

**DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES  
DU POLE ACCUEIL ET HEBERGEMENT  
POUR FAVORISER L'ACCES A LA SANTE  
DES PERSONNES SANS-ABRI.**

*Sharon TAHON*

2022



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier chaleureusement Monsieur Hrabanski et Monsieur Lacour sans qui cette formation n'aurait pu avoir lieu et pour tout ce qu'ils ont pu m'apporter au cours de ces dernières années.

Une pensée toute particulière à Madame Lecerf pour son soutien tout au long de la formation.

Je remercie également l'équipe de cadre du pôle qui a pallié mes absences. Mais également les professionnels et les personnes sans-abri qui ont répondu à mes sollicitations.

Enfin, un remerciement particulier à ma famille et amis qui m'ont témoigné un soutien indéfectible tout au long de cette formation et de la rédaction du mémoire.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Partie I : L'accès aux soins et à la santé dans le secteur de l'exclusion sociale.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Le contexte d'intervention vu au travers de l'histoire, l'association et le public sans-abri.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Le secteur de l'exclusion sociale : évolutions historiques et légales .....	3
1.1.2 L'association MAHRA- Le Toit, acteur de lutte contre l'exclusion sociale .....	9
1.1.3 Le pôle accueil et hébergement du Calais, déclinaison de l'association sur le territoire de Calais. ....	10
1.1.4 Le public sans-abri et sa spécificité calaisienne.....	12
<b>1.2 La santé et l'accès aux soins des publics sans-abri, focus sur les conduites addictives et la santé mentale. ....</b>	<b>15</b>
1.2.1 L'accès à la santé et aux soins.....	15
1.2.2 Les consommations addictives chez les publics accompagnés par le pôle accueil et hébergement. ....	16
1.2.3 La santé mentale chez les publics accompagnés par le pôle accueil et hébergement.....	17
1.2.4 L'hébergement : un déterminant majeur pour favoriser l'accès à la santé des personnes sans-abri.....	17
<b>2 Partie II : La nécessité de diversifier l'offre de services du pôle accueil et hébergement : forces et faiblesses illustrées par les auteurs. ....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Le pôle et le projet de diversification.....</b>	<b>21</b>
2.1.1 Analyse de la situation vis-à-vis du projet de diversification : Les personnes sans-abri et le regard particulier qu'elles portent sur leur état de santé. ....	21
2.1.2 Diagnostic stratégique du pôle, réflexion préparatoire pour une meilleure adaptation des prestations. ....	24
<b>2.2 Définir une politique de ressources humaines pour assurer les compétences nécessaires à l'accès à la santé et aux soins des personnes sans-abri. ....</b>	<b>27</b>
2.2.1 La montée en compétence des équipes, une réelle volonté managériale de directrice. ....	27

2.2.2	L'importance de l'existence d'une stratégie en ressources humaines .....	29
2.2.3	La Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels : GEPP.....	30
2.2.4	L'importance de la motivation et de l'engagement professionnel dans la montée en compétences des professionnels.....	30
<b>2.3</b>	<b>Le système d'organisation du pôle et ses limites pour un accompagnement des personnes sans-abri dans une logique de parcours.</b> .....	<b>33</b>
2.3.1	L'organisation : notion et illustrations de terrain au travers du pôle accueil et hébergement. ....	33
2.3.2	Le système d'organisation et les grands courants d'analyse.....	35
2.3.3	Le management des organisations .....	41
<b>3</b>	<b>Partie III : Elaborer un plan d'action pour favoriser la qualité de l'accompagnement proposé en termes d'accès aux soins et à la santé des personnes sans-abri.</b> .....	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>La gestion des ressources humaines comme outil d'adaptation aux nouvelles problématiques du public sans-abri.....</b>	<b>44</b>
3.1.1	La gestion de projet comme outil d'élaboration de la politique RH du pôle.....	44
3.1.2	La déclinaison pratique de la GEPP du pôle .....	46
3.1.3	La politique RH au service de la qualité d'accompagnement. ....	49
<b>3.2</b>	<b>Adapter l'architecture pour répondre aux attentes exprimées par le public sans-abri.....</b>	<b>50</b>
3.2.1	Comprendre les attendus en terme d'hébergement des personnes sans-abri pour mieux y répondre.....	50
3.2.2	Le projet architectural d'évolution du CHRS.....	50
3.2.3	La réalisation du projet de réhabilitation architecturale et l'intégration des équipes.....	51
3.2.4	L'évaluation du projet de réhabilitation architecturale.....	53
<b>3.3</b>	<b>Spécialiser un appartement d'hébergement d'urgence pour l'accueil des sortants de cure ou postcure afin de répondre aux besoins des personnes sans-abri.....</b>	<b>54</b>
3.3.1	Du constat vers le projet de spécialisation .....	54
3.3.2	La mise en place du projet. ....	55
3.3.3	L'évaluation du projet.....	56
<b>3.4</b>	<b>Les lits halte soins santé mobiles : un projet innovant visant le développement d'un travail en transversalité.....</b>	<b>57</b>
3.4.1	Définition générale des LHSS .....	57
3.4.2	Le cadre légal des LHSS et de sa déclinaison LHSS mobiles .....	57

3.4.3 Les LHSS mobiles et l'expérimentation de la démarche de « l'aller-vers » .....	59
<b>Conclusion.....</b>	<b>65</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>67</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

Ps : mettre à jour via la touche F9





---

## Liste des sigles utilisés

---

AAP	Appel A Projet
ACI	Atelier et Chantier d'Insertion
AHI	Accueil Hébergement Insertion
ALT	Allocation Logement Temporaire
AML	Aide à la Médiation Locative
ARS	Agence Régionale de Santé
AVA	Atelier d'adaptation à la Vie Active
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CASF	Code de l'Action Social et des Familles
CAVA	Centre d'Adaptation à la Vie Active
CVS	Conseil de Vie Sociale
CNRTL	Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESMS	Etablissement Social et Médico-Social
ETHOS	European Typology on Homelessness and housing exclusion
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
FLS	Fonds Solidarité Logement
GEPP	Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels
GPEC	Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IQV	Indice de Qualité de Vie
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDALHPD	Plan Départemental d'Aide au Logement et à l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PDALPD	Plan Départemental d'Aide au Logement des Personnes Défavorisées
RH	Ressources Humaines
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats



## Introduction

Le secteur du médico-social a pour objectifs d'améliorer les conditions de vie d'une société et de permettre aux personnes de gagner en autonomie. Il est scindé en 3 grandes catégories : le handicap, la protection de l'enfance, l'exclusion.

En tant que citoyen, nous sommes de plus en plus sensibilisés à ces thèmes. Mais s'il en est bien un auquel tout un chacun a déjà été confronté c'est celui de l'exclusion. En effet, qui n'a jamais été confronté à une personne sans-abri dormant sur un banc ou « faisant la manche » ? Comment se comporter : le saluer ou détourner les yeux ? Participer ou non à sa mendicité au travers d'un peu d'argent ou d'un sandwich ? Toutes ces interrogations ne font qu'effleurer un sujet d'une envergure beaucoup plus importante puisqu'il toucherait, selon la fondation Abbé Pierre, en 2022 plus de 300 000 personnes<sup>1</sup>.

J'ai toujours été très investie dans le secteur social et médico-social puisque j'ai exercé en tant qu'éducatrice spécialisée puis chef de service dans le secteur de la justice, de la protection de l'enfance et du handicap. Depuis 2016, j'ai intégré l'association Mahra-le Toit qui agit dans la lutte contre toutes les exclusions sur les territoires de Calais et de Saint-Omer. J'ai tout d'abord occupé un poste de chef de service puis celui de directrice depuis 2020.

Suite au travail effectué par les équipes auprès des personnes sans-abri, j'ai été surprise de la situation sociale particulièrement dégradée des personnes accompagnées et du taux de non-recours très élevé. Je me suis questionnée sur les causes possibles du sans-abrisme. Je me suis interrogée sur les conséquences vis-à-vis du logement mais également par rapport au mode de vie, aux relations sociales, à l'accès à un emploi ou à une formation et à l'accès à la santé et aux soins.

L'entrée en CAFDES et la rédaction de ce mémoire ont été l'occasion d'approfondir ma réflexion. Cependant la multitude des situations rencontrées par les personnes sans-abri offre autant d'axes de travail possibles. Elles méritent toutes d'y porter une attention particulière afin de proposer un accompagnement global de la personne. Néanmoins, dans le cadre de ce mémoire, j'ai décidé de me centrer sur l'un des points qui me semble primordial et pourtant négligé par le public, à savoir celui de la santé.

Ma position de directrice nécessite d'être attentive à l'évolution du public et de ses problématiques grâce aux observations et remarques des professionnels. L'objectif est de

---

<sup>1</sup> Fondation Abbé Pierre. (22-01). *Bilan du sans-abrisme et du mal logement* (N° 27). <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/27e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2022>

pouvoir proposer un accompagnement de qualité dans le respect de la personne. Pour ce faire, l'équipe de direction doit pouvoir accompagner les équipes dans l'adaptation de leurs pratiques professionnelles. En tant que directrice je dois également posséder une vision proactive afin que les structures soient en accord avec leur environnement et les politiques actuelles.

La pandémie a eu d'importantes conséquences sur notre quotidien et d'une manière plus globale sur la vision que nous portons sur la santé. Mon objectif de directrice est donc de ***faire évoluer au préalable la politique de ressources humaines du pôle afin de pouvoir proposer des dispositifs innovants et adaptés, qui faciliteront l'accès à la santé et aux soins, afin de lutter contre la précarité.***

Afin de situer au mieux le cadre de ce travail, il me paraît important de présenter le contexte d'intervention. Nous aborderons tout d'abord le secteur de l'exclusion d'un point de vue historique et législatif. Ensuite je présenterai l'association, le pôle accueil et hébergement du Calaisien ainsi que le public accompagné, dont la spécificité du public sans-abri calaisien. Nous aborderons enfin l'accès à la santé et aux soins et plus particulièrement du point de vue des consommations addictives et de la santé mentale.

Dans une seconde partie, nous développerons l'analyse stratégique liée au projet de diversification du pôle. Nous aborderons les deux positions managériales de ma posture de directrice à savoir la politique de ressources humaines comme porteur de qualité d'accompagnement et le système d'organisation comme facilitateur de collaboration.

La troisième partie de ce mémoire sera consacrée à mon plan d'action et à ses applications sur le terrain. Nous aborderons la politique de ressources humaines du pôle accueil et hébergement, nécessaire afin de préparer les équipes à l'arrivée de nouveaux dispositifs. Puis nous nous intéresserons à l'adaptation architecturale des établissements et à une spécialisation de certaines places d'hébergement d'urgence. Enfin nous développerons le projet des lits halte soins santé mobiles et leur démarche « d'aller vers ».

# **1 Partie I : L'accès aux soins et à la santé dans le secteur de l'exclusion sociale.**

## **1.1 Le contexte d'intervention vu au travers de l'histoire, l'association et le public sans-abri.**

Le regard de la société porté sur l'exclusion sociale et la santé a évolué au fur et à mesure de l'évolution des connaissances et des pratiques. Le contexte est donc important afin de mieux comprendre le regard porté par les personnes sans-abri sur leur état de santé.

### **1.1.1 Le secteur de l'exclusion sociale : évolutions historiques et légales**

Le secteur médico-social est fortement marqué par ses origines de charité chrétienne et visions philanthropiques. Il est donc important de relater l'évolution sociétale de l'exclusion afin d'en comprendre le cadre légal contemporain qui a oscillé entre assistance et répression.

#### **A) Histoire de l'exclusion sociale**

Clochards, mendiants, vagabonds, sans-abri sont autant de termes qui illustrent les personnes victimes de la pauvreté, de la marginalisation ou de l'exclusion sociale.

Ces phénomènes connus de longues dates, ont été étudiés à partir du Moyen-Age. A cette période, le vagabond est identifié comme une personne incapable de subvenir lui-même à ses besoins. Il est donc pris en charge au titre de la solidarité ou par des institutions d'origine chrétienne.

L'image du vagabond se dégrade peu à peu en particulier au cours du XIV<sup>ème</sup> siècle marqué par un contexte de crise (guerre de cent ans, peste noire...). Il devient une personne pouvant troubler l'ordre public. Un important phénomène de stigmatisation basé sur la notion travail se développe. On distingue alors le « vrai » pauvre malade ou invalide ; du « faux » pauvre valide et pouvant occuper une fonction dans la vie de la cité.

Les XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècles marquent le paroxysme entre assistance et répression. En 1656, est créé l'hôpital général « pour empêcher la mendicité et l'oisiveté, comme source de tous les désordres » édit du 27 avril 1656<sup>2</sup>. Cet établissement vise à séparer les pauvres et les marginaux du reste de la société.

---

<sup>2</sup> VALADE, B. (s. d.). CRÉATION DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL. Encyclopædia Universalis.

Il sera généralisé par Napoléon au travers des dépôts de mendicité (1764) qui ont pour objectif la « réclusion des mendiants et des gens sans-aveux »<sup>3</sup>

La révolution française de 1789, appuyée par les réflexions des philosophes du siècle des lumières permet la création d'un comité de mendicité. Celui-ci affirme le droit à la subsistance de chaque homme et propose une nouvelle vision de la marginalisation qui se base sur les origines individuelles et collectives. « La pauvreté apparaît comme découlant d'une organisation sociale défailante et non plus seulement d'insuffisances individuelles. Dans ces conditions, la société contracte une dette à l'égard des plus démunis, ce qui leur confère un droit d'être assistés. L'état doit donc agir en organisant l'intervention publique »

Malgré cette avancée dans le rôle de l'Etat, le code pénal de 1810 intègre le délit de mendicité. Napoléon impose la création d'un dépôt de mendicité par département afin d'y enfermer les mendiants, prostituées ou vagabonds et de lutter ainsi contre la pauvreté.

Le développement de la société industrielle du XIXème dégrade encore davantage les conditions de vie des pauvres qui se voient obligés de se déplacer vers la ville afin d'assurer leurs survies. Les populations se paupérisent et comme le développe Robert CASTEL les individus sont marqués par la désaffiliation<sup>4</sup>. A cette période, le travail est le principal vecteur d'insertion, les dépôts de mendicité sont transformés en asile de nuit, dont la mission principale est de rééduquer et réintégrer les vagabonds dans le milieu du travail.

Après la notion travail, un second facteur s'inscrit progressivement dans la lutte contre la pauvreté : la santé. Et la responsabilité de l'Etat est affirmée en développant le droit de secours puis l'assistance médicale gratuite au travers de la Loi du 13 juillet 1893. Cette évolution sera complétée par la création de la sécurité sociale en 1945 afin de couvrir la vieillesse, la maladie et l'accident.

Le XXème siècle est marqué par une croissance économique lente et une crise du logement suite aux différentes guerres traversées. La dégradation générale est illustrée par l'appel de l'Abbé Pierre de février 1954 initiant le mouvement charitable de « l'insurrection

---

<sup>3</sup> KITTS, A. (2022, 20 mai). *Mendiants, vagabonds et contagion du crime en France : des représentations aux réalités sociales*. open éditions.

<sup>4</sup> Castel, R. (2014). *Les Métamorphoses de la question sociale : Une chronique du salariat (Espace du politique) (French Edition)*. Fayard.

de la bonté »<sup>5</sup> et l'accélération de construction de nouveaux logements par le gouvernement.

La Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales<sup>6</sup> est l'une des lois les plus marquante dans le secteur de l'exclusion. Elle permet la professionnalisation du secteur social en marquant une franche séparation avec celui du sanitaire. De plus, elle permet la création des Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

Dans les années 90, le terme Sans Domicile Fixe (SDF) devient l'illustration de la pauvreté extrême au travers d'une forte mobilité dans les logements.

Il est illustré en 1987 par la notion d'exclusion sociale développée par Joseph WRESINSKI<sup>7</sup> dans son rapport devant le conseil économique et social. Cette vision se base sur la notion « d'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi ».

En 1988 Serge PAUGAM a défendu le concept de disqualification sociale<sup>8</sup> qui se base sur l'existence de relations sociales plus ou moins distendues en termes de protection et de reconnaissance.

Ce concept est complété en 1990 par Robert CASTEL<sup>9</sup> au travers du terme de désaffiliation en se basant sur l'absence de travail et d'isolement social.

Nous avons pu voir que l'exclusion s'exprime au travers de concepts variés selon que nous l'analysons en fonction de la situation économique, de celle du logement, de la situation professionnelle ou des liens sociaux.

Il n'en reste pas moins qu'une vision multidimensionnelle s'est progressivement instaurée. L'une des avancées majeures a été la création du SAMU Social de Paris par Xavier Emmanuelli en 1993.

---

<sup>5</sup> PIERRE, A. (1954, 1 février). *L'appel de l'Abbé Pierre, du 1er février 1954*. Fondation Abbé Pierre

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000699217/>

<sup>7</sup> WRESINSKI, J. (1987, février). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*.

<https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

<sup>8</sup> Paugam, S. (2015). *La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté. Préface de Dominique Schapper. Postface inédite de l'auteur (Quadrige. Essais, débats) (French Edition)* (4<sup>e</sup> éd.). Presses Universitaires de France.

<sup>9</sup> Robert Castel (1933–2013). (2013). *Vie sociale*, 1(1), 7. <https://doi.org/10.3917/vsoc.131.0007>

## B) Cadre légal et politiques publiques de l'exclusion sociale

Les pratiques professionnelles reposent sur un cadre légal et des politiques publiques particulièrement étoffées au niveau international, européen et national. Cette multitude atteste de la nécessité de prendre en compte l'exclusion sociale comme problématique complexe.

Le droit au logement est mondialement reconnu par l'article 12 de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948<sup>10</sup>.

Dès Janvier 1958<sup>11</sup>, l'union européenne a pris en compte l'importance de la lutte contre les exclusions au travers de l'article 151 du traité de fonctionnement : « l'union et les états membres, conscients des droits fondamentaux, [...] ont pour objectifs la promotion de l'emploi ; l'amélioration des conditions de vie et de travail, permettant leur égalisation dans le progrès, une protection sociale adéquate, le dialogue social, le développement des ressources humaines permettant un niveau d'emploi élevé et durable et la lutte contre les exclusions ».

La stratégie de la commission a été réactualisée au fur et à mesure s'orientant progressivement vers de la prévention précoce afin d'éviter les situations complexes.

Le plan d'action de socle européen des droits sociaux 2019-2024<sup>12</sup> indique dans son article 19 intitulé « logement et aide aux sans-abri », « un logement et des services adéquats doivent être fournis aux sans-abri afin de promouvoir leur inclusion sociale ». En ce sens, l'inclusion sociale vise à traiter différents problèmes : pauvreté, exclusion sociale, pauvreté des travailleurs, segmentation des marchés du travail, le chômage de longue durée et les inégalités hommes-femmes »<sup>13</sup>

Lors de la conférence de Lisbonne du 21 juin 2021 la commission européenne et la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) ont lancé la plateforme européenne de lutte contre le sans-abrisme. Celle-ci illustre le plan d'action précédemment cité et s'est fixé comme objectifs :

---

<sup>10</sup> Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948. (2001, août 1). justice.gouv.fr.

