



**CREER UN DISPOSITIF INNOVANT D'ACCES A  
L'AUTONOMIE EN « LOGEMENTS CHALETS »  
CENTRÉ SUR LA PARTICIPATION ACTIVE DES PERSONNES  
FORTEMENT DESOCIALISEES**

*Jean Marc ESCURIER*

2014

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Je remercie les personnes que j'ai interrogées, Le Préfet Régnier, le Directeur Général de l'Association Aurore qui de plus m'a laissé du temps pour réaliser ce mémoire.

Je remercie l'ARIF pour son aide et son soutien.

Agnès Fourestier qui m'a guidé et soutenu tout le long de ce travail.

Les associations Advocacy, l'ANSA, et la Scop Altaïr qui m'ont apporté des précisions sur des points techniques.

Un grand merci pour Dominique, Mohammed, Hassen, Mina et Hugues et les autres personnes sans domicile fixe qui ont accepté d'être interrogés et qui m'ont permis d'éclaircir des éléments importants de ce travail.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>1 Méthodologie d'investigation et d'étude préalable à l'élaboration d'un projet adapté.....</b>	<b>9</b>
<b>2 L'accueil des personnes sans domiciles fixe .....</b>	<b>11</b>
2.1 Définition et difficulté statistique .....	11
2.2 Responsabilité concentrée au niveau de l'Etat .....	14
2.3 De nombreuses instances consultatives.....	16
2.4 Le programme « Politique en faveur de l'exclusion sociale » :.....	19
Le Droit Au Logement (DALO), le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) :.....	19
2.5 Les difficultés spécifiques à l'agglomération Parisienne .....	22
2.6 Les centres d'accueil.....	24
2.7 Genèse du projet :.....	27
2.7.1 Les fondations associatives du projet.....	28
2.8 L'Association Aurore et le service Prism :.....	28
2.8.1 Association Aurore .....	28
2.8.2 Le Service PRISM (Projet d'Insertion Sur Mesure).....	31
2.8.3 Les principaux déterminants du cahier des charges :.....	35
2.8.4 Fonctionnement et missions principales.....	36
2.8.5 Ressources humaines.....	37
2.8.6 Caractéristiques du public accueilli par Prism .....	40
<b>3 Un projet innovant d'accès à l'autonomie en « logement chalets » centré sur la participation active des personnes désocialisées.....</b>	<b>43</b>
3.1 Construction du projet .....	44
3.1.1 Une organisation déclinée en deux temps et trois axes d'intervention.....	45
3.1.2 Principes Innovants et plus-values .....	46
3.2 Les entretiens.....	47
3.3 Une nouvelle offre d'accueil .....	59
3.3.1 Ressources humaines et management d'équipe .....	66
3.3.2 Financement et budget prévisionnel.....	69
3.3.3 Les locaux.....	71
3.3.4 Les partenariats .....	73
3.3.5 La communication externe .....	76
<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>

<b>Bibliographie.....</b>	<b>81</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>85</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH Allocation Adulte Handicap  
APHP Assistance Publique des Hôpitaux de Paris  
ALT Allocation de logement temporaire  
CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques liés aux Usages de Drogues  
CADA Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile  
CASVP Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris  
CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CHU Centre l'Hébergement d'Urgence  
CMU Couverture Maladie Universelle  
CNIS Centre National d'Information des Statistiques  
CSAPA Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
DALO Droit Au Logement Opposable  
DASES Direction de l'action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (Marie de Paris)  
DGS Direction Générale de la Santé  
DHOS Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins  
DRIHL Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement.  
DDCS Directeur Départemental de la Cohésion Sociale  
EI Espace Insertion de la DASES  
ESSMS Établissements et Services Sociaux et Médicaux Sociaux  
FEANTSA Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri  
INED Institut national d'études démographiques  
INSEE Institut national de la statistique et des études économiques  
LHSS Lits Halte Soins Santé  
MDPH Maison Départemental des Personnes Handicapées  
MILDT Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies  
PARSA plan d'action renforcé en faveur des personnes sans abri  
PDAHIL Plan Départemental d'Accueil, de l'Hébergement, de l'Insertion et du Logement  
PRISM PRojet d'Insertion Sur Mesure  
PSA Permanence Sociale d'Accueil du CASVP des personnes SDF  
RSA Revenu de Solidarité Active  
SDF Sans domicile fixe  
SIAO Service intégré de l'accueil et de l'orientation

**« Ce que nous visions à travers nos multiples systèmes d'activité et surtout de prise de responsabilité à l'égard de soi-même et des autres, c'était de se dégager de la sérialité et de faire que les individus et les groupes se réapproprient le sens de leur existence dans une perspective éthique et non plus technocratique. [...] La machinerie institutionnelle que nous mettions en place ne se contentait pas d'opérer un simple remodelage des subjectivités existantes mais se proposait, en fait, de produire un nouveau type de subjectivité. » Félix Guattari<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Guattari F., 2012, De Leros à Laborde, Paris : Editions Lignes, 96 pages

## Introduction

Travaillant depuis plus de quinze années auprès d'un public sans domicile, addicté et atteint de troubles psychologiques, je me suis intéressé au parcours de ces personnes appelées « les naufragés<sup>2</sup> » par Patrick Declerck dans son livre éponyme. Certains errent depuis une voire deux décennies, alternant entre Centres d'Hébergement d'Urgence, hôpitaux, prisons atterrissant plus rarement dans des centres de stabilisation ou des Lits Haltes Soins Santé avant de revenir bien souvent à la rue.

J'ai découvert le champ du social comme veilleur de nuit dans un Centre d'Hébergement d'Urgence après un long parcours formateur ponctué de voyages divers en France et à l'étranger. J'ai obtenu un DAEU, puis un DEUG en histoire, en sociologie ainsi que le diplôme d'Assistant de Service Social. J'ai exercé dans un CHRS, suis devenu encadrant, adjoint au responsable d'une PSA (accueil de SDF). Actuellement, je suis directeur de quatre services dont le service Prism au sein de l'association Aurore à Paris, une structure qui accompagne 900 allocataires Parisiens du RSA, socle qui présente trois caractéristiques : SDF et/ou sortant d'incarcération, présentant des troubles d'ordre psychologique et ayant une problématique d'addiction, et de Hestia ; un service d'accompagnement de famille à la rue en logement d'inclusion, d'un autre service d'accompagnement de famille issue d'un campement, et d'un service d'accompagnement de famille ou isolé allocataire du RSA socle souhaitant s'installer dans le cantal.

Depuis presque 20 ans, et aujourd'hui en tant que directeur, je travaille auprès d'une population, qui demeure à la rue en permanence (les dernières statistiques des services montrent que c'est le cas d'environ 30% du public SDF que nous recevons). Les dernières statistiques de l'INSEE (2013) recensant la population SDF donnent un chiffre qui ne correspond qu'à la moitié du nombre comptabilisé par les associations ». Il existe peu de travaux de recherche pour éclairer la question de l'errance chronique. Nous verrons plus en avant les études qui se sont développées récemment sur cette problématique.

Vagabonds, clochards, « hobo » en anglais, associés aux travailleurs vagabonds, ce que Karl Marx appelait « lumpenprolétariat » : du fait même de l'errance, de la mobilité permanente de ces personnes, il est difficile de cerner cette population et les pouvoirs publics aussi bien nationaux que locaux alternent entre répression et mise à l'abri en urgence et ce, rarement sur le long terme. Cette population déroutée, parfois attire les animosités voire la répulsion. Il suffit d'observer le paysage urbain récent : tout est conçu

---

<sup>2</sup> Declerck P., 2001, *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*, Collection Terre Humaine, Paris, édition Plon, 458 pages.

afin que les SDF ne puissent pas s'installer durablement sur un trottoir, dans le métro ou dans un lieu public. La rénovation récente de quartiers dans les villes a inscrit cette exigence dans le cahier des charges de l'appel d'offre des aménagements urbains. Nous avons vu des élus locaux mettre en place des dispositifs (comme les diffuseurs de mauvaises odeurs) destinés à les « chasser » de leur commune ou à les déplacer en pleine campagne à 40 ou 50 kilomètres du centre quitte à les débarrasser de leurs chaussures afin de s'assurer qu'ils ne reviennent pas. Cette discrimination n'est pas assumée par les politiques et occultée par la société civile.

Nous parlons ici des personnes errantes chroniques et non des personnes se retrouvant à la rue sur des périodes courtes et donc prises en charges de « manière classique », même si cette prise en charge reste précaire au niveau de l'hébergement. Nous pouvons citer l'Abbé Pierre ou Coluche qui ont alerté l'opinion et les pouvoirs publics et ont mis en place des dispositifs d'aides aux plus démunis. Depuis la création du Samu Social et du numéro vert d'urgence 115 gratuit en 1993, la réponse est semblable à celle des ONG dans un pays où une catastrophe naturelle vient de se produire : c'est-à-dire une simple mise à l'abri lorsque la situation est considérée dangereuse, généralement en hiver, lorsque l'indice éolien de la température atteint moins 5 degrés. A moins 4 degrés les personnes sont peut-être estimées moins en danger...

Dans le sillage de la crise financière et économique des années soixante-dix, émerge le « concept » d'exclusion, (terme qui apparaît la première fois sous la plume de René Lenoir<sup>3</sup>, haut fonctionnaire conseiller spécial auprès du premier ministre sur les questions sociales avant de se développer dans les années 80).

Les dispositifs consécutifs de mise à l'abri se font alors sans un travail à moyen ou long terme.

La loi du 2 janvier 2002 et l'arrêté du 8 septembre 2003, relatifs à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, placent l'utilisateur au cœur du dispositif et promeuvent l'autonomie, la protection des personnes, la cohésion sociale et la citoyenneté. Le Code de l'Action Sociale et de la Famille et la loi portant sur le Droit Au Logement Opposable mettent en exergue l'obligation de la continuité de l'hébergement selon le souhait de la personne accueillie<sup>4</sup>. La circulaire<sup>5</sup> concernant la mise en place des Services Intégrés de l'Accueil et de

---

<sup>3</sup> Lenoir R., 1974, *les exclus – Un français sur dix*, Paris : Seuil, 180p.

<sup>4</sup> Le Président de la République, LOI n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et de la lutte contre l'exclusion, JORF n°0073 du 27 mars 2009 page 5408  
texten°1 disponiblesurinternet :[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do.jsessionid=003D6134890577C538A57B4F15C813FE.tpdjo07v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000020438861&idArticle=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do.jsessionid=003D6134890577C538A57B4F15C813FE.tpdjo07v_1?cidTexte=JORFTEXT000020438861&idArticle=&categorieLien=id)

<sup>5</sup> Secrétariat d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme, Circulaire du 8 avril 2010 relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO), disponible sur internet : [http://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/fiches/BO201012/met\\_20100012\\_0100\\_0024.pdf](http://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/fiches/BO201012/met_20100012_0100_0024.pdf)



l'Orientation de 2010 met l'accent sur « le logement d'abord » pour dépasser l'accueil en centre d'hébergement et élargit la loi du 2 janvier 2002 en déclarant que seul le retour au droit commun centré sur le logement en lui-même est l'axe central du travail social. Ces trois textes transforment la prise en charge et remettent en cause toute une partie du champ médico-social de l'accueil du public SDF.

Mais, ces personnes au statut social particulier, « sans abri, SDF et plus récemment sans chez soi », sont perçues par une grande partie de la société civile et certains professionnels ou élus comme déviantes, hors normes et leurs besoins également. Une grande partie de ce public ne souhaite plus intégrer l'offre actuelle d'hébergement mais accepte de rencontrer des travailleurs sociaux d'accueil de jour ou de maraude sans se déplacer vers des services sociaux. De récentes études prouvent qu'un grand nombre de ces personnes souffrent de pathologies psychiatriques et physiques invalidantes nouvelles associées à des addictions diverses.

C'est ce que j'ai pu constater dans le service que je dirige : ce type de pathologies augmente et se traduit par des hallucinations, délires mystiques, paranoïas avec addictions associées, sans aucune prise en charge médicale. Ces personnes errent en cherchant des endroits où « poser » leur pathologie sans que cette dernière ne soit un handicap trop lourd à supporter vis-à-vis de l'autre. Elles ont de plus en plus tendance à s'éloigner et s'isoler, à l'abri de la force publique vécue comme coercitive, l'« autre » pouvant représenter un danger. Détresse, désespoir, souffrance, fatalité, résignation : ces personnes ne sont pas en mesure de construire un parcours alliant soin, et retour à une vie sociale, culturelle...Elles continuent de s'adresser aux services sociaux des équipes de rue ou d'accueil de jour, d'accompagnement de personnes aux RSA comme celui que je dirige. Ces services sont fortement démunis quant aux réponses adaptées, peu outillés, sans personnel médical à disposition alors que la pathologie du public peut mettre en danger les professionnels et les pairs. Ce constat a été aussi fait par les instances finançant les services d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement des personnes sans domiciles fixe, car, suite à diverses réunions, elles ont fait part de lancer un ou des projets innovants autour de cette question de l'errance chronique.

L'interrogation initiale que je vise à traiter dans ce travail est celle-ci, quelles réponses adaptées puis-je mettre en place en tant que directeur (donc participant à l'expertise et à l'évolution de l'offre de prise en charge sur le territoire parisien) pour faire évoluer la reconnaissance de ces personnes comme public à part entière du secteur médico-social ?

J'aborderai dans un premier temps l'historique et la situation actuelle de cette population avec un éclairage appuyé par diverses sources principalement sociologiques politiques et

économiques. Je présenterai ensuite l'existant et les limites de la prise en charge sur l'agglomération parisienne et dans ma structure en lien avec les orientations de l'association à laquelle elle est rattachée et les contraintes du territoire. Pour finir j'exposerai le dispositif que j'ai construit en mettant en place une stratégie globale de la place de direction et que je souhaite défendre comme réponse possible : la mise en place d'un dispositif de « logements chalets » centré sur la participation active des personnes fortement désocialisées.

Cette réponse est l'issue d'une réflexion menée à partir de constat à la fois de professionnels de terrain mais aussi de réflexions de différents protagonistes institutionnels, des sans domicile fixe qui a servi de base de la stratégie choisie qui est d'associer de manière transversale «le terrain », l'institutionnel, une recherche théorique, avec un travail de synthèse et d'aller et retour entre ces éléments.

# 1 Méthodologie d'investigation et d'étude préalable à l'élaboration d'un projet adapté

Ma démarche, très empirique, ne fut pas toujours aisée car il existe peu de travaux de chercheurs, d'experts et encore moins de statistiques sur le public sans domicile fixe errant chronique. Les dernières de l'INSEE datent de 2013 et celles précédentes de 2001 et sont totalement en décalage avec celles des associations ayant réalisé leurs propres travaux, les chiffres variant du simple au double comme nous le verrons.

Je me suis appuyé sur des sources bibliographiques et des éléments concernant l'association Aurore, (son histoire, son organisation, les modalités d'accompagnement des bénéficiaires) pour réaliser un diagnostic. J'ai aussi fait le choix délibéré d'interroger différents acteurs professionnels ainsi que le public concerné par le champ de l'accueil et de l'hébergement dans une démarche s'inspirant des méthodes d'intervention en recherche action.

En partant des lois du 2 janvier 2002 et de 2005, plaçant l'usager au centre des dispositifs, j'ai pris le parti d'employer la pratique de l'empowerment<sup>6</sup>. Ce terme n'a pas de traduction adéquate, sinon le néologisme québécois "capacitation". Il est apparu dans les cités de Chicago dans les années 1930, repris par les mouvements noirs et féministes dans les années 1970 puis par la campagne de Barak Obama en 2008. Il désigne le processus qui permet aux individus de prendre conscience de leur capacité d'agir et d'accéder à un pouvoir de décision concernant leur situation. Marie Hélène Bacqué<sup>7</sup> parle « de rendre une voix et du pouvoir aux sans voix ». Ce positionnement, qui reconnaît au sujet dit « usager » un droit et une capacité à la transformation sociale, correspond à mes valeurs et à mes choix d'action professionnelle dans la mesure où elle est compatible avec mes missions, ma délégation de direction et avec les orientations de l'association qui m'emploie.

Les évolutions qui ont jalonné mon parcours professionnel et ma réflexion, aboutissant au travail que je réalise avec ce mémoire et la visée du diplôme CAFDES, montrent mon souci d'être constamment en éveil, attentif aux nouvelles pratiques expérimentées aussi bien en France qu'à l'Étranger, dans la mesure où elles peuvent être utilisées de façon novatrice par les pouvoirs publics dans la prise en charge des personnes. Je me suis modestement inspiré de la démarche de Martin Hirsch, Haut-Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté de 2007 à 2010, s'appuyant, lorsqu'il créa le Revenu de Solidarité Active, sur un collectif d'allocataires du Revenu Minimum d'Insertion.

---

<sup>6</sup> <sup>6</sup> Bacqué M.H, Biewener C., *l'empowerment, une pratique émancipatrice*, Collection SH/Politique et société, Paris, édition La Découverte, 160 pages

<sup>7</sup> Bacqué M.H, Biewener C., *l'empowerment, une pratique émancipatrice*, Collection SH/Politique et société, Paris, édition La Découverte, 160 pages.

Enfin, j'ai visité l'Armée du Salut à Marseille qui expérimente une structure dénommée « le Hameau », gérée par un CHRS, composée de petites maisons en bois destinées à un public très désocialisé. Cette structure s'est appuyée sur une équipe de rue qui a construit ce projet avec des personnes en très grande précarité, adossée au CHRS, elle en dépend.

Une nouvelle fois, toujours stratégiquement, j'ai opté de rencontrer différents acteurs du champ de l'accueil des personnes sans domicile fixe afin d'avoir un état des lieux de la pratique quotidienne. Ainsi j'ai mené 25 entretiens de 17 personnes avec la participation active de deux personnes sans domicile fixe vivant dans un bois proche de Paris et rencontrées lors de leur venue dans le service. Elles m'ont proposé de rencontrer d'autres personnes vivant aussi dans le bois de Vincennes. Cela a pris du temps car il a fallu caler nos emplois du temps respectifs. Pour une personne sans domicile fixe, qui tous les matins va se laver dans un bain douche où un accueil de jour, prendre un café, effectuer des démarches administratives (CAF, CPAM, Pôle Emploi, rendez-vous avec le travailleur social..) ou personnelles, primaires (vêtement, manger..), compte tenu des distances, de l'attente, cela remplit largement toute une journée. Sans compter la composition du 115, qui peut prendre deux heures au minimum et qu'il faut rappeler plusieurs fois pour trouver éventuellement un hébergement en soirée.

J'ai rencontré l'élue parisienne en charge de la lutte contre l'exclusion qui au départ n'était pas en charge de l'action sociale ; j'ai aussi rencontré l' élu de l'arrondissement dont dépend le bois concerné. Comme nous le verrons, bien qu'ils soient issus du même parti politique, leur vision n'est pas du tout la même selon leurs positions : élu de proximité ou élu plus éloigné géographiquement et socialement du territoire concerné.

J'ai aussi interrogé le préfet Alain Régnier, délégué général de la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement des personnes sans abri ou mal logées (DIHAL).

Enfin, j'ai interrogé six travailleurs sociaux travaillant en équipe de rue, des travailleurs sociaux exerçant en accueil de jour, des professionnels en hébergement divers et des responsables auprès des travailleurs sociaux et hébergés.

A titre illustratif, la première question aux interviewés était :

- Pour les représentants de l'Etat, les professionnels : « quelle serait, au regard de votre position actuelle, la prise en charge idéale au niveau de l'hébergement ou du logement des personnes sans domicile très désocialisées et malades »

- Pour les personnes en errance : « que serait pour vous un hébergement ou un logement idéal et/ou adéquat ? »

Question suivie d'un échange sous forme d'entretien non directif pour explorer le plus loin possible la verbalisation et l'expression libre.

Suite aux entretiens, je suis retourné rencontrer les personnes SDF pour leur soumettre les résultats et mes interrogations de façon à donner matière à ce projet en le nourrissant de nos échanges.

Parallèlement j'ai lu des ouvrages sur ce public et sur les établissements médico-sociaux afin d'affiner ma recherche et de maîtriser le mieux possible les éléments de ce travail. Il en existe peu consacrés aux personnes errantes chroniques. J'ai puisé dans ceux qui ont servi de support au service que je dirige pour construire son projet : l'œuvre et la pensée de Gilles Deleuze et de Félix Guattari<sup>8</sup>, Felix Guattari pour l'exemple qu'il propose dans son recueil posthume<sup>9</sup>, sur le fonctionnement et l'organisation de la clinique de Laborde, les ouvrages de Patrick Decklerc, de Jean Furtos<sup>10</sup> et de Serge Paugam<sup>11</sup> ainsi que plus généralement les ouvrages abordant la fonction de direction, le management et la gestion d'établissements médico-sociaux ou les sciences sociales et humaines.

Mon parti pris majeur était d'éviter la validation de réponses déjà construites en matière d'hébergement et de logement, proposant des dispositifs existants, et de permettre d'élargir le champ de possibilité à partir d'une sorte de « page blanche » qui pourrait augurer un livre blanc sur le sujet (ce ne sera ni mon rôle ni mon choix ici) et surtout d'aborder des pistes porteuses d'utopie pour les ramener ensuite au champ du possible, du réalisable. Imaginer un lieu où les personnes n'aient pas l'impression, comme dans le film de Peter Weir en 1998, *The Truman show*, que tout soit écrit d'avance, formaté mais plutôt comme le décrit Le Corbusier<sup>12</sup>, un endroit permettant à l'humain un confort maximal avec son environnement social, global avec son espace vital.

## **2 L'accueil des personnes sans domiciles fixe**

### **2.1 Définition et difficulté statistique**

Nous allons aborder dans cette première partie la façon dont est défini le public dénommé « sans domicile fixe ».

---

<sup>8</sup> Deleuze G. et Guattari F., 1972, *l'Anti Œdipe*, collection Critique, Edition Minit, 494 pages.

<sup>9</sup> Guattari F., 2012, *De Leros à Laborde*, Paris : Editions Lignes, 96 pages

<sup>10</sup> Furtos J. responsable de publication, congrès de psychiatrie et de neurologie en langue française 2008, *Les Cliniques de la précarité*, Editeur Elsevier Masson, Paris, Masson, 284 pages

<sup>11</sup> Ouvrage dirigé par Paugam S., 1996, *l'exclusion : l'état des savoirs*, Paris : Editions la Découverte, 588 pages.

<sup>12</sup> Le Corbusier, 1955, *Modulor 2 – la parole est aux usagers*, Boulogne : Edition de l'architecture d'aujourd'hui, collection Ascoral III section 8, Normalisation et construction volume 5, 135 pages

La Conférence de consensus sur les sans-abri de 2007 note, « *quel que soit le terme utilisé (« sans domicile fixe », « sans-abri », « grands exclus » ou « gens de rien » « sans chez soi »), les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables. Contrairement au sens commun qui définit la personne sans domicile comme celui qui dort dehors et plus directement celui qu'on voit dans la rue, il y a consensus sur le fait que les personnes sans domicile ne forment pas un groupe social homogène distinct du reste de la population* »<sup>13</sup>. Des experts de l'Institut National d'Etudes Démographiques insistent sur le fait de ne pas considérer cette population de sans domiciles fixes comme coupée du reste de la société, car il existe des allers et retours entre les institutions et la rue - logement, hébergement, Prison, Hôpital, Rue, logement, Hébergement, Rue - assez fréquents pour une même personne.<sup>14</sup>

En France et dans l'Union Européenne, depuis la fin des années 1990, des statistiques et des études sur les personnes sans domicile se sont multipliées avec une hétérogénéité des définitions des personnes et populations concernées. Ainsi, au sens de l'Insee, « **les personnes sans domicile un jour donné sont toutes celles qui, la nuit précédente, ont eu recours à un service d'hébergement ou ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune)** ». Selon l'INSEE, il y aurait entre 70 et 80 000 SDF alors que selon le Secours Catholique ou Emmaüs et la Fondation Abbé Pierre, ils seraient environ 300 000. Ces associations ont des équipes qui vont à la rencontre des personnes sur leur lieu de vie qui sont parfois hors agglomération, éloignées de tout : les bois, les parkings, les caves, les chantiers. Enfin, les personnes vivant dans des squats et les campings de façon permanente, à la rue en sans discontinuité ou mobile, ne sont pas prises en compte par l'INSEE. Les professionnels travaillant en rue sur un secteur déterminé relèvent sans cesse des nouvelles personnes ou notent la disparition d'autres. L'enquête de 2013 n'a décompté et interrogé que les personnes bénéficiaires des services sociaux. Des milliers de personnes sans domicile fixe ne font plus appel à un quelconque service ; ainsi, il faut rappeler sans cesse que cette définition est le fruit d'un compromis entre la théorie et l'organisationnel<sup>15</sup>. Si cette définition des sans-domiciles de l'Insee constitue actuellement un cadre de référence en France, le terme « sans-abri » peut, selon le type d'enquête, varier (même s'il exclue le plus souvent les personnes prises en charge par un service d'hébergement pour se focaliser sur les personnes qui

---

<sup>13</sup> Collectif. Fiche bibliographique n°1. « Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ? » Paris, Conférence de consensus « les sans abris », novembre 2007.

<sup>14</sup> Clanché F. « Des situations de logement. Les sans domicile dans des nomenclatures générales ». In: Marpsat M, Firdion JM, eds. *La Rue et le foyer. Une recherche sur les sans domicile et les mal-logés dans les années 90*. Paris, INED, Travaux et documents n°144, 2000, pp. 193-210.

<sup>15</sup> Firdion JM. « Les sans-domiciles : de qui est-il question ? Problème de la définition ». In: Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, 2005, pp. 95-104.

dorment dans la rue ou dans un lieu non prévu pour l'habitation)<sup>16</sup>. Nous pouvons ainsi affirmer justement que l'enquête de l'INSEE, du fait même de son postulat, ne permet pas une comptabilité exacte du phénomène « sans-abri ». De plus, en 2009, apparaît le terme de « sans chez soi » dans un rapport de psychiatres remis à Mme Bachelot, ministre du logement, qui dépasse la notion de sans domicile et englobe les personnes logées chez des tiers, en foyers, résidences, appartements thérapeutiques etc. qui peuvent se retrouver à la rue très rapidement et sont dans une position de vulnérabilité au niveau de l'hébergement. Leur nombre s'élève à plus de 2 millions.

Comme le rappelait la Cour des Comptes en 2007 – alors que la loi du 5 mars 2007 institue le droit au logement opposable - « **des dizaines de milliers de personnes vivent de façon durable dans la rue où ont recours à des séjours répétés dans des centres d'hébergement. En 2001, [au sens de l'Insee], 63 500 adultes accompagnés de 16 000 enfants vivaient sans disposer d'un domicile. Environ 800 000 personnes auraient connu par le passé au moins un épisode de vie sans domicile personnel** ». La définition adoptée par l'Insee pour dénombrer les personnes sans domicile laisse à l'écart les personnes qui n'utilisent pas les services sociaux, estimées de 10 à 15 % des sans-abris par<sup>17</sup> une enquête complémentaire de l'INED, et rend le dénombrement sensible au volume de l'offre. On notera également que cette estimation ne comprend pas les départements et collectivités d'Outre-Mer.

Nous soulignerons enfin que ce décompte recouvre des situations vis-à-vis du logement hétérogènes, ne serait-ce que du point de vue de leur durée et de leur fréquence. Les trajectoires d'hébergement à court terme (à l'échelle du mois par exemple) permettent ainsi de distinguer trois types de situation qui, comme le souligne J. Damon<sup>18</sup>, appellent des réponses différentes : « les sans domicile transitoires, les sans domicile épisodiques et les sans domicile chroniques ». C'est cette dernière catégorie qui nous intéresse ici. Dans son rapport annuel sur le « mal logement »<sup>19</sup>, la Fondation Abbé Pierre estime que, en plus des 100 000 personnes sans domicile fixe, 152 000 personnes vivent dans des structures d'hébergement et d'insertion, 150 000 autres sont hébergées chez des tiers dans des conditions de logement difficiles faute d'autres solutions, auxquelles s'ajoutent également 100 000 personnes vivant à l'année en camping ou en mobile home, **41 400 personnes vivant dans des habitats de fortune (cabane, construction provisoire) et 50 000 personnes vivant en chambre d'hôtel**. Au total, ce sont plus de **600 000**

---

<sup>16</sup> Chambaud L. *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, octobre 2007.