<sup>11</sup> Chhum, F. A. E. M. V. (s. d.). *Article 151 Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne*. Doctrine. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.doctrine.fr/l/traite-fonctionnement-union-europeenne/article-151/UE\\_TFUE\\_151](https://www.doctrine.fr/l/traite-fonctionnement-union-europeenne/article-151/UE_TFUE_151)

<sup>12</sup> *The European Pillar of Social Rights in 20 principles*. (2017, 4 avril). European Commission - European Commission. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles>

<sup>13</sup> *Inclusion sociale - Le site du CNLE*. (s. d.). Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.



- « Personne ne devrait dormir dans la rue par manque d'un logement d'urgence accessible, sûr et approprié ;
- Personne ne devrait vivre dans un logement d'urgence ou de transition plus longtemps que nécessaire pour une transition réussie vers une solution de logement permanente ;
- Personne ne devrait pouvoir sortir d'une institution (par exemple une prison, un hôpital, un établissement de soins) sans avoir reçu une offre de logement approprié ;
- Les expulsions doivent être évitées dans la mesure du possible et personne ne devrait être expulsé sans aide pour trouver une solution de logement appropriée, en cas de besoin ;
- Personne ne devrait être victime de discrimination en raison de son statut de sans-abri.

Les objectifs visés par l'UE sont ambitieux puisqu'ils visent de passer de 91 millions à 76 millions, soit une réduction d'au moins 15 millions du nombre de personnes menacées de pauvreté ou d'exclusion sociale dans l'UE<sup>14</sup>.

La France est souvent appelée « la patrie des droits de l'homme » puisque la Déclaration des droits de l'homme de 1789 revêt une vision universelle. L'article 10 du préambule de la constitution du 27 octobre 1949 affirme « [...] Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »<sup>15</sup>.

Le secteur de l'exclusion est régi par la Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions<sup>16</sup>. Cette loi affirme dans son article 1<sup>er</sup> : « la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ». Elle fixe deux orientations prioritaires : le traitement des exclusions et l'accès aux droits fondamentaux.

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) décline ces applications :

---

<sup>14</sup> *Plan d'action sur le socle européen des droits sociaux*. (s. d.). Commission européenne - European Commission.

<sup>15</sup> *Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*. (s. d.). Conseil constitutionnel...

<sup>16</sup> *Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*. (1998, 29 juillet). Légifrance.

- Pour le SIAO, l'article L 345-2 du CASF indique « procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état ».
- Selon les articles L332-1 à 8 et L345-2-2 du CASF « toute personne sans-abri et en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès à tout moment à un dispositif d'hébergement d'urgence ».
- Le CHRS est défini par l'article 345-1 du CASF et a, entre autres missions l'accompagnement médical.

Le 31 mai 1990, la loi Besson <sup>17</sup> définit le droit au logement comme un « devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation » et crée le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) afin de fluidifier le parcours et définir les priorités départementales.

De nombreuses lois sont progressivement instaurées afin d'améliorer le cadre de vie des personnes vulnérables dont les principales sont : la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain (SRU), la loi Molle, la loi ALUR ou la loi Elan.

La Loi 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, dite loi du Droit Au Logement Opposable (DALO) replace l'Etat dans son obligation vis-à-vis de ses citoyens mal-logés. Ces derniers, reconnus publics prioritaires suite à un délai d'attente jugé trop long, peuvent faire valoir leur droit à obtenir de manière effective un logement. L'Etat peut être condamné pour manquement à ses obligations, ce qui se traduit par une pression importante notamment vis-à-vis des bailleurs sociaux.

En 2009 la stratégie nationale pour un service public de l'hébergement et de l'accès au logement permet l'accès direct à un logement sous l'intitulé « politique du logement d'abord ». La philosophie de cette politique est de permettre aux personnes d'accéder directement dans un logement en évitant les dispositifs d'hébergement et de bénéficier d'un accompagnement pluridisciplinaire adapté aux besoins et moins coûteux pour la société. Ce bilan financier reste mitigé puisque « avant même la crise sanitaire, près de 300 000 personnes se trouvaient sans domicile (dont environ 40 000 sans-abri), estimation qui a plus que doublé depuis 2012. Les dépenses publiques consacrées à l'hébergement d'urgence ont très fortement augmenté sur la période récente et atteignaient plus de 4 Md€ en 2019. L'aide publique au logement social s'élève, elle, à 15 Md€ »<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Légifrance. (2019, 1 juin). *Article L115-1 Code de l'action sociale et des familles*.

<sup>18</sup> Cour des comptes. (2021, janvier). *Politique en faveur du logement d'abord*. Chambres régionales et territoriales des comptes.

En 2018, le président Emmanuel Macron a annoncé son plan quinquennal « pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme ». Cette vision politique affirme l'intérêt et les bénéfices de la politique du logement d'abord avec 5 grandes priorités : « la production et la mobilisation de logements abordables, l'accélération de l'accès au logement, l'accompagnement des personnes, la prévention des ruptures et la mobilisation des acteurs et des territoires »<sup>19</sup>.

La lutte contre les exclusions concerne des domaines diversifiés tels que l'emploi, le logement, la protection de la santé, la justice, l'éducation, la formation et la culture, la protection de la famille et de l'enfance. Au vu des besoins sur les territoires, l'association a développé des actions et des dispositifs diversifiés visant à couvrir l'ensemble de ces thèmes.

### **1.1.2 L'association MAHRA- Le Toit, acteur de lutte contre l'exclusion sociale**

L'association MAHRA- Le Toit fait partie du secteur « accueil, hébergement, Insertion » (AHI). Le secteur AHI est marqué par la précarité : « absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux »<sup>20</sup>. La grande précarité est caractérisée par leurs cumuls (ruptures, liens sociaux délités, exclusions des dispositifs et structures, pauvreté monétaire, santé dégradée, fragilités psychiques et somatiques...).

L'association agit en faveur des personnes en grande difficulté sociale et contre l'exclusion en les accompagnant de manière globale pour leur permettre d'accéder au logement de droit commun et de retrouver leur autonomie.

Elle intervient sur deux territoires du Pas de Calais, dans les arrondissements Audomarois et du Calaisis. Elle est répartie en 4 pôles d'activités (voir organigramme associatif en annexe) :

- Le pôle accueil et hébergement de l'Audomarois qui se compose de quatre services et / ou établissements (SIAO, Samu Veille Sociale, 115, accueil de jour,

---

<sup>19</sup> Ministère de la cohésion des territoires. (2018, 1 janvier). *Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme*. Gouvernement.

<sup>20</sup> Joseph WRESINKSI Conseil économique et social février 1987

hébergement d'urgence, CADA, CHRS masculin et féminin, dispositifs d'accueil liés aux violences intrafamiliales à destination des auteurs et des victimes)

- Le pôle insertion par le logement, transversale sur les deux territoires (Accompagnement FSL, AVDL, Accompagnement expulsion, AML, ALT, Résidence sociale, Pensions de familles et résidence accueil)
- Le pôle insertion par l'activité économique, transversale sur les deux territoires (AVA, CAVA, ACI, Atelier de remobilisation)
- Le pôle accueil et hébergement du Calaisis : objet de ce mémoire, le pôle sera développé plus précisément dans le paragraphe suivant.

La notion de parcours régit le fonctionnement de l'association. Les différents pôles fonctionnent en transversalité ce qui facilite la réalisation des parcours individuels et la prise en charge globale des personnes.

### **1.1.3 Le pôle accueil et hébergement du Calaisis, déclinaison de l'association sur le territoire de Calais.**

Le pôle accueil et hébergement du Calaisis possède de multiples services et établissements qui permettent d'accompagner les personnes sans-abri. L'équipe de direction se compose de 5 cadres : 1 directrice, 3 chefs de service et 1 psychologue. Le pôle s'organise autour de 3 services distincts :

- SIAO, Samu Social, N° d'appel d'urgence 115, veille sociale, accueil de jour, service de domiciliation, hébergement d'urgence et alternatif aux nuitées hôtelières
- Centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation, LHSS, places de dispositif hivernal
- CHRS avec accueil en collectif et en diffus, places de dispositif hivernal

Les équipes pluridisciplinaires assurent un accompagnement continu 7 jours sur 7 et 24h/24 sur les 130 places d'hébergement du pôle et des interventions à la rue jusque 23h. Elles interviennent à la rue, dans les lieux de vie indignes, dans les hébergements de l'association ou ceux des partenaires du territoire.

Comme l'indique le pacte des solidarités et du développement social 2017-2022<sup>21</sup> le territoire du Calaisis est marqué par des « indicateurs sociaux dégradés et demeure un territoire des plus touchés ». Cette situation démographique déjà fragile est amplifiée par la situation migratoire. En effet, sa localisation, à proximité de la Belgique et de l'Angleterre, fait de ce territoire un carrefour et un point d'ancrage pour les publics migrants.

---

<sup>21</sup> Département du Pas-de-Calais. (2017, 1 janvier). *Pacte des solidarités et du développement social 2017–2022*. Pas-de-Calais.

Les professionnels du pôle accueil et hébergement accompagnent des personnes sans-abri c'est-à-dire les personnes qui vivent dans la rue (dans la rue ou les espaces publics qui ne peuvent être désignés comme local d'habitation) ou dans les hébergements d'urgence (sans lieu de résidence habituelle, qui fait usage des hébergements d'urgence, des hébergements à bas prix comme définis par l'étymologie ETHOS<sup>22</sup> )

Ils sont régis par le principe de l'accompagnement inconditionnel. Ainsi nous ne sélectionnons pas le public accompagné et pouvons intervenir quelle que soit leur situation sociale, administrative ou financière. Nous intervenons donc aussi bien auprès de femmes, familles, hommes seuls qu'ils soient d'origine française ou non. Ces interventions sont également marquées par leurs multitudes et la diversité des situations.

Le territoire dispose d'une offre institutionnelle satisfaisante en référence aux autres départements. Les associations AHI sont inscrites dans un partenariat actif, ce qui facilite la collaboration et l'orientation des publics vers les dispositifs et structures adaptés.

Si nous nous centrons sur la santé, un des thèmes majeurs de l'accompagnement proposé par le secteur AHI, nous pouvons nous rendre compte que les articles du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) reprennent cette priorité pour l'ensemble des services et structures du pôle accueil et hébergement :

- Pour le SIAO, l'article L 345-2 du CASF indique « procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état ».
- Selon les articles L332-1 à 8 et L345-2-2 du CASF « toute personne sans-abri et en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès à tout moment à un dispositif d'hébergement d'urgence ».
- Le CHRS est défini par l'article 345-1 du CASF et a, entre autres, pour mission, l'accompagnement médical.

L'évaluation et l'accompagnement médicaux sont décrits par la loi comme faisant partie des missions intégrales des établissements et services du pôle ce qui confirme l'existence réelle et fondée de cette difficulté pour les publics.

---

<sup>22</sup> FEANTSA. (2007, 1 janvier). *Typologie Européenne de l'exclusion liée au logement ETHOS 2007*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.feantsa.org/download/fr\\_\\_2525022567407186066.pdf](https://www.feantsa.org/download/fr__2525022567407186066.pdf)

#### 1.1.4 Le public sans-abri et sa spécificité calaisienne.

##### A) Qui sont les personnes sans-abri aujourd'hui ?

Une personne sans-abri est définie comme une « personne qui n'a pas de logement »<sup>23</sup>

Afin d'homogénéiser le recueil de données statistiques, l'union européenne s'est dotée d'une définition commune : « une personne est dite sans-abri si elle n'a pas accès à un logement qu'elle pourrait raisonnablement occuper, que ce logement soit légalement sa propriété ou qu'il soit loué, fourni par un employeur, occupé sans loyer de manière contractuelle ou selon un autre arrangement. En conséquence elle est obligée de dormir à l'extérieur, dans des bâtiments qui ne satisfont pas aux critères reconnus communément pour l'habitation, dans un centre d'urgence dépendant du secteur public ou d'organisations caritatives, dans des centres de long séjour dépendant du secteur public ou d'organisations caritatives, dans un bed-and-breakfast, dans un autre hébergement de court séjour, chez des amis ou de la famille, dans des squats occupés avec autorisation »<sup>24</sup>.

Depuis 2007, l'union européenne s'est dotée d'une typologie commune de l'exclusion liée au logement European Typology on Homeless

Au niveau national, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) enregistre dans la catégorie des personnes sans-abri celles qui vivent à la rue, dans les espaces publics et dans les hébergements d'urgence.

L'approche statistique reste complexe au vu du peu d'études chiffrées et de la forte mobilité de ces publics. Dans son rapport de 2021, le comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a déploré ce manque d'éléments probants<sup>25</sup>.

Le rapport de la fondation Abbé Pierre en date de Février 2013<sup>26</sup> estime que « le nombre de personnes à la rue, sans domicile fixe ou en bidonville, a doublé en moins de dix ans, et s'élève à 300.000 personnes au minimum » et environ 3000 personnes sans-abri dans le Pas de Calais. La coexistence de précarités multiples y est décrite : parcours chaotique marqué par les ruptures, liens social délités, exclusion des dispositifs et des

---

<sup>23</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sans-abri/70870>

<sup>24</sup> BROUSSE, C. (s. d.). *cairn.info*. Cairn. <https://www.cairn.info/revue-geneses-2005-1-page-48.htm>

<sup>25</sup> Comité d'évaluation. (2019). *Évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté - Rapport 2021*. France Stratégie.

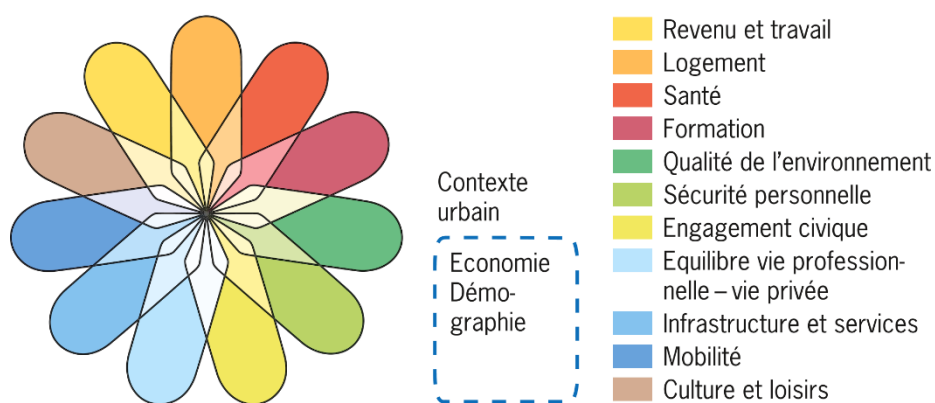
<sup>26</sup> Fondation Abbe Pierre. (2013, 1 février). *18e rapport sur l'État du mal-logement en France 2013*

structures à cause de problématiques et comportements non adaptés, pauvreté monétaire, dépendance, perte d'autonomie, santé dégradée, fragilités psychiques et somatiques importantes dues aux parcours de vie ». Il y est indiqué que le cumul des précarités fait basculer la personne dans la grande précarité.

## B) Les personnes sans-abri du territoire calaisien

En 2014, l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) a créé l'Indice de Qualité de Vie (IQV)<sup>27</sup> qui permet d'évaluer la qualité de vie d'une personne dans son environnement en prenant en compte des dimensions multifactorielles et en y intégrant l'évaluation subjective, l'importance donnée à chaque dimension et la satisfaction ressentie<sup>28</sup>.

### Dimensions de la qualité de vie



Source: OCDE (2014) How's Life in Your Region? Measuring Regional and Local Well-being for Policy Making; OCDE, Paris;  
Graphique adapté par l'OFS

© OFS 2016

La qualité de vie et l'environnement ont donc des conséquences sur les conditions de vie des personnes et sur leurs ressentis. Un environnement positif sera porteur pour la personne, tandis qu'un environnement dégradé aura des conséquences néfastes.

<sup>27</sup> Office de la Statistique, O. F. (s. d.). *Indicateurs : Qualité de vie*. Office fédéral de la statistique.

<sup>28</sup> Ferrans, C. E. (s. d.). *L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques*. Cairn.info.

Le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD)<sup>29</sup> a permis de réaliser une synthèse départementale. Il met l'accent sur la pauvreté du département en s'appuyant sur les chiffres de l'INSEE<sup>30</sup> :

- « Un taux de pauvreté élevé (20.7% contre 14.3% au niveau national en 2011)
- Un taux de chômage important (10.6% sur le territoire alors que le taux national est de 7.3% au 1<sup>er</sup> trimestre 2022
- Des écarts qui se creusent entre les zones d'emplois plus dynamiques économiquement et les zones touchées par la crise : Lens et Calais
- Un niveau de vie médian largement inférieur à la moyenne nationale (21 030 € au niveau national contre un niveau de vie médian compris entre 18 500 € à moins de 20 000 € pour l'établissement public de coopération intercommunale -EPCI- du Grand Calais Terre et Mer)
- 11% de la population bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active (RSA) contre 4.6 % au niveau national.

La synthèse du territoire de Calais décrit une situation d'autant plus dégradée avec « un territoire jeune, des indices de pauvreté préoccupants, un parc social insuffisant, un ratio d'équipement en hébergement parmi le plus élevé et très diversifié mais marqué par la problématique des migrants, des impayés de loyers et expulsions qui progressent ».

Le pôle Accueil et Hébergement possède un service veille sociale qui vise, entre autres, à assurer un suivi statistique au travers de multiples critères (situation administrative, familiale, professionnelle budgétaire, sociale, et logement). Le détail statistique est précisé dans le rapport annuel (annexe de la synthèse du rapport d'activité), cependant nous pouvons en dégager les grandes variables pour les publics accompagnés :

- Le territoire calaisien est fortement marqué par la situation migratoire (2769 interventions sur l'année 2021, avec une légère augmentation par rapport à 2020)
- Un renoncement aux droits de base important puisque 85% des personnes ne possèdent pas de complémentaire santé solidaire, 56% n'ont pas de compte bancaire et 12% ne sont pas domiciliées.
- un taux de chômage très élevé (78% ne sont pas inscrits dans une démarche d'insertion professionnelle), un taux d'invalidité marqué (12% pourraient bénéficier d'une reconnaissance)

---

<sup>29</sup> Préfecture du Pas de Calais. (2015). *Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)*. Ministère de l'Intérieur.

<sup>30</sup> *Un niveau de vie et des disparités de revenus plus élevés en Île-de-France et dans les communes denses - Insee Focus - 196*. (s. d.). INSEE.