<sup>17</sup> En Français, le mot « logement » est plus ambigu qu'en anglais puisqu'il s'entend à la fois comme le « chez soi » (*home*) et l'hébergement (*housing*)

<sup>18</sup> Damon J., 2012 2<sup>ème</sup> édition, *La question SDF*, collection Le Lien Social, Paris, Edition PUF, 277 pages.

<sup>19</sup> Fondation Abbé Pierre, 2011 et 2013, *Rapport sur le mal logement en France*, Liévin, 253 pages, disponible sur internet : [http://ese.fjt-idf.fr/IMG/pdf/chiffres\\_du\\_mal\\_logement.pdf](http://ese.fjt-idf.fr/IMG/pdf/chiffres_du_mal_logement.pdf)

**personnes qui sont privées de domicile personnel.** Ces chiffres, fort différents selon la localisation géographique, sont aussi tributaires des situations administratives des personnes ; les sans- papiers ne sont pas comptés par l'INSEE et l'INED ou comptés partiellement pour les associations car leur clandestinité les rend très difficile à comptabiliser.

Cela étant dit, L'État, garant de la solidarité nationale, conserve la responsabilité de la prise en charge des personnes sans domicile. L'une des raisons de ce choix est connue, notamment la réticence des collectivités territoriales (en particulier de certaines communes) à prendre en charge des personnes - errants, étrangers par exemple - qui n'ont pas d'attaches avec leur territoire. Cette responsabilité n'a jamais été remise en cause lors des étapes successives de décentralisation.

## **2.2 Responsabilité concentrée au niveau de l'Etat**

Avant de présenter dans un ordre chronologique et sous forme de tableau (cf. annexe ) les différentes lois qui réglementent à la fois l'action sociale du logement et hébergement et le champ d'intervention par rapport au public sans domicile, je vais exposer les différentes modalités de prise en charge par l'action sociale selon le statut de la personne sans domicile fixe à Paris.

### En urgence :

- Si personne est uniquement SDF qu'elle soit « sans papier » ou de nationalité hors de l'espace dit de Schengen ou appartenant à une nationalité de l'Union Européenne, elle peut s'adresser via le numéro gratuit 115 pour obtenir un hébergement à court terme ; si elle est demandeur d'asile, elle peut être prise en charge par le dispositif CADA (Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile) jusqu'à la réponse de demande d'asile ; si elle est positive, elle peut rester en CADA sinon elle doit réutiliser le 115. La priorité sera accordée aux familles aussi bien dans les CADA que le 115.

### Sur le moyen et long terme :

- Si la personne est autorisée à demeurer sur le territoire, elle peut déposer une demande de logement HLM puis un dossier DALO dans la commune où elle est domiciliée ; elle peut s'adresser au parc privé à condition d'avoir un salaire décent (avec le SMIC, le parc est inaccessible à Paris). Une nouvelle fois, la priorité sera accordée aux familles. Elle peut aussi utiliser les services auxquels son entreprise a accès comme le 1% patronal. Certaines entreprises mettent à disposition des logements temporaires comme la SNCF, La RATP, la Mairie de Paris mais pas suffisamment. Il nous est arrivé d'accueillir des agents de la ville de Paris dormant sur leur lieux de travail ou dans leur



voiture du fait du manque de logements mis à disposition ou des jeunes professeurs fraîchement mutés à Paris ou en banlieue Parisienne et se retrouvant sans toit.

En outre, à Paris une permanence sociale d'accueil (PSA) gérée par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) accueille les personnes domiciliées à Paris depuis plus d'un mois. Ces personnes peuvent être accompagnées au sein de la PSA par un travailleur social quant au logement et à l'hébergement. Ce dernier pourra s'adresser par téléphone au SIAO urgence (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) dans un premier temps pour orienter la personne vers un hébergement, parfois tous les jours car souvent, il n'y a plus de place disponible. Ensuite, le travailleur social adressera un rapport social au SIAO Insertion avec des préconisations au niveau de l'hébergement (CHRS, résidence sociale, maison relais..) uniquement par email sur une fiche fournie par le SIAO Insertion aux services agréés par ce dernier.

Actuellement à Paris, nous recevons un accusé de réception par courriel dans un délai de trois semaines et ensuite une réponse positive dans un délai de trois mois, ce qui ne correspond pas toujours aux préconisations du travailleur social ; il faut ainsi réactualiser la demande tous les trois mois.

Si la personne est bénéficiaire de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé, 753 euros mensuels) et qu'elle ne bénéficie pas d'un accompagnement social ou médical, elle utilise les services du 115, peut déposer une demande de logement HLM et instruire un dossier DALO et même se rendre à la PSA afin de bénéficier d'un accompagnement social et ainsi solliciter le SIAO. Si elle est dans un hôpital, elle peut bénéficier du service social de ce dernier ; sans contact entre eux, les services peuvent préconiser des lieux différents pour la même personne.

C'est dans cette catégorie de public que nous pouvons trouver les personnes les plus fragiles et désocialisées ; le point positif est que, du fait de l'AAH, elles ont déjà fréquenté un service médico-social pour obtenir l'AAH qui n'entraîne aucun accompagnement obligatoire si ce n'est le renouvellement de l'allocation (2, 3, 5 ou 10 ans). De fait, les plus éloignées de tous ces services médico-sociaux perdent le bénéfice de l'allocation ou s'adressent à un service quand elles l'ont perdue et comme cela prend parfois 8 mois à Paris, elles n'ont plus aucune ressource pendant la période de renouvellement, s'éloignant un peu plus socialement. J'ai interrogé deux personnes dans cette situation.

Les instances compétentes n'ont pas d'actions coordonnées et même s'ignorent entre elles. Ne serait-ce qu'entre la DASES (Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé, Département de Paris) et le CASVP (Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris), il existe très peu de lien voire pas du tout. Entre les hôpitaux généraux, psychiatriques, la justice, les associations spécialisées, le nombre d'intervenants rend compliqué le parcours de la personne sans domicile fixe. Il existe un cloisonnement institutionnel

parfois entre Pôle Emploi, CPAM, DRIHL, ARS, MDPH, le département ou la Commune, qui ont des directives différentes. Certaines structures peuvent être financées par plusieurs de ces instances bien qu'elles n'aient aucun lien et parfois même pas les mêmes évaluations quant aux objectifs : pour les uns, il faut soigner, pour les autres, il faut héberger et/ou loger ou inclure par l'emploi ; les uns réclament un *turn over* plus rapide dans les structures (la DRILH), les autres demandent ou accordent du temps (L'ARS, MDPH), et la personne subit ce temps institutionnel. Pour les plus fragiles et désocialisés, c'est un risque de désocialisation plus important : ils ne comprennent pas ces discours contradictoires voire paradoxaux et lorsqu'ils se retrouvent hors d'un centre de soins après avoir eu, au prix de longs efforts, leur traitement et doivent intégrer un autre dispositif, ils peinent à voir ces aléas comme une étape et non une fin dans leur parcours. Nous détaillerons plus en avant les méfaits de ce cloisonnement qui, en obligeant l'usager à s'adresser au bon endroit au bon moment, lui donne l'impression « *d'être pris pour une balle de ping-pong, une boule de billard* » comme le dit une personne à la rue depuis plus de dix ans.

### **2.3 De nombreuses instances consultatives**

Il existe une multitude d'instances tant au niveau national, comme les ministères, les DGCS (direction générale de la cohésion sociale), DIHAL (Direction Interministérielle à l'hébergement et à l'Accès au Logement pour les personnes sans abri ou mal logées), CPAM, qu'au niveau régional comme les DRIHL( Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement), ARS (Agence Régionale de la Santé), départemental, le Conseil Général et enfin communal comme le CCAS dont la sphère d'action a une incidence sur l'accueil du public sans domicile fixe :

#### Au niveau national :

Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) et Le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées (HCLPD) qui ont pour objet de « faire toute proposition utile sur l'ensemble des questions relatives au logement des personnes défavorisées » et de « donner son avis sur toute question dont le Gouvernement le saisit ». Le HCLPD a proposé dans plusieurs de ses rapports annuels de rendre le droit au logement opposable devant les tribunaux.

- La DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) est la direction d'administration centrale des ministères sociaux qui est chargée de la conception, du pilotage et de l'évaluation des politiques publiques de solidarité, de

développement social et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale. Elle veille à la cohérence nationale et territoriale de ces politiques.

- La DIHAL (Direction Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement) dont les missions sont confiées par le premier ministre et le ministre de l'Egalité des territoires et du logement, est une force de propositions et d'expertise en matière d'innovation sociale. C'est une instance de coordination, de suivi et d'évaluation et elle propose également toute mesure de nature à améliorer les politiques conduites. Elle organise régulièrement des colloques, des journées d'échanges et de réflexion, des ateliers de formation et publie divers documents d'information ou des guides pratiques.
- Le Ministère de l'Egalité des territoires et du logement a la charge aussi de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri. Il a lancé en 2008 le chantier national prioritaire 2008/2012 pour les personnes sans abri ou mal logées<sup>20</sup> dont le rapport<sup>21</sup> de Julien Damon, sociologue et professeur à Sciences Po. est l'aboutissement.
- Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé organise par l'intermédiaire de la branche maladie (CPAM), la couverture maladie universelle ; par la branche famille (CAF) (handicap, logement) le versement des allocations et par la branche vieillesse le versement du minimum vieillesse aux personnes : l'espérance de vie augmente aussi pour les sans domicile fixe et nous avons des personnes percevant le minimum vieillesse à la rue.
- Le Ministère de la Justice a la gestion du public sortant de prison.

#### Au niveau régional :

- La DRIHL (Direction Régionale Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement) organise le schéma d'accueil du public en finançant les CHRS, Centre de stabilisation et d'urgence. Et - suivant les objectifs et de moyens - pilote le Plan Régional d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile d'Ile de France (PRAHI).
- La DREAL (Direction Régional de l'Environnement, de l'aménagement et du logement) assure l'accompagnement et le suivi de différents programmes.
- L'ARS, a des prérogatives semblables à la la DRIHL, mais du côté de la santé, ainsi les Appartements de Coordination Thérapeutique peuvent accueillir un public très désocialisé.)

---

<sup>20</sup> Disponible sur internet : <http://www.territoire-damon.fr>, 2010, rapport au Ministre du Logement, Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union européenne, Ministère de l'Egalité, des Territoires et du Logement, disponible sur internet : [http://www.territoires.gouv.fr/IMG/rapportdamona4-light\(1\).pdf](http://www.territoires.gouv.fr/IMG/rapportdamona4-light(1).pdf)  
[res.gouv.fr/spip.php?rubrique691](http://res.gouv.fr/spip.php?rubrique691)

<sup>21</sup> Damon J., 2010, rapport au Ministre du Logement, Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union européenne, Ministère de l'Egalité, des Territoires et du Logement, disponible sur internet : [http://www.territoires.gouv.fr/IMG/rapportdamona4-light\(1\).pdf](http://www.territoires.gouv.fr/IMG/rapportdamona4-light(1).pdf)

- Le Conseil Régional appelle à des projets innovants en matière d'hébergement ou logement.
- Les Préfectures donnent l'agrément aux associations qui domicilient administrativement les personnes sans domicile fixe.
- A Paris, la Préfecture de Police gère la BAPSA (brigade d'assistance aux sans-abri) qui, par des maraudes, prend en charge les sans domicile fixe qui le souhaitent et les amène au centre de Nanterre (Centre d'Hébergement et d'Assistance aux personnes sans-abris) gérés par la Préfecture de Police et l'ARS.

Au niveau départemental :

- Le Conseil Général gère le RSA, les MDPH, l'ASE, les Centres Maternels, et les Plans Départementaux d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (PDAHI)...
- Les Délégations départementales des instances régionales.

Au niveau de la commune :

- Les CCAS intervient au niveau de l'obligation de domiciliation des personnes à la rue.

Ces nombreuses instances n'ont pas toujours de liens entre elles et peuvent prendre des décisions contraires, comme la Préfecture de Police ayant comme instruction l'incitation ou l'injonction de « mettre à l'abri » les sans domicile fixe en période de grand froid et le Département et la DRIHL renforçant les équipes de rue afin d'aller vers les personnes et d'accompagner ces mêmes personnes en cas de grand froid avec du matériel spécifique. Les deux équipes se rencontrent avec chacune leur mission contradictoire laissant les sans domicile fixe déboussolés pendant les échanges parfois véhéments entre équipes. Nous voyons les enjeux de pouvoir entre ces institutions et le pouvoir qui leur est conféré selon les orientations du gouvernement.

Le directeur doit savoir auprès de quelle institution adapter son travail et sa stratégie selon les besoins. Cela oblige à un regard et une réflexion pluridimensionnelle, sociale, économique, culturelle et politique.

Le Préfet Alain Régnier, responsable de la DIHAL m'a confirmé les multiples orientations de ces instances. Depuis trois ans, certains hébergements ouverts pendant les périodes hivernales ont alterné entre fermeture et ouverture et cela parfois sur des périodes courtes entre les fermetures et réouvertures de certains hébergements.

## 2.4 Le programme « Politique en faveur de l'exclusion sociale » :

### Le Droit Au Logement (DALO), le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) :

Le droit au logement n'est pas né avec l'événement social des Enfants du Canal avec l'association des Don Quichotte en 2006, mais bien avant.

L'origine du droit au logement est détaillée dans le tableau suivant :

Année	Dispositif	Commentaire
Juin 1982	Loi Quillot	"Le droit à l'habitat est un droit fondamental "
	Loi Mermaz	Réaffirme le droit fondamental au droit au logement
Mai 1990	Loi Besson	Cette loi affirme que « garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation ».
Janvier 1995	Décision Conseil constitutionnel	Dans sa décision du 19 janvier 1995, le Conseil constitutionnel avait considéré que « <b>la possibilité de disposer d'un logement décent est un objectif à valeur constitutionnelle</b> ». Enfin, la jurisprudence l'a rendu invocable dans certains cas précis, notamment les nomades.

La loi DALO<sup>22</sup> contribue surtout à rendre lisible les besoins en matière de logement sur le territoire, à la fin de l'année 2010.

Avec 6000 recours mensuels, le rythme continue de progresser : 144 000 recours ont reçu un accusé de réception entre janvier 2008 et fin juin 2010 ; 30 000 ménages ont été logés (27 000) ou hébergés (3000) suite à un recours.

La répartition territoriale reste très inégale : les départements franciliens reçoivent 63% des recours ; parmi les autres départements, 12 ont plus de 50 recours par mois, 21 entre 10 et 50. Les décisions favorables sont en diminution, avec 43% des décisions.

On enregistre une progression significative du rythme de relogements : de 6000 au 1er semestre 2009, on passe à 9000 relogements au 1er semestre 2010 ; la progression est principalement due à l'Île de France, qui passe de 2000 à 4600. Pour autant ce rythme reste très en dessous du besoin, les retards s'accroissent :

Le nombre de prioritaires logements sans offre au 30 juin 2010 était de 14 000 ménages dont 12 500 désignés par les commissions franciliennes parmi lesquelles 10 000 par celle de Paris. Le nombre de prioritaires hébergements sans offre était de 2 900 dont 2 200 franciliens (663 dans les Hauts de Seine, département le plus en retard.)

Ce droit a été renforcé par la circulaire sur le Service d'Intégration d'Accueil et d'Orientation d'avril 2010, commençant ainsi, « *Dans le cadre du Chantier national prioritaire 2008-2012, après un travail étroit de concertation entre le secteur associatif et les services de l'État, j'ai annoncé (le secrétaire d'état à l'urbanisme et au logement), le 10 novembre 2009 les grands axes de la stratégie nationale de prise en charge des*

<sup>22</sup> Voir Annexe 3

*personnes sans abri ou mal logées. Cette dernière porte tant sur la veille sociale et sur l'hébergement, que sur l'accès au logement. L'articulation entre ces différentes étapes est indispensable pour mener une politique publique cohérente et efficace et pour replacer la personne au cœur du système » Cette stratégie repose sur l'organisation d'un véritable « service public de l'hébergement et de l'accès au logement », basé sur trois principes fondamentaux :*

- la continuité de la prise en charge des personnes ;*
- l'égalité face au service rendu ;*
- l'adaptabilité des prestations aux besoins des personnes.*

*L'objectif est d'améliorer l'orientation et l'insertion adaptée, conduisant chaque personne à une amélioration de ses conditions de vie et à son autonomie. Cela passe par une réforme profonde de notre dispositif d'accueil, qui doit s'adapter à la réalité de parcours marqués par des ruptures, et toujours offrir une possibilité de « recommencement »*

Nous pouvons confirmer qu'entre le souhait du législateur, le droit et la réalité, un décalage demeure. En effet, tout le champ du secteur de l'exclusion attendait cette circulaire sur le SIAO ; la continuité, de l'hébergement permettrait d'inscrire les personnes dans une durée, d'éviter cette mise à l'abri, ce maintien dans une urgence qui amenait à une aporie destructrice : environ, un peu plus d'une personne meurt « à la rue » tous les jours (413 en 2013). Les équipes allaient se stabiliser dans les services d'accueil et d'accompagnement, les directeurs allaient pouvoir inscrire aussi leur action de façon pérenne, au lieu de passer leur temps à tant bien que mal à recruter des travailleurs sociaux, le *turn over* des équipes qui accompagnent le public SDF est 5 fois plus élevé que dans d'autres services sociaux.

L'usure professionnelle, le manque de solutions adéquates à la typologie des différents publics, le grand nombre de décès « à la rue », de violences symboliques et concrètes etc. affecte nombre de travailleurs sociaux. Les SIAO ont été bien perçus par les services qui orientent et recherchent des structures d'hébergement mais en revanche fort mal par les structures d'hébergements quelles qu'elles soient, elles perdaient leur autonomie ; car le décret stipule que ces dernières ne peuvent refuser une orientation ou tout au moins motiver sérieusement le refus, elles perdaient leur gestion du temps d'admission et le regard sur les entrées. L'obligation de la continuité de l'hébergement n'est pas respectée et ne l'a jamais été. Sur le territoire national, seul, un hébergé a intenté une procédure en justice et a eu gain de cause quant à la rupture d'hébergement.

Ainsi bien qu'il existe dans les textes une définition de l'accompagnement de qualité et sur du long terme, la réalité est autre. Le nombre de place d'hébergement disponible n'a pas augmenté et il n'y a eu aucune création nouvelle.

Certes, le SIAO permet d'avoir une meilleure lisibilité au niveau de l'offre et de la

demande, mais il est encore dans une phase d'adaptation et les personnes ne pouvant pas entrer en contact avec lui, viennent dans divers services demander aux travailleurs sociaux de le faire et cela sature ces services. Avant les SIAO, il était très difficile de savoir combien de places d'hébergement étaient vacantes ou occupées.

L'Etat qui, tous les ans, finance, rajoute des lits en urgence au moment de chaque hiver sans trop savoir statistiquement quelle est la quantité nécessaire sur le long terme et cela depuis la création du 115 en 1993, crée aussi des nouvelles structures avec des variantes dans la prise en charge des personnes. Les services orienteurs n'avaient pas connaissance des ouvertures ou des fermetures et s'y perdaient un peu dans ce maquis au détriment des personnes SDF. Le SIAO fournit une seule demande pour toute l'offre, pour les centres avec les préconisations adéquates et donc un accueil correspondant au projet d'établissement, une meilleure lecture à l'échelle départementale de la quantité des personnes sans domicile fixe.

Il était aussi difficile de savoir la quantité de demande d'hébergement car une même personne pouvait demander auprès de plusieurs centres en même temps et ainsi être comptabilisée plusieurs fois. Les SIAO regroupent tout cela, les centres leur adressent les places vacantes, les demandes leur sont adressées ce qui génère une visibilité, une transparence et aussi une vraie mise en relation de l'offre et de la demande. Mais, des résistances demeurent car le centre peut refuser la demande au simple motif que suite à l'entretien avec la personne, cette dernière ne correspond pas à leur projet de service, sans notification écrite et donc sans refus réellement motivé. En outre, les centres ne font pas parvenir toutes les places vacantes au SIAO et prennent encore des demandes en direct. Sur le territoire Parisien, cela a creusé et même développé un antagonisme entre service orienteur et hébergeur, d'autant plus, qu'il existe un SIAO Urgence et un SIAO insertion gérés totalement différemment par deux entités différentes.

A Paris, ces deux entités Urgence et Insertion demeure une source, de clivages, d'incompréhension et de perte de temps pour les travailleurs sociaux qui doivent s'adresser aux deux distinctement. Le manque de places disponibles (en juillet 2014, 75 % des demandes du SIAO urgence n'ont pas trouvé de réponse positive faute de places suffisantes) est un élément négatif quant à la prise en charge des personnes désocialisées. L'autre point négatif est la perte d'autonomie des personnes concernées qui, n'ayant plus accès en direct au SIAO en raison de l'obligation de passer par un service social, se sont encore plus éloignées et isolées.

### **Au niveau Européen**

Dans d'autres pays Européens, ce droit existe aussi. Il est mentionné dans des textes constitutionnels ou à valeur constitutionnelle : en Espagne, en Finlande, au Portugal, en Grèce, en Suisse. Il est également inscrit dans plusieurs textes internationaux. Il est ainsi affirmé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels à

l'article 11 : « *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence. Les Etats parties prendront des mesures appropriées pour assurer la réalisation de ce droit et ils reconnaissent à cet effet l'importance essentielle d'une coopération internationale librement consentie* » et figure également dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme. Peu de Pays Européen appliquent ces textes.

La Grèce est en train de découvrir la massification du phénomène SDF, plus 25 % en 6 mois en 2012. La Finlande a depuis quelques années suspendu l'accueil en foyer ou centre pour se consacrer à l'accueil directement en appartement en associant un accompagnement spécifique, l'Allemagne a aussi agi dans ce sens, les Etats Unis et la Grande Bretagne prennent l'orientation de l'accueil direct en logement en confiant aux acteurs des logements en gestion directes.

## **2.5 Les difficultés spécifiques à l'agglomération Parisienne**

Toujours selon l'INSEE, l'agglomération parisienne compte 31 % des SDF âgés de plus de 18 ans (pour 16 % de la population adulte de métropole) et **près d'une personne sans domicile sur trois y vit** (les sans-abris représentent 12% de la population des sans domicile (contre 6% dans le reste de la France métropolitaine) et 22% des sans domicile ont dormi la nuit précédant l'enquête dans un hébergement d'urgence (qu'il faut quitter au matin), contre 12 % dans les autres agglomérations de plus de 20 000 habitants, c'est-à-dire deux fois plus qu'ailleurs.) À Paris, le SAMU social doit répondre aux demandes d'hébergement de près de 25 000 personnes adultes par an, dont 30 % étaient en famille en 2005, et de près de 5 000 enfants. Le recours à l'hébergement en hôtel y est ainsi plus fréquent.

42% des personnes interrogées étaient de nationalité étrangère, contre 14% dans le reste de la France (alors même que les non francophones n'étaient pas interrogés).

La durée de vie passée sans domicile y est également en moyenne plus longue : 36% des personnes sont dans cette situation depuis plus d'un an, contre 27% dans les autres villes d'enquête. Par ailleurs, 35% des personnes sans domicile de l'agglomération parisienne exerçaient un emploi contre 25% dans le reste de la France.

Le Plan Régional d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion des personnes sans domicile d'Ile de France (PRAHI) est articulé avec le Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement, et d'Insertion (PDAHI), le Plan Départemental d'Action pour le Logement (PDALD), le Schéma d'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (SDAHI), le Plan Départemental de l'Habitat (PDH), le Programme Local de l'Habitat (PLH). Cette



articulation complexe a été définie dans une circulaire de la Direction générale de l'action sociale le 09 décembre 2009 mettant en œuvre le plan départemental d'accueil, d'hébergement, d'insertion des personnes sans domicile fixe et complète le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées. C'est un outil structurant de mise en œuvre de la « stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées 2009-2012 ». Cette circulaire est la première qui cible ainsi le public sans domicile fixe et l'hébergement sur le territoire départemental, et devra s'inscrire dans l'objectif du logement d'abord, organiser l'offre afin de mieux prendre en compte les besoins des personnes démunies, améliorer l'orientation et assurer la continuité de la prise en charge des personnes qui sollicitent le dispositif d'hébergement. C'est la DRIHL-IF (Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement Ile de France) qui est chargée de réaliser ce plan et de l'articuler au niveau départemental ensuite avec de la Direction Départemental de la Cohésion Sociale. Dans la pratique, à Paris, le SAMU Social avait le quasi-monopole de l'accueil des personnes sans domicile fixe en ce qui concerne l'urgence, il gère le numéro gratuit 115, les places dans les centres d'hébergement d'Urgence et de stabilisation. Certaines associations avaient gardé leur autonomie en ce qui concerne l'urgence et accueillaient le public hors dispositif du 115.

Avec l'apparition des SIAO Urgence et Insertion, le SAMU Social, forte de son expérience de la gestion du 115 a obtenu la mise en place du SIAO Urgence et regroupe maintenant la totalité des places d'urgence et de stabilisation, les associations ont mis toutes leurs places à la disposition du SIAO Urgence. Seuls les travailleurs sociaux peuvent joindre le SIAO Urgence pour demander une place, le « 115 » demeure effectif pour tous les citoyens.

Le SIAO Insertion est géré par un groupement d'associations dont l'association Aurore. A Paris, la situation est de fait spécifique car c'est à la fois :

- une commune avec un Centre d'Action Sociale (CASVP) qui possède des CHRS, CHU, trois Permanences Sociales d'accueil de personne sans domicile fixe (PSA)
- un département, avec sa Direction des Affaires Sociales, de la Solidarité et de l'Enfance (DASES), un accueil de famille sans domicile fixe par le biais de l'Aide Sociale à l'Enfance et dont un élu siège au GIP gestionnaire du Samu Social.

C'est donc, une collectivité territoriale très impliquée dans l'accueil du public sans domicile fixe. La Direction du logement et de l'Habitat gère le parc locatif et les maisons relais de la Ville de Paris. Les dossiers d'instruction de demande de maison relais doivent être adressés à cette direction. Le dialogue entre ces instances de la Marie de Paris est difficile car elles ont très peu de liens entre elles. Dans certains arrondissements, le secteur est partagé entre le CASVP et Le Service Social Départemental (SSDP). De plus,

dans ce secteur, nous avons les Espaces Insertion de la DASES qui accompagnent les personnes bénéficiaires du RSA. Cela ajoute à la confusion car ce sont les Espaces Insertion qui valident les contrats d'insertion (contrat réciproque d'engagement) dans le cadre du dispositif RSA. Ainsi, les contrats d'insertion des personnes sans domicile fixe sont validés dans les Espaces Insertion d'arrondissements où ils sont domiciliés mais non accompagnés ce qui complique les transmissions.

En outre, entre la prise en charge entre le service de secteur et les PSA, il existe un délai de 3 mois. C'est-à-dire, si une personne sans domicile trouve un hébergement pérenne où un logement, pendant les trois mois, ou inversement, si elle se retrouve à la rue, elle sera toujours prise en charge par le service dont elle dépendait mais qui n'est pas du tout formé à l'accompagnement des personnes sans domicile fixe pour le service social de secteur et qui n'a pas accès au SIAO car, n'accompagnant pas de SDF, le secteur n'est pas référencé.

En tant que directeur, il faut en permanence être en veille et avoir une vision stratégique. De plus, avec les CAF de Paris, la CPAM, les CMP ne dépendant pas tous du même hôpital, les hôpitaux, la Préfecture de Police, la Préfecture, les Mairies d'arrondissements, les différentes délégations des services déconcentrés de l'Etat, nous constatons que les interlocuteurs parisiens sont nombreux et les institutions parfois étanches et donc il faut sans cesse tenir un discours adapté.