- Un taux de non recours des prestations sociales élevé, puisqu'évalué toutes mesures confondues à 84%
- Une suspension des droits sociaux liés à la non actualisation pour 75% des personnes
- Des addictions fréquentes et souvent multiples à hauteur de 46% toutes situations confondues
- Des troubles psychiques présents ou ayant existé pour 64% des personnes
- Peu ou pas d'accès aux soins (pas de médecin traitant, pas de suivi médical spécialisé, peu ou pas d'orientation vers les urgences de l'hôpital ou vers la Permanence d'Accès aux Soins de Santé PASS)
- Une situation financière dégradée pour 58% des personnes via des dettes importantes et donc de nombreux dossiers de surendettement.
- Un nombre d'impayés de loyers et d'expulsions élevé

Les situations initiales du département et du territoire calaisien étant déjà dégradées, nous pouvons nous rendre compte que la situation des personnes les plus précaires l'est d'autant plus. Les personnes accompagnées par le pôle présentent des difficultés de logements qu'elles cumulent avec des difficultés financières. La santé est reléguée au second plan, ce qui accroît d'autant plus sa dégradation.

## **1.2 La santé et l'accès aux soins des publics sans-abri, focus sur les conduites addictives et la santé mentale.**

L'association propose un accompagnement global des publics sans-abri et a conscience de l'importance du volet santé à prendre en compte dans les projets personnalisés. Elle s'est fortement engagée et s'est adaptée aux difficultés identifiées aussi bien en termes de dispositifs que de personnels. Elle a créé des dispositifs tels que les pensions de familles, les résidences d'accueil ou les lits halte soins santé. Elle possède une équipe médicale composée d'un médecin coordinateur, de psychologues, d'infirmiers AHI et de LHSS, d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques.

Malgré cette attention particulière, les écarts dans les accompagnements ne cessent de s'accroître et la santé des personnes sans-abri continue de se dégrader. Cette situation est particulièrement prégnante pour les consommations addictives et la santé mentale.

### **1.2.1 L'accès à la santé et aux soins**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence

de maladie ou d'infirmité »<sup>31</sup>. La santé est à la fois un sujet individuel et collectif. Elle évolue selon des facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques.

L'accès à la santé et aux soins est l'un des axes majeurs de la politique de l'OMS et se définit comme la « capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit »<sup>32</sup>. Depuis 2015, il est repris par un terme différent « la couverture sanitaire universelle ». La démarche est individuelle et découle de l'accessibilité physique (distance raisonnable), financière (reste à charge, frais d'accès...), acceptabilité (liés à la structure sociale, le degré de connaissance, l'acculturation ou la culture d'origine). Elle est également collective puisque liée à la complexité de l'offre de soins et à la réticence de certains professionnels ou structures vis-à-vis de publics cibles.

Souvent limité au concept de soins curatifs, l'accès aux soins et à la santé doit également inclure la notion de soins préventifs et peut être élargi à la promotion de la santé qui vise à « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer »<sup>33</sup>.

## **1.2.2 Les consommations addictives chez les publics accompagnés par le pôle accueil et hébergement.**

Les suivis statistiques réalisés par le pôle nous permettent d'analyser l'évolution des consommations addictives des publics afin d'adapter nos pratiques professionnelles et de participer à la veille sociale départementale. Les données liées aux consommations addictives regroupent différentes catégories telles que l'alcool, les produits stupéfiants ou les addictions comportementales. Concernant le public cible, il s'agit particulièrement de consommations d'alcool, de produits stupéfiants.

Contrairement aux enquêtes nationales, les données sont enregistrées suite aux évaluations sociales réalisées plutôt que sur du déclaratif. Les données statistiques des 4 dernières années nous indiquent que plus de 70% des usagers consommaient plusieurs fois par semaine de l'alcool et que 27% en moyenne consommait régulièrement des produits stupéfiants.

Ces indicateurs sont à mettre en lien avec la crise sanitaire Covid-19 vécue en 2020-2021. Les consommations d'alcool enregistrent une légère baisse qui peut s'expliquer en partie par les mesures restrictives liées à la crise sanitaire du Covid-19 (confinement,

---

<sup>31</sup> OMS. (1946, 22 juillet). *Préambule de la constitution de l'OMS*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

<sup>32</sup> HAS. (s. d.). *Axe : Projet de santé et accès aux soins*. Haute Autorité de Santé.

<sup>33</sup> OMS. (1986, 21 novembre). *Promotion de la santé- Charte OTTAWA*.

fermeture des espaces publics...). A contrario les consommations de produits stupéfiants sont en augmentation.

### **1.2.3 La santé mentale chez les publics accompagnés par le pôle accueil et hébergement**

Comme pour les données liées aux addictions, celles des troubles psychiques se basent sur les observations médico-sociales et les entretiens infirmiers. Ces chiffres regroupent l'ensemble des activités du pôle.

Dans leur globalité, les chiffres obtenus sont supérieurs aux taux nationaux (31% identifiés). Ils restent cependant difficiles à comparer clairement puisqu'il faudrait des critères explicites et des diagnostics précis, ce qui est complexe au vu du public et de sa mobilité. Nous pouvons cependant nous recentrer sur les données du pôle afin d'en évaluer l'évolution. Le taux pour le handicap mental reste relativement stable bien qu'en légère évolution. Nous pouvons voir que le nombre de personnes souffrant de troubles psychiques diagnostiqués était stable jusque 2020, période de crise sanitaire où le taux a fortement augmenté. Le taux de personnes présentant des troubles du comportement divers (non diagnostiqués et non suivis) a suivi la même évolution mais est de base beaucoup plus présent dans la population accompagnée.

En conclusion, nous pouvons noter que les observations confirment les difficultés d'accès aux soins et à la santé. Cependant il est nécessaire de prendre en compte la situation de la personne vis-à-vis de l'hébergement puisque les rapports statistiques montrent d'importants écarts selon là où nous nous situons (rue, hébergement d'urgence ou hébergement pérenne). Il s'avère en effet que les troubles psychiques non diagnostiqués sont d'autant moins fréquents en CHRS qu'à l'accueil de jour. Cet écart s'expliquant en partie par les accompagnements médico-sociaux précédents réalisés et la notion de continuité de prise en charge qui améliore l'état de santé générale.

### **1.2.4 L'hébergement : un déterminant majeur pour favoriser l'accès à la santé des personnes sans-abri.**

Le logement est un besoin humain fondamental reconnu par le haut-commissariat aux droits de l'homme des nations unies. Son importance en termes de santé est reprise par l'OMS qui mentionne que « l'accès à un logement est l'une des conditions de base pour

mener une vie saine »<sup>34</sup>. L'OMS évalue d'ailleurs à 130 000 le nombre de décès annuels en Europe liés aux mauvaises conditions de vie.

Dans sa revue de Septembre 2021, Santé Publique France<sup>35</sup> développe les fonctions sociales du logement <sup>36</sup> :

- « Fonction sécuritaire qui couvre le besoin de protection, celui d'un environnement stable et prévisible
- Fonction d'ancrage qui permet de s'enraciner dans une période et un territoire, avec le repérage dans le temps et l'espace
- Fonction de limite qui sépare le chez-soi du reste du monde et qui relève de l'intimité
- Fonction d'organisation qui étaye le besoin de maîtrise et permet à la personne d'être acteur et d'organiser les espaces.
- Fonction de lâcher prise, avec un lieu de repos physique et psychique où la personne peut réellement exprimer ce qu'elle est
- Fonction d'expressions grâce à l'appropriation du lieu. Il permet de transmettre une image de la personne et possède donc un rôle dans sa socialisation. »

Celles-ci sont indispensables à la structuration de la vie de la personne. Leur non-réalisation de la stigmatisation, une dégradation des relations sociales et des inégalités sociales ainsi qu'une perte d'estime de soi. Le logement agit donc sur la santé physique mais également mentale des personnes.

Selon l'OMS « l'amélioration des conditions de logement en Europe est un facteur majeur dans la croissance de l'espérance de vie ». Les mauvaises conditions de logement peuvent altérer l'état de santé au travers des pathologies allergiques, respiratoires, infectieuses, cardio-vasculaires, l'augmentation du nombre de cancers ou de traumatismes liés à des accidents de la vie quotidienne.

Les conditions de logement dégradées influent également sur l'état de santé mentale des personnes. En 2021, Santé Publique France publie l'étude Qualisurv-Habitat<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> World Health Organization. (2008). *Comblant le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé : Rapport final de la Commission des... Sociaux De La Santé* (French Edition). World Health Organization.

<sup>35</sup> Santé publique France. (2021). Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. *La santé en action*, 457.

<sup>36</sup> LAGAUSIE, V., & SUDRES, J. L. (2018). Psychisme et habitat : nouvelles perspectives pour un soins clinique. *Annales médico-psychologiques*, 176(6), 597-606.

<sup>37</sup> Colleville, A. C., & Kermarec, F. (2021, mai). *Étude Qualisurv-Habitat 2013-2014 : effets des conditions de logement dégradées sur la santé. Éléments descriptifs*. Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/saturnisme-de-l-enfant/documents/enquetes-etudes/etude-qualisurv-habitat-2013-2014-effets-des-conditions-de-logement-degradees-sur-la-sante.-elements-descriptifs>

intitulée « Effet des conditions de logements dégradées sur la santé » et réalisée entre autres dans le Nord-Pas-de-Calais. Les auteurs mettent en avant que le logement dégradé ne permet pas de remplir les fonctions sociales individuelles et collectives précédemment citées. Il porte atteinte à la santé, ne permet pas à l'individu de s'ancrer ou de protéger son intimité et devient source de honte. Elles expliquent que l'anxiété, la dépression, l'agressivité et la baisse de motivation sont plus fréquemment rencontrées.

Ces constatations sont confirmées par l'étude de Médecins du Monde<sup>38</sup> réalisée dans le Val de Marne avec 57% des personnes interrogées qui déclarent manifester des troubles de l'humeur et 22% qui indiquent souffrir de troubles du sommeil, sources de conflits.

Le lien entre logement et santé a été prouvé au travers des expérimentations nationales et internationales. Les Etats-Unis ont expérimenté dès les années 90 le « Housing First » qui avait pour objectif de faire directement accéder les personnes à un logement. Ces dernières étaient en situation de grande exclusion, à la rue depuis des années et cumulaient les problématiques d'addiction et de santé mentale.

En 2009, cette expérimentation est reprise au niveau national sous le terme « logement d'abord » sur 4 grandes métropoles : Marseille, Toulouse, Paris et Lille. Le bilan intermédiaire réalisé en janvier 2013 montre les effets positifs de ce dispositif avec 97% des personnes toujours présentes dans leur logement et 40% qui vivent en toute autonomie. Des effets collatéraux bénéfiques sur l'emploi, la formation, le bénévolat, l'accès à la culture et sur la santé sont enregistrés.

Le dispositif du « logement d'abord » fonctionne selon le modèle de recherche-action dans une volonté d'amélioration constante. En ce sens, les personnes sans-abri ont également été associées à ces réflexions. L'enquête ATD Quart monde <sup>39</sup>« Un toit, ma santé et moi », réalisée en novembre 2020 a permis de recueillir les attendus des personnes. Elles indiquent qu'afin d'améliorer leur état de santé physique et mentale, le logement doit posséder : une clé, une boîte aux lettres, de la lumière, de la chaleur, de l'eau et être stable.

---

<sup>38</sup> Médecins du Monde. (2012, janvier). *Rapport d'activité ; mission santé logement*.

<sup>39</sup> BOISSONNAT, E., PELSY, H., DESPRES, C., & MION, D. (2020, novembre). « Un toit, ma santé et moi » *Constats et préconisations sur les conditions d'habitabilité d'un lieu Par et pour les plus pauvres*. Laboratoire d'idée santé d'ATD Quart-Monde.

Cette logique politique est complétée par les objectifs tels que le « zéro remise à la rue »<sup>40</sup> développé sur Lyon avec par exemple la création de nouvelles formes d'accueils telles que les micro-maisons mobiles. Nous pouvons citer également le programme Gagn'1 Kaz<sup>41</sup> de l'association réunionnaise Allons Déor.

Dans le Pas-de-Calais, la démarche de logement d'abord a été validée mais également complétée par le dispositif intitulé « un chez-soi d'abord jeunes »<sup>42</sup> à destination des moins de 25 ans. Les modalités d'accompagnement y sont plus soutenues, avec une logique « d'empowerment » c'est à dire d'autonomisation afin de permettre aux personnes sans-abri de développer leur pouvoir d'agir.

La pandémie du Covid-19 avec ses phases de confinements a accentué l'importance donnée au logement. En effet, l'habitat est devenu un espace de vie quasiment exclusif. Cette réalité a permis de confirmer d'autant plus l'importance du cadre de vie sur la santé : obligation d'isolement, modification des rythmes quotidiens, modalités de propagation du virus... Cette situation exceptionnelle nous a demandé d'importantes capacités d'adaptation et a favorisé l'expérimentation.

La pandémie a été une situation de crise exceptionnelle rencontrée par le pôle accueil et hébergement. Il a fallu assurer la continuité d'accompagnement malgré une augmentation importante du nombre de sollicitations, des dégradations des conditions d'hébergement et des accès aux droits ; des absences de professionnels. Ces adaptations ont nécessité une réflexion et vision proactive importante et donc une maîtrise de l'organisation et de son environnement.

## **2 Partie II : La nécessité de diversifier l'offre de services du pôle accueil et hébergement : forces et faiblesses illustrées par les auteurs.**

En tant que directrice d'Etablissement Social et Médico-Social (ESMS), il est important de disposer d'une démarche proactive afin d'analyser les nouveaux besoins et d'anticiper les réponses en lien avec les politiques publiques. Il est donc nécessaire de posséder une vision globale et de bien comprendre le fonctionnement de mon organisation.

---

<sup>40</sup> Ville de Lyon. (2021, 3 décembre). *Zéro enfant à la rue*. Site officiel de la ville de Lyon.

<sup>41</sup> « Gagn'1 Kaz » pour l'inclusion sociale. (2016, 30 juillet). Imaz Press Réunion : l'actualité de la Réunion en photos

<sup>42</sup> URIOPSS. (2020, 23 septembre). *Dispositif « Un chez-soi d'abord-Jeunes » : informations et prochaines commissions*. Uriopss Hauts-de-France.

De plus, il est nécessaire d'inscrire les professionnels dans une dynamique d'accompagnement.

Nous détaillerons donc tout d'abord les origines du projet de diversification avec ses forces et ses faiblesses vis-à-vis de ce public spécifique. Puis nous étudierons la politique en ressources humaines du pôle au travers son GEPP. Enfin nous analyserons le pôle accueil et hébergement comme une organisation afin d'en comprendre sa structure et son fonctionnement.

## **2.1 Le pôle et le projet de diversification**

### **2.1.1 Analyse de la situation vis-à-vis du projet de diversification : Les personnes sans-abri et le regard particulier qu'elles portent sur leur état de santé.**

Des études telles que celle menées par les hôpitaux de Paris<sup>43</sup> montrent qu'il n'existe pas de maladie propre aux personnes en situation de précarité. Elles insistent cependant sur le fait que les personnes sans-abri possèdent une vision particulière de leur état de santé qu'elles expriment au travers des enquêtes déclaratives et qui varient selon si elles bénéficient ou non d'un hébergement. Les difficultés médicales s'expriment au travers d'une épidémiologie propre (Tuberculose, VIH, Diabète, Addictions...) et dans des proportions différentes de celles de la population générale.

Au niveau du pôle, nous avons pu constater que la santé des personnes sans-abri est particulièrement dégradée au niveau des addictions et de la santé mentale avec une morbidité importante et une espérance de vie plus courte. De plus nous ne parvenons à toucher qu'un certain nombre de personnes puisque les plus précaires, celles qui refusent les hébergements présentent un état de santé d'autant plus détérioré. Afin d'adapter nos accompagnements nous devons donc analyser le rapport qu'entretient ce public vis-à-vis de sa santé et plus particulièrement en ce qui concerne les conduites addictives et les troubles psychologiques.

#### **A) Les personnes sans-abri et leurs relations aux conduites addictives**

L'OMS définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements »

---

<sup>43</sup> CHA, O. (213apr. J.-C.). La santé des sans-abri. *Bulletin académique national*, 277-291.

Le ministère de la santé et de la prévention, la caractérise par « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives »<sup>44</sup>.

Concernant le public sans-abri, le rapport du Samu Social de Paris, dit rapport Samenta<sup>45</sup> indique que 28.6% des personnes interrogées déclarent présenter au moins une addiction ou consommation de produits psychoactifs régulière, cette addiction concernant principalement les hommes (37.5%). Il est important de distinguer les différents produits utilisés puisqu'ils engendrent des pratiques et possèdent des fonctions sociales différentes.

21% des personnes considèrent être dépendantes à l'alcool et 1/10 évoque une consommation à risques. Les tentatives de sevrages sont multiples mais peu accompagnées, ce qui engendre des rechutes.

Pour ce qui est de la consommation de cannabis, elle concerne 17.5% des personnes sans-abri et concerne principalement des hommes jeunes au même titre que dans la population générale.

Les autres drogues, dit « drogues dures » ne sont consommées que ponctuellement dans le public sans-abri. Les médicaments détournés sont quant à eux davantage considérés comme un traitement que comme une consommation illicite.

Ce rapport doit nécessaire être nuancé car il se base sur du déclaratif et uniquement avec des personnes sollicitant l'aide sociale. Il est donc important de prendre en compte la véracité des déclarations, leurs minorations éventuelles liées à l'aspect sociétal et aux risques judiciaires. Les addictions des personnes les plus marginalisées n'entrent pas dans ce rapport puisqu'elles ne recourent pas aux aides existantes et restent à distance des travailleurs sociaux et enquêtes démographiques.

Les conduites addictives possèdent d'importantes fonctions sociales puisqu'elles permettent aux individus de créer du lien social, de se sociabiliser, de fédérer autour d'une activité commune. Ces moments permettent également à la personne de « s'oublier », d'accepter ses conditions de vie et d'oublier le stigmate de ces dernières<sup>46</sup>.

La fonction économique est également importante et marquée par les dépenses ou reventes effectuées. Cependant les effets néfastes sont multiples puisque ces

---

<sup>44</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>

<sup>45</sup> Samu Social de Paris. (2015, 17 novembre). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. Numéro thématique. État de santé et conditions de vie des populations sans domicile.*

<sup>46</sup> Besozzi, T. (2021). *Idées reçues sur les sdf : regard sur une réalité complexe (French Edition)*. Le Cavalier Bleu Editions.



comportements dégradent l'état de santé des personnes, les relations sociales extérieures à cette socialisation marginalisée<sup>47</sup>, accroît la stigmatisation et engendre de la délinquance.

En ce qui concerne le territoire, la situation est beaucoup plus dégradée puisque les conduites addictives semblent être beaucoup plus ancrées et importantes. Les comportements problématiques sont d'ailleurs illustrés par les plaintes des riverains et les interventions fréquentes des services de police dans les rues ou les parcs de la ville.

#### B) Les spécificités santé mentale chez les personnes sans-abri

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ».<sup>48</sup> L'OMS admet deux grandes catégories de troubles psychiques :

-Les troubles psychiques fréquents légers à modérés : troubles dépressifs, anxiété et pour certains les addictions

-Les troubles sévères et persistants : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles dépressifs sévères

En France, 1 personne sur 5 est touchée chaque année par un trouble psychique avec une moyenne de détection de 8 à 10 ans.

Les personnes sans-abri peuvent présenter les mêmes dégradations mentales que la population générale (dépression, trouble bipolaire, schizophrénie, troubles de la personnalité, syndrome de stress post traumatique, démence, syndromes gériatriques...). Une enquête européenne menée en 2016<sup>49</sup> décrit cependant une prévalence importante des troubles mentaux pour ce public. Elle met également en avant la coexistence importante des troubles psychiques avec les addictions. Les hospitalisations qui découlent de ces états de santé dégradés sont souvent réalisées en urgence et sans le consentement de la personne. L'étude montre également que les hospitalisations sont plus courtes que pour la population générale et que les améliorations cliniques sont moins marquées.

---

<sup>47</sup> Parazelli, M. (2011). *La rue attractive*. Presses de l'Université du Québec.

<sup>48</sup> I DORE J CARON (2017) « Santé mentale : concept mesures et déterminants », santé mentale des populations, vol 42, N°1 printemps

<sup>49</sup> JACKSON, Y., WUILLEMIN, T., & BODENMANN, P. (2016). Santé et soins des personnes sans-abri. *Revue médicale Suisse*, 1671-1675.

Les services du pôle sont également confrontés à cette problématique de santé mentale. En effet, nous accompagnons des personnes souffrant de pathologies qui n'ont pas été diagnostiquées ou qui ne sont pas diagnostiquées puisque le traitement est suspendu, pris de manière irrégulière ou aléatoire et donc non efficace. Aux pathologies classiques s'ajoutent celles liées aux parcours migratoires et aux psycho-traumatismes qui en découlent.

C) Le cumul des difficultés : sans-abri, conduites addictives et troubles psychiques

Le rapport SAMENTA atteste du lien réel qui existe entre le sans-abrisme, les conduites addictives et les troubles psychologiques. En effet, il indique qu'une personne sans-abri sur 3 souffre de troubles psychiques dont 20% présente une addiction. Ce ratio est 8 à 10 fois supérieur à la population générale. Ce rapport met également l'accent sur les difficultés rencontrées concernant l'observance et la continuité de prise en charge puisque 71% des personnes seraient en rupture de soins.

Nous pouvons donc nous poser la question sur le lien de cause à effet existant entre l'existence de troubles psychiques et la situation de sans domicile. Les troubles psychiques sont sources de ruptures et peuvent amener à une situation de rue. Tout comme la vie à la rue ou dans les hébergements d'urgence peut faire émerger les troubles psychiques.

Faute d'une prise en charge adéquate, les risques pour les personnes, le groupe et les professionnels, sont nombreux. Il est donc nécessaire d'agir de manière transversale sur l'ensemble des dispositifs afin d'accompagner de manière continue la personne tout au long de son parcours dans les structures et de lui donner les points de repère nécessaires à regain d'autonomie dans la gestion de sa santé.

### **2.1.2 Diagnostic stratégique du pôle, réflexion préparatoire pour une meilleure adaptation des prestations.**

Afin de répondre à la problématique d'accompagnement médical du public sans-abri, il est important d'adapter nos pratiques. Pour ce faire, il est nécessaire d'établir une stratégie cohérente pour la bonne réalisation du projet de diversification du pôle accueil et hébergement. Afin de synthétiser les forces et les faiblesses de mon organisation, j'ai réalisé une analyse grâce au SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats) suivant :

<b><u>Opportunités</u></b>	<b><u>Menaces</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cadre légal : logement et santé sont des droits fondamentaux</li> <li>➤ Volonté des politiques publiques de coordonner les acteurs du médical et du social</li> <li>➤ Désinstitutionnalisation de l'hôpital nécessite de trouver des solutions permettant de faciliter l'accès à la santé</li> <li>➤ Crise sanitaire a mis l'accent sur l'importance de l'accès à la santé et à l'hébergement. Elle a accéléré la réflexion sur l'adaptation du pôle. Elle nous a permis de tester de nouvelles pratiques.</li> <li>➤ Besoins illustrés par les nombreux appels à projets reliant grande précarité et santé</li> <li>➤ Territoire identifié comme fortement impacté par la précarité.</li> <li>➤ Peu d'actions concurrentes menées sur le territoire par d'autres associations</li> <li>➤ Volonté réelle des acteurs institutionnels et associatifs de développer des partenariats</li> <li>➤ Association historique, inscrite dans le territoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manque d'accompagnement global de la personne et partage d'information par les acteurs afin d'assurer une cohérence</li> <li>➤ Difficultés d'obtenir des statistiques récentes pour mettre en comparaison les échantillons de population</li> <li>➤ Tensions liées à la crise sanitaire qui met en suspens de multiples actions ou la diffusion de l'information</li> <li>➤ Evolution législative qui met en péril les dispositifs d'hébergements classiques</li> <li>➤ Nécessité de s'adapter à la politique du « logement d'abord »</li> <li>➤ Calendrier d'application non identifié</li> <li>➤ Financements non pérennes et en diminution constante</li> <li>➤ Objectifs et critères variables selon les financeurs des Appels A Projets (AAP)</li> <li>➤ Tensions liées à la présence de médecins traitants et spécialistes sur le secteur, réticences de certains professionnels.</li> <li>➤ Temporalités des secteurs (social et médical) différentes</li> <li>➤ 1ères arrivées de nouveaux opérateurs sur le secteur</li> <li>➤ Réseaux locaux assez fermés, difficultés pour s'y inscrire</li> <li>➤ Dynamique territoriale importante : multiplications des dispositifs souvent méconnus.</li> <li>➤ Fluidifier le travail partenarial (dans la durée, dans l'approche, et dans le partage d'informations)</li> </ul>
<b><u>Forces</u></b>	<b><u>Faiblesses</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Thème qui fait partie du projet personnalisé de la personne et dont elle se soucie progressivement lorsqu'un accompagnement est proposé.</li> <li>➤ Bénéfices pour le public des actions sur le thème de la santé déjà évaluées (accueil de stagiaires en service sanitaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identification complexe du public qui est en perpétuel mouvement et évolution</li> <li>➤ Nécessité d'une adaptation rapide pour répondre aux besoins et d'appuyer sur l'importance de l'axe santé</li> <li>➤ Difficulté d'évaluation des besoins (questionnaire de l'action Bilan de santé désuet)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cadre légal et politiques sociales insistent sur la nécessité de collaboration entre le sanitaire et le social.</li> <li>➤ Liens de confiance existants avec les financeurs</li> <li>➤ CPOM signé courant 2022</li> <li>➤ Soutien du CA et du DG pour ces évolutions</li> <li>➤ Souhait de l'équipe de direction de développer le partenariat</li> <li>➤ Volonté avérée de s'inscrire dans les réseaux locaux</li> <li>➤ Les équipes veulent mieux connaître les partenaires et faire reconnaître les actions en faveur des personnes.</li> <li>➤ Existence de conventions avec les services de psychiatries (EPSM et résidence accueil)</li> <li>➤ 1ères conventions signées avec le secteur médical (novembre 2021) et en forte augmentation</li> <li>➤ Présence d'une IDE AHI rattachée au pôle</li> <li>➤ Volonté associative qui a permis l'embauche de personnel médical (IDE, AMP, AES)</li> <li>➤ Expérience LHSS avec financement pérenne</li> <li>➤ Reconnaissance de l'ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Association récemment réorganisée en profondeur et dont le système est en cours d'alignement</li> <li>➤ Association peu inscrite dans une dynamique d'AAP</li> <li>➤ Inscription dans les réseaux du territoire encore limitée</li> <li>➤ Locaux peu adaptés ou vétustes qui nécessitent d'importants investissements et adaptations</li> <li>➤ Actions nouvelles de l'association méconnues sur le secteur</li> <li>➤ Pas de conventions avec le secteur médical avant novembre 2021.</li> <li>➤ Inscription de certains salariés dans une dynamique centrée sur le quotidien plutôt que sur un accompagnement global</li> <li>➤ Nécessité de formations des salariés</li> <li>➤ Réécriture des projets de service en cours</li> </ul>
---	--

Le SWOT ci-dessus a permis de réaliser l'analyse stratégique liée au projet de diversification. Il a mis en avant un cadre légal et des politiques sociales propices à une diversification. Le territoire est également une force puisque de multiples structures sociales et médicales existent. De plus l'association est inscrite dans ce territoire et possède une expertise importante qui s'exprime par l'existence de services spécialisés, la signature de convention et son personnel qualifié.

Cependant afin de réussir la diversification du pôle, certains points de vigilance sont à noter. La volonté partenariale existe mais reste peu développée pour le moment et se complexifie lorsqu'il s'agit de l'axe médical puisque couvert par le secret médical. Les professionnels manquent de formation et se limitent aux missions maîtrisées.

L'accompagnement global de la personne manque de dynamisme et de

transversalité entre les structures, et n'est donc pas efficient. Pour lutter contre ce phénomène, j'ai choisi d'agir sur deux axes :

- L'adaptation de la politique de ressources humaines
- Mon système d'organisation de pyramidale vers transversale

## **2.2 Définir une politique de ressources humaines pour assurer les compétences nécessaires à l'accès à la santé et aux soins des personnes sans-abri.**

Le secteur médico-social et les publics sont en constante évolution ce qui nécessite d'importantes capacités d'adaptation de la part des professionnels. Il est donc nécessaire que l'employeur permette aux salariés de monter en compétences afin d'assurer la qualité des accompagnements mais également le bien-être au travail des salariés.

### **2.2.1 La montée en compétence des équipes, une réelle volonté managériale de directrice.**

Les salariés représentent la force vitale de l'association puisque sans ces derniers nous ne pourrions faire fonctionner les services. Cette affirmation est corroborée par le fait que la masse salariale représente environ 70% de nos budgets de fonctionnement.

Le Code du travail indique que l'employeur a une obligation de moyens vis-à-vis de la formation de ses salariés. Il doit « assurer l'adaptation de ses salariés à leur poste de travail et veiller au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations »<sup>50</sup>. Cette obligation s'exprime au travers des entretiens professionnels à réaliser tous les 2 ans et des bilans de formations à réaliser tous les 6 ans. De plus il possède un devoir d'information et doit régulièrement communiquer sur le droit à la formation.

Outre le fait d'être une obligation légale, la montée en compétences des professionnels est une réelle volonté managériale de ma part. En effet chaque individu évolue au cours de sa carrière et développe des capacités. L'étude<sup>51</sup> SoftwareAdvice réalisée en 2021 met clairement en avant la réelle motivation exprimée par les salariés de

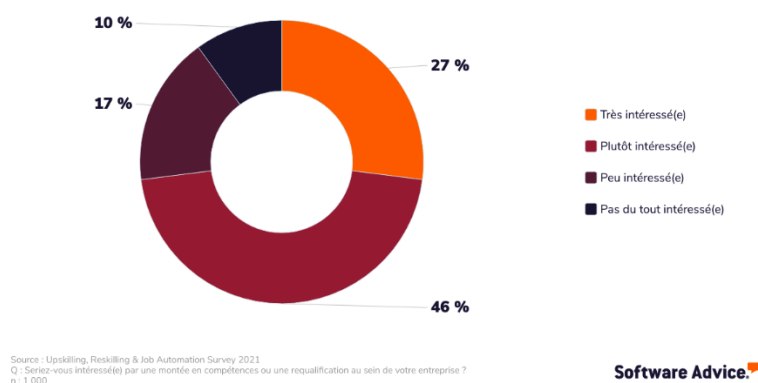
---

<sup>50</sup> Code du travail, article L6321-1 Légifrance. (s. d.). *Obligations de l'employeur et plan de formation.*

<sup>51</sup> Rousseau, C. (2021, 14 décembre). *73 % des sondés souhaiteraient bénéficier d'une montée en compétences.* SoftwareAdvice.

s'inscrire dans une démarche de qualification. Les objectifs exprimés sont le souhait d'apprendre, de mieux comprendre et d'enranger des connaissances.

### Seriez-vous intéressé(e) par une montée en compétences ou une requalification au sein de votre entreprise ?



La montée en compétences et en qualifications des équipes possède un intérêt aussi bien pour le collaborateur que pour l'association.

Pour le salarié, l'acquisition de nouvelles aptitudes permet de mieux cerner ses missions, gagner en « performance » dans le sens d'une meilleure qualité d'accompagnement. Mais cet investissement vise également à gagner en autonomie et s'épanouir pleinement dans son environnement de travail.

Pour l'association, la montée en compétences permet d'avoir des professionnels efficaces, au fait des nouvelles problématiques. Leur capacité d'adaptation et d'apprentissage permet un gain en flexibilité avec des adaptations aux changements plus rapides. De plus, cette stratégie permet de faire progresser les compétences de chacun et de conserver les « talents »<sup>52</sup> dans l'association.

Les bénéfices liés à la montée en compétences sont donc multiples aussi bien pour le salarié que pour l'association. Cependant comme toute politique associative, celle-ci doit être pensée et formalisée.

---

<sup>52</sup> Flambard, P. (s. d.). *Formation et montée en compétences : la courbe en S*. 360Learning.

## 2.2.2 L'importance de l'existence d'une stratégie en ressources humaines

Comme l'évoquent Yvan MURA et Patrick LEFEVRE<sup>53</sup>, « les ressources humaines sont nées avec la réflexion sur les organisations et le management. Elles touchent aussi bien la gestion et l'administration, l'organisation du travail, l'implication et la dynamisation des acteurs, la prospective, l'anticipation et la gestion prévisionnelle, le dialogue social, les études qualitatives et quantitatives ».

La gestion des ressources humaines est une logique récente qui a pour objectif de faire en sorte que « l'organisation dispose du personnel nécessaire à son fonctionnement et que ce personnel fasse de son mieux pour améliorer la performance de l'organisation tout en s'épanouissant »<sup>54</sup>. Cette fonction regroupe de multiples axes de travail<sup>55</sup> :

- Les relations sociales et la négociation
- L'information et la communication
- La gestion administrative
- Les politiques contractuelles
- La prévision et l'anticipation
- Le recrutement et la mobilité
- L'évaluation
- La prévention des risques
- La formation

La politique de ressources humaines doit faire l'objet d'une réelle réflexion puisqu'elle occupe un rôle majeur dans la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes. De plus, elle doit être en adéquation avec la stratégie associative et les missions de l'organisation. Garante de la qualité des prestations, la gestion des ressources humaines relève pleinement de mes missions de directrice. Je dois donc m'assurer que les postes, missions, organisation et compétences soient cohérents avec les objectifs collectifs fixés.

La politique RH de l'association est portée par la Directrice générale qui délègue à plusieurs interlocuteurs les axes de travail. Fort de sa connaissance des établissements, le directeur travaille en étroite collaboration avec les autres services afin d'adapter la politique RH au plus près des besoins des services.

---

<sup>53</sup> Mura, Y., & Lefèvre, P. (2010). *Promouvoir les ressources humaines en action sociale et médico-sociale*. Dunod.

<sup>54</sup> Ministère de l'économie et des finances. (s. d.). *La fonction Ressources humaines*. economie.gouv.fr.

<sup>55</sup> LEFEVRE, P. (1999). *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale (French Edition)* (DUNOD éd.). Dunod.

Le SWOT développé a mis en avant des besoins de formation, d'adaptation des pratiques... la politique RH est donc un point d'attention pour améliorer la qualité d'accompagnement au travers des projets d'accompagnement en transversalité.

### **2.2.3 La Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels : GEPP**

Depuis 2005, la politique RH s'exprimait au travers la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et compétences). En 2007, les amendements Macron ont introduit la notion de parcours professionnels. Le management des compétences s'exprime depuis par la gestion des emplois et parcours professionnels (GEPP). Cette dernière permet « d'établir une *photographie des ressources humaines disponibles* (emplois, âge et qualification des salariés, personnes détentrices de compétences clés) afin *d'anticiper les besoins futurs* de l'entreprise et mettre en place les *actions nécessaires* (formations, mobilités, recrutements...) pour faire face aux *évolutions* du contexte économique. Le Code du travail prévoit une consultation du comité social et économique (CSE) sur le sujet et dans les grandes entreprises une négociation triennale »<sup>56</sup>.

En tant que directrice, je possède des outils tels que le GEPP ou outils de gestion RH pour accompagner la montée en compétence de mes équipes. Cependant ces outils ne peuvent pas être mis en place sans la motivation et l'engagement professionnel des salariés.

### **2.2.4 L'importance de la motivation et de l'engagement professionnel dans la montée en compétences des professionnels.**

La montée en compétence des équipes peut se faire par des actions multiples, cependant elle se base sur un travail collectif et des échanges mutuels. En ce sens la motivation et l'engagement professionnel sont nécessaires pour y parvenir.

Le cabinet Holodis a défini une méthode d'analyse qui décrit des catégories de salariés en se basant sur l'implication du personnel en fonction des valeurs de l'organisation et de l'intérêt individuel. Les auteurs identifient 4 catégories : le salarié missionnaire, le salarié démissionnaire, le salarié mercenaire et le salarié impliqué. Ils en concluent que seul le salarié impliqué présenterait des « garanties sérieuses de motivation en adhérant aux valeurs de l'entreprise tout en recherchant des avantages personnels »

---

<sup>56</sup> *La Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP)*. (2022, 23 juin). Cap métiers.



Dans son ouvrage P Lefèvre<sup>57</sup> définit les éléments indispensables pour cette motivation qu'il intitule « les 3 C : Contrat Culture Compétence, et les 3 R : Responsabilité, Reconnaissance, Rémunération ».

Selon lui, le contrat représente bien plus qu'une forme juridique puisqu'il représente une forme d'attachement, d'engagement de la part du salarié vis-à-vis de son entreprise. Il offre au salarié une sécurité lui permettant de s'impliquer et montre l'adhésion au projet et à l'association.

La culture permet aux acteurs d'une organisation de se reconnaître et de se sentir valorisés. De plus le partage d'une culture commune permet de maintenir l'engagement et la motivation, elle sécurise et favorise l'acceptation des changements.

La compétence professionnelle s'exprime au travers du « savoir, agir, être, devenir ». Elle dynamise l'organisation, la mobilité des salariés et l'évolution des emplois. Cependant son évaluation reste spécifique à chaque organisation et se base, selon P Lefèvre, sur :

- « la pratique professionnelle,
- les concepts et références validés,
- une technicité et une expertise,
- des procédures opérationnelles,
- une intégration personnalisée ».

La responsabilité du salarié peut être formelle ou ressentie. Pour autant dans un contexte de motivation elle est perçue comme l'encouragement et la valorisation de l'autonomie et prises d'initiatives exprimés par l'employeur envers le salarié.

La reconnaissance est fortement liée aux notions de valorisation et d'aptitudes à évoluer. Elle nécessite que le salarié possède une image positive de ses compétences professionnelles, que les collègues l'intègrent et que la hiérarchie la valorise.

La rémunération est souvent identifiée comme l'un des facteurs de motivation et d'adhésion des salariés. Cependant dans notre secteur régi par des conventions et des grilles salariales, et au vu d'un contexte financier toujours plus tendu, la rémunération ne peut pas être fréquemment utilisée. D'autres leviers comme l'organisation du temps de travail afin d'améliorer la qualité de vie ou la valorisation individuelle peuvent être utilisés.