Il est utile de citer les déterminants pluridimensionnels qui expliquent, à des niveaux divers dans chacun des pays européens et notamment en France, la persistance - voire l'aggravation récente (plus 50 % depuis 2001 en France) – de ce phénomène SDF. La notion d'exclusion est généralement employée comme un « mot-valise » qui recouvre les situations les plus hétérogènes.

## 2.6 Les centres d'accueil

Tous les centres accueillant un public SDF ont des règlements intérieurs interdisant la consommation de quelques produits licites ou illicites (tabac, alcool, drogue etc.). Ainsi, les personnes dépendantes ne peuvent intégrer ces derniers car une fois sortie de l'établissement pour aller consommer, elles ne peuvent plus rentrer. Or, 40 à 50 % de SDF présentent soit une pathologie psychiatrique avec association à une ou plusieurs addictions, soit une ou des addictions associées à des pathologies virales à risques vitales si elles ne sont pas soignées rapidement.

Je propose un tableau récapitulatif des hébergements Parisiens existant pour les personnes ne présentant aucune pathologie ni addiction avérée :

Entité	Modalité d'accueil	Création
CHRS, Centre d'hébergement et de	Admission 6 mois renouvelable 1 fois	1953 : aide sociale à l'hébergement.

Réinsertion sociale	voir 2. Etre dans un processus bien engagé de réinsertion professionnelle. Essentiellement par le SIAO	1974 : Centre d'Hébergement et de Réadaptation sociale. 1998 : Centre d'adaptation de Réinsertion sociale
CHU, Centre d'hébergement d'Urgence	Admission par le 115, SIAO urgence pour 1 ou 3 nuits voire 2 semaines maximum ?	Foyer de nuit, refuge et ensuite financé dans le cadre de plan pluriannuel ou hivernal par l'Etat. 1993 : Création du Samu social et extension de 20 % du nombre de place en CHU.
Résidence sociale	Extension de foyer de jeune travailleur et de migrant	1994
Maison relais	Extension de l'accueil d'un public plutôt âgé et désocialisé	2002 étendu par la loi de 2005.
Centre de stabilisation	Extension de la durée d'accueil d'un CHU	2007 suite aux événements des enfants de Don quichotte.

### **Suivi chronologique d'une personne dans la rue :**

La personne peut être orientée avant les Centre Hébergement Urgence, en hôtel d'urgence, gymnase ou dispositif très précaire.

Ensuite elle passera d'un CHU à un centre de stabilisation, CHRS, maison relais ou résidence sociale, sur une période s'étalant de 6 mois à 2 ans. Certains centres sont à la fois CHU, centre de stabilisation et CHRS. La personne effectuera ce parcours si elle demeure en pleine santé sans addiction ni autre forme de pathologie.

Les centres de stabilisation Parisiens se situent pour 3 sur 6, dans les locaux des anciens hôpitaux psychiatriques de Maison Blanche et Perray Vaucluse en grande banlieue parisienne, hôpitaux accueillant toujours des malades psychiatriques, comme s'il s'agissait un retour à l'asile. Beaucoup de SDF refusent de se rendre dans ces endroits chargés d'histoires et très éloignés du centre de Paris.

Ainsi, pour conclure ce paragraphe, ce travail confirme que, pour une partie non négligeable de personnes à la rue, il n'existe pas de solutions à court ou long terme. Elles ne sont pas toutes isolées ou marginalisées à un tel point que plus aucun contact n'est assuré. Bien au contraire, elles se déplacent dans les services voulant bien les accueillir, se plient à des parcours longs, périlleux et compliqués associant le soin, le social et le culturel.

Mais une partie de ce public, éloigné de l'accès au droit commun quel qu'il soit, soin, logement, social, famille, lien social tout simplement, vit l'errance comme choix par défaut et parfois l'incarcération ou l'hospitalisation d'office leur permet d'avoir de temps en temps un toit. Selon l'association « les collectifs des morts à la rue » 413 personnes sont décédées à la rue en 2013, un quart à chaque saison, pas qu'en hiver ; ce n'est pas le froid qui tue mais la rue.

En effet, en écoutant ces personnes alternant entre « la rue » et les centres, n'est-il pas possible de construire, de créer ensemble un dispositif d'accompagnement innovant de et vers le logement pérenne ?

Cela étant dit, avant de passer à la genèse du projet, en 2005, un rapport européen de la FEANTSA<sup>23</sup> essaie de dégager des raisons pour expliquer ce phénomène d'errance chronique :

- **les raisons structurelles** : au premier rang desquelles l'accès limité à un logement décent (lié au coût élevé du marché du logement et à l'insuffisance de logements sociaux), la restructuration du marché du travail (et ses conséquences en termes de chômage, de précarisation des statuts d'emploi et d'accroissement du nombre de travailleurs pauvres), le durcissement des règles relatives au droit de séjour des étrangers, plus généralement la marginalisation de « ceux qui ne sont jamais éligibles »

Nous retrouvons ces raisons à Paris et en proche banlieue quant à l'offre de logement dits sociaux, sur tout le territoire en ce qui concerne le chômage et le travail précaire qui ne permettant pas d'obtenir suffisamment de ressource et d'inscription dans le temps pour prétendre à un logement.

A Paris, une personne percevant le SMIC mensuel ne peut pas se loger dans le parc privé et dans le parc public, elle doit attendre une dizaine d'années afin que sa demande soit étudiée avec succès et cela malgré quelques dispositifs spécifiques : DALO, Accord collectif, logement préfecture, logement Mairie. Une famille mettra moins de temps, une personne atteinte de maladie chronique pourra aussi mettre moins de temps dans l'obtention d'un appartement à condition d'être passée par des dispositifs de prise en charge très stricts dans l'accompagnement ne permettant aucun écart de conduite sur du long terme (2 voire 3 ou 4 années) mais tout cela demeure encore très aléatoire.

- **les raisons institutionnelles**, liées à la capacité limitée des services d'hébergement d'urgence et de réinsertion, à la spécialisation des réponses institutionnelles (urgence et médicalisation des réponses), l'inadéquation des dispositifs aux besoins des personnes (familles, handicapés, addicts etc.), l'absence de coordination des services à une échelle locale, les insuffisances des politiques nationales dans les contextes de décentralisation.

Hélas, même avec la mise en place du SIAO, nous en sommes toujours au dysfonctionnement des services d'hébergement d'urgence et d'insertion, surtout à Paris, où il existe un manque de place dont la nature varie selon la typologie du public.

- **les raisons personnelles** : les ruptures biographiques (perte d'emploi, migration, ruptures familiales, problèmes de santé, violences domestiques, etc.), la faiblesse ou la rupture du réseau social, les problèmes d'alcool et/ou de drogues, le refus de dépendre

---

<sup>23</sup> FEANTSA, 2011, rapport annuel, édité par la FENTSA, Bruxelles, 35 pages.

de services d'urgence dénoncés comme inadaptés, dangereux, humiliants.

Ces dernières raisons, souvent consécutives des deux premières évoquées plus haut, sont devenues fréquentes depuis quelques temps car les hébergements non pérennes, inadaptés, les remises à la rue permanentes, ont poussé toute une partie du public à ne plus s'adresser aux centres, les ont ancrés à la rue, les y « enfermant » paradoxalement. Ce sont les SDF eux-mêmes qui parlent d'enfermement dehors. Ces raisons personnelles peuvent aussi être issues des pathologies non traitées ou des histoires de vie faisant que des personnes n'ont jamais connu de logement, d'autonomie. Ainsi 30 % du public SDF est issu de l'Aide Sociale à l'Enfance et n'a connu qu'une socialisation en hébergement collectif. Ce public ne peut pas atteindre une autonomie par le logement du simple fait que cela demeure une inconnue totale, un événement jamais appréhendé, intégré, appris. Cela peut expliquer un retour à la rue au moment d'intégrer un appartement ou un hébergement permettant une plus grande autonomie.

## **2.7 Genèse du projet :**

L'origine de ce projet est le service PRISM que je dirige, qui accueille 900 allocataires du RSA socle dont l'état de santé est un frein à leur insertion. Ce service a aujourd'hui l'expérience éprouvée de l'accompagnement de ces publics (addictés, présentant des troubles psychiques, en errance).

**60 %** d'allocataires se sont présentés avec des difficultés d'hébergement, difficultés s'intriquant et se surajoutant aux problèmes de santé (addictions et problèmes psychiques graves) qui se manifestent par le fait que ces personnes dorment comme ils peuvent à la rue, sont, soit, hébergées en structures sociales (ACT, CHRS, Hôtel social....), soit, hébergées en famille ou par un tiers, soit, logées en hôtel privé avec un prix élevé si bien qu'ils ne leur restent qu'un petit budget pour leurs besoins primaires.

Enfin, pour 10 % de la file active du service Prism, et au regard de leurs réelles problématiques psychologiques et médico-sociales, leur candidature est refusée dans tous les dispositifs d'hébergements actuels même, parfois après un accord positif dans le cadre de la loi DALO. Ce refus est synonyme d'échec et s'avère redoutable quant à leur insertion au sein de la société, et très compliqué aussi dans la construction d'un parcours de réinsertion, le maintien d'un lien social. Le travail d'accompagnement s'avère très frustrant à la fois pour l'utilisateur et le travailleur social.

L'étude de l'existant, appuyé par le champ législatif ou théorique, les entretiens et mon expérience m'ont permis d'affirmer qu'il est possible en étant stratégique, avec l'aide d'une équipe et de personnes sans domicile fixe, de créer un espace où nous pouvons effectuer un accompagnement social, psychologique et médical dans le logement

pérenne en prenant en compte la ou les problématiques des personnes, de la rue leur rythme, leur habitus au sens de P. Bourdieu<sup>24</sup>, et leurs compétences, reconnus comme telles.

Loin du logement classique de type appartement HLM, ce projet se réalise sous forme de chalets.

### **2.7.1 Les fondations associatives du projet**

Je rappelle que ce projet s'inscrit dans la cadre de l'Association Aurore et aussi dans le cadre des valeurs fondamentales de l'association Aurore ; l'humanisme, la solidarité, la laïcité, associées aux 3 principes directeurs de l'association Aurore, des actions permettant aux personnes un accueil humain et digne, en tant que citoyens, dans le respect de leurs droits. Ensuite, l'Association Aurore est missionnée dans le cadre de son pôle Urgence à accueillir le public SDF. Une démarche citoyenne permettant la « remontée » des questions individuelles et sociales de terrain au niveau politique. Enfin, une démarche pragmatique, qui tient compte des réalités et des contraintes dans une perspective d'action.

L'association prenant en charge des sortants de prison, puis des malades mentaux a su, par adaptations successives, étendre ses actions à l'ensemble des problèmes de l'exclusion. De ce fait, elle a multiplié ses champs d'intervention.

Elle engage parallèlement deux formes d'action qui lui apparaissent complémentaires: l'une en direction de publics défavorisés et/ou en souffrance, l'autre en direction de partenaires, d'institutions et de représentants de la société civile.

La vision de l'aide individuelle apportée aux hommes, aux femmes et à leurs enfants utilisateurs des services de l'association Aurore, va de pair avec la conception d'un rôle de citoyen actif dans une association qui entend non seulement promouvoir et faire partager ses valeurs, mais aussi faire reconnaître et valoriser ses actions, pérenniser ses résultats, accroître son influence et son champ d'activité, démultiplier son savoir-faire.

Il a fallu fédérer les salariés auxquels j'ai présenté ce projet.

## **2.8 L'Association Aurore et le service Prism :**

### **2.8.1 Association Aurore<sup>25</sup>**

Fondée en 1871, reconnue d'utilité publique le 04 novembre 1875, la Société Générale pour le Patronage des Libérés est devenue l'association Aurore en 1967 par décret du premier Ministre Monsieur Georges POMPIDOU. Les statuts sont alors modifiés et l'objet

---

<sup>24</sup> Bourdieu P., 1994, *Raisons Pratiques : sur la théorie de l'action*, Paris : Edition du Seuil, collection Points, 251 pages

<sup>25</sup> Voir site internet : <http://aurore.asso.fr/>

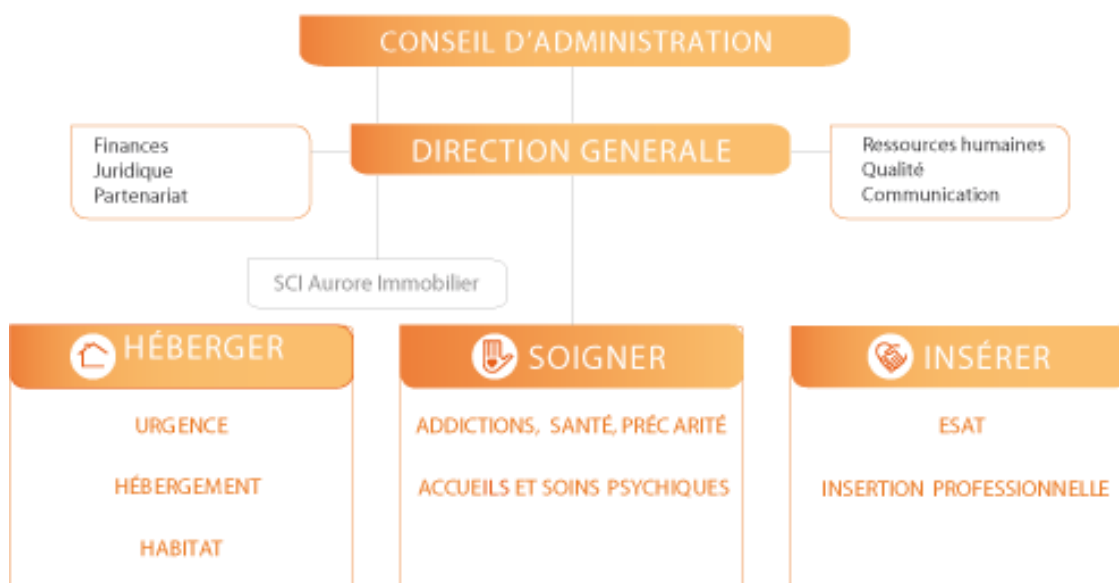
social devient « *la réadaptation sociale et professionnelle des personnes que la maladie, l'isolement, les détresses morales ou matérielles, un séjour en prison, ou à l'hôpital ont privées d'une vie normale* ».

Aujourd'hui l'association Aurore gère 90 établissements et emploie 850 salariés, le cap de 1000 salariés devrait être franchi en 2013.

- L'association Aurore est principalement implantée en Ile de France (présente dans tous les départements) mais aussi dans l'Aisne, en Dordogne et en Loire Atlantique.
- Les valeurs fondamentales de l'association Aurore sont l'humanisme, la solidarité et la laïcité.

Depuis un an les compétences et activités de l'association sont reparties en 3 axes - Héberger, Insérer, Soigner - qui regroupent les 7 pôles de l'association :

- Pôle Maladies psychiques, Pôle Esat, Pôle addiction et maladie chronique, Pôle habitat, Pôle hébergement, le Pôle urgence et le Pôle Insertion auquel le service que je dirige est rattaché :



Je suis positionné au troisième niveau de la hiérarchie après le directeur général et le directeur de Pôle. Le Pôle a changé 4 fois de directeurs. Pendant l'intermède, je dirigeais le service en lien direct avec le directeur général.

L'association est décentralisée ; je réalise les budgets des services ; je recrute aussi en direct les collaborateurs, et je suis le relais entre les financeurs et l'association. Cette responsabilité a perduré puisque pour apporter une réponse à certains appels à projet, je continue de travailler en direct avec le directeur général, tel le projet concernant ce

mémoire. J'ai aussi à plusieurs reprises répondu à des appels à projet depuis 3 ans concernant le public sans domicile fixe, la dernière fois date du mois de janvier 2014 ;

L'association est bien repérée par les pouvoirs publics et autres institutions comme le Secours Catholique, Emmaüs et l'Armée du Salut, et constitue un interlocuteur privilégié en matière d'accueil des personnes en difficulté, ayant à sa disposition, des équipes de rues, des accueils de jours, des centres d'hébergement d'urgence, des centres de stabilisation, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des maisons relais et des appartements dans le cadre du dispositif Soli bail.

L'association, dès sa création, a mis en avant son militantisme et son action envers les plus démunis et désocialisés, et les personnes en difficulté de réinsertion comme les anciens « communards » en 1871.

L'association participe activement à la mise en place du SIAO et est très présente au sein de la FNARS. Au sein du conseil d'administration, sont présents : un élu de la majorité municipale, un élu de la minorité municipale, le président et le secrétaire sont respectivement numéro un et deux du plus grand groupe européen du bâtiment et travaux publics, des médecins, des anciens directeurs d'association, un représentant de l'ancienne DRASS, enfin, un panel complet de la société, des décideurs tant publics que privé ainsi que des élus.

L'association s'est aussi engagée à donner la parole aux personnes accueillies, par exemple au travers de son blog. Elle est en train de mettre en place des élections afin qu'une ou deux de ces personnes participent au Conseil d'Administration de l'association. Elle communique à l'externe via Le directeur général qui écrit régulièrement dans divers quotidiens afin d'interpeller les pouvoirs publics et l'opinion. J'ai été interviewé à plusieurs reprises par les médias, le journal *Le Monde* en 2011, *Europe 1* en 2011 et 2012, *Canal plus* en 2012, *TF1* en 2012 et *France 2* en 2013 afin d'exposer mon expertise sur les allocataires du RSA socle en situation d'errance.

A chaque personne accueillie au sein de l'association est remis un livret d'accueil contenant la charte des droits de la personne qui est commentée. Il existe une instance de médiation avec des personnes tiers qui peut être saisie par le public que nous recevons afin d'anticiper toute maltraitance.

Avec les restrictions budgétaires (baisse du prix de journées des centres), l'association doit réorganiser ses services, faire mieux avec moins de moyens, en développant et mutualisant les métiers mais la position de l'association permet toutefois aux salariés de se sentir soutenus. La mise en place de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC) permet d'intervenir dorénavant de façon transversale et non plus pôle par pôle, ce qui permet, un panel plus important de solutions et latitudes en termes de mobilité horizontale et verticale.



Les instances du personnel, CE et CHSCT, délégués du personnel sont invités de manière permanente non seulement à donner leur avis mais aussi à participer activement au changement actuel de gestion qui met l'accent sur le résultat et les objectifs.

Cela étant, l'association s'assure que ses valeurs, l'humanisme, la solidarité, la laïcité, soient bien relayées au sein de ses services en organisant des rencontres de cadres régulièrement avec des thèmes précis. Ainsi, en tant que directeur et adhérent aux valeurs de l'association, je véhicule ces valeurs.

### **2.8.2 Le Service PRISM (Projet d'Insertion Sur Mesure)**

Le service **PRISM** est une structure qui se situe dans le Pôle « Insérer » de l'association. Je dirige ce service depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Ce service a été créé en 2005 suite à un constat réalisé par la directrice de l'époque qui dirigeait en même temps un CSAPA. Les personnes au RMI étaient orientées souvent trop tard par les services qui accompagnaient ces personnes, et arrivaient au CSAPA atteintes de maladies chroniques invalidantes. Elle a proposé à la DASES, instance départementale gérant le RMI, d'accompagner de manière globale et pas uniquement sur le volant addiction, les personnes. La DASES a accepté de financer l'accompagnement. Ensuite, elle a lancé un appel d'offres composé de 5 marchés, 2 dits généralistes (familles, migrants avec enfants, plus de 50 ans) et 3 dits spécialisés (addictés, SDF et/ou sortant de prison et présentant des troubles d'ordres psychologique). Ce sont les intitulés des marchés lancés par la Marie de Paris via la DASES.

Forts de mon expérience et de l'expérience dans le domaine de l'addiction de l'association, nous avons opté lors du lancement de l'appel d'offres de la DASES concernant l'accompagnement des personnes au RSA socle, sur trois marchés intitulés « Accompagnement des personnes au RSA socle addictées, SDF et/ou sortant de prison et présentant des troubles d'ordre psychologiques ». L'appellation « allocataire présentant des troubles d'ordre psychologique » est extrêmement large dans son acception et permet ainsi aux services sociaux d'arrondissement et aux PSA d'orienter quiconque a un comportement inadéquat ou n'adhère pas à l'accompagnement.

#### **Cadre réglementaire**

L'action du service s'inscrit dans un appel d'offre décidé et financé par le Conseil Général via la DASES, qui est notre interlocuteur direct. Cet appel d'offres couvre une période de 4 ans (de 2012 à 2015).

Le marché est posé par la Procédure de passation « *Le présent marché est passé conformément au Code des Marchés publics, décret n° 2006-975 du 1<sup>er</sup> août 2006 modifié, selon les dispositions de ses articles 28 et 30.* » dans le règlement de consultation des marchés. C'est le code des marchés publics qui est le cadre juridique de l'appel d'offre et non le code de l'action et des familles, ainsi le service n'est pas réglementé par les lois concernant les structures du médico-social.

Les modalités rigoureuses de cette commande publique encadrent l'action du service.

### **Organisation de l'appel d'offres :**

Les marchés sont répartis en nombres de lots de 100 allocataires pour les marchés généralistes et de 50 allocataires pour les marchés spécialisés. Ainsi, lors de l'appel d'offres, il faut se positionner sur un nombre de lots par marché avec un prix de prise en charge par semaine, un maximum et minimum annuel, et décliner, par l'intermédiaire d'un cadre de l'offre technique pour chaque marché, les modalités de travail et l'organisation des Ressources Humaines pour le réaliser, avec les fiches de postes détaillées, la logistique, chaque local détaillé par utilisateur (équipement bureau, salle de réunion, accueil..), le budget détaillé par poste et d'autres documents réglementaire dans le cadre des appels d'offres.

Dans le cadre de l'appel d'offres, l'association, le responsable du service qui postule passe une audition auprès de la DASES. Lors du premier marché en 2007, lors de l'audition, les intervenants de la DASES ont rendu le cadre de l'offre technique - qui se trouve être le projet de service - en invoquant qu'ils ne comprenaient rien aux concepts utilisés, « qu'il n'était pas dans le secteur du social mais administratif » et qu'ils voulaient du « concret » ; ils m'ont donné un délai d'une semaine pour présenter un document plus réaliste ; à titre d'exemple : « *expliquez, lorsqu'une personne arrive dans votre service alcoolisée, que se passe-t-il, comment le prenez-vous en charge du début à la fin ?* », je les ai interpellés sur ce qu'on peut entendre par début et surtout fin .

Ainsi, j'ai revu le cadre de l'offre technique en précisant des descriptions de parcours de personnes accompagnées, en ajoutant leur parole. Ensuite, lors de la deuxième l'audition, la question de la DASES portait sur le prix de prise en charge plus élevé que d'autres projets qui candidataient. J'ai justifié le prix par rapport à la qualité du travail fourni, aux charges diverses et au fait que nous ne pouvions pas éthiquement « *brader l'accompagnement* ». Il est rappelé sans cesse, pendant l'audition, que c'est la mise en concurrence qui est l'axe de l'appel d'offre.

Puis, chaque concurrent se voit noter selon des critères, économiques, logistiques, de ressources humaines, d'expérience. Le jury note sur la qualité de chaque critère et le projet se voit attribuer ainsi une évaluation globale qui est la moyenne de ces notes. Les trois premières associations se voient octroyer la totalité de leur demande et les autres

reçoivent de manière dégressive le reste de lots, les dernières n'ont rien ; deux services d'associations et une association ont fermé suite à cet appel d'offre et donc licenciés « sec » du personnel. En soi, une association n'a pas à perdurer si son action ne sert pas un public mais il y a sans doute d'autres moyens de prévenir le manque ou la baisse de qualité de service que le mode binaire : validé ou pas.

J'ai choisi cet exemple un peu long certes pour illustrer l'aspect brutal et inopérant de ce type de procédure, qui fractionne et ne permet pas de voir le sens global et « l'intelligence » d'un projet. Il en résulte que c'est un service et 19 salariés qui sont en danger et donc, pendant ces quatre années, il faut maintenir en permanence l'excellence de la prise en charge.

Cela a modifié l'approche des financeurs, ma pratique de la communication, et obliger à une démarche pédagogique envers les salariés et les représentants du personnel avec les questions éthiques que cela pose.

Cette mise en concurrence entre associations modifie le climat : nous avons eu des réactions virulentes d'autres associations nous accusant de « casser les prix », alors que nous n'avions pas baissé les prix de la prise en charge. Au contraire nous les avons augmentés, cela n'étant qu'une rumeur. En même temps, cela nous oblige à rester sans cesse en éveil quant à la pratique, être transparent, surtout communiquer plus efficacement en manière de résultat.

### **L'allocataire et sa parole au centre de l'accompagnement :**

Actuellement, nous travaillons de plus en plus autour la parole de l'utilisateur, nous sollicitons beaucoup ces derniers afin qu'ils expriment leur avis sur l'accompagnement proposé. C'est maintenant devenu automatique de mettre en parallèle la parole de l'utilisateur avec la théorie sur laquelle nous nous basons. Comme, je l'ai fait lors de différentes réponses d'appel à projets ou d'expérimentations réalisées depuis que je suis dans l'association, que cela soit à la DRIHL avec une expérimentation menée dans l'accueil en logement de 4 personnes à la rue depuis plusieurs années, malade et addictées, ou à la DIHAL lors de la présentation d'un appel à projet. Maintenant, dans tous les rapports d'activité que nous faisons, nous commençons en préambule par décrire le parcours d'utilisateurs en insérant les mots de ces personnes. J'ai aussi réalisé avec l'équipe un rapport d'activité vivant : dans une salle, nous avons expliqué par des affiches nos actions, nos ateliers, avec la participation des allocataires qui étaient présents lors de la présentation du rapport et qui expliquaient l'accompagnement aux invités, des partenaires, financeurs, les élus pendant que certains allocataires musiciens jouaient sur la scène pour accompagner l'exposition. Ce travail a demandé 6 mois de préparation et a eu des retours très positifs des allocataires, partenaires et financeurs.

L'idée de réaliser un rapport d'activité vivant afin d'expliquer notre action aller au-delà des chiffres et de l'écrit.

L'Association est aussi reconnue pour la prise en compte de la parole des personnes qu'elle reçoit et a mis en place un comité de pilotage de la participation des personnes accueillies au sein des structures de l'association.

Notre service est « en éveil ». Nous avons monté divers projets Européens sur l'accès à la citoyenneté des personnes en situation de précarité avec la construction de projets par les personnes elle-même, aidées par les professionnels. Dans ce comité de pilotage, je suis présent ainsi qu'une personne accompagnée par PRISM, deux administrateurs, deux représentants d'associations d'usagers de la santé mentale. Le but étant d'améliorer avec la participation des personnes accueillies leur accompagnement en général et la prise en charge par l'association, soit par des productions de documents, des séminaires, participation prochaine au conseil d'administration de l'association. Je suis totalement impliqué dans ces projets en tant que directeur et membre de ce comité.

Les orientations proviennent à 85 % de la DASES par l'intermédiaire des Espaces Insertions qui organisent mensuellement des commissions appelées Equipes pluridisciplinaires, pluridisciplinaire car sont présents : le Pôle Emploi du secteur, la CAF, le SSDP et les associations qui se sont positionnées sur l'arrondissement. Il existe dix commissions mensuelles d'équipes pluridisciplinaires sur le territoire Parisien, qui sont organisées en deux parties distinctes :

- la première où chaque intervenant présente des dossiers réorientés. Ensuite les participants, selon le marché et le nombre de place disponible dans leur file active, se positionnent sur les dossiers.
- La seconde, la partie suspension, carence où se sont présents uniquement les instances mandatées par arrêté de la Mairie de Paris, c'est-à-dire, la CAF, Pôle Emploi, SSDP et une ou deux associations par Espace Insertion. Deux allocataires choisis par la DASES sur avis des services accompagnant ces personnes sont présents. Des allocataires peuvent venir et être auditionnés, s'ils le souhaitent, lors de cette partie afin d'éviter une suspension ou une radiation. Nous participons ainsi pour neuf commissions à la partie orientation et pour l'une d'entre elle dans son intégralité, celle concernant justement les SDF. Ainsi, nous avons toujours une file active de 900 voire un peu plus d'allocataires, nous refusons tous les mois 15 à 20 dossiers sur les marchés du public SDF et du public présentant des troubles d'ordre psychologique.

Les 15 % d'orientations restant, ce sont, soit les équipes de rue, le SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation), d'autres associations, des particuliers.

### 2.8.3 Les principaux déterminants du cahier des charges :

Nous actons par une facture mensuelle les prestations définies en semaines de suivi, dépendant, du nombre de semaines de suivi (défini par la DASES), de la nature du suivi, la personne étant considérée en suivi administratif tant qu'elle n'a pas rencontré de travailleur social, et en suivi social dès qu'elle s'engage dans un accompagnement.

Nous nous sommes positionnés d'après le cahier des charges sur trois publics cibles :

- **350 allocataires Sans domicile fixe et/ou sortant de prison, 7 lots,**
- **200 ayant comme problématique l'Addiction, 4 lots,**
- **350 ayant des troubles d'ordre psychologique, 7 lots.**

Par ailleurs, le suivi des familles est différencié et financé de façon spécifique. Une nécessaire contractualisation de l'accompagnement fait aussi parti du cahier des charges. Le contrat d'engagement réciproque (ex contrat d'insertion) et d'accompagnement est rédigé à partir d'un modèle défini par la DASES et validé par une commission. Cette signature engage en principe le maintien ou non du RSA, sauf argument avancé par l'équipe qui suit la personne. La contractualisation s'envisage sur des périodes de trois ou six mois en général, renouvelables, et pour une durée globale non limitée dans le temps. Les entretiens sont sur un rythme plus soutenu que celui exigé par le cahier des charges qui est un entretien tous les deux mois minimum. Par ailleurs les ateliers collectifs ne sont pas comptabilisés à ce jour dans le rythme des convocations mais comptabilisés dans les statistiques.

Nous effectuons une facturation mensuelle comportant des indicateurs de résultat :

- Entrée dans le dispositif (présence aux réunions d'informations collectives),
- Pourcentage à hauteur de 60 % de contractualisation,
- Sortie du dispositif,
- Rencontrer les personnes au minimum une fois tous les 2 mois.

Lors de différentes concertations et des réunions avec la Marie de Paris, nous avons longuement débattu sur les sorties positives et ce que cela représentait. Il nous a fallu faire preuve de pédagogie pour expliquer, par exemple, qu'un décès survenu hors la rue mais dans une chambre d'hôtel pouvait s'avérer être une sortie positive, la personne ayant été accompagnée jusqu'au terme de sa vie dans des conditions acceptables, hébergée dans un hôtel, décédée à l'hôpital entourée par l'équipe voire sa famille lorsque nous la retrouvons plutôt qu'à la rue isolée dans d'atroces souffrances.

Des échanges basés sur le concret, sur le quotidien de l'accueil et de l'accompagnement, font que les financeurs, et ils nous l'ont signalé, peuvent aussi changer leur regard quant à l'accompagnement, à ses objectifs et aux moyens accordés. Ainsi, le directeur a entre autre un rôle de promotion et défense des intérêts des usagers et du travail des équipes,

en essayant de faire bouger la perception et la représentation de nos interlocuteurs mettant en place les politiques publiques.

#### **2.8.4 Fonctionnement et missions principales**

L'action engagée en vue d'une insertion socio-professionnelle réussie vise à repérer les freins liés à l'insertion et prendre le temps de les travailler avec la personne accueillie, élaborer et étayer un parcours qui ait du sens pour elle, aussi bien au niveau du temps nécessaire que des étapes et dimensions de ce parcours ; ensuite contractualiser ce parcours personnalisé dans ses dimensions sociales, psychologiques, médicales et professionnelles, le cas échéant, en prenant en compte particulièrement :

Le remaillage de liens sociaux

- Les besoins de « renarcissisation », de reprise de confiance, de remobilisation
- L'accompagnement vers le soin, vers l'emploi et la formation.

Ensuite, il nous faut établir un lien de confiance réciproque et amorcer une dynamique visant à les accompagner sur un temps de leur vie, les aider à franchir un palier vers l'insertion, cela avec un accompagnement innovant basé sur la coréférence entre psychologues, travailleurs sociaux et la conseillère en insertion professionnelle ; c'est un accompagnement transversal et global.

L'équipe est composée de 19 personnes :

- 9 travailleurs sociaux, 3 psychologues cliniciennes, 1 conseillère en insertion professionnelle, 4 secrétaires, 1 agent d'accueil, 1 agent d'entretien et 1 directeur.

Cela étant, les fonctions de direction me conduisent non seulement à respecter le cahier des charges mais aussi à veiller à ce que l'espace soit en conformité. J'élabore et conduit l'évaluation du projet de service dans le respect du projet de la personne morale auquel il peut contribuer et des orientations des politiques publiques, en s'assurant de l'adhésion de l'ensemble des acteurs. J'initie et développe les partenariats et le travail en réseau.

Je mets en place le nécessaire afin que le personnel se sente et soit en sécurité. Des protocoles ont été mis en place en cas de danger imminent, nous sommes en contact direct avec le commissariat du quartier qui peut intervenir en moins de 10 minutes. Chaque salarié est en contact via une messagerie interne au service en permanence avec tout le reste de l'équipe. Cela a été mis en place avec l'aval de tous et est rediscuté tous les 6 mois afin de mettre à jour les protocoles ou lors d'événements indésirables.

Il existe au sein de l'association, au-delà du CHSCT qui vient tous les ans à ma demande afin d'expliquer non seulement son rôle mais aussi vérifier les protocoles, une instance qui recueille les événements indésirables et se déplace afin de travailler pour mettre en place des actions afin d'éviter la répétition de ces événements.

Je reste en contact avec la hiérarchie et les instances du personnel afin de ne pas rester isolé, aussi bien au niveau de l'équipe qu'au niveau de la hiérarchie et des partenaires.

Cette sécurité est la même pour le public accueilli.

Ce dispositif a été mis en place en raison de la réception d'un public malade psychiquement, addicté et désocialisé depuis longtemps et n'ayant plus l'habitude d'être reçu en bureau à des heures fixes. Et aussi, du fait que, pour certains, c'était leur quatrième réorientation suite à des troubles du comportement souvent ponctués d'actes agressifs.

Ainsi, il faut un temps afin que ces personnes s'aperçoivent que nous ne leur voulons - quasiment au sens propre - pas de mal, qu'ils nous apprivoisent, que nous leur expliquions que nous les recevons quand eux sont prêts. C'est pendant cette période que les risques d'agressions sont les plus sensibles.

Ainsi, afin de se prémunir, ce dispositif a été mis en place et fonctionne bien car j'ai réduit d'années en années les événements indésirables. D'une part du fait de l'expérience de l'équipe qui est stabilisée maintenant depuis 3 années et peut ainsi travailler sur du long terme, va en formation régulièrement et est devenue elle-même formatrice et expérimentée en intervenant souvent auprès différents services d'accueil et d'accompagnement sociaux afin de transmettre son expérience d'un public très désocialisé, malade et parfois violent et agressif. D'autre part, du fait, du public reçu qui comprend notre mode de fonctionnement, se rend compte que nous nous adaptons dans un premier temps à son rythme. Avec un travail d'explication, d'échange, de partage et de respect des uns envers les autres, les agressions cessent.

### **2.8.5 Ressources humaines**

Les ressources humaines du service sont liées à celle de la direction des ressources humaines de l'association et de sa GPEC. Néanmoins, j'ai recruté toute l'équipe actuelle, excepté une secrétaire arrivée dans le service depuis dix ans.

Cette équipe récente, 5 ans pour les plus anciens et 2 pour les plus récents, est le résultat d'un recrutement basé sur l'expérience auprès du public SDF très désocialisé, addicté, présentant des troubles d'ordre psychologiques. J'ai diversifié les formations d'origines de l'équipe, des éducateurs spécialisés, des assistants sociaux, des conseillères en économie sociale et familiale. Trois psychologues d'orientation différentes (deux comportementalistes et une psychanalytique titulaire d'un DESS, de deux DEA et doctorante à l'université Paris VII) réalisent plusieurs supervisions dans des structures CHRS et accueil de jour. Les psychologues, au-delà du travail de réception du public, sont aussi des personnes ressources pour le reste de l'équipe. J'ai recruté des travailleurs sociaux qui exerçaient en équipe de rue. L'équipe, qui au départ était composée essentiellement d'assistantes sociales, a été modifiée totalement suite à un taux

d'absentéisme très élevé entre 2004 et 2007 : sur 10 salariés, 5 étaient en permanence en arrêt maladie dont deux déclarées inaptes par la médecine du travail. Suite à un audit d'une semaine fait par un cabinet extérieur à l'association, il s'est avéré que cet absentéisme fort, était dû au manque de formation de l'équipe, trop jeune et sans expérience auprès de ce public. L'équipe était en contrat à durée déterminée renouvelable tous les ans pendant la période du marché, ce qui, pour les professionnels, correspondait à une forme de précarité. Je suis arrivé au moment même où l'audit se déroulait en raison de mon expérience et de mon parcours.

Suite à cet audit, j'ai été chargé du recrutement et j'ai dans un premier temps mis fin à la précarité au niveau des contrats en prenant les salariés en contrat à durée indéterminée. Ensuite, j'ai imposé à l'équipe la première année et à chaque nouvel arrivant, un cycle de formation psychologique, addictologie et réception d'un public désocialisée. Ces cycles sont réalisés par neufs demi-journées par thèmes choisis avec les intervenants et moi-même. Ces formations sont internes au service et prises sur le budget de la structure. Les salariés peuvent tous les ans s'inscrire à des formations qui rentreront dans le cadre du PAUF, du DIF ou du CIF et seront traitées par la direction des ressources humaines de l'association après mon avis. Ils sont invités à effectuer des retours de leur formation lors de réunions spécifiques et nous avons un dossier partagé sur le réseau informatique du service où chacun peut déposer des écrits, des documents sur des sujets divers, des informations techniques. Un travailleur social et une secrétaire sont chargés de la veille législative et de maintenir la documentation générale à disposition pour le reste de l'équipe aussi bien informatiquement que physiquement dans une bibliothèque aménagée dans une pièce commune où sont rangées aussi les bannettes des salariés qu'ils consultent le matin en arrivant.

J'ai institué un coordinateur, lors de mes absences, il est le relais des partenaires extérieures, référent en cas de crise, anime les réunions d'équipe et sert d'appui technique mais n'a aucun pouvoir hiérarchique sur l'équipe.

Il y a une supervision mensuelle pour l'équipe et une autre pour les psychologues. Les secrétaires accueillantes ont toutes été en formation de logiciel de bureautique et de réception en premier accueil de public difficile.

Le taux d'absentéisme a diminué et se situe au-dessous de la moyenne générale de l'association. Deux travailleurs sociaux ont quitté le service après 3 et 4 années pour convenance personnelle et leur remplacement a été facilité par l'arrivée de deux collègues ayant postulé depuis un certain temps car la philosophie du service les motivait et qui avaient déjà l'expérience dans des structures accueillantes ce type de public. Autrement, l'équipe n'a pas changé.

Les salariés ont 35 heures à effectuer par semaine. Lors de leur arrivée, un planning vierge leur a été transmis et ils ont deux semaines pour le remettre afin de positionner leurs



horaires de la semaine. Certains optent pour des semaines de 4 jours ou de 4 jours et demi et les autres restent à 5 jours. Dans un service accueillant un public difficile et parfois usant, nous devons laisser une certaine marge de liberté aux salariés afin d'organiser leur travail. Cette liberté concerne aussi bien les horaires que des prises de congés - sans que cela ne mette le service en difficulté - mais aussi a prise d'initiative en terme d'accompagnement comme aller vers l'allocataire, qu'il soit en prison, sur son lieu de vie, à l'hôpital ou à domicile. La création de groupes de travail collectif, ateliers, projets de séjour, est discutée en réunion ou à la suite de demande d'entretien avec moi. Cela peut se faire à plusieurs : une psychologue et un travailleur social, une secrétaire et un travailleur social comme c'est le cas pour les ateliers culture, cuisine, estime de soi, peinture, emploi...

Les référents, regroupant, les travailleurs sociaux et psychologues, se rendent plusieurs fois par mois aux réunions d'orientation des dossiers organisées par la DASES. L'équipe est devenue ressource lors de ses réunions envers les autres associations et les services sociaux départementaux.

Ils assistent régulièrement à des colloques, conférences, séminaires portes ouvertes à l'extérieur du service et à l'interne au sein de l'association, et l'un d'entre eux - jamais le même - m'accompagne régulièrement lors de rencontres de partenaires et du financeur.

Les anciens prennent en charge les nouveaux arrivants qui vont, pendant une période, assister aux entretiens des collègues. A leur arrivée, il leur est remis un livret d'accueil de l'association détaillant les services mais aussi la charte des droits et devoirs des personnes accueillies, les missions et valeurs de l'association. Les nouveaux commencent toujours par une courte période avec les secrétaires accueillantes pour apprendre les rouages de l'administratif et le circuit des documents, ils répondent au téléphone et accueille le public pour prendre la mesure du travail du service dès la première étape. Ils vont visiter les autres services de l'association et assistent à une réunion annuelle des nouveaux arrivants organisée par la direction des ressources humaines de l'association.

Le Pôle organise une réunion des cadres tous les mois. Tous les trimestres, les directeurs de l'association sont conviés à une réunion ou séminaire. Le Pôle organise un séminaire annuel regroupant tous les salariés ainsi que l'association. Des échanges réguliers inter services de l'association sont réalisés, certaines fois nous nous déplaçons et d'autres nous accueillons. Une porte ouverte du service est réalisée annuellement ainsi qu'un rapport d'activité vivant. Ce dernier est organisé dans une salle extérieure au service, j'invite les salariés de l'association, les partenaires, les financeurs et les personnes accueillies qui expliquent aux invités avec un professionnel, les activités auxquelles elles ont participé dans l'année. Certaines exposent leur œuvre, peinture, écrits, photos, sculpture et d'autres jouent de la musique. Pendant ce rapport, les chiffres et statistiques

du service sont projetés sur un mur blanc, toute la durée de l'action. Il est remis à l'entrée, un rapport d'activité écrit. La communication de l'association est venue faire un film de l'action avec interview de personnes présentes pour expliquer le but de l'action et l'a mis en ligne sur le blog.

Le service s'appuie sur le militantisme de l'association, les salariés participent à certaines manifestations dénonçant le manque d'hébergement avec le consentement de la direction générale. Cela permet à l'équipe de se sentir soutenue dans sa pratique mais peut aussi être pris, au regard de partenaire comme la DASES, pour des contre-pouvoirs actifs dérangeants car dénonçant la maltraitance institutionnelle.

Chaque Pôle dispose de son service comptabilité, ressource humaine, logistique. Je suis en lien direct avec le siège du Pôle où je me rends régulièrement et y dispose d'une bannette avec des documents me concernant. Nous sommes reliés au siège général de l'association par le service communication qui interroge tous les services mensuellement pour savoir si ces derniers ont une actualité à faire passer ou une information. Le service communication siège interroge régulièrement les activités nouvelles, les écrits, les informations diverses des services pour ensuite les diffuser sur le blog ou le site de l'association. En lien avec la direction des ressources humaines, il diffuse sur l'intranet de l'association toutes informations relatives aux ressources humaines : convention collective, accord d'entreprise. Le comité d'entreprise intervient sur l'intranet et diffuse ses informations. Chaque salarié de l'association a sa boîte email personnelle avec un code personnalisé pour aussi utiliser l'intranet.

#### **2.8.6 Caractéristiques du public accueilli par Prism**

Sur les 900 allocataires du RSA socle que le service accompagne, 550 n'ont pas de domicile fixe. 350 ont une domiciliation administrative, alternent la rue, les centres d'hébergements d'urgence, les centres de stabilisation, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les maisons relais ou résidences sociales, sont incarcérés ou hospitalisés, 30 % errent et reviennent toujours à la rue environ après 3 à 6 mois passés en dehors de ce milieu. Environ, le public est composé de 85 % d'hommes et 15 % de femmes.

Nous avons déjà fait le constat qu'un nombre important de personnes à la rue ne sont plus en contact avec des services sociaux et se marginalisent. Le paradoxe se trouve dans la parole de ces personnes, lorsqu'elles ne sont pas trop malades ou avec des pathologies ne les éloignant pas trop de la réalité, elles veulent être « dans la norme », « normal, appartement, travail, famille » comme elles le disent souvent.

Ils sont, comme le décrit Jean Furtos<sup>26</sup>, psychiatre, dans une situation d'auto exclusion : « *situation de souffrance qui empêche de souffrir sa souffrance...* », « *Le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité, pour s'exclure de la situation, pour ne pas souffrir, transformant le subir en agir* », « *un des signes de la déshabitation de soi est l'anesthésie ou hypoesthésie corporelle qui peut être impressionnante... Cette anesthésie empêche de sentir les douleurs somatiques et organiques, mais surtout, et c'est sa finalité, d'être affecté par des affects et des émotions qui sont à expression corporelle. La souffrance est ainsi déniée* ».

Pascale Jamouille<sup>27</sup>, « les cliniques de la précarité » ajoute : « *En intervention clinique, sociale et de recherche, la proximité est une pratique souple et malléable, qui s'adapte aux styles de vie et aux règles en vigueur dans l'environnement. Par nature, elle remet en cause les cadres institutionnels trop rigides qui ne permettent pas de rencontrer les gens. Mais, elle pose aussi un cadre aux échanges, elle est normée par des balises éthiques, toujours réadaptées aux contextes de l'intervention* ». C'est exactement ce que nous mettons en place dans le service, nous nous efforçons de nous adapter dans un premier temps au cadre de la personne accueillie, ensuite nous construisons un cadre commun avec, au, départ des dénominateurs communs très succincts comme se dire « bonjour », suscitant ainsi chez la personne le simple fait, premièrement qu'il n'est pas seul et qu'ensuite l'Autre n'est pas obligatoirement l'Ennemi mais peut s'avérer être un allié.

25 à 30% d'allocataires se sont présentés au service avec des difficultés d'hébergement et de maintien dans les lieux, difficultés s'intriquant et se surajoutant aux problèmes de santé (addictions et problèmes psychiques graves, venant complexifier une situation somatique déjà altérée le plus souvent). Ces personnes « sans chez soi » comme cela est décrit dans le rapport sur « la santé des personnes sans chez soi » remis à Madame Bachelot-Narqint, Ministre de la Santé en novembre 2009, est tout à fait en adéquation avec la réalité que nous rencontrons tous les jours quant à la difficulté de trouver un hébergement adapté à un public désocialisé, malade et/ou addicté, aggravant le danger de ce risque social comme le signifie le rapport :

« *Ce phénomène des personnes sans chez soi est révélateur à la fois des difficultés du système de soins à répondre aux besoins de ces personnes, mais aussi de l'importance d'avoir un chez soi pour la santé. Une enquête rétrospective récente précise d'ailleurs que le fait d'être sans chez soi constitue un facteur de mortalité prématurée indépendant de tout autre facteur social défavorable* »,

**« L'exclusion sociale s'est maintenue, se déplaçant de l'asile à la ville, de l'enfermement dans les murs à l'enfermement dans la rue ».**

---

<sup>26</sup> Furtos J. responsable de publication, congrès de psychiatrie et de neurologie en langue française 2008, *Les Cliniques de la précarité*, Editeur Elsevier Masson, Paris, Masson, 284 pages

<sup>27</sup> Furtos J. responsable de publication, congrès de psychiatrie et de neurologie en langue française 2008, *Les Cliniques de la précarité*, Editeur Elsevier Masson, Paris, Masson, 284 pages

« Je suis enfermé dehors » est un propos répété maintes fois par les sans domicile que j'ai interrogés pour ce mémoire. Enfermé. Pourquoi ? Car, toujours d'après leurs mots, plus aucune structure ne les accepte dans leur intégrité avec leurs problématiques. Ils n'essaient même plus d'exposer une demande d'hébergement et lorsque nous essayons de la devancer, c'est un refus catégorique de ces personnes et certaines préfèrent même l'incarcération car, d'après certains, ils n'auraient pas le choix, leur souffrance serait mieux contenue entre les murs de la prison. De fait, ils sont auto exclus. Incarcérés, le règlement se subit de force, ils sont sûrs de ne pas être exclu, d'avoir certains produits à profusion (médicaments) tout en expliquant que ce n'est pas une solution surtout pour nous démontrer à quel niveau se situe le refus et l'abjection des centres. En revanche, pour tous, il n'est jamais question de soins ou d'hospitalisation : le refus est encore plus net. Souvent, ils ont connu des expériences « d'hospitalisation d'office » sous contrainte douloureuses.

Si les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle sont tout-à-fait mobilisés, cette problématique de l'hébergement et du logement, sans lesquels aucune insertion durable ne peut être envisagée, demeure omniprésente. Être en formation, trouver un travail, s'inscrire dans le soin, ne serait-ce que simplement l'envisager, tout ceci est absolument impossible lorsqu'on est dans la rue ou dans l'insécurité d'un abri pour le soir.

Au fil de nos pratiques, nous avons pu expérimenter, développer et mesurer l'efficacité d'une approche globale des personnes, déclinée selon un triptyque d'interventions « **accès aux soins - accès à l'hébergement - accès à l'insertion** ». C'est en effet à ces trois conditions réunies que les personnes parmi les plus précarisées entrevoient un avenir plus serein et qu'une insertion est un objectif atteignable.

Les centres accueillants ne sont pas ou plus adaptés à ce public du fait de leur règlement interne trop contraignant pour des personnes ayant pris des habitudes totalement en décalage avec les horaires des centres ou étant trop addictées, donc soumis au manque, et ne pouvant attendre le lendemain matin.

Ces éléments font que la situation est de plus en plus compliquée pour le public SDF de trouver un hébergement pérenne.

Néanmoins, Le principe de continuité de la prise en charge telle qu'elle apparaît dans L'article 4 de la loi DALO : « *toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation.* », n'est pas respecté par les centres d'hébergement. Les personnes sont encore remises à la rue suite à un séjour plus ou moins long, de quelques jours en centre d'hébergement d'urgence à quelques mois en CHRS.

Ainsi, nous constatons que toute une partie non négligeable de personnes à la rue n'a

plus accès à l'hébergement existant et elles errent en se cachant de plus en plus de crainte d'être obligée de se rendre dans des lieux qu'elles ne veulent pas ou plus, d'accepter un parcours décidé pour elles et non pas avec elles, quand ce n'est pas contre elles. Elles deviennent des clandestins de la rue.

Afin de mieux cerner l'approche technique de l'accompagnement, nous mis en annexe le parcours de deux personnes SDF reçues par PRISM.

Ainsi, il apparaît que l'offre existante d'hébergement n'est plus adaptée à certains types de public. La massification de ce dernier et l'hétérogénéité de ces personnes font que les hébergements classiques et déjà anciens dans leur conception ne sont plus adéquats. L'évolution de la société, l'appui des associations de parents, de personnes elles-mêmes en difficultés ou handicapées, les lois diverses (2002, 2005, 2007) renforçant la prise en compte de l'avis des personnes accueillies n'ont pas été accompagnées de modifications dans les structures.

Ces dernières actuellement, plus de dix ans après, ne sont pas en conformité avec la loi du 02 janvier 2002. Le public a accès plus facilement à l'information avec les nouvelles technologies. La démocratie participative, qui a été longuement discutée lors de diverses campagnes électorales, a alerté le public qui demande de plus en plus à participer à sa prise en charge, à avoir et prendre la parole pour ce qui le concerne. Les structures accueillantes n'ont pas évolué au même rythme, sont dépassées par ce nouvel aspect des choses et surtout font de la résistance comme le décrit Michel Foudriat<sup>28</sup> : les acteurs ont peur du changement. L'*empowerment* se développe en Europe, l'Union Européenne lance des programmes en faveur de la participation citoyenne et l'accès à la citoyenneté comme le programme Grundvigt auquel le service PRISM participe actuellement, Cela fait prendre conscience aux personnes accueillies de leur droit d'être acteur de leur accompagnement. Les personnes réclament de la dignité, du respect, de l'intimité et d'être traitées comme tout citoyen inclus.

Ainsi, pour toutes ces raisons, j'ai réfléchi à la mise en œuvre d'un dispositif innovant de logement autonome pour le public SDF ne trouvant plus d'hébergement adapté à leur problématique.

### **3 Un projet innovant d'accès à l'autonomie en « logement chalets » centré sur la participation active des personnes désocialisées**

En partant des principes de l'*empowerment*, de la recherche action et des enjeux institutionnels, le projet que je propose utilise les résultats des entretiens afin d'alimenter la stratégie de mise en place de ce dispositif. Je vais tout d'abord exposer les aspects

---

<sup>28</sup> Michel Foudriat, Sociologie des organisations. La pratique du raisonnement, Pearson Education, 2007, 333 p.

majeurs sur la création de ce projet en termes de méthodologie avec le parti pris, je le rappelle, de faire participer activement le public cible et d'évoquer la stratégie de direction que j'ai choisie et qui l'accompagne.

J'ai pris en compte les différentes dimensions (stratégique, management, ressources humaines, droit du travail, questions financières, prise de décision, communication et évaluation) en m'appuyant sur l'actualité en l'interprétant à la lumière du passé afin d'effectuer un travail d'anticipation pour l'adapter au futur.

### 3.1 Construction du projet

Ce projet a été construit avec le soutien de plusieurs partenaires rencontrés lors des phases de réalisation du mémoire :

- Pour la logistique, les chalets, aménagement du terrain, avec la Scop Altair<sup>29</sup>, entreprise de l'économie solidaire.
- Pour le fonctionnement, l'empowerment, participation des résidents avec l'antenne de l'Île de France de l'association Advocacy<sup>30</sup>, association d'utilisateur de la santé mentale qui développe un mouvement d'action d'utilisateurs de la santé mentale pour une politique de santé citoyenne.
- Pour l'aspect financier, avec la direction des services financiers de l'association.
- Pour l'évaluation et le projet d'établissement qui se construira en corrélation de la mise en place du projet avec l'aide de l'association ANSA<sup>31</sup>, Agence Nouvelle des Solidarités Actives, créée par Martin Hirsch.

Le projet débutant en amont de la construction des chalets, par une phase de recrutement des travailleurs sociaux et des personnes accueillies, dont certains sont déjà pressentis. Lors cette phase, le projet d'établissement ainsi que le règlement intérieur seront travaillés, affinés pour se finaliser suite à l'ouverture de la structure.

Ce qui suit, oscille entre le cahier des charges, le projet d'établissement et le réalisé et ce qui reste à finaliser.

Sur les conditions d'hébergement et d'accueil, plusieurs discussions avec les travailleurs sociaux, directeurs et surtout personne sdf m'ont conduit aux choix (de critères) suivants :

- La mixité : hommes femmes familles, plus de 18 ans,
- Grands désocialisés : addicts, malades chroniques (somatiques et/ou psychiques), en errance, « *des personnes comme nous, en fait...* »
- Modalités d'admission souples, une place se libère, le prochain sur la liste est admis sans condition,
- Inconditionnalité de l'accueil, quels que soient le statut et/ou la problématique,

---

<sup>29</sup> <http://www.altair-habitat-territoires.fr/>

<sup>30</sup> <http://www.advocacy.fr/pages/actions/delegations-regionales/paris-ile-de-france>

<sup>31</sup> [www.solidarites-actives.com](http://www.solidarites-actives.com)

- Chambres individuelles et partage des espaces semi-collectif (sanitaires, cuisine et loisirs),
- Possibilités ponctuelles d'accueil et/ou d'hébergement de l'entourage,
- Accompagnement socio-psycho-médical avec une équipe pluridisciplinaire,
- Accompagnement vers les soins,
- Participation active des résidents à l'entretien du bâti, participation à vie collective, à la citoyenneté,
- Participation financière.