---

<sup>57</sup> Lefevre, P. (1999). *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale (French Edition)* (DUNOD éd.). Dunod.

En tant que directrice, je participe à la définition de la politique RH de l'association. De plus, je suis garante de la bonne déclinaison auprès des équipes et doit promouvoir une organisation qui permette d'atteindre les objectifs. La montée en compétences des équipes et le développement d'une intelligence collective nécessitent motivation, adhésion et échanges. Dans une période en pleine quête de sens et de recherche de qualité d'accompagnement, le rôle managérial de directrice ne s'en voit que confirmé. Il l'est d'autant plus que ces actions sont l'un des outils permettant d'agir sur le bien-être au travail et sur la prévention des risques psycho-sociaux.

## **2.3 Le système d'organisation du pôle et ses limites pour un accompagnement des personnes sans-abri dans une logique de parcours.**

L'organisation comme sujet d'étude et de compréhension a vu naître deux grands courants de pensées. Le premier s'est centré sur le fonctionnement de l'organisation comme un système à proprement parlé tandis que le second s'est focalisé sur le comportement des individus dans cette organisation. Ces visions reconnues aujourd'hui comme complémentaires nous éclairent sur le mode managérial à utiliser afin d'accompagner le changement de nos organisations et de ses acteurs.

### **2.3.1 L'organisation : notion et illustrations de terrain au travers du pôle accueil et hébergement.**

De nombreux auteurs se sont penchés sur la question des organisations en tant que structure. Afin d'en dégager une définition précise et de comprendre l'évolution de la pensée il est intéressant d'en retracer les principaux auteurs.

Le centre national de ressources textuelles et lexicales propose trois définitions de l'organisation<sup>58</sup> :

- Action d'organiser,
- Mode selon lequel un ensemble est structuré
- Ensemble, structure de services et de personnes formant une association ou institution ayant des buts déterminés

Ces définitions regroupent les réflexions de différents auteurs tels que :

\*Georges LAPASSADE et René LOURAU<sup>59</sup> qui considèrent qu'une organisation est à la fois « un ensemble de pratiques qui poursuivent des objectifs » et « des conduites sociales organisées pour atteindre un but ». Ils introduisent donc les notions d'objectif et d'organisation concrète entre les conduites ou les processus.

\*Chester Barnard<sup>60</sup> qui décrit l'organisation comme « un système d'activités ou de forces personnelles consciemment coordonnées ». Il considère que pour cela les fonctions et tâches doivent être bien définies avec en conséquence une division du travail et un système de responsabilités. Ses réflexions ont permis de compléter la vision précédente

---

<sup>58</sup> ORGANISATION : Définition de ORGANISATION. (s. d.). Centre national de ressources textuelles et lexicales.

<sup>59</sup> LAPASSADE, G., & LOURAU, R. (1974). *Clefs pour la sociologie*. Seghers.

<sup>60</sup> Fortin, J. C., & Poirier, P. E. (1979). *La théorie de Chester Barnard, The functions of the executive*. G. Morin.

en y ajoutant la notion : d'intérêt individuel, d'autorité comme acteur majeur dans la coopération et de son rôle de médiation :

- « L'organisation est un système coopératif ou d'échanges auxquelles les individus participent tant qu'ils en retirent un avantage
- L'autorité est acceptée comme mode de communication car elle contribue au bon fonctionnement de l'organisation
- Le gestionnaire doit établir et respecter un code moral et régler les conflits qui en découlent »

\*Talcott PARSONS, qui intègre l'importance de l'environnement dans les échanges avec l'organisation. Selon lui, l'organisation possède 3 caractéristiques :

- « Activité d'organiser c'est-à-dire d'élaborer une structure, des procédures
- Le cadre constitué principalement par une structure et une culture
- Une institution sociale en tant que système organisé »<sup>61</sup>

Il existe des organisations formelles dont le but, l'organisation, le fonctionnement et la hiérarchie sont clairement identifiés. Mais également des organisations informelles qui sont issues des relations existantes entre les membres d'une organisation formelle.

Enfin les organisations peuvent posséder des buts différents (lucratifs ou non) qui s'expriment par des statuts juridiques différents.

Le sujet de ce mémoire se base sur une association dont le statut est défini par la Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901<sup>62</sup>. Le « John Hopkins comparative non profit sector project »<sup>63</sup> en a défini les 5 caractéristiques :

- « Organisé : c'est-à-dire institutionnalisé avec une pérennité et une structure stable
- Privé : c'est-à-dire distinct du gouvernement même s'il peut exister certains liens avec les pouvoirs publics
- Pas de distributions de bénéfices ; les excédents sont accumulés et doivent être réinvestis dans les missions de base
- Autonome : elle possède un degré d'autonomie vis-à-vis des institutions publiques
- Volontaire : la liberté d'adhésion de ses membres »

---

<sup>61</sup> Chazel, F. (2000). *Aux fondements de la sociologie (French Edition)*. Presses universitaires de France (réédition numérique).

<sup>62</sup> Légifrance. (1901, 1 juillet). *Loi relative au contrat d'association*.

<sup>63</sup> HOPKINS, J. (1996). *The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*. J Hopkins university.

Les organisations peuvent être étudiées au travers de leurs objectifs, organisation ou environnement mais également selon leur système d'organisation. Les paragraphes précédents nous ont confirmé que le pôle accueil et hébergement est bien une organisation puisqu'il possède des objectifs, une organisation formelle mais également informelle, des tâches clairement définies, un système de responsabilité et un environnement qui lui est propre.

### **2.3.2 Le système d'organisation et les grands courants d'analyse**

L'organisation étudiée d'un point de vue systémique permet d'analyser les interactions et leurs conséquences dans ce système. Ces réflexions prennent en compte la notion de dynamisme et d'évolutions constantes basées sur les systèmes de régulation. Les premiers courants d'analyse se sont basés sur une approche empirique.

#### **A) Approche mécaniste et rationnelle**

L'organisation a tout d'abord été étudiée d'un point de vue rationnel et mécanique dans les entreprises. Nous pouvons citer des chercheurs emblématiques tels que Frederick W TAYLOR, Henri FAYOL ou Elton MAYO.

Frederick W TAYLOR, est à l'origine de L'Organisation Scientifique du travail (OST) dont « l'objectif du management est d'assurer le maximum de prospérité aussi bien pour l'employeur que pour l'employé »<sup>64</sup>. L'organisation fonctionnelle qu'il préconise nécessite que chaque exécutant reçoive ses directives de plusieurs spécialistes. Son management est basé sur le gain de productivité en divisant le travail : séparer le travail intellectuel du travail manuel, effectuer une sélection scientifique des salariés, décomposer les tâches en tâches élémentaires et rémunérer en fonction des performances.

L'école classique de l'organisation du travail approfondira ses travaux avec des héritiers comme Henry FORD qui instaurera la standardisation et le travail à la chaîne dès 1903.

Ces visions particulièrement techniques négligent les aspects sociologiques puisqu'elles nécessitent un environnement stable et ne correspondent plus à l'évolution de la société depuis les années 70 qui a vu fortement évoluer les droits sociaux et les mentalités. Elles ne prennent pas non plus en compte les aspects psychologiques des

---

<sup>64</sup> Taylor, F. W. (1985). *Principles of Scientific Management*. Van Haren Publishing.

salariés, ce qui aura comme conséquence une perte de sens « syndrome de l'OS » avec un important turn-over et absentéisme.

Henri FAYOL a travaillé sur la « doctrine administrative » décrite dans son ouvrage « Administration industrielle et générale »<sup>65</sup> publié en 1916. Il fonde sa théorie sur la présence réelle ou représentée de la hiérarchie et la « fonction administrative » c'est-à-dire la gestion générale de l'entreprise au niveau le plus élevé de l'entreprise.

Il dégage 14 principes d'organisation : la division du travail, le principe d'autorité, la discipline, l'unité de commandement, l'unité de direction, l'intérêt général, la rémunération, la centralisation, la hiérarchie, l'ordre, l'équité, la stabilité du personnel, l'initiative, l'union du personnel.

Ses observations et expérimentations lui ont permis de définir 6 groupes d'activité de l'entreprise : les fonctions technique, commerciale, financière, sécuritaire, comptable et administrative.

Les visions mécanistes et rationnelles ne semblent correspondre que partiellement au système du pôle accueil et hébergement. En effet, les professionnels de terrain ne reçoivent pas leurs « consignes » de spécialistes puisqu'ils sont formés et possèdent des missions et responsabilités retranscrites au travers de leurs fiches de postes. Le travail est en effet divisé mais certaines fonctions n'existent pas (fonction commerciale) ou sont organisées au niveau de l'association (fonction comptable). La fonction administrative s'approche de la fonction actuelle de direction, puisque H. FAYOL explique qu'il est indispensable de s'attacher à : « prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler », ce qui est retranscrit dans le Document Unique de Délégation du Directeur de pôle.

## B) L'approche psychosociologique

Cette approche allie sociologie et psychologie. L'un des auteurs majeurs est Elton MAYO qui possède quant à lui une vision beaucoup plus basée sur les relations humaines. Il est considéré comme l'un des fondateurs de l'école des relations humaines.

Il estime que la spécialisation des tâches n'est pas le modèle le plus efficace en termes de rentabilité et qu'il faut prendre en compte la capacité sociale de la personne. Il indique également que la rémunération non financière tient un rôle primordial. Il considère que les salariés font partie d'un groupe et que c'est en fonction de celui-ci qu'ils vont réagir aux demandes hiérarchiques.

---

<sup>65</sup> Fayol, H. (1999). *Administration industrielle et générale – 2ème Edition*. Abebooks

La motivation au travail a été approfondie par des auteurs tels que Abraham MASLOW et Frederick HERZBERG.

Abraham MASLOW a illustré et hiérarchisé les besoins au travers de sa « pyramide de Maslow »<sup>66</sup>, stipulant que l'individu ne pourra satisfaire un besoin supérieur tant que les précédents n'auront pas été satisfaits.



Frederick HERZBERG vient compléter la réflexion autour de la motivation de l'organisation en se développant la théorie « bifactorielle »<sup>67</sup>. Il identifie les causes d'insatisfaction dites « facteurs hygiène » liées à la politique de l'entreprise et les causes de satisfaction' « facteurs motivation » liées à l'accomplissement personnel.

La théorie psycho-sociale de Renault SAINSAULIEU<sup>68</sup> considère que l'entreprise est un lieu de socialisation qui permet d'acquérir une identité au travail, qui s'exprime par la reconnaissance. L'individu doit donc lutter pour être reconnu par le groupe grâce à différentes conduites : la fusion, la négociation, les affinités ou le retrait.

La notion de motivation au travail s'exprime pleinement dans le médico-social et tout particulièrement sur le pôle puisqu'elle est primordiale pour accompagner au mieux les publics et donner du sens à nos accompagnements. La notion de performance n'est pas

---

<sup>66</sup> *Pyramide de Maslow : motivez à partir des besoins.* (s. d.). Manager

<sup>67</sup> Herzberg, F. (1969). *Work and the Nature of Man* (3rd Printing éd.). Thomas Y. Crowell Co.

<sup>68</sup> JAOUENNE, M. (s. d.). Sainsaulieu R. « *Sociologie de l'entreprise, Organisation culture et développement* ». Fiche de lecture de la Chaire DSO.

exprimée en ces termes dans le secteur et n'est pas rémunérée, la reconnaissance non monétaire est donc nécessaire afin d'entretenir cette motivation. Celle-ci s'exprime par exemple au travers du rapport d'activité et de la quantification du travail effectué, l'appui et la valorisation des projets éducatifs au travers des supports de communication (page Facebook..) ou l'accompagnement dans l'évolution professionnelle (montée en compétence, inscription dans le plan de compétence, mobilité professionnelle...).

### C) L'approche de l'école de la contingence, Henry Mintzberg

L'école de la contingence regroupe plusieurs auteurs qui considèrent qu'il n'existe pas d'entreprise idéale et que chaque organisation fonctionne de manière unique selon son environnement interne et externe<sup>69</sup>. H Mintzberg<sup>70</sup> est l'un des principaux représentants de ce courant de pensées. Selon lui, l'organisation ne doit pas être perçue comme un ensemble de services ayant des liens hiérarchiques ou fonctionnels mais plutôt comme un tout échangeant un flux. Dans cette logique, il distingue 6 parties de l'organisation qui seront complétées par l'environnement immédiat de l'organisation :

- « Le centre opérationnel qui effectue la production des biens et des personnes
- Le sommet stratégique qui définit la stratégie et les grandes orientations de l'entreprise
- La ligne hiérarchique qui transmet entre le centre opérationnel et le sommet stratégique
- Le groupe support logistique qui assure des fonctions qui ne concourent pas directement à la production
- La technostructure qui regroupe les analystes mais qui ne possède pas d'autorité formelle
- Une idéologie croyance, culture, valeurs partagées par les membres de l'organisation »<sup>71</sup>

Selon la distribution du pouvoir plus ou moins importante en fonction des 6 parties de l'organisation, H Mintzberg identifie progressivement 7 types d'entreprises avec une structure d'organisation qui leur est propre :

- L'entreprise entrepreneuriale et sa structure simple qui est coordonnée directement par la hiérarchie et qui correspond aux petites organisations
- La bureaucratie mécanique et sa structure du même nom qui est adaptée aux grosses organisations à l'activité standardisée par des procédures

---

<sup>69</sup> A. (s. d.). *Théorie de la contingence - Qu'est-ce que c'est, définition et concept - 2021 - Économie-Wiki.com*. economy-pedia.

<sup>70</sup> Mintzberg, H. (2004). *Le management : Voyage au centre des organisations - Poche* (ORGANISATION éd.). ORGANISATION.

<sup>71</sup> Cavagnol, A., & Rouille, P. (2009). *Management des organisations*. Gualino-Lextenso éd.



- La bureaucratie professionnelle en tant qu'entreprise et structure, qui est utilisée par les grosses organisations devant effectuer des tâches très complexes de manière répétitives, nécessité de qualification.
- L'entreprise et sa structure divisionnalisée, coordonnée par les budgets qui convient aux organisations de grandes tailles dont l'activité est très diversifiée
- L'adhocratie ou structure novatrice, pour qui la collaboration et l'innovation sont au centre de la structure
- L'entreprise missionnaire où les procédures sont remplacées par les normes et les croyances et où l'idéologie devient centrale.
- L'organisation politique où l'intérêt personnel prône, où le pouvoir n'a pas de légitimité technique et où existent de multiples conflits entre les individus.

Considérant que chaque activité humaine nécessite une division du travail et de la coordination pour mener à bien une activité<sup>72</sup>, il a décrit 5 mécanismes de coordination :

- Ajustement mutuel ; dont la communication informelle permet la réalisation de la tâche
- La supervision directe ; pour laquelle un interlocuteur unique répercute les consignes à plusieurs autres acteurs
- La standardisation des procédés de travail qui uniformise le travail généralement au niveau de la technostucture
- La standardisation des résultats ; elle coordonne le travail en se basant sur les résultats attendus
- La standardisation des qualifications et du savoir se base sur la formation spécifique de l'exécutant
- La standardisation des normes ; qui guide le travail

Le pôle accueil et hébergement possède bien les 6 parties de l'organisation identifiées par H Mintzberg. L'évolution rapide à laquelle l'environnement médico-social est confronté a pour conséquence qu'il n'existe peu voire pas d'organisation pure comme celles que peut décrire H Mintzberg. Nous nous situons généralement dans des organisations hybrides recoupant plusieurs structures et modes de coordination. Partagé entre les contraintes budgétaires, les procédures et les nécessités d'adaptation, le pôle possède tout autant de caractéristiques structurelles. Les mécanismes de coordinations principaux sont la supervision directe et la standardisation des résultats et des qualifications.

La pandémie a permis de tester d'autres modes de structures et de coordination qui se rapprochent de la structure novatrice et de l'ajustement mutuel. Cependant cette approche reste ponctuelle dans le système d'organisation du pôle.

---

<sup>72</sup> Grootaers, D. (2005, 14 décembre). *Le Grain asbl*. Le grain.

[http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=114](http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=114)

D) L'analyse organisationnelle et l'analyse stratégique de M Crozier et E Friedberg

M Crozier a développé le concept d'analyse organisationnelle au travers de l'étude des organisations bureaucratiques<sup>73</sup>. Il en a conclu que la rigidité des organisations bureaucratiques rend difficile la communication entre les groupes et avec l'environnement.

Les difficultés qui en découlent ne sont pas sources de refonte de l'organisation mais sont utilisées par les individus pour améliorer leur position dans l'organisation au travers d'une lutte de pouvoir.

Selon lui, le changement dans les organisations se fera par crises. Tout changement aura donc un coût pour l'entreprise, troublera le climat social, interviendra tardivement dans la situation dégradée. Le résultat ne sera pas forcément la traduction d'une décision rationnelle mais plutôt l'expression des rapports de force.

M Crozier et E Friedberg vont développer la théorie de l'acteur stratégique qui vise à comprendre les actions collectives en fonction des comportements et intérêts individuels qui peuvent être contradictoires. Ils ont développé 4 principales idées :

- Les acteurs ont chacun leurs enjeux et objectifs qui sont plus importants que le système formel pour comprendre la dynamique
- Les acteurs sont intelligents et les dysfonctionnements n'expriment pas une irrationalité mais bien un jeu de pouvoir sous-jacent
- Les acteurs sont capables de mobiliser des ressources et de contourner des contraintes pour atteindre leurs enjeux
- Les stratégies des acteurs sont fixées dans le présent et dotées d'une rationalité dite limitée. Les stratégies pourront évoluer selon les enjeux, objectifs, contraintes et ressources

Selon eux, les acteurs n'ont pas d'intérêt au changement car il va modifier les rapports de forces et créer les zones d'incertitudes que chaque acteur va chercher à contrôler afin d'étendre son pouvoir.

---

<sup>73</sup> Michel, C. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Seuil.

Ils décrivent l'existence de 4 sources de pouvoir dans les organisations :



Le système du pôle accueil et hébergement doit également prendre en compte la vision individuelle avec l'existence des différentes stratégies individuelles, et jeux de pouvoirs. Cette hypothèse a été vérifiée au travers de la réalisation d'entretiens semi-directifs à destination des professionnels mais également grâce aux questionnaires de satisfaction transmis aux personnes accompagnées (à la rue et dans les hébergements) dans le cadre de la démarche qualité instaurée par la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002<sup>74</sup> rénovant l'action sociale et médico-sociale. Nous pouvons citer par exemple la cohabitation entre les professionnels de la santé et ceux du social. Le partage d'information peut parfois s'avérer complexe sous couvert du secret médical. Il existe aussi de la rétention d'informations entre collègues de l'équipe éducative liée au système de « références » ou chaque membre de l'équipe accompagne plus particulièrement une dizaine de personnes dans leurs projets personnalisés.