### 3.1.1 Une organisation déclinée en deux temps et trois axes d'intervention

Nous aurons deux temps articulés sur 3 axes.

	<b>TEMPS 1</b> : Reconstruction du lien social dans une unité « Chalets regroupés » et orienté vers un premier chemin vers une autonomie.	<b>TEMPS 2</b> : est l'accès à l'autonomie dans une unité « Chalets Auto-construits » ou dans la droit commun par un logement de type HLM.
AXE 1	Le premier axe sera au travers une pédagogie de l'écologie et du développement durable, à travers l'objectif qui conjugue écologie, économie et social. La réappropriation de la maîtrise de leur budget, et des éléments fondamentaux (eau, énergie, recyclage) : - Autonomie énergétique (voire même revente énergie à EDF). - Autonomie en alimentation et transformation eaux de pluie en eau potable. - Semi-autonomie du retraitement des déchets. Ensuite, on pourra s'orienter vers des cultures potagères vivrières (voire même vente de la production).	
AXE 2	Faire de ce lieu, un site ouvert sur la Ville en lien avec des structures médicales et sociales de droit commun, la Cité et les associations solidaires ; sera aussi un travail réalisé en continu.	
AXE 3		L'auto-construction d'un toit pérenne ou vers le droit commun : Pour les résident(e)s qui le souhaiteront, le projet permettra de se projeter au long cours, grâce à la proposition de construction accompagnée de leur propre chalet. Pour les résidents qui ont auront accès au logement de droit commun, un accompagnement social sera réalisé et de façon progressive afin de ne pas laisser le résident seul lors du passage au collectif à l'individuel dans un quartier.

### **3.1.2 Principes Innovants et plus-values**

La structure et la personne accueillie s'adapteront l'un à l'autre. Cette dernière, suite à une période définie en commun, décidera si les conditions de l'hébergement lui conviennent. Puis, l'accompagnement avec la notion de référence globale et partagée sera un élément nouveau dans le parcours des personnes (notion détaillée plus en avant dans l'accompagnement social).

La participation active et volontaire des résidents aux différentes tâches d'entretien, de jardinage et d'activités diverses sera un élément important de la vie quotidienne du lieu d'hébergement. Les gestes de la vie quotidienne seront accompagnés par les professionnels, jamais imposés, depuis la confection des repas jusqu'au jardinage par exemple, afin de développer les potentiels d'autonomie de chacun(e). C'est ce « vécu ensemble », qui étayera les nouvelles acquisitions des résidents, ou la réappropriation de leur autonomie.

La mixité à tous niveaux (âges, sexe etc.), l'accueil d'animaux, la possibilité d'accueillir l'entourage seront non pas des nouveautés mais un plus, quant à l'offre existante sur Paris. Le temps d'accueil, sans date de terme, est adapté au rythme de chacun. Dès leur arrivée, cette donnée fondamentale permettra aux résident(e)s de sortir de l'insécurité psychique, et de vivre en continuité leur parcours d'hébergement, sans rupture.

Ces futurs Chalets Relais apporteront des réponses aux problématiques complexes rencontrées par ces personnes, en tant qu'alternative à la « rue » et à l'errance :

Leur coût sera moins élevé que des constructions lourdes de solutions d'hébergement (30 % moins onéreux qu'une place en CHRS). Ils seront plus humains grâce à une prise en charge personnalisée et globale, mettant au centre de l'accompagnement l'échange, le partage et la participation active dans le fonctionnement du centre, un règlement contractualisé du collectif à l'individu, grâce à un hébergement stable et contenant de type « sans limitation de durée » qui permettra une véritable insertion durable dans les dispositifs de droit commun (notamment par l'accompagnement continu), Ainsi, la personne aura le temps nécessaire au développement de son potentiel d'autonomie et cela préviendra un retour à l'errance et à la rue pour les plus désocialisées. Les produits ne seront pas interdits mais leur prise sera discutée en amont, avant l'entrée, afin de mettre la réduction des risques au centre de l'accompagnement.

Cela laissera le temps d'élaborer le second volet de ce projet, qui consistera à aller plus loin pour les personnes qui le désirent, vers une coopérative autonome d'accédants à la propriété de Chalets Ecologiques Auto-construits.



### 3.2 Les entretiens

J'ai exploité 25 entretiens avec 17 personnes, plusieurs entretiens ont été nécessaires pour préciser certains propos (Une grille d'entretien et quelques propos se trouvent en annexe). Je me suis entretenu avec des personnes de tous les secteurs du champ de l'accueil des SDF :

Les institutionnels :

- la DIHAL et le Préfet délégué interministériel à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées rattaché au premier ministre,
- les élus avec l'élue adjointe au Maire de Paris chargée de la solidarité, de la famille et de la lutte contre l'exclusion qui représente le maire au Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, à la Commission départementale consultative des gens du voyage, au Groupement d'intérêt public Samu Social ; l' élu d'un arrondissement chargé du logement,
- le directeur général d'une association ayant 90 structures, un directeur de CHRS, un directeur de CHU et un directeur d'un centre de stabilisation,

**Les acteurs de terrain :**

- deux travailleurs sociaux d'équipe de rue, deux travailleurs sociaux de centre d'hébergement, deux travailleurs sociaux d'accueil de jour et de service d'accompagnement,

**Le public cible :**

- cinq personnes sans domicile fixe.

J'ai pris l'option de ne pas interroger les personnes sur le fait récurrent du manque d'hébergement et de logement sur le territoire parisien uniquement et donc, suggéré aux acteurs de se mettre dans la position que ce manque n'existait pas. J'ai pris cette option car, suite aux trois premiers entretiens (avec un élu, un directeur de structure et un SDF) il s'avère que *« tant qu'il n'y aura pas d'hébergement en nombre suffisant, ce n'est pas la peine de parler d'accompagnement dans l'hébergement permanent »* propos répété sans cesse et qui bloque donc le reste de l'entretien.

Les interviewés, excepté le préfet, un directeur de centre et une élue, rejettent la responsabilité de l'errance chronique sur la maladie en générale, la durée de vie à la rue, la violence et enfin surtout, argument qui revient à chaque entretien, le choix de vie du SDF. A contrario, ce dernier argument n'est jamais prononcé par les intéressés qui sont à la rue ou alors par provocation et contredit pendant l'entretien. La responsabilité porte selon eux sur la société, les services sociaux et surtout les structures à cause de leur règlement et le côté infantilisant.

### **Les institutionnels :**

- Le préfet délégué à la DIHAL nommé par le précédent gouvernement suite à l'événement du canal Saint Martin mené par l'association « les Enfants de don Quichotte » durant l'hiver 2006/2007, mouvement qui est à l'origine de la loi DALO et de la création des SIAO. Pour rappel, les SDF qui ont participé à ce mouvement n'ont pas tous été relogés comme cela avait été annoncé par son instigateur. Nous accompagnons dans notre service certains SDF ayant participé à cet événement dont deux que j'ai interrogé pour ce mémoire.

Le préfet est le seul à signifier que les hébergements actuels ne sont plus adaptés d'une part au niveau des espaces (chambres, sanitaires, cuisine communes très fréquentes) et d'autre part en ce qui concerne les règlements totalement inadaptés à des personnes adultes : *« peut-être que le tissu associatif s'est reposé sur l'acquis et n'a pas assez innové, humanisé les centres »*. Il évoque aussi l'éloignement de l'Etat et de ses services qui n'a pas décentralisé l'action sociale en faveur de ce public du fait de l'errance chronique qui était réelle mais ne l'est plus avec la mise en place des domiciliations et aussi du fait que plus de 80 % des SDF restent sur un territoire restreint voire très réduit. Pour le préfet, l'Etat « sous traite » cette action à des associations et ainsi n'est plus en contact direct avec le public. L'innovation est au centre de ces préoccupations car selon le préfet, *« on a créé des couches supplémentaires de centres, CHU, CHRS puis entre les deux, centres de stabilisation et l'hiver des centres temporaires, sans vraiment un travail de recherche sur le pourquoi et le comment, sans chercher d'autres solutions, sans innover depuis une vingtaine d'années..., tous les ans en période de fin d'automne, début d'hiver, l'Etat rallonge les crédits automatiquement dans des conditions d'urgence »*. La réponse est appréhendée sous forme de mise à l'abri, qui s'effectue tous les jours par l'intermédiaire du 115 et maintenant du SIAO Urgence parisien sans qu'un travail à moyen ou long terme puisse être mené car les personnes sont hébergées au mieux un mois et sans rencontrer de travailleur social la plupart du temps ou un médecin.

La DIHAL lance des appels à projets d'hébergement/innovant actuellement au niveau du territoire national pour faire évoluer la prise en charge du public très désocialisé et organise des rencontres entre partenaires associatifs afin d'impulser de nouveaux modes de prises en charge.

Le préfet reconnaît que le territoire parisien a des spécificités, avec sa grande quantité de SDF et son très grand nombre d'interlocuteurs, qui ne facilitent pas le dialogue, *« la vitrine nationale, la multiplication des interlocuteurs, un SDF pouvant être accompagné par plusieurs intervenants qui ne le savent pas, d'où aussi multiplication d'actes de mêmes types, comme, plusieurs demandes d'hébergements dans un même endroit pour la même personne, ou, plusieurs suivis médicaux dans plusieurs hôpitaux pour aussi de mêmes actes.... »*

Il évoque « Le nombre d'interlocuteurs ». L'Etat essaie de réduire ces derniers. Lors d'une réunion à la DRIHL Ile de France, dont le but était d'échanger sur un projet innovant d'hébergement en logement direct pour public errant très désocialisé - une expérience que je menais depuis un an avec l'hébergement de quatre personnes malades, addictées et au passé « de la rue » de plusieurs années dans un appartement mis à disposition par l'association - le directeur de la DRIHL s'est exclamé de manière véhémement : *« j'en ai marre d'avoir dix personnes en face de moi, d'associations ou d'administrations différentes qui tiennent un discours de vendeur, commercial, du type « c'est nous les meilleurs », non, si jamais nous finançons cette expérimentation, je ne veux qu'un seul interlocuteur, et, d'ailleurs à l'avenir, nous allons veiller à avoir le moins d'interlocuteur possible..... »*

Le directeur général de l'association Aurore m'a confirmé à la sortie de la réunion qu'il ne cessait pas d'être sollicité par de petites associations, voire la DRIHL ou la préfecture, afin de fusionner avec d'autres associations. Depuis que je travaille à l'association (2007), l'association Aurore est passée de 400 à 1000 salariés, par des créations de services mais surtout en grande partie, par la fusion, intégration plutôt, d'autres associations dont deux de plus de 150 salariés.

L'entretien avec le préfet conforte le fait que les structures actuelles ne sont plus adaptées au public SDF ; il se dit fortement favorable à une prise en charge directe en logement avec un accompagnement médico-social adéquat.

Les élus, aussi bien celui de l'arrondissement que celui siégeant à l'hôtel de Ville, sont, au contraire, pour le principe de conserver tous les acteurs locaux qu'il s'agisse des associations, mais aussi des citoyens eux-mêmes. Ils tiennent un discours sur ce point précis en total contradiction avec le préfet et le directeur de la DRIHL. Cela semble compréhensible car ce sont des électeurs et des acteurs actifs de la vie locale. L' élu d'arrondissement est centré sur le public SDF qui perturbe les habitants et la vie de son arrondissement : *« pas une semaine ou nous n'avons pas de plaintes d'habitants quant aux dégradations faites par les SDF »*. Lorsque je lui suggère que, peut-être, ces personnes sont aussi, du fait de leur présence en permanence dans ce quartier, également intégrées et qu'elles font partie de la vie de l'arrondissement et qu'elles s'y sentent bien, il me répond *« tout de même, rester sur un trottoir ou sous un pont du RER, ce n'est pas une vie, c'est bien qu'elles sont malades, en plus, elles boivent sans arrêt, elles ne peuvent pas être bien, je suis en contact avec des maraudes, on leur demande sans arrêt de venir, ils nous disent que c'est compliqué, que ces gens ont leurs repères, qu'il n'y a pas de place, que ça prend du temps, certes, j'entends bien leurs arguments mais quand même, qu'est ce je dis à mes administrés qui sont dérangés aux quotidiens, qui ont des enfants. Ça fait monter le sentiment d'insécurité, ça leur fait peur. Nous faisons remonter aussi à l'Hôtel de Ville cette situation, il nous répond qu'il n'a pas les*

*moyens, que c'est aussi à l'Etat de prendre en charge ces personnes... mais nous ne devrions pas leur demander leur avis et les amener à se faire soigner de force ou dans des centres spéciaux..., elles savent bien que c'est pas une vie d'être à la rue »*

Ce discours est centré sur des préoccupations d'élu de proximité, défenseur des habitants qui sont ses électeurs. Il n'est pas un professionnel du social, sa préoccupation première est l'éloignement de ces personnes pour répondre au sentiment d'insécurité de ses concitoyens.

L'élue adjointe au Maire de Paris à la lutte contre les exclusions a un discours moins centré sur l'insécurité et sur la responsabilité des personnes SDF :

*« Ce problème de ces personnes que nous retrouvons sans cesse à la rue nous préoccupe depuis que nous dirigeons la Mairie, nous avons ouvert 4 nouveaux centres d'hébergement, multiplié par deux le nombre de professionnels, par deux aussi les financements aux associations qui s'occupent de ces personnes, et nous avons besoin de plus d'interlocuteurs possibles de terrains et les garder avec leur spécificité..., alors, bien que cette action sociale ne soit pas inscrite dans le domaine de nos compétences, nous voulons vraiment œuvrer dans un sens positif et non pas uniquement en essayant de se débarrasser de ces personnes ou de les éloigner»*

Elle expose le choix volontariste de la municipalité de s'engager concrètement sur le champ du travail auprès de ce public à la fois en finançant et gérant, via le Centre d'Action Sociale de la Ville, des dispositifs et aussi en soutenant des associations travaillant auprès de ce public. Il n'est plus question d'insécurité si ce n'est celle des personnes à la rue. Le discours se déplace et se centre sur le soutien et l'aide à apporter à ces personnes sans être répressif ou coercitif mais en apportant une réelle réflexion sur des solutions à apporter en terme d'hébergement et d'accompagnement social de proximité, avec cette volonté d'inclure toutes les organisations s'occupant de ces personnes : l'association par l'intermédiaire des équipes de rue, l'accueil de jour mais aussi les bénévoles regroupés autour de paroisses venant en aide à ce public ainsi que les administrations locales. Elle reconnaît être "débordée" par l'ampleur du phénomène, « nous sommes passé du clochard type "Boudu sauvé des eaux" aux familles à la rue, aux étrangers sans papier, aux jeunes, aux personnes délirantes, malades, alcoolisées en permanence, bref, tout un public hétéroclite qui demande autant de réponses différentes et il faut des experts et leur analyse la plus fine et précise possible afin d'aider les décideurs ». J'ai déjà rencontré cette élue plusieurs fois dans le cadre du service que je dirige, le financement est assuré par les services qu'elle supervise. Elle est tout à fait en phase avec mon projet qui concerne un hébergement innovant, mais, dit-elle :

*« Il faut convaincre mes collègues chargés du logement, de la santé, de la sécurité, des parcs et jardins, bref, eux aussi, ont leurs contraintes, à la fois, budgétaires mais aussi vis-à-vis des administrés et de leur administration, lorsque dans les arrondissement, vous*

*essayez de travailler avec les élus locaux, les services chargés des parcs et jardins, des service de la sécurité, c'est compliqué de trouver une direction de travail commune...., je ne peux qu'inciter et pas contraindre. A chaque permis de construire affiché pour un centre d'hébergement, nous avons aussitôt des pétitions d'habitants, d'associations de quartiers etc... qui sont contre..., nous le voyons bien en ce moment avec la salle de shoot, ça en devient un enjeu même national... »*

La volonté est présente mais les contraintes et les résistances au changement sont aussi importantes, « *Les acteurs percevant le changement en terme de menace ou de risques s'engageront probablement plus dans des stratégies d'opposition ou de freinage, ils développeront plusieurs formes de stratégies* »<sup>32</sup>, nous rencontrerons souvent cette résistance de la part des acteurs lors de nos entretiens.

Néanmoins, nous constatons que les institutions interrogées ne sont pas les plus résistantes aux changements. Au contraire, elles sont même ouvertes à l'innovation et à l'expérimentation. Elles ont constaté que le financement dans l'urgence, politique menée depuis des années, ne pouvaient plus continuer face à la massification du phénomène et son hétérogénéité, évoqué plus haut. La seule réponse de la mise à l'abri reste à inventer.

### **Les directeurs**

*«Ils disposent d'une liberté de jeu rendue possible par les inévitables déficits de rationalité de l'organisation c'est à dire par les nombreuses ambiguïtés et limites que comporte la définition de règles formelles* »<sup>33</sup>

Cette citation illustre l'analyse des entretiens que j'ai effectués auprès des directeurs, A, B et C. Il s'agit du directeur général d'une importante association parisienne et les directeurs de centre d'hébergement ; chacun se positionne sur le flou légal de la prise en charge de ce public très désocialisé « *les patates chaudes qu'on se refile sans arrêt* » pour le directeur A, « *les mêmes que nous voyons tourner dans les centres, entre la prison, l'HP, la rue, nous les connaissons tous, c'est vrai qu'ils sont de plus en plus nombreux, mais qui en veut bien ? La maladie car ils le sont presque tous psychiatriquement, c'est bien à nous de les prendre en charge....* »

Le directeur B : « *mes équipes n'en peuvent plus de ces personnes, ils ne sont pas formés dans les écoles à accompagner ces personnes mais quoiqu'il arrive, j'essaie tout de même de rappeler que c'est quand même dans nos missions mais ça use de voir et revoir les mêmes personnes revenir et de leur demander plus de turn over dans les centres, plus de sorties dites positives, c'est compliqué...* ». Le directeur A, est clair et assume le fait de ne pas pouvoir ou d'éviter de les prendre en charge, « *c'est à l'Etat de nous donner les moyens de les héberger, je n'ai pas assez de personnel et les bénévoles*

---

<sup>32</sup> Foudriat M, 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris, Edition

<sup>33</sup> Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Michel Foudriat,.(idem)

*sont démunis face à ces personnes malades et dépendantes, si on les prend, c'est pour les virer après, ça ne les sert pas et ça ne nous sert pas, pansement sur une jambe de bois. Donc, maintenant, mon équipe sélectionne l'entrée et qu'est-ce que je peux dire à ça, les oblige. Ça sera encore pire... »* Avec ce discours un peu désabusé, il veut maintenir la paix sociale, ce qui est compréhensible mais il n'y a pas ou très peu de réflexion sur le fond, sur ces personnes en situation de grande errance. Je n'ai pas trop insisté dans l'entretien sur le fond car il me répondait par « *tu verras lorsque tu seras directeur de centre, et tu le vois bien même maintenant dans ton service, que peut-on faire ? Le signaler ? Je n'arrête pas, c'est aussi à la psychiatrie d'assumer, moi, j'ai de moins en moins de moyens...* » le discours est ambigu, et lorsque je lui demande si cela justement ne le concerne pas de voir ces personnes déjà désocialisées se faire exclure à cause des règlements, il balaie mes questions sans répondre avec : « *parfois intellectualiser ça sert à rien, nous ne pouvons plus le faire, nous sommes devenus un peu des comptables, des budgets à ne pas dépasser, des objectifs de résultats de sorties à tenir, bref, les gens qui viennent doivent se tenir aux règlements et on a pas le temps de s'appesantir sur leur parcours.. »*

Le directeur C a une autre vision du travail :

*« Pour ce public, du temps... nous avons des personnes qui sont dans le centre depuis plusieurs années et nous savons très bien que pour certains, c'est de l'accompagnement de fin de vie... et à chaque fois, c'est un travail de fourmis, réouverture des droits, parcours de soins etc., mais c'est un peu comme Sisyphe pour les travailleurs sociaux et l'équipe, le plus difficile est de garder les motivations de l'équipe, le turn over ici concerne plutôt l'équipe que les résidents, quoique les résidents... beaucoup partent car le règlement intérieur est contraignant mais nous ne pouvons pas faire autrement, des chambres collectives, une salle repas et des sanitaires communs, si nous ne voulons pas que ça dérape, il faut un règlement strict et le respecter même si cela peut parfois être en contradiction avec nos missions... Et les solutions à la sortie, c'est quoi ? Le logement, c'est quasiment utopique pour certains qui n'en veulent pas d'ailleurs car ils ont peur de se retrouver seul. En institution ?, oui, mais lesquelles ? Il n'existe très peu d'adaptée... Et évidemment, qu'il faudrait inventer de nouvelles structures avec des modes différents de prise en charge mais on la tête dans le guidon, encore le temps, facteur pas assez pris en compte, ajouté le manque de moyens, réel, c'est vrai, il faudrait un travail en profondeur sur les prises en charges, car nous voyons, que ces personnes sont totalement hétéroclites et ont des histoires de vie différentes, nous ne pouvons plus traiter de façon universelle et par le thermomètre, ça a assez duré et surtout beaucoup d'entre eux ne viennent plus, ils ont peur aussi, ils nous le disent, la violence augmente dans les centres, nous faisons appel à la police plus souvent, la violence devient un mode d'expression..»*

Ce sont des propos intéressants car ce directeur évoque les contradictions entre règlement et spécificité de la prise en charge, des solutions de sorties inexistantes et surtout la notion, du temps, très importante dans la prise en charge de ce public. Aucune responsabilité n'est rejetée sur les SDF, mais sur le système en évoquant le souci des équipes. Nous voyons qu'il est à l'écoute des personnes, aussi bien le public que son équipe, ces derniers lui renvoient cette violence qui s'accroît et dont il fait face avec difficulté. Il voit bien que la prise en charge actuelle devient obsolète et le manque de temps ne lui permet pas de travailler sur de nouvelles formes de prise en charge et revient toujours le constat du manque de solutions adéquates pour le public très désocialisé.

A la suite des entretiens avec les acteurs institutionnels et les directeurs, très peu de pistes pour un projet d'hébergement innovant ont été développées. Lorsque j'insiste sur de nouvelles formes d'accompagnement dans un hébergement ou logement, tous constatent l'aspect primordial de créer et d'innover mais aucun ne précise quelques modalités ou pratiques à mettre en place.

#### **Les travailleurs sociaux :**

Le point commun des entretiens avec les travailleurs est la résistance au changement car, comme le note Michel Foudriat, « *L'acteur détermine le comportement qui lui paraît le moins mauvais pour atteindre ses objectifs c'est à dire celui qui lui permet de renoncer le moins possible à ses intérêts* »<sup>34</sup>

Ils expriment la perception d'un débordement permanent en raison de la situation qui se dégrade avec, cependant, de moins en moins de solution à la sortie et le sentiment de recommencer chaque jour le même travail pour peu de résultats, « *à force, on est fatigué car on a vraiment l'impression de recommencer toujours la même chose sans rien derrière.... à chaque fois qu'on nous dit qu'on va faire autrement, ça change rien, on refait le même travail, remarque, on en fera que ce qu'on connaît, les résidents sont de plus en plus agressifs et malades quand ils restent plus d'une semaine, c'est déjà bien, comment on peut travailler en interdisant de boire à des alcooliques, c'est encore pire car ils boivent plus avant de rentrer et du coup, ils sont très alcoolisés et sont virés, on tourne en rond... »*

Un autre : « *le règlement, il faut faire avec, on le tourne souvent, on dit aux gens de faire en sorte de ne se pas faire avoir par les agents d'accueil qui en ont marre aussi de se faire agresser... Souvent, on n'a rien derrière, ils sont ballottés d'hôpitaux en hôpitaux, d'HDT et HO et on apprend qu'ils sont incarcérés pour des broutilles, on a beau le dire à la direction mais rien ne se passe. Pourtant, parfois, on a l'impression que pas grand-*

---

<sup>34</sup> Foudriat M, 2013, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, 2<sup>ème</sup> édition, Rennes, Presses de l'EHESP



*chose pourrait faire avancer les choses : des chambres seules, un peu d'intimité quoi, mais, bon, certains ont le don de se mettre en difficulté, ils jouent entre les agents d'accueil, le médecin, nous, bref, c'est difficile et lorsqu'on insiste pour garder une personne plus longtemps que prévu, il faut se battre et argumenter mais on n'a pas toujours le temps... »*

Les travailleurs sociaux abordent le quotidien du travail d'accompagnement avec une ébauche de solutions quant aux perspectives de travailler autrement et dans de meilleures conditions. Le terme récurrent est « le temps ». La durée de l'accompagnement est un aspect primordial dont il faut tenir compte dans toute construction de solution innovante.

Les travailleurs sociaux se sentent démunis devant la massification du phénomène et la montée de la violence. Mais, l'un ne va-t-il pas sans l'autre ? Plus de monde, moins d'écoute, pas d'intimité, un règlement strict ne souciant pas de l'individu mais uniquement du bon fonctionnement de la structure renforçant ainsi le phénomène d'auto exclusion. Cela engendre une spirale négative : plus de violence appelle plus de règlement, donc plus de possibilité de se situer hors de ce cadre, de jouer avec ces limites pour être entendu.

Les travailleurs sociaux tentent de s'affranchir des règles, aident même les résidents à les contourner, se font des alliés des personnes mais se heurtent à leurs collègues et aux personnes elles-mêmes qui se servent de ces ambiguïtés, « *L'implication des individus dans le travail est la contrepartie de la qualité et de la précision des règles relatives à l'organisation du travail et à la coordination entre les individus et les équipes* »<sup>35</sup>.

Nous rencontrons souvent dans les entretiens ce clivage entre corps de métiers, agents d'accueil, secrétaires, travailleurs sociaux, chefs de service, directeurs, équipes médicales même si ces dernières ne sont présentes dans les centres que de manière temporaire, d'une demi-journée à une journée par semaine maximum. Cela n'est pas automatique, systématique et délibéré, mais demeure toujours présent et chacun se positionne selon ses missions : accueillir, accompagner, gérer, organiser, soigner ou guérir. Et le résident, suivant son intérêt, qui en général celui d'être hébergé sur la durée, adaptera son comportement selon l'interlocuteur. Son interaction est ainsi différente avec l'agent d'accueil, le travailleur social, le chef de service ou le personnel de cuisine.

Dans les centres, l'informel fonctionne aussi bien que le formel : la machine à café, le passage entre deux équipes, le moment des repas, l'accueil comme Michel Foudriat l'évoque « *La structure informelle traduit la résistance que les individus opposent aux contraintes des règles de l'organisation formelle et correspondent à la façon dont les*

---

<sup>35</sup> Foudriat M, 2013, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, 2<sup>ème</sup> édition, Rennes, Presses de l'EHESP



*individus s'y prennent pour satisfaire le plus possible leurs besoins psychologiques et sociaux*<sup>36</sup>».

Les travailleurs sociaux de l'équipe de rue, plus couramment dénommé maraude, ont un discours dur sur les centres et le système de l'accueil. Voici leurs conclusions : « *on voit souvent les mêmes à la rue, ceux dont aucun centre ne veut, tout le monde les connaît, une fois grillé au 115 ou SIAO, ils sont une liste rouge officielle et condamnés à rester à la rue tant qu'ils (le 115 et le SIAO) ne lèvent pas l'interdiction, et ça peut durer des mois. Pourtant, pour beaucoup, ils ne sont pas méchants, au contraire, ils délirent parfois mais bon, c'est aussi leur boulot d'accompagner ces gens-là...* » ou « *les centres ne prennent que les moins fragiles, qui ne boivent pas et ne sont pas malades, en fait, ceux qu'on voit rarement, quand ils les prennent, on sait d'avance que ça va pas durer même si on leur dit les problématiques des gens...* » et « *de toute façon, quand on appelle, 2 fois sur 4, il n'y a pas de place, c'est aussi leur manière de refuser une personne, on le sait bien, car parfois, un collègue appelle juste après et il a une place mais la personne était inconnue, il faudrait un endroit où on accepte tout le monde sans conditions et qu'il puisse rester le temps d'être mieux, soigner, avec des règlements plus souples, sinon, et c'est pour ça qu'on sait à l'avance si la personne restera ou pas, si elle boit, on sait très bien que ça ne tiendra pas, il sera en manque ou aura peur de l'être, donc, il va rentrer alcoolisé ou ramener à boire dans le centre, à la fin, il sera viré..* »

« *Il est évident que les gens sont violents à force, ils sont ballotés dans des centres. Pour manger, ils doivent montrer patte blanche, quand, ils vont en psy, on leur dit que c'est à cause de l'alcool, donc on leur dit d'aller faire une cure, quand dans un service pour l'alcool, ils ont leur dit que c'est psy et qu'il faut aller dans un service psy. Sans arrêt, quand on les accompagne, on entend ça et pourtant, il a fallu un temps long pour que la personne accepte de rencontrer un médecin et donc, on recommence le travail jusqu'à ce qu'un médecin mette place un parcours de soins pouvant associer les deux..* »

Ce discours revient plusieurs fois dans les entretiens et j'ai également constaté à maintes reprises ce clivage entre services médicaux spécialisés. Les équipes mettent parfois plusieurs mois à faire en sorte que la personne veuille rencontrer un médecin sans même évoquer des soins, accompagnent ces personnes dans les services en passant les chercher sur leur lieu de vie avec, même, un travailleur social restant sur place pour garder les affaires de la personne sans souvent aucun résultat.

Il existe depuis des équipes pluridisciplinaires au sein de certains hôpitaux, les ECIMUD (Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers des Drogues) mais le temps pour un rendez-vous peut être très élevé, de un à trois mois, et si la personne manque le rendez-vous, ce qui est souvent le cas, cela reporte d'autant la prise

---

<sup>36</sup> Foudriat M, 2013, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, 2<sup>ème</sup> édition, Rennes, Presses de l'EHESP.

en charge alors même que nous savons qu'il ne faut pas rater l'occasion car les personnes SDF très désocialisées sont souvent très labiles, versatiles et mouvantes. Certains CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues) peuvent recevoir ce public bien que, comme leur nom l'indique, ils sont plus spécialisés dans l'accueil de toxicomanes que d'alcooliques. C'est aussi le cas des CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) mais le temps est long, et ils ont rarement un psychiatre dans leur structure.

### **Le public cible**

J'ai choisi d'interroger cinq personnes SDF qui ont comme point commun d'être depuis plusieurs années à la rue, addictés voire poly-addictés, et atteints d'une maladie chronique, VIH, VHC, cancer associés pour deux d'entre eux à des troubles du comportement importants. Deux autres sont atteints de pathologies psychiatriques diagnostiquées, il y a longtemps. Tous sont en rupture de traitement depuis un certain nombre d'année. Leurs propos sont parfois très crus et peuvent heurter.

Je connais trois de ces personnes depuis quelques années, les deux autres m'ont été présentées par les trois premiers.

Les cinq ne veulent plus aller dans un lieu hébergement ou seulement en période de très grand froid dans des lieux très anonymes où personne ne leur demande rien comme ; par exemple, les gymnases mis à disposition en situation critique où l'accueil est assuré par des agents de la mairie volontaires qui ne les questionnent ni sur leur identité, ni sur leur parcours et leur demande juste de ne pas déranger les autres et de partir à 7 h 30 le matin. Cela pour au maximum de quatre à cinq nuits par ans et encore...

Le premier que j'ai rencontré a participé à l'événement des enfants du canal, en 2006. Il était à la rue depuis plusieurs années avant le mouvement et y est demeuré après, n'ayant pas obtenu un logement comme il le demandait et pas d'hébergement même dans un hôtel. C'est un célibataire de 51 ans, sans enfant.

Cet homme n'a pas de lieux précis dans la rue. Dans la journée, il fréquente de temps en temps des accueils de jour, le service que je dirige ou erre en quête de produits divers pour assouvir son addiction. De temps en temps, il va dormir dans un bois proche de Paris, dépendant du 12<sup>e</sup> arrondissement « *chez un copain qui a une tente là-bas* ». Il est usager de drogues dites dures et boit régulièrement. Il est surtout addicté à un médicament qui est normalement donné aux personnes qui ont le cancer en phase terminale : de la morphine de synthèse. Il se l'est injecté pendant de longue période à forte doses mais ne peut plus car dit-il « *j'ai plus de veine* ». Il est atteint par le VHC et a été diagnostiqué maniaco-dépressif il y a plusieurs années lorsqu'il a voulu traiter son VHC. L'hépatologue a demandé une expertise psychiatrique et suite au diagnostic du psychiatre, l'hépatologue n'a pas accepté d'administrer le traitement car ce dernier

pouvait s'avérer dangereux, il n'a jamais pris de traitement autre que ses produits qui sont ses médicaments comme il le répète souvent. Mais, le travailleur social l'accompagnant lui a démontré qu'il était dorénavant possible de se soigner même avec cette pathologie psychiatrique. Il avance « *je réfléchis, je vais voir, si ça va mal, pourquoi pas* ». Ce monsieur est accompagné par le service depuis 5 années, il ne demande pas d'hébergement, il est autonome dans ses démarches et vient rencontrer le travailleur social lorsqu'il a une question d'ordre administrative comme renouveler sa CMU ou sa carte solidarité transport. Ce ne sont pas de réelles demandes car il sait ce qu'il faut faire mais il vient juste pour remplir les dossiers car il a une très mauvaise vue. Il a une connaissance encyclopédique, entre autre des drogues, sur leurs effets, leurs limites et bien sûr où les trouver à moindre coût, mais aussi du jazz et de tout ce qui touche au matériel permettant d'écouter la musique, des aquariums et poissons exotiques. Il se tient au courant de l'actualité.

Sa seule demande est un logement indépendant, proche de la nature et de la ville en même temps, « *un peu comme mon copain dans le bois, une cabane, un petit jardin et quelqu'un pour me renseigner de temps en temps..* » dit-il lors de notre entretien. Il est en quelque sorte, le fil rouge de ce mémoire car, il a été présent depuis le début du projet jusqu'à sa conclusion.

Pour l'entretien, je suis passé par l'intermédiaire du travailleur social l'accompagnant afin de lui expliquer ma démarche qu' à l'époque je n'avais pas encore cerné et qui était axée sur l'hébergement ou logement pour des personnes comme lui, ne souhaitant plus faire appel à l'existant. Il accepta, nous avons fait l'entretien non pas dans le service mais dans un café car je préférais qu'il choisisse lui-même le lieu de l'entretien, je pensais que cela le mettrait plus à l'aise de le réaliser dans un endroit autre que celui où il voit le travailleur social qui le suit ce qu'il me confirma lors de ma demande « *c'est mieux au café, comme on sera plus à l'aise, dans le bureau du dirlo, à PRISM, non, c'est pas bien* » me dit-il. .

Au début, lors de ma question sur ce que serait pour lui l'idéal d'hébergement ou de logement, il a réfléchi longuement et j'ai dû m'y reprendre à plusieurs reprises pour qu'il se laisse convaincre par la question car « *idéal, je ne sais pas....ou, ça existe ça....encore, mais n'importe où, à Paris ou ailleurs, vous rigolez...., mais comme ça, sans qu'on me demande rien..., mais avec quand même quelqu'un car des fois, j'ai besoin pour rester dans le monde des vivants, enfin, parler à quelqu'un de normal, quoi....* » Ces réflexions se retrouvent à chaque entretien avec les autres SDF comme si, pour eux, c'était devenu impossible de penser l'hébergement ou le logement tel qu'il est conçu actuellement. C'est aussi le cas pour les acteurs sociaux...

Après cette première approche, le point commun des SDF interrogés est « la nature à la ville », un besoin d'être chez soi, indépendant, sans compte à rendre mais

paradoxalement, voulant tout de même rester en lien avec l'extérieur soit par un lieu repère ou le contact avec une personne d'équipe de rue.

« Une petite maison avec un jardin, où je pourrais faire ce que je veux (cela aussi est présent sans arrêt), sans emmerder ou qu'on m'emmerde, mais bon, voir quelqu'un quand même pour m'aider, mais, quand je veux... »

« Ici (dans le bois où il a posé sa tente), ça serait bien, tranquille, quand je voudrais voir quelqu'un, je bougerais, ou il viendrait mais ça serait chez moi, si un toubib pouvait passer, parce que l'hôpital, j'y vais plus mais j'ai mal des fois... »

« je veux pas de voisins qui me touchent, je veux sortir de chez moi et faire le tour de ma maison, des fois, j'entends des trucs bizarres, pas de voisins, comme ça, je peux pas dire que c'est eux ou personne, bon, je sais bien que je parle à des gens aussi, sinon, je deviens fou ou je bois trop....., remarque, je bois quand même beaucoup, mais, avec un petit truc tranquille sans que personne m'emmerde, peut-être, je boirais moins mais il faudrait m'aider, tout seul, trop dur... »

« ah ouais, bien, une maison en bois, tiens, un jardin à côté, mes potes pas loin, l'épicerie aussi pas loin, j'allais dire les douches, je suis pas habitué à penser à ça, un truc à moi, je peux payer aussi, j'ai l'aah, oui, les autres, faut bien voir d'autres gens, je verrais un docteur mais comme tout le monde, avec un vrai rendez-vous, dans une salle d'attente mais pas à l'hosto, niet, il viendrait encore mieux, même X (le travailleur social qui l'accompagne) viendrait, tiens, je lui paierai un café... »

« Pas de machin ou on t'interdit tout, je veux me lever quand je veux, même en pleine nuit, picoler si je veux, pas raconter ma vie (réflexion qui revient aussi en permanence) tout le temps pour manger, s'habiller, aller aux chi.... Presque, ça me saoule à force, je peux devenir con si on me demande 50 fois la même chose comme leur 115 de mer... »

« Mais dans ce truc que tu demandes, y aura pas de trucs comme pas d'alcool, pas de bruit, debout à 7 heures, revenir le soir, sinon, tu le gardes, pareil pour le boulot, 15 ans que j'ai pas bossé, j'ai plus la force, je ne saisis plus rien faire de toute façon.... »

« mais t'inquiète pas, je sais être tranquille si on me dit rien, ici, ça se passe bien, je peux être peinard, moi, si on fait chi., je fais chi., si on me demande toujours les mêmes trucs, j'en ai marre, on pose toujours les mêmes questions, ton nom, où tu dors, si t'es malade ou pas, où tu manges, si t'as de la famille, y en a marre, tout ça pour rien ou alors la mie de pain ou une connerie comme ça (la mie de pain étant à paris, un centre d'urgence réputé pour son mauvais accueil et son insécurité. Ce sont de grands dortoirs avec des vigiles d'une société privée qui surveille la nuit en hauteur dans le dortoir, le levé est à 6 heures le matin, avec un règlement très strict), moi tu me files un petit truc et je suis tranquille »

Les entretiens se rejoignent dans la teneur et le sens, cela facilite le travail sur de nombreux points que nous verrons plus en avant.

Ensuite, j'ai proposé de participer à la construction du projet, de travailler ensemble sur son fondement. Cette proposition a aussi été faite auprès de professionnels que j'ai interrogés. Seul un travailleur social d'équipe de rue et un directeur ont accepté de suivre le projet et de participer à sa conception sous mon égide.

Ce travail exploratoire me permet d'affirmer qu'il existe des éléments, que les centres ne sont plus adaptés à la fois pour répondre aux problématiques de certaines personnes à la rue et du fait de leur caractère collectif, mais aussi de l'infantilisation et la dépersonnalisation de l'offre des centres, pour proposer une action innovante en termes de logement pérenne avec un accompagnement spécifique.

### **3.3 Une nouvelle offre d'accueil**

Ce projet sera composé d'une unité chalets regroupés autour d'un espace collectif partagé, sur un terrain appartenant à la Ville de Paris et situé entre le Périphérique et la Cité de l'histoire de l'immigration, au niveau du M° Porte Dorée (où sur un autre terrain) : Cela sera un habitat regroupé, 15 chalets individuels et écologiques, pour des personnes en situation de très grande vulnérabilité sociale :

- Studios- chalets individuels de 18 m<sup>2</sup>,
- Espace chalet collectif convivial.

La plus-value écologique et la qualité du bâti font de ce lieu de vie un symbole fort de l'insertion par le logement et l'hébergement, via l'expérience de cette vie partagée et l'accompagnement des professionnels.

On trouvera également une autre unité chalets regroupés avec comme axe le travail sur l'autonomie : 15 chalets auxquels les résidents de l'unité « semi-collectif » pourront accéder, s'ils le souhaitent, en leur propre nom sur un site qu'il faudra trouver.

C'est un approfondissement du travail réalisé en unité collective, les personnes seront plus autonomes quant à la vie quotidienne et dans les démarches administratives.

Cela sera l'appropriation du lieu, de l'espace, du social afin de parachever le retour à l'autonomie réelle et durable, via la construction (accompagnée) de leur propre habitat, sous forme de chalets, leur ouvrant droit à un bail en leur nom.

Le public cible sera de 32 personnes réparties :

- 2 en chambres d'hôtel-sas, 15 en hébergement regroupés, 15 en individuel

#### **Type de public :**

- Toute personne (femme, homme, de plus de 18 ans) en situation de grande exclusion (auto-exclusion comprise).

- Personnes qui sont en situation d'errance, addictées, malades psychiques, majeures, avec ou sans démarches d'insertion entamées, avec un handicap et avec animal de compagnie selon disposition du lieu à définir.

### **Problématiques particulières :**

#### **Les personnes addictées :**

L'inscription dans un mode de vie « à la rue » et l'absence de tout hébergement fixe génèrent aussi nombre de difficultés pour l'accès réel aux soins, puisque les centres de cures et de post-cures exigent un domicile pour la sortie de leurs établissements : pas d'hébergement = pas de cure de sevrage, pas de post-cure ! Cette équation s'inverse également : **pas de cure = pas d'hébergement !** Puisque, de leur côté les structures d'hébergement n'admettent que rarement des personnes addictées et en amont du soin.

Il demeure également que d'autres personnes soient difficilement admises dans les structures d'hébergement, du fait de leurs conduites passées et/ou actuelles : actes de violence, consommation d'alcool ou de produits psychotropes, troubles psychiatriques visibles, manque d'hygiène, etc., alors qu'ils sont en démarche active d'accès aux soins (consultations en centres spécialisés, en attente de cures, ou de post-cures).

Et puis enfin, il y a tous ceux qui, après une cure et une post-cure réussies, refusent tout hébergement d'urgence, de peur de « replonger » du fait de la promiscuité avec des personnes encore dans les dépendances. Ils considèrent alors que ce que nous avons à leur proposer comme hébergement est une douloureuse régression, alors même qu'ils ont fait des efforts énormes pour en sortir.

#### **Les personnes ayant des troubles psychiques :**

Pour les personnes souffrant de troubles psychiques, que nous avons pu accompagner jusqu'aux soins lourds (hospitalisation en psychiatrie, séjour de stabilisation, etc.), elles se retrouvent à la rue parce qu'il n'existe aucune réponse d'hébergement autre que le 115. Bien évidemment, ils refusent cette solution, et cela pour différentes raisons, parfois de peur d'être fragilisés à nouveau dans ce qu'ils considèrent comme une situation de dépendance possiblement rejetante. De fait, ils sont revenus dans la zone de tous les dangers et retournent à la rue où ils décompensent à nouveau dans presque tous les cas (arrêt systématique des traitements, tentatives de suicide, voire suicides).

#### **Les femmes sans hébergement :**

Les femmes quant à elles semblent avoir développé des stratégies de recherche d'hébergement qui passent d'abord par l'échange de « services » : une fois dans la rue, elles se voient proposer par des personnes ayant repéré leur fragilité et comptant bien en abuser des hébergements assez facilement. Il est alors assez difficile pour les travailleurs

sociaux d'être crédibles aux yeux de ces femmes, lorsque nous avons pour notre part très peu de d'offres à proposer. Qui plus est, elles se retrouvent alors la plupart du temps exposées à de nombreux dangers (violences, mauvais traitements, viols, grossesses non désirées, contaminations par des maladies sexuellement transmissibles, prostitution). Sous emprise, leur problématique du départ s'en trouve complexifiée ainsi que leur accompagnement. Lorsque nous les écoutons, elles sont d'abord dans le déni, puis argumentent que c'est simplement un échange de services : **un corps contre un toit**.

Certaines personnes associant plusieurs problématiques, l'accompagnement en coréférence avec travailleurs sociaux et psychologues permettra au résident de s'approprier le versant social et psychologique plus facilement. Le psychologue fera un lien avec le soin extérieur de droit commun, il ne sera pas que dans un rôle d'effecteur des psychothérapies sur de longues durées qui sera calqué sur le rythme de la personne.

**Situation administrative** (régulière, en cours de régularisation, irrégulière):

L'accueil, l'hébergement et l'accompagnement s'entendent quels que soient les statuts administratifs des personnes : l'inconditionnalité s'impose, du fait que ces personnes seront dans une situation de grande errance. L'ouverture de droits (ou le maintien, ou la réouverture) sera une priorité, et donc la demande de papiers administratifs (droit au séjour) en fera partie.

**Situation familiale** : Célibataires, isolés ou en couples.

**Adresse de l'action** : Création d'une unité de chalets rassemblés autour d'un espace collectif partagé, sur un terrain appartenant à la Ville de Paris et situé entre le Périphérique et la Cité de l'histoire de l'immigration, au niveau du M° Porte Dorée ou autre terrain disponible.

**Date d'ouverture** : Dès obtention des financements avec une phase de préparation avec les protagonistes pour l'aménagement du terrain, des chalets et l'élaboration de l'accompagnement par la contractualisation.

**Modalités d'admission**

L'amplitude horaire sera 24h/24, 365 j/an.

Les demandes d'admission sont adressées directement au service par les partenaires « envoyeurs » (SIAO, 115, associations, services), ou demande directe (la personne peut s'adresser directement à la structure.)

Afin de lisser le plus possible les articulations en amont de l'admission, une information sera adressée à tous nos partenaires, dès qu'une sortie viendra libérer une nouvelle place. L'admission se fera dès qu'une place se libérera, il n'y aura pas de liste d'attente mais, si il y a plusieurs demandes en même temps, une sélection se fera selon les critères suivants :

- La précarité de la situation (santé et hébergement précaires, ressources, isolement, etc.).
- L'adhésion de la personne au mode d'accompagnement de la structure.
- L'adéquation de la situation de la personne avec un hébergement en semi-collectif avec tâches communes.

### **Modalités d'admission**

L'amplitude horaire sera 24h/24, 365 j/an.

Les demandes d'admission sont adressées directement au service par les partenaires « envoyeurs » (115, associations, services), ou demande directe (la personne peut s'adresser directement à la structure.)

Le premier entretien est effectué par un membre de l'équipe éducative. Nous présentons le service et échangeons avec la personne sur ses attentes et sa situation. Il est ensuite proposé à la personne de rencontrer à la fois les autres résidents et les membres de l'équipe.

Une période d'essai est convenue mutuellement afin que la personne puisse prendre la mesure et le temps de s'assurer que les modalités de fonctionnement lui conviennent.

### **La contractualisation :**

Les prestations du service s'entendent comme étant contractuelles. La contractualisation positionne le résident en qualité d'acteur de son parcours, elle vise la citoyenneté et la responsabilisation maximale de la personne accueillie. Celle-ci serait aussi évolutive selon les progrès ou la régression de la personne. Ce contrat sera réévalué dans le temps avec la personne qui fixera ses objectifs à court, moyen voire long terme dans un échange avec l'équipe et/ou son référent. Il sera la base du travail de réinscription dans une temporalité réelle de la personne.

Lors de l'entretien d'entrée, le responsable reprend l'ensemble des documents contractualisant la relation de la personne avec le service :

- Livret d'accueil
- Règlement intérieur et de fonctionnement du service
- Contrat de séjour

### **Accompagnement des hébergés**

Axes prioritaires :

Nous visons globalement l'insertion sociale des personnes, le retour au droit commun par l'accès aux soins, l'ouverture des droits mais il s'agit avant tout d'un accompagnement global : l'emploi, l'accès à la culture, le lien social ne seront pas négligés car ils peuvent être aussi un outil pour l'accès aux soins et pour le retour à l'autonomie. Les hébergés bénéficieront d'accompagnement social (socio-psychologique), avec une prestation



paramédicale par un psychologue selon la demande du résident ou par l'intermédiaire d'un référent social, tout en sachant qu'il y aura dans la structure un référent psychologue.

### **Accompagnement social et prestation psychologique:**

Les référents socio-éducatifs (de formation aussi bien qu'ES, AS, CESF ou DESS psychologue) assurent l'accompagnement social des allocataires.

L'accompagnement social sera enrichi avec un nouvel apport de pratiques innovantes aussi bien dans l'accueil, dans l'accompagnement social, que dans l'orientation vers des partenaires extérieurs. On privilégiera la notion de référence globale partagée et non plus uniquement celle de référence sociale. Le résident pourra être accompagné par un travailleur et/ou un psychologue.

Les exigences de la qualité de l'accueil des allocataires seront au centre de la structure et nous amèneront nécessairement à innover dans les différentes formes de l'accompagnement. Il apparaît évident que dès l'instant où nous les positionnons en acteur principal, le mouvement vers l'autonomie tant attendu peut s'effectuer. Cet accompagnement en coréférence ne sera pas figé mais pourra évoluer selon les besoins et les demandes du résident, l'accent sur l'aspect social ou psychologique sera évalué et à travailler avec le résident, dans un temps de synthèse, et en sa présence.

Bref : il en sera l'acteur et le moteur.

Une prestation médicale, selon la demande du résident ou par l'intermédiaire d'un référent sera effective. Les personnes que nous accompagnons ont pour la plupart rompu avec leur corps et les soins depuis longtemps.

L'accès aux soins est d'une priorité de la structure. Cet accès peut être initialisé dès le premier rendez-vous par la mise en confiance. Les travailleurs sociaux référents peuvent avoir une fonction rassurante, cette attitude est le point de départ. Il n'en demeure pas moins vrai que les consultations médicales sur place assurent une amorce de démarche vers le soin, particulièrement pour les personnes qui en sont les plus éloignées.

Ainsi, grâce à la présence du médecin du service, qui a une longue et riche expérience auprès des publics très désocialisés, nous pouvons proposer une coordination des soins, une initialisation de la démarche, et une orientation rapide vers les structures de droit commun.

### **Atelier collectif :**

Des ateliers et des groupes de paroles animé par un membre de l'équipe ou mais aussi un prestataire extérieur seront proposés aux résidents. Ces ateliers et/ou groupes, pourront également naître de l'initiative des résidents eux-mêmes. Ils pourront s'inscrire selon les capacités d'accueil des ateliers, eux-mêmes, ou passer par un référent. Des

sorties seront organisées autour de thèmes comme la culture ou la citoyenneté (association de quartier, régie de quartier etc..).

### **Restauration**

Il s'agira d'une cuisine collective et partagée, mais avec une possibilité de gestion individuelle des repas selon l'autonomie et le désir des résidents. Il y aura un atelier cuisine qui associera aussi gestion du budget, équilibre alimentaire, pédagogique et travail sur l'implication du résident à l'atelier etc..

### **Modalités d'hébergement :**

C'est un hébergement privatisé, respectant l'intimité. Pour répondre aux besoins de ces personnes au mieux, en complémentarité des autres dispositifs existants, nous souhaitons proposer un parcours d'hébergement souple et personnalisé, qui leur permettrait de se « poser » d'abord (accueil d'urgence), de reprendre un rythme adapté (dans un chalet individuel et personnalisé), et enfin, pour celles et ceux qui le souhaitent, un hébergement pérenne dans un chalet auto-construit.

Ce type de parcours dans l'hébergement aurait également pour mérite d'éviter le plus possible la promiscuité des centres d'hébergement d'urgence à la sortie des cures et des soins qui démultiplient, on le constate toujours, le risque de rechute pour des personnes souffrant d'addictions.

Ce serait là le début d'un travail « **en douceur** » vers la réinsertion, en commençant par la réappropriation de leur cadre de vie et de leurs projets. Afin d'éviter le cloisonnement des séquences de temps dans les différentes modalités de prise en charge, il leur est proposé de suivre leur propre « fil rouge », en utilisant (ou pas) les trois volets de notre programme :

Pour toutes et tous, la mise à l'abri que constitue l'hébergement permet l'amorce d'un travail maintien de l'abstinence et/ou de la stabilité psychologique.

### **Activités projetées**

Un atelier jardin-entretien : Avec l'accompagnement d'un professionnel, cet atelier proposera un travail de soins des plantes, une initiation aux gestes du jardinage bio, et la culture de plantes potagères. Cet atelier est une idée des personnes SDF que j'ai interrogées.

Un atelier accès à la citoyenneté : pour faire le lien avec la cité et l'environnement social avec des intervenants extérieurs de divers horizons

Un atelier cuisine : Cet atelier consistera en la confection d'un repas par semaine par les résidents qui inclura le choix du menu, les courses, la préparation et le repas en lui-même. Cela permettra aux résidents de se réapproprier, par un exercice pratique, des

éléments simples de la vie quotidienne, d'anticiper et prévoir pour un collectif. Cela permettra de sortir de l'isolement par une mise en commun de choix. Les sens tels que, le goût, l'odorat, le toucher, la vue, seront sollicités pour la confection des repas.

Cet atelier par son aspect ludique et non contraignant, développera l'autonomie des résidents et la réappropriation de leur corps par les sens mis en éveil et l'utilisation de leur mémoire.

La peinture est aussi bien un support artistique qu'un support social d'appréciation par un groupe de pairs. Il se déroulera à hauteur d'une séance par quinzaine et s'adressera aux personnes très désocialisées. Donnant lieu à des échanges riches et directs, ce type d'ateliers soutient le désir et donne les moyens de recréer des liens sociaux parfois totalement perdus pendant leur parcours de désinsertion.

### **Partenariat avec l'association Culture du Cœur :**

Par le biais de « Culture du Cœur », nous réaliserons un accueil des personnes ciblé autour de la culture en général, du théâtre, du cinéma, et des musées en particulier.

De cette proposition, naît une sorte de fil d'Ariane, de point de repère où les résidents, se sentiront en confiance en créant un espace de discussion autour de spectacles vus.

C'est la secrétaire qui réalise la recherche des spectacles avec les allocataires, la réservation des places, et qui organise ensuite les discussions.

Sans préjuger de la suite qui sera donnée à ces rencontres, l'important est le désir qu'ils ont de participer, d'être partie prenante et acteurs de leur parcours. La culture est une ouverture au monde et chacun, à son rythme, a la possibilité de l'intégrer, de s'en imprégner, et de réutiliser cette ouverture pour construire son histoire.

### **Groupes de paroles**

Les personnes sont conviées à ces temps collectifs chaque mois, tant pour évoquer les problèmes organisationnels ou d'intendance, que pour y développer des thèmes de réflexion et d'action.

Ce sont des temps forts de présentation réciproque, où les résidents échangent autour d'un café leur expérience personnelle, sur un mode convivial. Toute l'équipe de professionnels doit y être représentée, et en assure l'animation et la préparation.

C'est également là le creuset d'un futur Conseil de la Vie Sociale, réel et dynamique.

Des groupes de paroles autour de thèmes différents choisis par les résidents ou proposés par la structure, se dérouleront toutes les semaines. Les sujets pourront être très variés (les droits, la citoyenneté en général) et pourront faire appel à des intervenants extérieurs spécialisés sur ces thèmes

### **Modalités de sortie**

Le retour vers le droit commun sera assuré dans le temps par un accompagnement médico-psycho-social, préparé en amont par des groupes de paroles, des ateliers d'accès à la citoyenneté, de découverte du quartier et de ses associations, administrations. Et ensuite, en aval, avec un accompagnement « vers », avec une inscription dans un quartier, dans un environnement, des rencontres à domicile, etc... pendant une période de 3 mois après la sortie, et une offre d'écoute autant que de besoin, sans date de terme.