### 2.3.3 Le management des organisations

Le pôle accueil et hébergement est une organisation qui évolue en fonction de multiples facteurs tels que son environnement, ses objectifs ou les acteurs qui la composent. Ces variables nécessitent une adaptation du management qui est définie par

---

<sup>74</sup> Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. (2002, 2 janvier). Légifrance.

le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)<sup>75</sup> comme « l'ensemble des méthodes d'organisation efficace (définition et partage des responsabilités) et de gestion rationnelle (en fonction d'objectifs ou de programmes fixés) employées dans la direction d'une entreprise ».

En ce sens le directeur doit donc mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires pour l'atteinte des objectifs. Nous pouvons donc nous baser sur l'un des cinq styles de management définis par R Blacke et J Mouton<sup>76</sup>, à savoir :

- Le management laxiste, qui évite toutes les situations difficiles et ne prend pas position
- Le management participatif, qui est centré sur le bien-être de ses collaborateurs, et où les objectifs ne sont pas pris en compte
- Le management autoritaire, qui est centré sur la tâche au détriment de l'humain
- Le management démocratique, qui permet d'optimiser les ressources humaines pour atteindre un objectif
- Le management intermédiaire, qui est un compromis entre l'équilibre de l'humain et l'atteinte des résultats

Ces styles de management possèdent tous leurs intérêts et leurs faiblesses, c'est pourquoi il est indispensable de les utiliser à bon escient en fonction des personnes et des situations. En tant que directrice, ces adaptations me permettent de couvrir l'ensemble de mes fonctions managériales qui sont de piloter, organiser, animer, déléguer, diriger et contrôler.

Le projet de diversification agit sur des axes multiples et m'a demandé une grande capacité de communication et d'organisation. Afin de le mener à bien j'ai opté pour un management intermédiaire dont la stratégie est basée sur du délégatif. L'équipe de cadres s'est donc réunie afin d'échanger sur les objectifs de diversifications et avons convenu ensemble des tâches de chacune qui seront décrites dans la troisième partie de ce mémoire.

Ce management m'a permis de montrer la confiance que j'ai en leurs compétences et de leur laisser une liberté d'organisation. J'ai été attentive à respecter une équité dans la répartition de la charge de travail. Afin de suivre l'évolution du projet et pour sécuriser les chefs de service, nous avons fixé de temps d'échange réguliers. Dotées d'un dynamisme et faisant preuve d'un réel investissement, elles ont pu s'engager pleinement dans les tâches qui leur ont été déléguées ce qui a suscité une motivation et un enthousiasme de leur part. De plus ce management m'a permis de travailler sur la cohésion de l'équipe de direction en développant un sentiment d'appartenance et de solidarité. Mon rôle a été de

---

<sup>75</sup> *MANAGEMENT : Définition de MANAGEMENT.* (s. d.). Centre national des ressources textuelles et lexicales.

<sup>76</sup> *BLAKE, R., & MOUTON, J. (s. d.). Grille de BLAKE et MOUTON : 5 grands types de management.* Manager GO

veiller à la bonne communication, d'impulser la dynamique et de veiller à l'avancée des travaux dans les délais impartis grâce à des échanges réguliers avec chacune des chefs de service.

En conclusion, nous pouvons nous rendre compte que les personnes sans-abri fréquentent plusieurs services du pôle et qu'une réelle collaboration est nécessaire. Dans le cadre de l'accompagnement global et de la notion de parcours, il est nécessaire que les professionnels puissent proposer un accompagnement transversal sur ces différents services et établissements. Ce nouveau mode de fonctionnement et de coopération peut engendrer une résistance au changement si cette évolution n'est pas accompagnée.

En tant que directrice, je serai attentive à l'évolution du système d'organisation du pôle. Mes points de vigilance porteront sur son organisation et sa vision stratégique afin d'atteindre la collaboration entre les différents services de manière sereine.

### **3 Partie III : Elaborer un plan d'action pour favoriser la qualité de l'accompagnement proposé en termes d'accès aux soins et à la santé des personnes sans-abri.**

Comme nous avons pu le voir au cours de ce mémoire, l'accompagnement global de la personne sans-abri doit prendre en compte le volet médical en favorisant l'accès à la santé et aux soins dans le respect du projet de la personne. Cet accompagnement nécessite des compétences multiples avec, entre autres, une collaboration dynamique entre le corps social et le corps médical. De plus, cette collaboration est souvent élargie à une collaboration associative. Afin de favoriser l'accès à la santé et aux soins des personnes sans-abri, j'ai élaboré un plan d'action basé sur quatre axes.

Le premier vise à améliorer les accompagnements proposés au travers de la déclinaison d'une politique de ressources humaines dynamique.

Le second est lié à un projet architectural qui vise à adapter les bâtiments du CHRS avec la création de studios dans les logements diffus et la réhabilitation du collectif.

Le troisième est lié à une transformation de places d'urgence en places de coordination thérapeutique en étroite collaboration avec des partenaires associatifs.

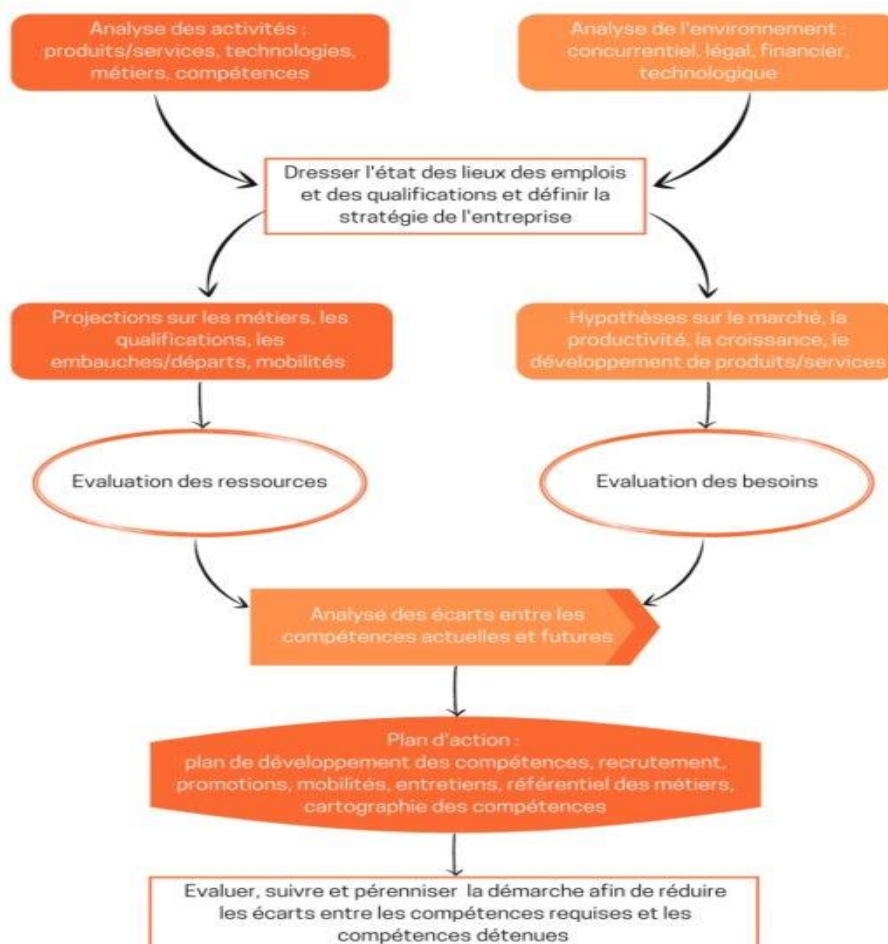
Le quatrième vise à développer la transversalité des accompagnements médicaux grâce à la création d'un service de LHSS mobile.

### 3.1 La gestion des ressources humaines comme outil d'adaptation aux nouvelles problématiques du public sans-abri.

Dans l'association, la stratégie de ressources humaines est définie par la direction générale après consultation des directrices. Elle permet d'obtenir une vision à long terme des orientations associatives afin d'assurer la réalisation des missions. La politique de ressources humaines relève de sa déclinaison pratique et fait partie des délégations des directrices. Afin d'associer l'équipe de cadres à la politique de ressources humaines, j'ai choisi de travailler autour de la gestion des emplois et des parcours professionnels (GEPP) du pôle en utilisant une méthode de gestion de projets.

#### 3.1.1 La gestion de projet comme outil d'élaboration de la politique RH du pôle

La politique RH du pôle est une déclinaison de celle de l'association définie par la direction générale. Suite à des échanges réguliers avec cette dernière, j'ai choisi une méthode de travail en gestion de projet afin de définir la stratégie applicable au pôle accueil et hébergement. Cette démarche peut être illustrée par le schéma suivant issu du blog du cabinet Logitio<sup>77</sup>.



<sup>77</sup> logitio. (2021, 21 décembre). *GEPP : Tout savoir sur la migration de la GPEC vers la GEPP*.

Au vu du laps de temps assez court et de l'importante motivation de l'équipe cadres, j'ai pu choisir un management délégitif à destination de l'équipe de cadres. Mes objectifs étaient de :

- Définir une politique RH en cohérence avec l'évolution de l'environnement.
- Décliner cette politique au travers des outils managériaux
- Créer des outils de suivis facilement actualisables afin d'adapter la stratégie

Pour cela, nous avons créé un groupe de travail constitué des 3 chefs de services, de la psychologue et de moi-même. Ce management délégitif a nécessité de ma part une vigilance accrue sur la communication afin de veiller à la bonne circulation de l'information et pour éviter les risques de mauvaises interprétations. Nous avons fixé une réunion de travail par mois dédiée à cette thématique avec une temporalité de 18 mois pour présenter et faire valider la DEPP à la Direction générale. Cette réflexion étant liée à la stratégie associative il nous a semblé important de caler la chronologie sur celle du Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) qui sera normalement signé courant 2023.

La première étape a permis de réaliser l'état des lieux RH du pôle. Nous avons tout d'abord listé les activités et moyens dont nous disposons. Puis nous avons créé un référentiel métiers et compétences afin d'obtenir une vue globale des ressources du pôle. Nous avons également étudié la typologie des salariés grâce à une pyramide des âges tout en mettant en avant les mobilités prévues (embauches, départ à la retraite...). Ce diagnostic précis nous a permis d'identifier clairement nos besoins.

Nous avons ensuite identifié nos besoins aussi bien à l'interne qu'en fonction de l'environnement. Nous avons donc listé les postes non pourvus ou en cours de création, les postes amenés à évoluer ou à être adaptés selon les besoins des publics. Nous avons réfléchi à l'évolution légale (politique d'aller vers, de logements d'abord, demande d'hébergements individuels...) et aux adaptations qu'elle engendrera en termes de compétences et savoirs professionnels. Nous avons sollicité le service financier afin d'obtenir une tendance de l'évolution du cadre budgétaire. Nous avons également pris en considération le contexte social (évolution des entrées en centre de formation, difficulté de recrutement...)

Nous avons réalisé une analyse des écarts entre nos ressources et nos besoins identifiés. Nous avons donc pu lister nos besoins en les priorisant et les graduant (moyens souhaités, moyens, minimaux) et avons engagé une réflexion sur les marges de manœuvre budgétaires et les mutualisations possibles afin d'atteindre nos objectifs.

Nous avons enfin rédigé un plan d'action visant à réduire ces écarts. Il s'illustre par procédures liées aux 5 thèmes de la GEPP<sup>78</sup> :

- Le recrutement
- La mobilité professionnelle
- La reconversion
- L'organisation et l'aménagement des conditions de travail
- La formation

### **3.1.2 La déclinaison pratique de la GEPP du pôle**

#### **A) Le recrutement**

Afin de répondre aux besoins du pôle, nous avons besoin d'une procédure de recrutement claire. Cette procédure étant particulièrement chronophage, il m'a paru nécessaire de travailler en amont sur des outils facilement réutilisables et modulables.

Nous avons tout d'abord décrit la note de cadrage de recrutement qui répond aux principales interrogations : qui en possède la délégation ? quels moyens de communication ? quels outils ? (annexe)

Nous avons également travaillé sur la rédaction des annonces avec les mentions obligatoires, mais également les informations complémentaires telles que missions et exigences fixées. Au vu des difficultés de recrutement j'ai souhaité mettre en avant les avantages liés à l'organisation du travail (3 ou 4 jours de repos par semaine selon les postes...)

Nous avons ensuite complété la procédure en recrutement en définissant les canaux de communication et en créant un agenda de contact. Nous avons identifié des modes de diffusions classiques (pôle emploi, CREA, mission locale...) mais avons souhaité également solliciter notre réseau et les centres de formation. De plus nous avons utilisé les nouvelles technologies au travers des réseaux sociaux.

Puis nous avons défini les modalités de réception des candidatures et le rôle de chacun dans les réponses à apporter. Il a été convenu que les chefs de service seraient destinataires des candidatures idéalement par mail et qu'elles seraient en charge d'une première sélection. L'organisation des rendez-vous et convocations des candidats est déléguée aux secrétaires en lien avec les chefs de service.

L'entretien est réalisé en binôme entre la chef de service et la psychologue et se base sur une grille d'entretien qui vise à assurer l'équité dans le déroulé de l'entretien et à

---

<sup>78</sup> LEFEVRE, P. (1999). *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale (French Edition)* (DUNOD éd.). Dunod p344.



s'assurer que nous avons vérifié l'ensemble des compétences et savoirs exigés. Nous avons comme objectif de répondre à l'ensemble des candidats quelle que soit l'étape du processus de recrutement où ils se trouvent.

Si le recrutement concerne un CDI ou si la chef de service en évoque le besoin, un second entretien est réalisé avec la présence d'une autre chef de service et de moi-même.

La procédure se conclut par les liens avec le service social du siège (fiche de demande d'élaboration de contrat, liste des documents à fournir...)

## B) La mobilité professionnelle

La mobilité professionnelle est un outil important qui permet au salarié de tester un nouveau poste, d'acquérir des compétences et de développer son employabilité. Pour l'association cette possibilité permet de limiter les recrutements externes et de valoriser les compétences internes et l'expérience de ses salariés.

La mobilité horizontale est présente dans l'association puisque toutes les annonces sont publiées à l'interne comme le stipule le Code du travail. Idéalement nous aurions souhaité que les annonces paraissent à l'interne 15 jours avant qu'elles ne paraissent dans les autres réseaux de recrutement. Cependant au vu de la crise du recrutement actuel, devenue une cause nationale, cette volonté n'est qu'utopique. Les annonces paraissent donc simultanément à l'interne et à l'externe. Les salariés postulent régulièrement et peuvent changer de poste à l'interne dans le cadre de la procédure de recrutements précédemment décrite.

Elle existe également de manière verticale avec la promotion interne qui est présente dans le fonctionnement associatif en particulier dans le secteur éducatif.

## C) La reconversion professionnelle

La reconversion professionnelle est une démarche qui vise à changer de métier. En 2019, l'agence de presse AEF publie sur son site internet *Nouvelle vie professionnelle* une enquête visant à en comprendre les motivations : contraintes familiales, devenir entrepreneur, souhait d'une meilleure rémunération, suite à des problèmes de santé ou après un incident professionnel, désir d'améliorer ses conditions de travail, retrouver du sens et une dynamique dans l'emploi...

Je n'ai jamais accompagné de demande de reconversion professionnelle. Cependant j'ai conscience que ces demandes peuvent être d'excellents indicateurs du climat social puisqu'elles peuvent mettre en avant une usure professionnelle, une perte de sens ou illustrer les conséquences d'un accident du travail.

#### D) L'organisation du travail : les conditions de travail et la qualité de vie au travail

L'organisation du travail est un concept qui regroupe l'ensemble de la vie de l'association. Il possède une double dimension puisqu'il s'agit pour l'association d'allier la performance individuelle et la performance collective tandis que le salarié souhaitera concilier vie privée et vie professionnelle.

Mon rôle de directrice est donc de veiller aux bonnes conditions de travail. La direction du ministère du travail<sup>79</sup> considère qu'elles recourent aussi bien les aspects matériels (conditions d'exercice, outils informatiques...), qu'organisationnels (aménagement des horaires et du temps de travail...) ou psychosociaux (mode de management, relations entre les professionnels, télétravail, gestion de la charge mentale et émotionnelle...).

L'organisation du travail s'exprime au travers de la notion de Qualité de Vie au Travail (QVT) qui est définie ainsi par la Haute Autorité de Santé (HAS) : « les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte. (...) La Qualité de Vie au Travail (QVT) désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment »<sup>80</sup>.

L'évolution sociétale et du droit du travail fait de la QVT un axe majeur de travail pour la directrice puisqu'il ne s'agit plus uniquement de mettre en place des procédures et d'ajouter des moyens. Le point de vigilance sera de soutenir l'implication des salariés grâce à un management intégratif, l'existence de négociation et de marges d'actions pour les professionnels.

#### E) La formation

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 le plan de développement des compétences a remplacé le plan de formation. Il vise à relater les formations à l'initiative de l'employeur et pour lesquelles il a une obligation de cotisation.

---

<sup>79</sup> DARES. (s. d.). *Conditions de travail / Dares*. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

<sup>80</sup> D. (2022, 2 mars). *La qualité de vie au travail* -. Ministère de la Santé et de la Prévention.

L'employeur a deux obligations majeures inscrites dans le code du travail.

- L'article L6321-1 du code du travail vise à « l'adaptation du poste de travail et le maintien dans l'emploi des salariés, ou la participation au développement des compétences »
- L'article L4121-1 et L4121-2 régissent les formations obligatoires en matière de sécurité

La formation peut être organisée à l'initiative de l'employeur mais également à celle du salarié au travers du compte personnel de formation ou la validation des acquis d'expériences.

Au-delà de ma responsabilité d'employeur, je suis convaincue de l'intérêt et du bienfait des formations pour les professionnels. La sensibilisation aux formations va donc plus loin que lors des entretiens professionnels. En effet, je communique régulièrement sur les colloques et les formations existantes aussi bien en présentielles qu'à distance. De plus je n'hésite pas échanger de manière informelle avec les salariés afin de connaître leur projet professionnel, leurs envies et les compétences qu'ils pourraient développer davantage. Enfin le travail partenarial permet d'organiser des temps d'échanges et de formation lors des réunions ce qui participe à l'actualisation des connaissances. J'ai par exemple appuyé la réponse à un appel à projet d'une association spécialisée dans les addictions ce qui nous a permis de bénéficier de 20 heures de formation sur ce thème.

L'association a une procédure permettant de recueillir les souhaits de formation, de consulter le Conseil Social et Economique et de répondre au salarié. La communication faite par l'équipe de direction du pôle est efficace puisque les professionnels s'inscrivent dans une démarche de formation effective. En effet, 70% des salariés ont suivi une formation courte et/ou gratuite sur l'année 2021 et 6 salariés suivent une formation qualifiante.

### **3.1.3 La politique RH au service de la qualité d'accompagnement.**

La politique de ressources humaines est orientée vers le capital humain du pôle. Elle vise à « prendre soin » de ce capital pour le développer et le pérenniser. Ce fonctionnement a pour objectif de gagner en qualité d'accompagnement grâce à l'intelligence collective, à l'actualisation et la complémentarité des savoirs et à l'implication des salariés.