### **3.3.1 Ressources humaines et management d'équipe**

Les salariés seront rattachés à la direction des ressources humaines de l'association porteuse du projet. Ils seront affiliés à la convention 51 et bénéficieront de la GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) anticipatrice et préventive. L'accompagnement des salariés pendant leur parcours professionnel est un aspect constant et important de l'association. Un entretien d'évaluation de la pratique et professionnel se déroule tous les ans. Les salariés sont incités à participer aux formations à la fois internes et externes. Des professionnels confirmés de l'association dispensent des formations internes selon leurs spécialités, addictologie, réduction des risques et interviendront lors de rencontres inter service. Des séminaires sont organisés trimestriellement dans chaque pôle de l'association. Cela permet aux salariés de ne pas être isolés dans leur pratique.

Ces derniers seront recrutés en amont de l'aménagement de la structure afin qu'ils puissent participer et donner leur avis sur le fonctionnement de la structure. L'expérience auprès du public SDF très désocialisé sera primordiale et exigée. Deux travailleurs sociaux et une psychologue participent déjà à la réflexion autour de ce projet avec les trois premiers SDF pressentis. Elle se déroule lors de rencontres formelles que je dirige. A la fin de chaque réunion, un ordre du jour est établi pour la précédente, un compte rendu est remis aux participants et discuté lors du début des rencontres.

Un rapport d'activité vivant se déroulera tous les ans à l'instar de celui que j'organise au sein du service PRISM. Les partenaires, financeurs, collègues sont invités à venir entendre, voir et échanger avec les professionnels mais aussi les personnes accueillies. Pendant cette action, est présenté en continu les statistiques de la structure à l'aide d'un projecteur, les activités sont présentés par les professionnels et personnes accueillies, certains résidents pourront exposer leur œuvre, dessin, photo, peinture, sculpture, ou jouer de la musique.

Chaque salarié aura une fiche de poste détaillée qui aura pour base la fiche métier. Cette fiche de poste sera travaillée avec le salarié.

Le management sera participatif bien que le directeur sera le décisionnaire final.

## Descriptif des personnels

C'est une équipe de professionnels (travailleurs sociaux, médecin, psychologue), placée sous la responsabilité d'un directeur, qui accueillent, hébergent, orientent, et accompagnent les personnes, selon une méthodologie de type « approche globale ». Le taux d'encadrement est de 0,32 ETP pour 1 résidents, en CHRS, il est de 0,27 pour un résident, dans le handicap, cela peut osciller entre 0,5 à 0,96 par résident, nous voyons que mon projet se situe entre une prise en charge dans un CHRS et une structure accueillant des personnes handicapées.

Equipe	Fonction / Diplômes
1	Référente DESS Psy
1	Référente sociale CESF
1	Assistant social DEAS ou DEES
0.25	Docteur Médecine générale Externe
1	Secrétaire / accueillantes
1	Agent d'entretien Externe
1	Ouvrier d'entretien / polyvalent
3	Veilleur Externe
1	Directeur
	Astreintes

Cette pluridisciplinarité permet de mettre en synergie les compétences plurielles, de croiser les regards des différents professionnels sur une même situation. Elle est importante dans la prise en compte de la personne dans sa globalité.

En effet, les personnes que nous recevons sont des personnes riches d'une expérience de vie singulière. C'est en s'appuyant sur leur expertise propre qu'ils peuvent accéder à leur propre souhait et à l'autonomie.

Nous allons décrire le rôle de chacun au sein de la structure.

### Le directeur

#### Missions

Il est garant de la mise en œuvre du projet et du respect des missions qui lui ont été confiées. Il est responsable du budget, en lien avec la Direction Générale de l'Association. Il supervise hiérarchiquement l'ensemble du personnel de ses services. Il coordonne le fonctionnement du service ainsi que l'ensemble des activités et des interventions proposées dans la structure. Il s'assure de la qualité du travail effectué et de son adaptation aux missions, aux principes et aux objectifs du projet du service et de l'association Aurore. Ses missions s'exercent auprès des résidents, auprès de l'équipe

pluridisciplinaire et auprès de la direction de l'association Aurore. Il représente la structure à l'extérieur. Il signe les éventuelles conventions de partenariat.

### **Les référents**

Les travailleurs sociaux

Les référents sociaux mobilisent les dispositifs d'accès aux droits et sont garants du bon accompagnement des personnes et du bon suivi de leurs dossiers. Ils veillent à l'autonomie des personnes accueillies et à leur meilleure compréhension des codes sociaux et des protocoles administratifs, ils accompagnent physiquement les résidents dans leurs démarches administratives, si nécessaires, ainsi que dans le rétablissement, la stabilisation ou le développement des liens sociaux.

Leurs interventions sont à la fois individuelles, croisées et collectives :

Accueil et référence globale des suivis.

Orientations en fonction des besoins et questions exprimés.

Accompagnement à l'ouverture et au maintien des droits sociaux.

Accompagnement vers l'autonomie matérielle et psychique.

Insertion sociale (vie dans la cité)

Actions pour aider les personnes seules (ou les familles) à sortir de leur isolement relationnel :

Organisation d'activités de groupe à l'intérieur du service :

- Activités occupationnelles, de loisirs, d'insertion au sens large,

Travail sur la façon de se présenter, de se positionner face à l'autre, face au groupe.

L'orientation vers des partenaires extérieurs, dont les activités sont inscrites dans la Cité, est indispensable afin de faciliter le retour ou l'inscription dans le droit commun, ainsi que la sortie adaptée et durable du dispositif.

### **Le psychologue**

Le psychologue peut être interpellé par un membre de l'équipe, en vue d'une proposition de rendez-vous pour un résident.

Il reçoit en entretien tout résident, en vue d'une évaluation pour un accompagnement vers une structure adaptée à l'extérieur, ou pour un soutien psychologique en interne.

Tous les résidents, ou les accompagnants, peuvent être reçus en entretien.

L'accompagnement psychologique peut être ponctuel ou peut perdurer durant toute la prise en charge, en tant que soutien, et dans la mesure où un travail psychothérapeutique ne s'impose pas.

### **Le médecin**

La mission générale du médecin qui s'inscrit dans les objectifs du service est une mission de coordination médicale. Il respecte le secret médical, tout en veillant à la cohérence de

la prise en charge. Le médecin assure la coordination des soins, sous la responsabilité du chef de service. Il est le référent santé pour les patients, reçoit les résidents en entretien médical suite à une demande formulée par la personne concernée ou par un membre de l'équipe. Il réalise une surveillance clinique et un accompagnement personnalisé, à partir de l'adhésion de la personne, et il veille à la continuité du soin. Il apporte éclairages, conseils et avis médicaux à l'équipe pour la bonne marche de la prise en charge des résidents. Il est vigilant sur le respect des conditions de sécurité et donne l'information nécessaire relative à l'élimination des déchets.

### **La secrétaire / accueillante**

La secrétaire fait un travail de lien entre les personnes accueillies et le service. Elle gère les demandes d'admission adressées. Elle rédige les comptes-rendus de réunions et participe à l'élaboration des outils nécessaires au fonctionnement du service (Livret d'accueil, tableaux des participations financières, liste des appartements et des résidents, etc.). Elle prépare les documents contractuels. Elle effectue les envois. Elle répond au téléphone et oriente les appels vers les professionnels de l'équipe. Elle participe à l'organisation de rencontres partenariales. Elle gère et commande le matériel de bureautique et les fournitures de bureau. Elle participe à la préparation des réunions (constitution de dossiers, ordre du jour, etc.).

### **L'ouvrier polyvalent d'entretien**

L'ouvrier polyvalent d'entretien assure l'entretien des locaux du service, ainsi que des appartements mis à disposition des résidents (petites réparations et aménagements), effectue des achats de mobilier et de petit matériel, il organise régulièrement, en coordination avec le chef de service, un tour de l'ensemble des logements afin d'en vérifier l'état général, et ce dans l'objectif de veiller au respect des conditions d'hygiène et de sécurité des hébergés et de prévenir une dégradation des locaux et de l'équipement mis à leur disposition.

Il transmet à l'équipe, dans le cadre du partage des informations et dans le respect de la vie privée des usagers, toute observation effectuée sur le plan de l'entretien et de l'hygiène des logements.

Enfin, il organise et conduit les activités de jardinage avec les résidents.

## **3.3.2 Financement et budget prévisionnel**

### **Budget prévisionnel (en année pleine)**

Ce budget prévisionnel, proposé et accepté par les financeurs, a été réalisé en tenant compte de l'aspect innovant tout en tenant compte la réalité des aspects financiers de

l'existant et des enjeux économiques. Ce budget a été longuement travaillé autour non seulement du personnel choisi pour l'action mais aussi en essayant de tenir compte des aléas logistiques que ce projet porte étant innovant.

Exercice n

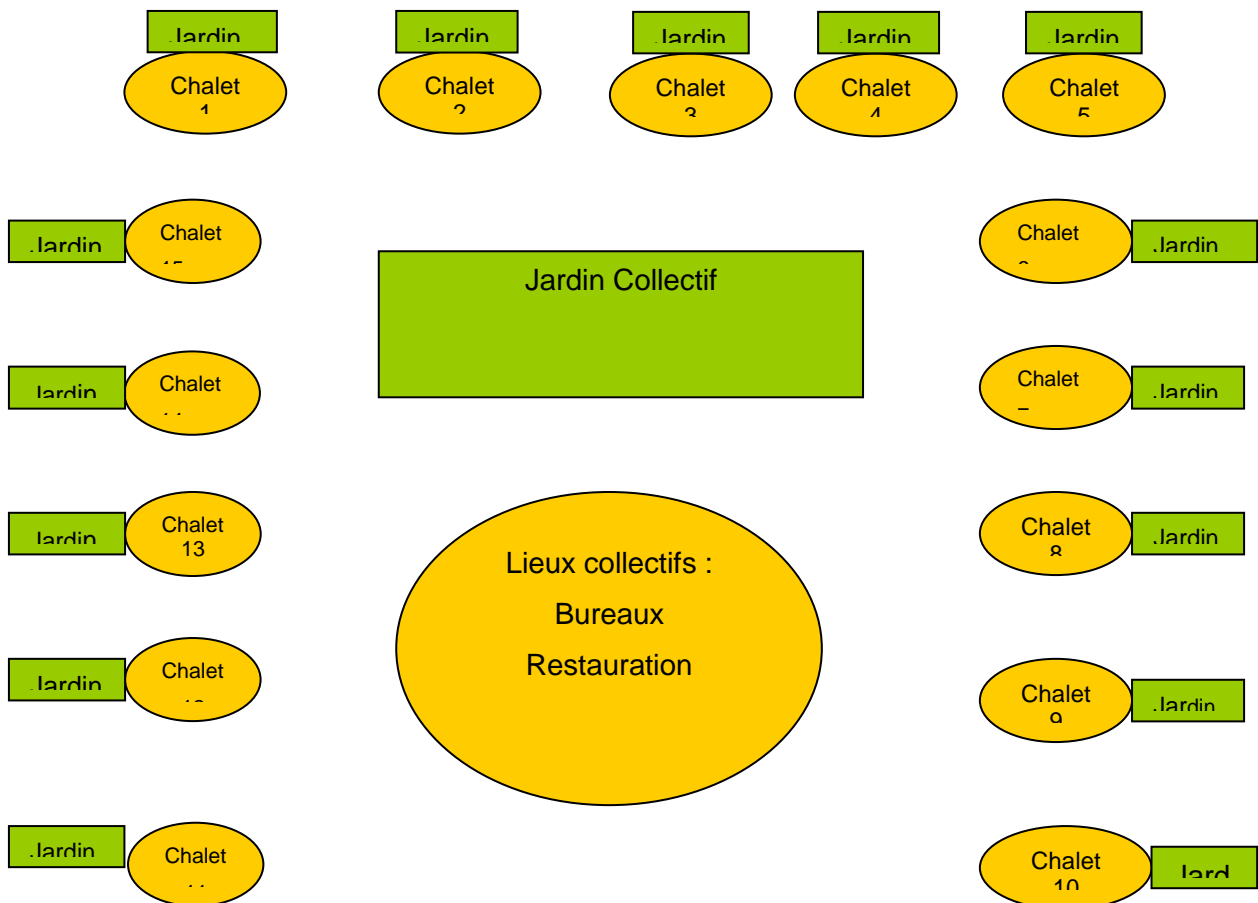
CHARGES	Prévision	PRODUITS	Prévision
I - Charges directes affectées à l'action		I - Ressources directes affectées à l'action	
60 - Achats	23 500	70 - Ventes et prestations de services	
Prestations de services - Fluides	10 500		
Achats matières et fournitures	8 000	74 - Subventions d'exploitation	525 600
Autres fournitures	5 000	Etat	
61 - Services extérieurs	14 300	- DDASS (32 pl x 45 € x 365 j)	525 600
Locations immobilières et mobilières	5 800		
Entretien et réparation	5 000	Région	
Assurances	2 000		
Documentation	500		
Divers - social	1 000	Département	
62 - Autres services extérieurs	124 940		
Rémunérations intermédiaires et honoraires	122 440		
Déplacements, missions	1 000	Commune	
Télécommunications	1 500		
Services bancaires, autres			
63 - Impôts et taxes	19 600	Organismes sociaux	
Impôts et taxes sur rémunérations	19 600	Fonds européens	
Autres impôts et taxes	0	CNASEA	
64 - Charges de personnel	293 880	Autres aides (Austria)	
Rémunérations des personnels	195 880	75 - Autres produits de gestion courante	30 720
Charges sociales	93 000	- Participations	30 720
Autres charges de personnel	5 000		
65 - Autres charges de gestion courante	14 000		
66 - Charges financières	10 000	76 - Produits financiers	
67 - Charges exceptionnelles	0	77 - Produits exceptionnels	
68 - Dotations aux amortissements	56 100	78 - Reports ressources non utilisées	
I - Charges indirectes affectées à l'action		I - Ressources directes affectées à l'action	
Charges fixes de fonctionnement			
Frais financiers			
Autres			
Total des charges	556 320	Total des produits	556 320
86 - Emplois des contributions volontaires en nature		87 - Contributions volontaires en nature	
Secours en nature		Bénévolat	



Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
EXCEDENT EXERCICE		DEFICIT EXERCICE	
TOTAL	556 320	TOTAL	556 320

### 3.3.3 Les locaux

Ceci est un exemple et n'est pas exhaustif et peut être modulé selon le terrain. Cette partie a été travaillée avec la Scop Altaïr lors de rencontres avec les personnes sans domicile fixe. Ces dernières participeront à la mise en place des chalets aussi de l'aménagement intérieur qu'extérieur.



L'hébergement :

Tous les chalets sont personnalisés, afin de respecter l'intimité des résidents (studios individuels). Ils répondent à certains critères d'hygiène (propreté des murs, sols en

plastique ou en parquet, aération...) et de confort (sanitaires, eau chaude, chauffage collectif ou individuel...).

Chaque dispose d'un jardin privé (4 à 5 m<sup>2</sup>) que le résident peut exploiter selon son propre désir (fleurs, plantes potagères, jachère...)

Ils sont entièrement meublés par les soins de l'association. Outre un équipement standard (électroménager de base, lave-linge, literie, mobilier), des aménagements personnalisés répondant à des besoins spécifiques peuvent être envisagés (par exemple, four à micro-ondes en cas de portage de repas, etc.)

Dans tous les chalets, une ligne téléphonique (formule « Téléséjour ») est installée aux frais de l'association. Les usagers peuvent être appelés et ont accès gratuitement aux numéros d'urgence ; ils peuvent appeler tout autre numéro à l'aide d'une télécarte prépayée.

### **Les locaux collectifs et partagés**

La salle d'accueil est équipée d'un espace tisanderie en self-service, de fauteuils, d'un photocopieur, d'un comptoir ouvert tenu par une secrétaire et de documentations diverses (journaux d'actualités, programmes de Culture du Cœur, outils de prévention des MST, des maladies chroniques, adresses de lieux de soins et de solidarité alimentaire, etc.)

Les sanitaires sont dotés de distributeurs de préservatifs masculins et féminins, qui sont très souvent renouvelés.

Une boîte à idées est mise à disposition des allocataires pour que cet espace soit investi de leurs idées d'aménagements.

### **Les bureaux d'entretiens :**

Chaque référent dispose d'un bureau individuel d'entretiens, équipé de matériel informatique. Le médecin partage un bureau accessible aux personnes à mobilité réduite en rez-de-chaussée.

L'équipe se réunit dans une salle réservée à cet effet, qui a également pour fonction d'être la salle de repos du personnel.

Par ailleurs le service est doté d'un véhicule servant à accompagner les personnes trop faibles pour effectuer leurs démarches et également à assurer le transport des matériels nécessaires à l'entretien. Nous prévoyons de nous équiper d'un véhicule pour personnes à mobilité réduite.

### **Modalités de participation financière**

Les charges locatives et d'autres charges afférentes (électricité, gaz, eau...) sont entièrement prises en charge par l'association. Toutefois, les usagers participent

financièrement à leur hébergement sous la forme du règlement mensuel d'une indemnité. Le montant de cette indemnité d'occupation est de 10% des ressources.

La contribution personnelle et régulière de l'utilisateur au budget de fonctionnement de la structure le responsabilise progressivement et instaure un sentiment de valorisation individuelle. Ceci permet, en outre, la projection budgétaire progressive indispensable à une sortie du dispositif avant de songer à un relogement définitif. C'en est l'un des critères d'accès.

Par la suite, il sera envisagé avec les résidents la possibilité qu'ils acquièrent progressivement des équipements qu'ils conserveront lors de leur relogement définitif.

.

### **3.3.4 Les partenariats**

Ce projet s'inscrit et évolue dans un travail de partenariat fort, tant en interne de l'association Aurore qu'en réseau avec nos partenaires externes. C'est notamment autour des questions d'hébergement, d'accès aux soins, à l'emploi et à la culture que nous avons constitué des partenariats solides et réactifs.

Nous avons distingué ce partenariat en parties distinctes entre les soins, l'emploi, la culture, l'hébergement, le logement et les partenaires administratifs :

- Samu social, Equipes de rue, Associations de quartier, ESI, Services sociaux d'arrondissements, LHSS, Centres de santé, spécialisés, Culture du Cœur, Administrations.

Ce projet s'effectue en amont, pendant et en aval de la prise en charge des résidents au niveau de :

- déroulement de l'admission des résidents,
- la coordination durant le séjour des résidents de l'accompagnement réalisé par notre service et, au regard des situations, de l'orientation travaillée et la sortie du dispositif.

#### **Internes :**

Hébergement :

Des collaborations étroites avec les autres services de l'Association aussi bien au niveau de l'hébergement que des services spécialisés dans l'accueil du public.

Soins :

Des consultations en alcoologie au CSAPA de l'association ou sur le site

Des demandes d'admission aux Communautés Thérapeutiques, pour des personnes souffrant d'addictions et de l'enfermement dans leur propre environnement.

Des orientations lorsque les usagers obtiennent l'AAH vers les SAS 13<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> (Services d'accompagnement Aurore)

Emploi :

Des liens étroits avec des CIP de l'association en individuel ou en groupe.

### **Externes :**

#### **Soins :**

Avec l'association INTERVALLE, association de soutien psychologique (dans le cadre de leur activité « Cap week-end » qui permet d'offrir aux allocataires un soutien et une écoute bienveillante le week-end. Des relations avec les Lits Halte Soins Santé (Centre Maubeuge, les Maraîchers). Les hôpitaux Parisiens : Fernand Widal, Tenon, Lariboisière, La Pitié, Bichat, Saint Antoine, Cochin, EHGP, Sainte Anne, Maison Blanche, Ville Evrard  
Les Centres de Cure et Post Cure : La Gandillonnerie, Malvaux, Gilbert Rabby, le CSST Charonne, Marmottan, Nova Dona. Les CMP : pratiquement avec tous les CMP parisiens

#### **Hébergement :**

Des collaborations étroites avec le SIAO et le 115, avec le Centre du boulevard NEY, la Fondation Meurice, Les Petites Sœurs Missionnaires de la Charité, Maavar, L'Estran, le SAR APCARS, EMMAUS, L'ARMEE DU SALUT, le Centre Baudricourt

#### **Administratifs :**

Les PSA (Chemin vert et Bastille), CASVP : Section, CAPI, DASES : les Coordinations de secteur social, EI, Pôle emploi, les MDEE, CPAM, CRAMIF, CAF.

#### **Constructions, jardins:**

Scop Alter-bâtir, spécialisées dans la construction écologique

Association accompagnant la réalisation de jardin potager et d'agrément.

### **Evaluation interne**

#### **Objectif(s) de l'action :**

Cette évaluation est centrée essentiellement autour des notions d'intégration et d'insertion sociales au sens large. Nous élaborons chaque année une analyse concrète de notre activité, grâce à la réalisation d'un **rapport** qui s'appuie sur les statistiques objectivées de la grille d'analyse de l'association Aurore. A partir de ces tableaux, les indicateurs réguliers de l'activité générale du service sont détaillés, croisés et analysés, dans le but également d'évaluer l'efficacité générale de l'établissement.

#### **Modalités d'évaluation :**

Données quantitatives et qualitatives :

- durée moyenne de séjour : 24 mois
- durée de séjour la plus courte : 6 mois
- durée de séjour la plus longue : 48 mois

Type de public accueilli, caractéristiques et problématiques :

Personnes sans hébergement fixe, souffrant d'addictions et/ou de troubles psychologiques, Femmes et Hommes en situation d'errance.

Lorsqu'il y a eu rupture et expulsion, c'est que la personne est la plupart du temps au bout de ses ressources, tant matérielles que psychiques. S'ensuivent les effets d'un véritable traumatisme ravageur.

Il demeure que certains préfèrent la rue aux types d'hébergements proposés, après de mauvaises expériences et également afin de se soustraire à toute contrainte. Ils sont arrivés au bout de leurs capacités à s'intégrer dans quelque groupe que ce soit. Pour ceux-là, il faudra un peu plus de temps pour qu'ils acceptent d'être aidés, particulièrement en ce qui concerne leur hébergement, **donc leur intimité, ultime espace de l'exercice de leur liberté.**

### **Une évaluation générale de l'établissement**

Au niveau de l'établissement, *des tableaux statistiques, trimestriels et annuels*, construits sur des critères objectivables (accès aux soins, ouverture de droits sociaux, niveaux de ressources, situation professionnelle, situation par rapport au logement, solutions de sortie du service, temps de séjour) permettent d'apprécier tant l'évolution des situations à l'entrée, en cours de séjour et à la sortie des résidents, que la pertinence des services rendus par l'équipe. Une évaluation de la pratique et professionnelle se déroulera tous les ans avec l'ensemble du personnel.

Une évaluation personnalisée des résidents :

Au niveau de l'accompagnement personnalisé auprès des résident(e)s, *une évaluation régulière* est effectuée dans le cadre des *réunions de synthèse et de projet*. Cette évaluation, centrée sur les notions d'autonomisation et de bien-être de la personne, comprend des registres objectifs (activités occupationnelles, liens sociaux, régularité des soins, aptitude générale à se mobiliser..) issus de l'observation de l'équipe, mais prend en compte également le registre subjectif des résident(e)s, notamment par le biais d'*entretiens de bilan* réguliers.

Par ailleurs, les **réunions hebdomadaires**, ainsi que les **débriefings** de chaque matin, permettent de pratiquer une sorte d'évaluation permanente entre intervenants directs, en temps réel.

Une évaluation en concertation avec les résidents qui participeront à certaines décisions les concernant quant à la vie collective.

Une évaluation opérationnelle des activités engagées par l'équipe : des *fiches d'activité* pour l'ensemble de l'offre de services de l'établissement sont régulièrement analysées, et en élaboration permanente.

Ce travail permet de dégager les intentions pédagogiques ou éducatives de chaque activité, de vérifier les cohérences entre objectifs et moyens et de systématiser des pratiques professionnelles opérantes.

Les réunions mensuelles **d'analyse des pratiques** sont aussi le lieu pivot d'un travail sur le travail, avec ses effets attendus de distanciation des situations, aux fins d'une analyse affinée des accompagnements.

La **Démarche Qualité** implique toute l'équipe, en donnant les outils nécessaires aux intervenants pour qu'ils élaborent leurs propres critères d'évaluation.

Ainsi, les professionnels se dotent de moyens objectivant au maximum l'évaluation de leurs pratiques, et de leurs effets auprès des résidents.

### **3.3.5 La communication externe**

L'association dispose d'un site internet et d'un blog que le service communication de l'association met à jour en permanence. De plus, une lettre mensuelle est adressée aux salariés et aux partenaires. L'inauguration est prévue en présence du Maire, du président du Conseil Régional et du Préfet ainsi que les différents directeurs d'administrations locales et régionales, des associations et des habitants du quartier.

Cette expérience fera l'objet d'une publication et d'un colloque organisé dans la première année de fonctionnement.

Des portes ouvertes sont prévues annuellement organisées par le personnel et les résidents. Des associations de quartiers seront invitées régulièrement lors de rencontres dans l'espace collectif selon des thèmes choisis en amont par les résidents.

Un rapport d'activité vivant sera organisé annuellement afin de montrer le travail effectué au sein de la structure sur le modèle de celui du service Prism. Je rendrais compte au directeur général de la progression du projet afin qu'il puisse relayer au Conseil d'Administration l'avancée du projet, il est prévu que je participe au CA. Le service communication de l'association suivra par la réalisation d'un film documentaire, les phases de réalisation du projet avec des interviews des protagonistes et sur l'avancée de la construction. Ce film servira de communication externe, DRHIL, DIHAL, Mairie et particulier par le blog et interne pour le CA et les salariés afin de développer d'autres projets à partir de cette expérience.

#### **Freins, limites du projet :**

Bien que les équipes seront particulièrement en début d'accompagnement vigilant aux réactions des personnes accueillies dans ce sas entre la rue et le logement. Ce projet aura bien sur des limites à l'entrée, pendant et à la sortie. A l'entrée, ne serait-ce que la

capacité des personnes accueillies à accepter et adhérer à ce type d'accompagnement qui est tout de même basé sur une certaine capacité à pouvoir intégrer des éléments pouvant paraître complexes. Pendant, cela pourra provoquer des ruptures, des sorties précoces du dispositif, engendrer des angoisses. Le niveau des pathologies des personnes pouvant s'avérer plus profondes que lorsque ces dernières sont à la rue en permanence, cette errance pouvant être un « médicament » et équilibrant pour elles, d'où, des réactions négatives suite à l'hébergement.

Des freins, pouvant être logistiques, économiques et sociaux, par rapport à l'implantation dans le quartier, l'interaction avec l'environnement et entre les personnes accueillies, des éléments émergents non pris en compte dans le travail préparatoire.

A la sortie, l'isolement suite à une période de vie en semi-collectif pouvant provoquer de nouvelles ruptures.

Ce projet innovant, sera du fait de l'aspect novateur assujéti à de nombreux freins ou inconvénients surgissant, une vigilance et une veille de ma part et par délégation à tous niveaux devra s'exercer dès les prémices de la constructions de projet.

### **Conclusions concernant le projet**

Dans le cadre de l'appel à projets de la Ville de Paris concernant l'accès à l'hébergement des personnes parmi les plus vulnérables, et parallèlement à la circulaire du 5 mars 2009 pour la relance active à l'hébergement, l'association Aurore se propose de créer un Centre de Stabilisation pour accueillir des personnes souffrant d'addictions, et/ou de troubles psychiques ou sortants de détention, à la rue depuis de longues années.

C'est en écoutant les souhaits explicites de ces personnes, que nous avons choisis de retenir l'idée de chalets individuels, ancrés sur la terre, avec une dimension écologique et citoyenne, de qualité, visant à répondre aux besoins essentiels des résidents.

En effet, les possibilités d'hébergement de ces personnes sont réduites, du fait même de leurs particularités. Comportements inadaptés, difficultés de santé ou manque d'autonomie, peuvent être rédhibitoires lors d'un entretien d'admission en CHRS ou en Résidence sociale par exemple. Or ces personnes, qui ont la plupart du temps été exclues des parcours dits classiques de la réinsertion, s'excluent parfois d'elles-mêmes à leur tour en fuyant par exemple toute offre nouvelle structurante.

C'est l'amorce d'un cercle vertueux que nous souhaitons proposer, qui combinera - au rythme de ces personnes - l'accès à une plus grande autonomie et une plus grande citoyenneté. C'est en élaborant un début de parcours depuis les services « envoyeurs », et en lien avec le Centre de Stabilisation, que le temps aidant, la confiance une fois

établie, il deviendra alors possible qu'ils se projettent vers du « mieux-être », et partant, vers un véritable parcours de vie, étayé et durable.

Ce projet a démarré dans sa phase effective, accueil des premiers hébergés en novembre 2013, il y eut un retard car nous avons mis un certain temps à trouver un lieu adéquat, avec l'accord des élus de quartiers, avec des réunions afin d'expliquer la démarche et la rencontre des partenaires locaux et ensuite l'aménagement qui a aussi demandé du temps.



## Conclusion

« C'était de se dégager de la sérialité et de faire que les individus et les groupes se réapproprient le sens de leur existence dans une perspective éthique et non plus technocratique ». En reprenant une partie de la citation de Félix Guattari mise au début de ce mémoire. J'ai réfléchi à mettre en évidence cette perspective éthique en faisant de la participation active des acteurs le moteur de ce projet. Il est rare que dans le champ de l'exclusion sociale, cela soit mis en évidence ou une priorité. Ces personnes sans domicile fixe sont victimes des représentations, leurs paroles ne sont pas écoutées ou entendues. Pourtant, ils ont beaucoup de choses à dire, des paroles très précises quant à leur situation, le pourquoi et le comment.

Ce mémoire m'a permis d'aborder la mise en relief de ces paroles, de l'existant et du possible. J'ai approché toutes les dimensions de la direction ; financière, mangement, humaines, logistiques, évaluation, droits, partenariales et stratégique auprès des différents acteurs. J'ai voulu une démarche qui initie le changement en tenant compte des résistances. Ma conception de la fonction de directeur dans cette situation est fondée sur un management pédagogique et la participation active des acteurs en sachant que la décision finale m'appartient. La prise en compte, de tous les acteurs et de leurs paroles, permet au changement de se réaliser avec moins de source d'incertitude et rassure les personnes impliquées dans le projet.

J'occupe déjà un poste de directeur, ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances et de pousser la réflexion quant à la dimension de ce poste. Le management participatif demande un supplément de travail dans l'explication, dans la transparence et oblige à des efforts de communication.

L'intervention du directeur ne situe pas qu'au niveau technique et opérationnel mais aussi au niveau de la cohérence interne, l'implication et de l'appropriation de tous les acteurs du projet.

Ce projet commence à exister avant même le démarrage de la structure, il est déjà vivant dans la conception du projet d'établissement, du règlement intérieur et du souhait de l'aménagement des chalets et du terrain par les personnes qui y vivront et travaillerons. Rien n'est encore figé quant à sa mise en œuvre, certains éléments décrits plus en avant vont certainement évoluer. Ce fut la partie la plus compliquée de poser des éléments qui évolueront au fur et à mesure de sa conception.

Les personnes accueillies entreront, sortiront de la structure, cette dernière sera en mouvement permanent aussi bien sur la logistique que sur la réflexion quant à son fonctionnement. Cela permettra de rester en éveil quant à l'évolution du public mais aussi à l'évolution de la prise en charge.

Il est acquis de la part des tous les acteurs que nous en pourrons plus réaliser notre travail sans la prise en compte de la parole des personnes sans domicile fixe. Cela devra être le cas pour d'autres structures à venir qui seront mises en place. Nous pourrons difficilement nous passer de l'expérience, de la richesse des vécus de ces personnes.

Enfin, ce travail de réflexion, d'écoute, de mise en relief des différentes dimensions a renforcé mes capacités d'apprentissage, mon champ du possible de l'investigation. La transmission de cet apprentissage non seulement pendant la formation CAFDES mais aussi lors de la réalisation de ce mémoire a été des moments riches et je chercherais à le développer et à le maintenir dans l'avenir.

---

## Bibliographie

---

### Bibliographie généraliste :

Bacqué M.H, Biewener C., 2013, *l'empowerment, une pratique émancipatrice*, Collection SH/Politique et société, Paris : La Découverte, 160 pages.

Bourdieu P. (sous la direction de), 1993 : *La Misère du Monde*, Paris : Seuil, 947 pages.

Castel R., 1999 : *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris : Gallimard, 813 pages.

Deleuze G., Guattari F., 1972 : *L'Anti-Œdipe*. Collection critique, Paris : Les éditions de minuit, 493 pages.

Foucault M, 1975 : *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard, 340 pages.

Foudriat M., 2007, *Sociologie des organisations. La pratique du raisonnement*, Pearson Education, 333 pages.

Foudriat M, 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, 2ème édition, Rennes, Presses de l'EHESP, 352 pages.

Furtos J. 2008 : *Les Cliniques de la Précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue Française, Paris : Masson, 284 pages.

Gaulejac (de) V., 1994 (réédité 1997 et 2001) : *La lutte des places*, Paris : Desclée de Brouwer, 314 pages.

Goffman E., 1975: *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de Minuit, 180 pages.

Guattari F., 2012, *De Leros à Laborde*, Paris : Editions Lignes, 96 pages

Hardy J-P., 2010 : *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. 3ème édition, Collection : Santé social, Paris : Dunod, 464 pages.

Hirsch M., Rosière G., 2008 : *La chômarde et le haut commissaire : lettre à ceux qui pensent qu'il n'y a rien à faire !*, Paris : éditions OH !, 350 pages.

Lenoir R., 1974 : *Les exclus. Un Français sur dix*. Paris : Éditions du Seuil, 171 pages.

Ninacs WA., 2003 : *L'empowerment et l'intervention sociale*. Montréal, Centre de documentation sur L'éducation des adultes et la condition féminine, 46 pages.

Paugam S. (Sous la direction de) 1996 : *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris : La découverte, 588 pages.

Paugam S., 2000 : *Le salarié de la précarité* Collection : Le lien social, Paris : La Découverte, 456 pages.

### **Bibliographie sur la direction :**

Dubreuil B., Fredj B., Marhadour M., Raquin D., 2013, *le travail de directeur en ESMS*, 2<sup>ème</sup> édition, Collection Santé social, Paris : Dunod, 256 pages.

Fustier P., 2004, *le travail d'équipe en institution, clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Collection Santé Social, Paris : Dunod, 224 pages.

Jaeger M., Bauduret JF., Dubreuil B., Régis Dumont., (Sous la direction de), 2013 : *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale* Collection: Guides santé social, Paris : Dunod, 1248 pages

Lefèvre P., 2011, *guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale, Responsabilités et compétences, Environnement et projet, Stratégies et outils*, 3<sup>ème</sup> édition, Collection guide santé social, Paris : Dunod, 512 pages.

### **Concernant le public :**

Brousse C, Firdion JM, Marpsat M., 2008 : *Les sans-domicile*. Collection Repères, Paris : La Découverte, 118 pages.

Chambaud L., octobre 2007 : *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 165 pages.

Damon J., 2002 : *La Question SDF. Critique d'une action publique.* , collection Le Lien social, Paris, Presses Universitaires de France, 288 pages.

Damon J., avril 2009 : *Les politiques de prise en charge des sans-abri dans l'Union Européenne*. Rapport au Ministre du Logement. Paris, 236 pages.

Declerck, P., 2001 : *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*. Collection Terre Humaine, Paris : Plon, 457 pages.

Firdion JM. 2005: « Les sans-domicile : de qui est-il question ? Problème de la définition. ». , In: Chauvin P, Parizot I., (eds). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, pp. 95-104.

*Rapport public thématique sur les personnes sans domiciles fixe*, Cour des Comptes, Mars 2007

Thomas H., 1997 : *Production des exclus*, Paris : Presses Universitaires de France, 215 pages.

### **Circulaire :**

*Circulaire relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO)*, Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat, Secrétariat d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme, avril 2010.

### **Documentaire :**

*Paris : le mobilier anti-SDF*, de Lorraine Rossignol et Paul Agostini, ARTE, janvier 2010.

---

## Liste des annexes

---

**I** Guide d'entretien

**II** Tableau récapitulatif de textes législatifs concernant l'action sociale envers les SDF

**III** Tableau sur le Droit au logement opposable

**IV** Parcours de personnes accompagnées par le service Prism

## ANNEXE I

### Guide d'entretien des acteurs :

#### Les institutionnels et professionnels.

##### Question 1

« Les équipes de rue me disent, et aussi l'équipe du service que je dirige, que de plus en plus de sdf refusent catégoriquement d'aller en centre d'hébergement, pourquoi d'après vous » ensuite, j'interrogeais les raisons des refus :

##### Question 2

« Ses raisons de refus pour vous, pourraient-elles être travaillées dans les centres ou en amont »

##### Question 3

« Ne serait-il pas possible de créer des structures prenant en compte les problématiques que vous me décrivez »

##### Question 4

« Avez-vous demandé à ces personnes pourquoi elles ne viennent plus ou pourquoi elles ne restent pas »

##### Question 4

« En parlez vous avec l'équipe et qui disent-ils », je revenais sur la perception de ce public.

#### Les personnes sans domicile fixe :

##### Question 1 :

« Pourquoi vous ne voulez plus aller dans les centres et pourquoi vous ne téléphonez plus au 115 »

##### Question 2

« Pourquoi n'allez plus voir des travailleurs sociaux, je devais préciser par des lieux comme les PSA, des noms d'accueil de jour, pourtant les équipes de rue, les maraudes, sont aussi des travailleurs sociaux »

##### Question 3

« Pour vous, ça serait quoi l'hébergement ou le logement idéal »

##### Question 4

« Vous avez besoin tout de même de personne avec vous pour aider »

## ANNEXE II

**Tableau récapitulatif de différents textes législatifs mis en place, les textes après 2006 seront traités dans la partie concernant le DALO.**

Année	Dispositif	Commentaire
1983	Loi décentralisation	Transfère une partie de l'action sociale aux départements et régions excepté la solidarité nationale.
Décembre 1988	Loi RMI	Cogestion du dispositif, l'Etat finance et le département mène l'insertion.
Mai 1990	Loi sur le FSL	Fonds de solidarité cofinancé et cogéré par l'État et le département, et création du PDALPD (plan département d'action pour les personnes défavorisées)
Juillet 1998	Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions	<b>Conforte l'État dans la lutte contre les exclusions, instaure l'obligation des CCAS afin de domicilier les SDF</b> , ainsi, leur garantir divers droits. La loi donne une portée législative au dispositif départemental chargé d'orienter et d'informer les personnes en difficulté sur les disponibilités d'accueil (veille sociale) ; elle étend les missions des CHRS à l'accueil dans les situations d'urgence et à la réinsertion sociale et professionnelle, abandonnant le terme antérieur de « réadaptation ». Elle a été complétée par les lois relatives à la couverture maladie universelle (CMU) (27 juillet 1999) et à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU) (13 décembre 2000).
Juillet 1999	Loi instaurant la CMU	Couverture Maladie universelle
Décembre 2003	Renforcement de la décentralisation	Le département récupère la gestion totale du RMI et du FSL.
De 2001 à 2005	Divers programmes de lutte contre l'exclusion	Se traduit par l'extension de nombre de places en hébergement d'urgence ou CHRS et maison relais sans réel travail ou orientation sur les causes du nombre croissant de personnes à la rue ni sur l'accompagnement de ces personnes.
Avril 2006	Plan triennal	Pérennise des places d'hébergement qui étaient ouvertes uniquement durant l'hiver



## ANNEXE III

### Tableau sur le Droit au logement opposable

1845	apparaît l'adjectif opposable	signifie : « que l'on peut faire valoir contre autrui »
2001	Conseil National de l'habitat	Parle de Couverture logement universelle
2002	Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées	Proposant de créer « une obligation de résultat juridiquement opposable » pour le droit au logement.
Juin 2004	Manifestation Nationale sur le droit au logement	plate forme autour d'ATD Quart Monde et 51 associations
Août 2005	Incendie hôtel abritant des mal-logés faisant plusieurs décès à Paris 13 <sup>ème</sup>	Relance le débat que le DALO que le gouvernement rejette le trouvant irréaliste
Décembre 2006	Campement organisé par l'association les enfants de Don Quichotte à Paris et en province.	Le gouvernement par la voix du président de la république après une forte mobilisation publiques et des médias, prépare une loi sur le droit au logement opposable.
<b>Mars 2007</b>	<b>loi instituant le Droit au Logement Opposable</b>	<p>Pour pouvoir bénéficier du droit à un logement décent et indépendant garanti par l'État, il faut en premier lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ être de nationalité française, ou résider sur le territoire français de façon régulière et dans les conditions de permanence définies par les articles R.300-1 et R.300-2 du code de la construction et de l'habitation ;</li> <li>▪ ne pas être en mesure d'accéder par ses propres moyens à un logement décent et indépendant et de s'y maintenir (différentes évaluations estiment le nombre de ménages dans cette situation de l'ordre de 600 000, soit 1 700 000 personnes, au regard du seul critère des conditions de logement) ;</li> <li>▪ avoir déposé une demande de logement social (HLM) et disposer d'une attestation d'enregistrement départementale de cette demande (« numéro unique »).</li> </ul>

## ANNEXE IV

### Parcours de personnes accompagnées par le service Prism

#### **Accompagnement vers une fin de vie hors « de la rue » :**

Nous débuterons par le parcours de AB, âgé de 40 ans et il est dans une situation d'errance depuis plusieurs années. Il est célibataire et a été orienté par l'équipe de rue du 13<sup>ème</sup> arrondissement de l'association Aurore. Au début de l'accompagnement, AB n'a aucune demande précise, si ce n'est la réouverture de ses droits. D'une santé fragile, il est fortement addicté à l'alcool. Il est très introverti, il parle peu, il est très respectueux, « très intelligent ». Il n'entretient plus aucun contact avec sa famille et ne veut pas en avoir. Le référent, dans un premier temps, a simplement essayé d'établir un lien de confiance, en lui parlant de sa santé, de ses désirs, lui précisant qu'il pouvait venir à tout moment pendant les heures d'ouverture pour simplement boire un café et se poser sans obligatoirement voir son référent social. Ce dernier a beaucoup parlé avec AB de la vie « à la rue », ses avantages, ses ennuis. Alors il venait, de temps en temps prendre un café et se poser, nous le laissions sans lui demander quoique ce soit. Il a commencé à discuter avec d'autres allocataires dans la salle d'attente, puis petit à petit, il a commencé à avoir des demandes autour de besoins primaires. AB ne se projetait pas encore à long terme voire même à moyen terme.

Pour arriver à ce premier résultat, la création d'un lien de confiance, cela a pris 7 mois. Lorsque nous ne le voyions plus pendant une semaine ou deux, le travailleur social alertait l'équipe de rue qui allait le rencontrer sur son lieu de vie.

Sa référente qui est psychologue clinicienne, travaillait surtout à essayer d'éveiller chez lui des demandes, des envies, de l'alerter sur sa santé qui se dégradait rapidement. Il perdait du poids rapidement mais restait très agréable et très ouvert, discutant de tout et de rien sans jamais faire référence à sa situation médico-sociale.

**Il était, comme le décrit Jean Furtos, psychiatre, dans une situation d'auto exclusion.** Il est venu dans le service un matin et a demandé avions l'impression que cela lui faisait « mal ». Il ne voulait plus entendre parler d'un hébergement quelconque car, nous disait-il, « on ne pouvait pas boire et il faut se lever à des heures, manger aussi, trop de monde » la violence lui faisait peur. Paradoxal, mais c'était un signe très encourageant pour nous, il exprimait enfin des ressentis. Certes, il ne parlait pas de souffrance physique ou psychique mais voulait « se mettre à l'abri ». Comme beaucoup dans sa situation, il ne voulait ni téléphoner au 115, ni d'un hébergement en collectif.

Nous savions qu'il fallait répondre rapidement sinon ces référents risquaient de perdre la relation de confiance avec lui, avec des risques au niveau de son pronostic vital. Ils arrivaient à une année d'accompagnement, les services d'accueil en hôtel n'avaient plus de disponibilité, j'ai donc pris la décision de le poser dans un hôtel payé par le service avec l'accord de la hiérarchie car je savais que cela avait un coût au détriment du budget du service, avec un contrat avec lui afin qu'il vienne nous voir toutes les semaines et surtout que nous puissions l'orienter très vite vers le soin.

Cela l'a un peu déstabilisé dans un premier temps. Il se rendait à l'hôtel une ou deux fois par semaine, il dormait dehors le reste du temps et sa santé continuait à se dégrader. Petit à petit

*pourtant, il a apprivoisé l'hôtel où il dormait en permanence, mais sa santé continuait à se dégrader, il perdait du poids.*

*Le travailleur social insistait très fortement sur son état de santé, il sentait que le lien établi était assez fort pour lui exprimer le fait de ne pas l'accompagner à « la mort » sans rien faire, nous lui parlions d'une hospitalisation à la demande d'un tiers mais il voulait à tout prix qu'il soit acteur de ses soins. Il continuait à venir et à montrer « sa déchéance ».*

*Mais le temps courait et sa santé se dégradait. Il remerciait sans cesse pour l'hôtel. De temps en temps, il avait le sentiment qu'il allait mieux et, à certains moments, il retombait dans sa « mélancolie ». Un jour, l'hôtel appela, avertissant qu'il avait été hospitalisé en urgence. Il pesait 35 kgs pour 1 mètre 80. Le référent maintenait le contact avec l'hôpital, il allait le voir, toujours en essayant de le maintenir « éveillé » quant à son avenir, mais, le désir de vie s'estompait.*

*Un matin l'hôpital nous annonça qu'il était décédé d'une tuberculose foudroyante.*

***Certes, il s'était laissé mourir, mais il avait passé dignement les derniers moments de sa vie dans un hôtel et à l'hôpital. Il n'est pas décédé seul à la rue, dans le froid et l'absence de tout soin.***

***L'accompagnement a duré 14 mois et le travail a consisté à essayer de le maintenir dans un lien humain et social, d'éveil de désir, de rapport avec « la réalité sociale » afin qu'il puisse aller au maximum de son potentiel de vie, mais sans l'effrayer afin qu'il puisse toujours avoir un endroit ressource, dans le respect de ses choix. Le référent a réussi une partie de cela même s'il n'a pas réussi à le maintenir dans un désir de vie.***

#### ***Accompagnement douloureux vers les soins en passant par « la violence » :***

*Nous continuerons par l'accompagnement de CD. Il est âgé de 36 ans et il est dans une situation d'errance depuis plusieurs années. Il est séparé, a deux enfants qui vivent avec leur mère, et a été orienté vers nous par un espace insertion. L'Espace Insertion nous a prévenus quant à son agressivité et sa violence envers tous ceux qui représente l'administration, la police, les services sociaux etc. Il a connu deux périodes d'incarcération avant d'arriver à Paris.*

*Il a mis un certain temps pour venir (au bout de la 3<sup>ème</sup> convocation), il est arrivé dans le service un vendredi après-midi, en invectivant très fortement l'agent de l'accueil. Il hurlait mais n'avait pas de demande précise, nous disant que personne n'avait rien fait pour lui et qu'il n'avait pas besoin de nous etc... Nous avons réussi à le calmer et lui avons fixé un rendez-vous justement pour ce qu'il voulait, qu'il puisse mettre fin à notre accompagnement et lui expliquer comment cela s'organise administrativement. J'ai utilisé comme prétexte que les services de la Mairie de Paris risquaient de lui couper le RMI s'il ne se présentait pas dans un lieu qui accompagnait les personnes au RMI.*

*Il ne revint pas de suite mais passait de temps en temps en faisant peur verbalement au personnel. Nous le laissions exprimer sa violence tout en étant bienveillants et en faisant attention à ce qu'il ne passe pas à l'acte physiquement. Cela dura environ trois mois. CD passait prendre un café, invectivait toutes les personnes qui passaient à sa portée, le service à ce que personne ne soit affecté par ses paroles (il doit manquer une phrase..). Je veillais à ce que l'accueil des autres*

*allocataires ne soit pas perturbé. De temps en temps, nous lui propositions à nouveau un entretien en bureau mais même cela lui était trop difficile et même violent.*

*Finally, une fois qu'il eut compris que nous ne lui voulions pas de mal et du fait que nous étions restés bienveillants, il a accepté un entretien en bureau. A ce moment, il n'avait pas de référent attiré, les secrétaires accueillantes ou le coordinateur me prévenaient lorsqu'il arrivait dans le service. Le coordinateur était son référent dorénavant afin qu'il puisse repérer une personne dans le service lors de ses venues intempestives.*

*Ce premier entretien a été très compliqué, il s'agitait sans cesse sur sa chaise, insultant le monde entier et au bout d'un moment, plus d'une heure et demi, il s'est calmé et n'a plus insulté. Le référent ayant fait la remarque « qu'il n'insultait plus », il a été surpris et continua à échanger sur sa situation qui, en fait, ne paraissait pas si compliquée que cela. Il était certes sans domicile fixe mais tous ses droits étaient ouverts, il était relativement indépendant dans ses démarches, et trouvait même assez souvent du travail sur les marchés.*

*Le seul souci, et pas un des moindres, était un rapport très compliqué à la loi, à l'autorité et à l'autre en général ainsi que cette violence destructrice qu'il semait un peu partout. Bien évidemment, il a été exclu de tous les centres qu'il avait fréquentés et était interdit d'accès aux centres gérés par le 115, étant ainsi éloigné de la première étape des centres, il lui était impossible d'accéder aux autres centres.*

*L'essentiel du travail à partir de ce moment-là a tourné autour de la violence et du rapport à l'autre, du rapport à la loi.*

*Régulièrement, nous étions contactés par des services ou partenaires pour nous faire part de ses actes de violence qu'il posait un peu partout dans Paris sans jamais toutefois avoir affaire à la Police ou la justice.*

*Le référent apprendra à la suite de plusieurs entretiens qu'il avait connu la violence dès son plus jeune âge, c'était en fait le seul moyen d'expression qu'il connaissait.*

*Il ne demandait pas grand-chose, échangeait surtout sur le fait qu'il avait été maltraité depuis son plus jeune âge.*

*Le référent commença à l'entretenir sur sa santé qui se dégradait. Il s'est emporté et a recommencé à être de plus en plus agressif, le référent sentait qu'il avait touché un point sensible. Soit il avait déjà eu affaire au secteur médical et que cela ne s'était pas bien passé, soit il était en plus grande souffrance que ne pensait le référent. La psychologue avait diagnostiqué une persécution grave voire une paranoïa.*

*Il devenait de plus en plus pressant, venant tous les jours, toujours aussi agressif. Le référent gardait le cap de notre travail autour du rapport à l'autre et à la loi, des progrès étaient constatés, il semait de moins en moins sa violence mais s'arrangeait pour partir de lui-même avant de passer à l'acte.*

*Cela faisait plusieurs mois qu'il était accompagné et il avançait certes doucement mais évoluait positivement.*

*Sa santé se dégradait, il absorbait de l'alcool de plus en plus alors qu'auparavant, se référant toujours à la religion, il ne buvait pas du tout. Il se détachait de cela aussi, son rapport à la réalité reprenait forme, certes, cela lui faisait violence puisqu'il choisissait l'alcool comme médicament pour supporter cette réalité.*

*L'alcool et la rue le dégradait rapidement, sa santé inquiétait et l'inquiétait aussi. Il n'était pas dans le déni mais cela demeurait trop compliqué pour lui d'aller consulter un médecin. Cependant, le référent le sentait proche d'aboutir sur ce point, là aussi, mais, il y avait encore un blocage qu'il n'arrivait pas à contourner.*

*Il continuait malgré tout à être agressif dans les différents endroits où il se rendait mais plus du tout au sein de notre service, mais sa santé psychique inquiétait par rapport à un passage à l'acte violent. Le référent accentuait la pression par rapport à sa santé, quitte à provoquer une rupture ou un acte afin d'effectuer une hospitalisation, il sentait cette pression mais ne répondait pas ou essayait d'éviter le sujet.*

*Un jour, le commissariat du 19<sup>ème</sup> appela pour signifier qu'il était en hospitalisation d'office suite à l'agression de policiers sans justification apparente.*

*Il avait demandé aux policiers de nous contacter pour nous dire qu'il allait se soigner.*

*Ne pouvant pas aller aux soins par ses propres moyens, il avait trouvé cette solution pour y accéder. Il avait entendu la pression quant à sa santé.*

*L'accompagnement basé aussi bien sur le lien social mais aussi, et surtout, le rapport à l'autre, la bienveillance, la patience et l'accès aux soins a fini par être efficace au bout de plus d'une année d'accompagnement.*

***Il est resté 2 mois en H.O et est ressorti avec l'AAH. Il passe au service de temps en temps, il est hébergé dans un centre, il suit ses soins, à des projets d'emplois, d'appartement, il n'est plus du tout agressif envers quiconque, car il a enfin « été entendu ».***

***Son retour à l'autonomie et sa capacité de négociation avec la réalité ont été favorisés par les soins médicaux dont il avait besoin sans pouvoir se l'autoriser, compte tenu de son histoire familiale extrêmement douloureuse. Mais c'est dans un premier temps le « nouage » d'une relation de confiance bienveillante dans le service qui a pu inaugurer pour lui la possibilité d'une alternative supportable pour sortir du conflit permanent avec le monde et les autres, qu'il entretenait avec passion.***

ESCURIER

Jean- Marc

Septembre 2014

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARIF**

**CREER UN DISPOSITIF INNOVANT D'ACCES A L'AUTONOMIE EN  
« LOGEMENTS CHALETS » CENTRE SUR LA PARTICIPATION ACTIVE DES  
PERSONNES FORTEMENT DESOCIALISEES**

***Résumé :***

Malgré des dispositifs divers avec de multitudes intervenants aussi bien institutionnels que sont les services de l'Etat, des collectivités territoriales, des associations, le nombre de sans domicile fixe ne cesse de croître et leur refus de prise en charge croît en corrélation.

Ainsi, j'ai commencé sur les différentes stratégies que j'ai mises en place afin de regarder toutes les dimensions de la fonction de direction. J'ai analysé l'existant au niveau législatif, des territoires et des centres d'accueil.

Je me suis appuyé sur l'avis des personnes et des acteurs intervenants auprès de ce public. Je me suis inspiré de techniques déjà existantes comme l'empowerment, la participation active d'acteurs travaillant déjà sur ces thèmes, afin de construire un projet innovant en matière de logement.

Ce mémoire a été réalisé à Paris de 2012 à 2014 et concerne un accompagnement innovant de personnes sans domicile fixe vers et dans le logement.

Les sans domicile fixe sont de plus en plus nombreux, nous les croisons quotidiennement dans nos déplacements. Tous les ans, en début d'hiver, des reportages médiatiques nous rappellent qu'ils existent.

Un sans domicile fixe meurt tous les jours en France. Pour 30 % de ces personnes, ils ne s'adressent plus aux services sociaux, seules les équipes de rue les rencontrent quand ils sont visibles. Ils se font de plus en plus clandestins, se cachent dans les bois, dans des caves, apparaissent en journée et disparaissent la nuit.

Leur décompte est complexe et différents selon les sources officielles de l'INSEE ou des associations. Il existe peu de travaux de recherches scientifiques concernant cette population qui refuse toute prise en charge en hébergement.

Ce mémoire s'inscrit dans une stratégie d'innovation, de changement, d'adaptation et de diversification de la prise en charge de ces personnes en lien avec le projet associatif de l'association Aurore.

***Mots clés :***

Stratégie, changement, innovation, mission, institution, Paris, projet.

Direction, évaluation.

Sans domicile fixe, logement, Accompagnement, acteur, empowerment, parole, participation.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*