Si nous prenons l'exemple d'une personne sans-abri qui présente des troubles psychiques tels que la schizophrénie : son accompagnement sera pluridisciplinaire et nécessitera un savoir-être et un savoir-faire qui peuvent s'acquérir grâce à la pratique mais également au travers des formations. Ce savoir permettra d'accompagner la personne de manière bienveillante et adaptée à sa pathologie. La valorisation de la qualité

d'accompagnement par l'équipe, la hiérarchie ou les partenaires aura un effet positif sur le professionnel qui pourra s'en sentir valorisé. La motivation et le sens donné au travail amélioreront l'engagement et faciliteront la prise d'initiatives.

En tant que directrice, il est primordial de pouvoir afficher une politique de ressources humaines claire et cohérente. Celle-ci permet de donner du sens à notre management, d'assurer une équité de traitement et de promouvoir un dynamisme institutionnel en faveur de la qualité de vie au travail. Cette dernière s'exprime en partie au travers des conditions de travail, ce que j'ai souhaité pouvoir améliorer au travers du second axe de la diversification du pôle.

## **3.2 Adapter l'architecture pour répondre aux attentes exprimées par le public sans-abri.**

### **3.2.1 Comprendre les attendus en terme d'hébergement des personnes sans-abri pour mieux y répondre**

Le pôle dont j'ai la direction propose une multitude de solutions d'hébergement. Nous pouvons proposer une place sur un hébergement en collectif ou en diffus. Les capacités des chambres varient entre 1 à 4 places. Les écarts de prestations concernent également l'accès aux sanitaires puisque la salle de bain et les toilettes peuvent être des espaces privés ou se situer dans des parties communes. Enfin les prestations repas sont produites par les personnes dans la cuisine des colocations ou par les professionnels dans la cuisine des établissements.

Les enquêtes d'ATD quart monde, de la fondation Abbé Pierre ou les études médicales mettent l'accent sur l'importance de l'intimité dans le logement. Les enquêtes de satisfaction transmises aux personnes hébergées ont corroboré ce besoin. De plus les personnes sans-abri motivent souvent leur refus d'hébergement ou de non recours par les conditions d'accueil. Nous pouvons constater que les prestations proposées ne répondent plus aux attentes exprimées par les personnes sans-abri et qu'il est primordial de les adapter.

### **3.2.2 Le projet architectural d'évolution du CHRS**

Après analyse et échange avec l'équipe de direction et la direction générale, nous avons convenu que le CHRS était le bâtiment qui répondait le moins aux attentes des personnes.

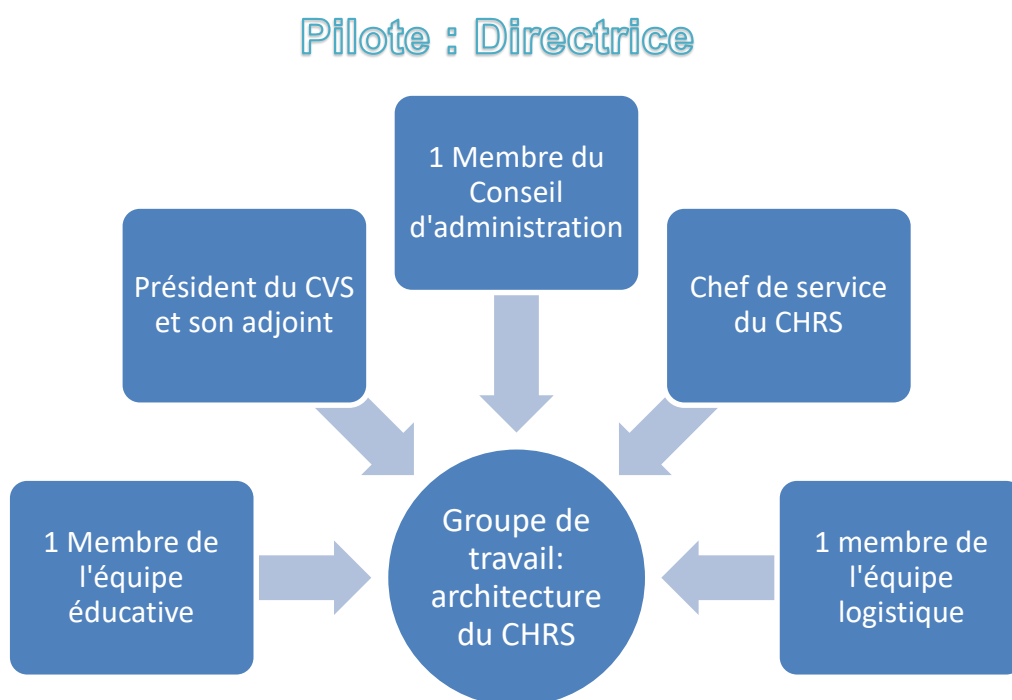
Pour rappel cet établissement possède 10 places d'urgence et 42 places d'insertion. Il s'organise autour d'un collectif de 16 places (3 chambres individuelles, 3 chambres

doubles, 1 chambre triple et 1 chambre pour 4 personnes) avec 5 douches et 3 toilettes. Le diffus de 34 places est proposé sous le format de 11 collocations (les chambres sont individuelles mais la cuisine et les sanitaires sont communs). Les logements diffus sont loués chez un bailleur social à proximité du CHRS.

Cette promiscuité ne correspond plus aux attentes du public. Nous avons créé un groupe de travail autour de cette problématique et avons pu prioriser les actions à mettre en place.

### 3.2.3 La réalisation du projet de réhabilitation architecturale et l'intégration des équipes

Ayant conscience que certaines personnes préférant rester à la rue plutôt que de dormir dans une chambre partagée, j'ai fait de l'évolution du CHRS l'une de mes priorités de directrice. Après en avoir échangé avec la direction générale, nous avons créé un groupe de travail constitué d'un membre du conseil d'administration, de la chef de service, d'un représentant de l'équipe éducative, d'un représentant logistique, du président du CVS<sup>81</sup> et d'un de ses adjoints.



Nous avons tout d'abord dressé l'état des lieux des places d'hébergement afin d'en connaître la typologie, l'état général, les conditions d'accueils...

---

<sup>81</sup> CVS : conseil de vie sociale

Nous avons ensuite élaboré un questionnaire afin de recueillir la parole des hébergés et de cibler précisément leurs attentes. Il a été convenu que les membres du CVS le diffuseraient. Les résultats du questionnaire étaient en accord avec ceux mis en avant par les enquêtes précédemment évoquées à savoir : une clé, une boîte aux lettres, de la stabilité, de l'eau et de l'électricité. Nous pouvons noter quelques critères supplémentaires comme une connexion internet, une cuisine et une salle de bain personnelle. La demande était donc de proposer des hébergements individuels grâce à des studios.

Ces prestations ont pour objectif d'améliorer l'accès à la santé et aux soins. En effet les personnes pourront recevoir en toute discrétion leurs interlocuteurs tels que les infirmiers, service de soins à domicile, éducateurs... Le logement individuel permet également aux personnes de s'isoler si elles en ressentent le besoin ou si elles ont des temps de convalescence ou de repos nécessaires. Ce fonctionnement permet également de gérer plus facilement les régimes alimentaires spécifiques parfois à respecter (diabète, maladie de Crohn..)

Nous avons convenu que l'adaptation devait avoir lieu sur le collectif mais également sur le diffus. Ayant des difficultés pour prioriser ces travaux, j'ai souhaité me baser sur un critère objectif. J'ai donc réalisé une étude de coût afin de connaître l'écart budgétaire entre les collocations et la location de studios, à savoir un coût de 5250 € qui ne peut être pris en charge par l'association, ni retranscrit au financeur.

<b>Coût mensuel en collocations</b>	<b>Coût mensuel en studios</b>
10 logements triples * 600 € 1 logement quadruple *650 €	34 studios * 350 €
Total mensuel hors charge : 6650 € pour 34 places	Total mensuel hors charge : 11900 € pour 34 places
	Soit un surcoût pour l'association de <b>5250 €</b>

De plus, le bailleur social ne possède pas la typologie de logement demandée. Nous avons donc sollicité un second bailleur avec lequel l'association avait travaillé précédemment dans le cadre de réhabilitations sur l'audomarois. Après accord de principe entre l'association et le bailleur social pour un bail emphytéotique, la réhabilitation des logements diffus nous a paru rapidement envisageable.

Nous avons recherché activement un bâtiment à vendre qui pourrait répondre à nos critères. Le choix s'est porté sur un local situé dans la même rue que le CHRS. Le bailleur social a donc acheté le bâti, nous avons travaillé avec l'architecte pour établir des plans qui

correspondent à nos besoins et qui respectent le budget fixé par le bailleur social. Après environ une année, les travaux ont débuté et déboucheront sur la création de 30 logements individuels.

A partir de ce moment, nous avons débuté la phase de rédaction du projet éducatif avec les professionnels. La communication sur le projet a été primordiale afin de leur permettre de se projeter mais a également permis d'engager une dynamique qui concerne l'ensemble des professionnels. Nous avons pu organiser des visites ponctuelles du chantier afin de ne pas perdre notre dynamique. De plus, nous avons eu la possibilité de présenter le projet à nos interlocuteurs de la DDETS qui se sont déplacés sur site.

La livraison est prévue pour l'été 2023, celle-ci devrait être anticipée car nous souhaitons pouvoir intégrer les hébergés dans la démarche : choix du mobilier, rédaction du règlement de fonctionnement, investissement les lieux...

Dans cette logique d'amélioration nous nous sommes inscrits dans la réflexion du dispositif « CHRS hors les murs ». J'ai proposé d'adapter le collectif en proposant la création de 10 studios indépendants mais regroupés sur un même site avec une présence en continu. Après validation par la direction générale j'ai sollicité le bailleur concernant une collaboration pour le collectif du CHRS. Le rendez-vous a été fixé très rapidement ce qui ne m'a pas permis d'associer pour le moment les différents acteurs. J'ai donc travaillé uniquement avec la chef de service afin de lister les attendus en nous basant sur les résultats du groupe de travail précédent. Nous avons donc pu réaliser des plans succincts et les présenter lors de la réunion de travail. Une prochaine rencontre est fixée en octobre 2022 afin de décider de la suite à donner à ce projet

#### **3.2.4 L'évaluation du projet de réhabilitation architecturale**

Les projets de réhabilitation présentés précédemment demandent une réflexion importante afin de s'assurer de la pérennité de la réponse. Ils engendrent un investissement financier lourd et nécessitent des démarches administratives multiples et chronophages.

L'évaluation du projet porte sur le respect des délais fournis par le bailleur social. Le groupe de travail a rédigé une grille d'évaluation portant sur le respect des critères demandés, la qualité des logements proposés... Nous avons également préparé un tableau de suivi qui regroupe les résultats du questionnaire de satisfaction, le nombre de refus d'intégration, le nombre et les coûts des interventions techniques pour ces logements... Afin de suivre l'évolution de la santé et celles de l'accès aux soins, nous avons ajouté les critères de suivis tels que la pathologie repérée à l'entrée dans le logement, les modalités de suivi des traitements (en autonomie, avec l'intervention infirmière...), l'ouverture des droits...

Après la réhabilitation, le CHRS possèdera :

- 10 studios regroupés sur le même site avec présence de professionnels en continu
- 30 studios regroupés sur le même site à proximité du bureau éducatif
- 4 logements triples dispersés dans l'agglomération

Le travail autour du projet de réhabilitation a été source de motivation pour certains professionnels mais a également généré du stress pour d'autres. En effet les modalités d'accompagnements sont amenées à évoluer. Nous avons dû réfléchir plus particulièrement à l'organisation de la cuisine, passant d'une restauration collective à un système de colis repas. La nécessité d'apprendre à cuisiner étant une réalité, le cuisinier en poste entrera en formation d'encadrant technique afin d'animer des ateliers cuisine, d'équilibre alimentaire...

Malgré toutes ces améliorations, j'ai conscience que ces logements ne répondront pas encore aux besoins d'une partie du public sans-abri. Il faut donc aller encore plus loin dans la réflexion au travers de la transformation d'une partie des places d'hébergement d'urgence.

### **3.3 Spécialiser un appartement d'hébergement d'urgence pour l'accueil des sortants de cure ou postcure afin de répondre aux besoins des personnes sans-abri.**

Comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, la santé des personnes sans-abri est un axe majeur des accompagnements. Dans ce paragraphe, je développerai la réflexion autour de la spécialisation d'un appartement pour l'accueil des personnes sortant de cure ou de postcure addiction.

#### **3.3.1 Du constat vers le projet de spécialisation**

Dans le cadre de leurs projets personnalisés, les personnes présentant une ou des addiction(s) peuvent se voir proposer des cures de sevrage et des séjours de postcure. Nous avons rencontré des difficultés concernant leur retour de cure qui part d'un constat chiffré : 95% des personnes revenant sur les hébergements consommaient de nouveau dans les 2 mois. La sortie de la cure ou postcure devait donc être anticipée avant le départ afin de trouver des solutions alternatives.

Nous avons tout d'abord essayé de réintégrer la personne sur le second foyer du pôle sans que cela n'ait de réel impact. Les deux établissements sont géographiquement très proches et les personnes se connaissent et se fréquentent.



Nous avons donc voulu proposer une autre solution d'hébergement en travaillant avec le pôle logement de l'Audomarois. Le changement de territoire pouvant éviter l'influence de groupe. Les statistiques se sont améliorées puisque nous sommes à 65% des personnes qui consommaient dans les 2 mois. Progressivement, nous avons tout d'abord entendu parler de certaines d'entre elles sur le territoire par leurs fréquentations, puis elles ont téléphoné ou sont passées pour « prendre des nouvelles », avant de faire une demande d'hébergement sur le Calaisis. Lors des échanges entre les personnes sans-abri et les professionnels les motifs de rechute évoqués étaient : l'ennui, la solitude. L'éloignement du territoire n'était pas une solution pour éviter les nouvelles consommations.

### **3.3.2 La mise en place du projet.**

L'accompagnement des personnes sans-abri présentant une addiction est fréquente dans le secteur de l'exclusion. Nous avons donc vérifié ce qui existait sur le territoire en termes d'hébergement et d'accompagnement au sevrage. Il nous a donc paru important d'effectuer une analyse comparative de ce qui se pratique sur les autres territoires afin de comprendre s'ils étaient confrontés aux mêmes difficultés et savoir ce qu'ils avaient pu mettre en place. Il s'avère que les solutions sont multiples. Cependant au vu de la disposition du pôle la spécialisation d'un appartement diffus m'a paru la plus adaptée.

Nous avons donc créé un groupe de travail composé de deux personnes hébergées, de la chef de service de la veille sociale, de la psychologue, d'un membre de l'équipe, d'un représentant de l'association spécialisé dans les addictions partenaires et de moi-même. Nous avons fixé 4 réunions afin de cadrer le projet mais n'avons pas réussi à avoir les hébergés sur l'ensemble du groupe de travail.

Afin d'éviter les collectifs mais de lutter contre l'isolement, nous avons identifié un appartement 4 places à proximité des locaux de la veille sociale. Les chambres individuelles permettent de s'isoler et de posséder un espace privatif, les parties communes partagées luttant contre l'isolement.

Nous avons rédigé le projet social de cet appartement avec une durée initiale fixée à 3 mois mais renouvelable. Le suivi social sera réalisé par les professionnels du SIAO, des activités seront proposées par l'animateur du pôle, et des repas communs organisés par le Samu social et l'association partenaire seront organisés. Un suivi médical complémentaire sera proposé par l'infirmière AHI puis par l'infirmière des LHSS mobiles. Nous avons également convenu avec les hébergements qu'une réintégration sera programmée en cas de consommation avérée afin d'éviter d'influencer les colocataires. Enfin nous avons travaillé avec le pôle insertion par l'économique afin que les personnes de ce dispositif puissent participer à l'AVA à un rythme adapté à leurs capacités physiques.

Nous avons informé notre financeur. Ce projet est réalisé à moyens constants et relève uniquement d'une réorganisation à l'interne. Avec l'accord de la direction générale nous avons également transmis le projet à l'ARS afin de solliciter un financement de 25 000 € annuels (temps médecin spécialisé en addictologie, temps psychologue supplémentaire, financements d'activités à visées occupationnelles...)

Nous avons également contacté les centres de cure et de postcure avec lesquels nous travaillons habituellement afin de leur présenter le dispositif et faciliter la coordination (date de fin de cure et donc de retour sur le territoire, obtenir les cures et postcures consécutives...).

### **3.3.3 L'évaluation du projet**

L'évaluation du projet sera réalisée par le pilote à savoir la chef de service de la veille sociale. Nous allons utiliser le tableau de suivi statistiques pour obtenir l'évaluation quantitative (taux d'occupation, durée de l'hébergement, motifs de sorties, nombre d'entretiens psychologue, IDE, partenaires, participation ou non à l'AVA...).

Nous centrons l'évaluation sur la santé des personnes dépendantes. Des réunions de concertation organisées à la demande ou au minimum tous les 3 mois vont permettre de recueillir les données sur l'efficience du dispositif

Une enquête de satisfaction, similaire sur le pôle, sera transmise aux personnes hébergées. Enfin « une boîte à idées » a été installée dans l'appartement afin que l'animateur puisse recueillir les propositions.

Ce recueil de données viendra alimenter le rapport d'activité du pôle mais il sera tout particulièrement présenté lors du comité de pilotage annuel

L'appartement est disponible depuis juin 2022, nous réaliserons un point d'étape avec la chef de service à 6 mois puis au bout d'un an afin de vérifier l'efficience. Mais également pour évaluer si le nombre de places couvre la demande, afin de savoir si nous devons développer ce mode d'hébergement. Une réflexion est en cours autour du public sans-abri souffrant de troubles psychiques.

Consciente que les logements en semi-autonome ne peuvent convenir à l'ensemble des personnes sans-abri, nous avons développé un dispositif qui s'inscrit dans une démarche « d'aller vers » les personnes.

### **3.4 Les lits halte soins santé mobiles : un projet innovant visant le développement d'un travail en transversalité.**

#### **3.4.1 Définition générale des LHSS**

Depuis 2011, le pôle accueil et hébergement dispose d'une structure dénommée « Lits Halte Soins Santé » (LHSS) attenante au centre d'hébergement d'urgence et de stabilisation. Ces LHSS visent à accueillir « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale mais est incompatible avec la vie à la rue »<sup>82</sup>.

Les LHSS accueillent pour une durée de 2 mois renouvelable autant que nécessaire en fonction de l'état sanitaire de la personne et ont pour mission de :

- Proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés, de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique
- Mettre en place un accompagnement social personnalisé afin de faire reconnaître et valoir les droits de la personne
- D'élaborer un projet de sortie individuel.

La localisation des LHSS dans le Centre d'hébergement d'urgence est dans l'accompagnement des personnes. De plus, il permet aux salariés de cultures professionnelles différentes d'être quotidiennement en contact. Le pilotage des actions se fait donc en transversalité sur ces deux établissements.

#### **3.4.2 Le cadre légal des LHSS et de sa déclinaison LHSS mobiles**

Les LHSS sont les héritiers des « lits hébergement infirmiers » expérimentés en 1993 par le Docteur Xavier EMMANUELLI, fondateur du Samu social.

Les LHSS ont été pérennisés dans leur statut d'établissements médico-sociaux au travers de la loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006<sup>83</sup>.

Le décret 2006-556 du 17 mai 2006 a défini les conditions d'organisation et de fonctionnement de ces structures.

---

<sup>82</sup> *Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés* –. (2022, 3 mars). Ministère de la Santé et de la Prévention.

<sup>83</sup> Légifrance. (2005, 19 décembre). *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006*.

La stratégie nationale de santé 2018-2022<sup>84</sup> vise à lever tous les freins financiers liés à l'accès à la santé et vise à :

- Instaurer une politique de prévention et promotion de la santé,
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales ;
- Garantir la pertinence et sécurité des prises en charges

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, les LHSS ont vu leurs missions s'élargir et peuvent accueillir des personnes non accompagnées dans la structure grâce en particulier aux LHSS mobiles<sup>85</sup> (Article D. 312-176-1 I du Code de l'action sociale et des familles)

Depuis Mars 2021, l'Agence Régionale de Santé des Hauts de France (ARS) et la DDETS travaillent sur la déclinaison de la mesure 27 du Ségur de la santé qui vise « à prévenir et à lutter contre les inégalités de santé en renforçant l'offre de soins à destinations des publics précaires et en assurer un accès facilité »<sup>86</sup>.

Le cahier des charges des LHSS mobiles se base sur une démarche « d'aller-vers » qui vise à renforcer :

- « - L'équité en santé en favorisant le retour vers les dispositifs de droit commun ;
- Le recours à la prévention et aux soins ; le non renoncement aux soins ;
- L'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- La prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité de ces publics
- L'articulation des secteurs du sanitaire, du social et du médico-social afin d'apporter une réponse globale aux personnes accompagnées. »

L'objectif est donc de compléter l'intervention sociale habituelle basée sur les demandes exprimées et à prendre en compte les situations de non-demandes. Acteur AHI incontournable du territoire Calaisien et fort de notre technicité en LHSS, nous avons proposé à l'ARS le projet de LHSS mobiles afin de répondre à l'évolution constatée des besoins sur le territoire.

---

<sup>84</sup> Ministère de la santé. (2018). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

<sup>85</sup> *Code de l'action sociale et des familles*. (s. d.). Légifrance.

<sup>86</sup> *Mesure 27 du Ségur de la Santé : lutter contre les inégalités de santé*. (2021, 29 décembre). Agence régionale de santé Ile-de-France

### 3.4.3 Les LHSS mobiles et l'expérimentation de la démarche de « l'aller-vers »

#### A) Le cadre d'intervention

Les LHSS mobiles sont développés dans le cadre d'une extension de capacités. L'objectif de permettre « d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, là où elles vivent, de mettre en œuvre des modalités »<sup>87</sup>

Pour ce faire, les LHSS mobiles visent à :

- « Coordonner la prise en charge pluridisciplinaire et à orienter vers les dispositifs et professionnels adaptés
- Evaluer l'état de santé et prodiguer les soins primaires
- Proposer des prestations d'accompagnement social »

L'équipe des LHSS mobiles se compose d'une infirmière et d'un travailleur social. Respectant la démarche « d'aller-vers », l'entrée en relation est impulsée par l'action proactive des professionnels qui vont aller au-devant des publics. Pour ce faire, ils effectueront des interventions du lundi au vendredi de 9h à 17h. Ils disposent d'un fourgon aménagé (infirmierie, bureau administratif) afin de pouvoir se déplacer sur l'ensemble du territoire avec le matériel médical et administratif nécessaires pour leurs missions. Le secteur géographique d'intervention est similaire à celui du SIAO acteur central du dispositif AHI. Les lieux d'intervention sont multiples puisqu'ils concernent tous les habitats de vie indignes (rue, squat, bidonvilles...) et les dispositifs AHI.

Les LHSS mobiles interviennent en complémentarité de l'offre territoriale déjà existante. Ils peuvent être sollicités par l'ensemble des intervenants du territoire ou intervenir sur leur propre initiative lors de maraudes sanitaires.

Afin de s'assurer de la qualité du service, les LHSS mobiles s'inscriront dans une démarche d'évaluation aussi bien quantitative que qualitative.

Le versant quantitatif sera étudié au travers des tableaux de suivis (nombres de rendez-vous, typologie du publics, difficultés rencontrées...)

L'évaluation de la qualité grâce à un questionnaire de satisfaction à destination des structures partenaires et de la borne de satisfaction pour les personnes accompagnées

---

<sup>87</sup> *Création de deux équipes mobiles médico-sociales : équipes mobiles santé précarité (EMSP) ou Lits Halte Soins Santé mobiles*

*(LHSS mobiles)*

(annexe). Ce dernier se base sur les recommandations de bonnes pratiques éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>88</sup>. Il vise à analyser :

- « la mise en œuvre d'un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en s'appuyant notamment sur des postures d'accompagnement bienveillantes et non jugeantes ;

- la mise en œuvre d'une organisation facilitant cet accompagnement et permettant de prévenir les ruptures de parcours. Cela nécessite une réflexion sur les pratiques d'accompagnement et l'inscription de l'établissement dans son territoire d'intervention ;

- la mise en œuvre d'un accompagnement de la fin de vie »

Pour les personnes qui ne sont pas en capacités de remplir ce questionnaire, nous recueillerons la satisfaction au travers d'une borne de satisfaction dont l'utilisation est simplifiée par les couleurs et les smileys.

Un comité de suivi annuel sera organisé afin de présenter le rapport d'activité et de convier l'ensemble des partenaires et de recueillir leurs propositions d'améliorations ou d'adaptations. Le projet LHSS mobile m'a permis d'être en lien étroit avec les interlocuteurs de l'Agence Régionale de Santé (ARS) financeurs du projet. J'ai également pu asseoir l'association sur le territoire en confirmant notre technicité et en renforçant les liens partenariaux.

## B) Mode de management et gestion de projet

Comme évoqué précédemment, l'évolution de l'environnement et du public nécessite que le pôle s'adapte. Pour cela, la vision stratégique du directeur est nécessaire. Cependant cette évolution ne peut se réaliser sans l'adhésion et la participation active des équipes.

L'étude de la structure de mon organisation a mis en avant la nécessité de développer la collaboration entre les différents services. A cette fin, j'ai dû choisir le type de management le plus adapté aux équipes du pôle afin de permettre la réalisation du projet. Le management participatif au travers de la gestion de projet m'a paru le plus adapté puisqu'il est un outil stratégique central permettant de faire évoluer le fonctionnement du pôle et les pratiques professionnelles des équipes. Ce type de management engagé permet

---

<sup>88</sup> HAS. (2022). *La HAS publie le premier référentiel national pour évaluer la qualité dans le social et le médico-social*. Haute Autorité

également d'accompagner le changement et ainsi de limiter les résistances au changement liées aux évolutions des pratiques et aux craintes qui en découlent.

Cependant le management par projet nécessite une organisation et une méthodologie. Il existe tout d'abord une phase préparatoire que nous pouvons intituler « l'avant-projet ». Puis débute la gestion de projet à proprement parlé qui est déclinée en 5 phases comme le décrit le cabinet conseil Asana<sup>89</sup>:

- « Le démarrage du projet
- La planification du projet
- La mise en œuvre du projet
- Le suivi de l'efficacité
- La finalisation du projet »

Après un échange avec la directrice générale, j'ai pu présenter le projet aux membres du conseil d'administration et aux financeurs.

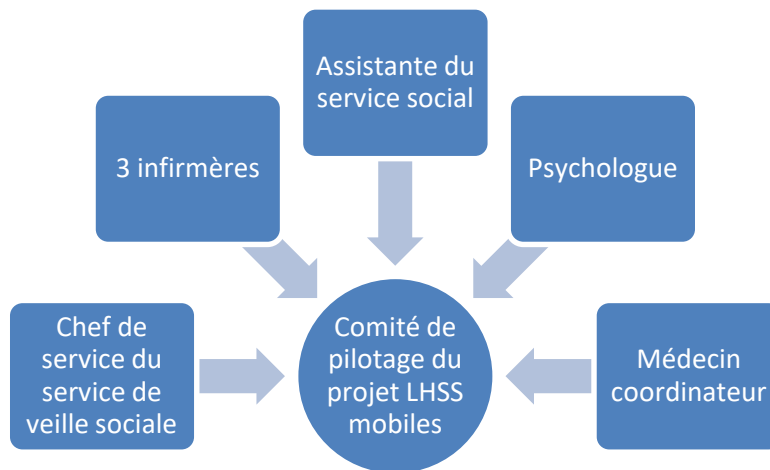
L'« avant-projet » est une phase de réflexion qui m'a permis de clarifier ma vision, mes objectifs et résultats visés et de m'assurer de l'opportunité de ce projet. Cette phase a été basée sur l'évolution du cadre légal, le diagnostic SWOT précédemment présenté, les échanges avec la direction générale et l'aval du conseil d'administration.

Le « démarrage du projet » a permis de définir le plan de communication (avec la présentation à l'équipe de cadres, puis auprès des acteurs concernés). Mais également de désigner le pilote de l'action et de créer le comité de pilotage. Pour les LHSS mobiles, le pilote identifié est la chef de service du CHU dont dépendent les LHSS. Le comité de pilotage est constitué :

---

<sup>89</sup> 5 phases de gestion de projet pour un meilleur processus d'équipe • (s. d.). Asana.

## Pilote : Chef de service du CHU



Idéalement, j'aurais souhaité pouvoir associer le travailleur social qui fera partie de l'équipe des LHSS mobile mais ce dernier n'a pas encore été identifié.

La phase de « planification » a été élaborée avec le pilote du projet. Elle nous a permis de réaliser notre « feuille de route » qui regroupe les objectifs, le budget, les rôles de chacun et la chronologie. Lors de cette phase de planification, j'ai été attentive à la faisabilité de mes objectifs, pour cela je me suis basée sur la méthode SMART (objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalisables et temporellement définis)<sup>90</sup> décrite par Peter F DRUCKER dans son ouvrage « The practice of management »<sup>91</sup>. Afin de maintenir une dynamique de groupe, j'avais fixé un délai maximum de 3 mois entre la phase de mise en œuvre et celle de clôture, avec l'organisation de 6 comités de pilotage.

La « mise en œuvre » a permis de présenter le projet LHSS mobiles aux membres du comité de pilotage et les livrables attendus. Nous avons défini les modalités de déroulé des réunions de travail, les missions de chacun ainsi que les points d'étape avec des dates précises. Afin de gagner en lisibilité nous avons défini ensemble la chronologie au travers d'un diagramme de Gantt<sup>92</sup>(annexe) ce qui nous a permis d'estimer au mieux le temps

<sup>90</sup> <https://blog.comexplorer.com/comment-formuler-un-objectif-smart>

<sup>91</sup> Drucker, P. F. (2006). *The Practice of Management* (Reissue éd.). Harper Business.

<sup>92</sup> *Diagramme de Gantt : utilité et construction.* (s. d.). Manager GO !



nécessaire à la réalisation de chaque tâche par les acteurs. Concernant le montage financier j'ai tout d'abord recueilli les besoins du comité de pilotage. Puis j'ai travaillé en collaboration avec le responsable des affaires financières rattaché au siège qui a complété puis sécurisé mon budget prévisionnel.

Le « suivi de l'efficacité » est l'une des missions du pilote de projet, cependant afin d'être garant de son avancée et de son bon déroulement j'ai mis en place des réunions mensuelles avec le pilote. Ces temps de travail étaient d'autant plus importants que la chef de service avait peu d'expérience en gestion de projets et que ce mode de travail était innovant dans le pôle.

La « finalisation du projet » s'est déroulée lors du dernier comité de pilotage. Le pilote a pu présenter l'ensemble du dossier finalisé. Nous avons ensuite échangé sur les difficultés et les avantages de ce mode de collaboration. Le projet a été clôturé au niveau de sa rédaction par le comité de pilotage.

J'ai ensuite présenté ce projet à la Direction générale, qui l'a elle-même transmise au conseil d'administration. L'accord ayant été obtenu par les instances de l'institution, j'ai sollicité l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin de leur soumettre le projet. Le budget prévisionnel présenté d'un montant de 255 520 € se trouve en annexe.

Dans l'attente de leur réponse, j'ai continué à travailler sur « l'après » afin de faire vivre ce projet. Nous avons demandé aux membres du comité de pilotage de présenter la démarche lors des réunions d'équipe afin de promouvoir leur travail. Il m'a semblé important d'être présente afin de valoriser la démarche et de préciser que nous étions en attente de réponse du financeur, ce qui atteste d'une communication transparente. L'objectif général étant d'inciter une intention et de motiver les équipes à travailler en étroite collaboration avec les autres services.

Le management par projet m'a permis d'impliquer dans un premier temps un groupe de travail restreint dans un style déléгатif favorisant l'engagement, la motivation et l'autonomie des professionnels. Ce fonctionnement m'a permis de découvrir les compétences de certains professionnels et de permettre à d'autres de gagner en compétences grâce à l'intelligence collective.



## Conclusion

Le travail autour de ce mémoire m'a permis d'établir un état des lieux précis de mon secteur d'activité. Grâce à cet écrit, j'ai pu poser des mots sur mes ressentis ou mon management. Mes représentations ont été contredites et souvent bousculées ; mais parfois, les personnes rencontrées les ont confirmées. Dans tous les cas, cette réflexion m'a permis de mieux comprendre mon secteur d'activité et les liens entre la santé et l'exclusion.

L'association Mahra-Le toit est imprégnée de cette lutte contre toutes les exclusions et porte des valeurs fortes. Sa présence sur deux territoires fait d'elle un acteur majeur dans le secteur de la précarité. La spécificité du territoire calaisien complexifie d'avantage les accompagnements des personnes sans-abri. Cependant, la volonté du conseil d'administration, de la direction générale et des directions de pôle est de proposer des prises en charges de qualité malgré des contraintes financières de plus en plus importantes. Confrontés à un public en perpétuel mouvement, nous sommes nous aussi dans cette logique d'adaptation.

La volonté affichée est claire : pouvoir proposer à un maximum de personnes des solutions d'accompagnement qui répondent à leurs besoins et attentes. La santé est un axe majeur qu'il ne faut pas négliger dans l'accompagnement global de la personne sans-abri, à nous de nous adapter à leurs modes de vie. Cependant cette logique nécessite une participation active et une mobilisation de tous les acteurs. Les équipes, au plus proche du terrain et des personnes sans-abri, sont les plus à même de recueillir leurs paroles. De par leur technicité, ils sont une force pour l'équipe de direction. En tant que directrice je dois donc être capable d'écouter les professionnels, d'analyser leurs dires afin de proposer des évolutions pérennes.

Ma posture de directrice participe à développer une culture commune autour des valeurs associatives. La qualité de l'accompagnement, l'esprit d'équipe, les conditions de travail, la formation sont autant d'éléments qui alimentent le sens donné à nos missions. Je suis convaincue que le management délégitif permet de valoriser les professionnels et donc de les sécuriser dans une période anxieuse où le sens du travail est au cœur des préoccupations.

Ce travail d'écriture a prouvé que de nombreux projets ont été lancés pendant ces deux dernières années. Il reste maintenant à les poursuivre, les conclure, les faire vivre et les faire progresser. Il m'a permis de me faire évoluer tant dans ma posture que dans mon management. Mais il m'a surtout donné encore davantage de motivation afin d'éviter que ces personnes sans-abri, qualifiées par P DECLERCK<sup>93</sup> de « naufragés » ne perdent encore davantage pied.

---

<sup>93</sup> REF Declerck, P. (2014). *Les naufragés (Terre humaine) (French Edition)*. Plon.

---

## Bibliographie

---

- \* *5 phases de gestion de projet pour un meilleur processus d'équipe* •. (s. d.). Asana. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://asana.com/fr/resources/project-management-phases>
- \* A. (s. d.). *Théorie de la contingence - Qu'est-ce que c'est, définition et concept - 2021 - Économie-Wiki.com*. economy-pedia. Consulté le 4 août 2022, à l'adresse <https://economy-pedia.com/11037485-contingency-theory>
- \* *Addictions* -. (2022, 17 mars). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
- \* American Psychiatric Association, Crocq, M. A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C., Pull-Erpelding, M., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5*. Elsevier Gezondheidszorg.
- \* Besozzi, T. (2020). *Idées reçues sur les SDF : regard sur une réalité complexe*. CAVALIER BLEU.
- \* BLAKE, R., & MOUTON, J. (s. d.). *Grille de BLAKE et MOUTON : 5 grands types de management*. Manager GO ! Consulté le 18 août 2022, à l'adresse <https://www.manager-go.com/management/grille-de-blake-et-mouton.htm>
- \* BOISSONNAT, E., PELS, H., DESPRES, C., & MION, D. (2020, novembre). « *Un toit, ma santé et moi* » *Constats et préconisations sur les conditions d'habitabilité d'un lieu Par et pour les plus pauvres*. Laboratoire d'idée santé d'ATD Quart-Monde.
- \* Brousse, C. (s. d.). *cairn.info*. Cairn. <https://www.cairn.info/revue-geneses-2005-1-page-48.htm>
- \* Castel, R. (2014). *Les Métamorphoses de la question sociale : Une chronique du salariat (Espace du politique) (French Edition)*. Fayard.
- \* Cavagnol, A., & Roule, P. (2009). *Management des organisations*. Gualino-Lextenso éd.
- \* Cha, O. (2013, février). *La santé des sans-abri* (No 2). <https://www.academie-medecine.fr/la-sante-des-sans-abri/>
- \* Chambaud, L. (2018). Accès aux soins : éléments de cadrage. *Regards*, N53(1), 19. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>
- \* Chazel, F. (2000). *Aux fondements de la sociologie (French Edition)*. Presses universitaires de France (réédition numérique FeniXX).

\* Chhum, F. A. E. M. V. (s. d.). *Article 151 Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne*. Doctrine. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.doctrine.fr/l/traite-fonctionnement-union-europeenne/article-151/UE\\_TFUE\\_151](https://www.doctrine.fr/l/traite-fonctionnement-union-europeenne/article-151/UE_TFUE_151)

\* *Code de l'action sociale et des familles*. (s. d.). Légifrance. Consulté le 1 janvier 2021, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042895387#:~:text=%2DLes%20soins%20sont%20coordonn%C3%A9s%20par,s'assure%20de%20leur%20continuit%C3%A9](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042895387#:~:text=%2DLes%20soins%20sont%20coordonn%C3%A9s%20par,s'assure%20de%20leur%20continuit%C3%A9).

\* Colleville, A. C., & Kermarec, F. (2021, mai). *Étude Qualisurv-Habitat 2013–2014 : effets des conditions de logement dégradées sur la santé. Éléments descriptifs*. Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/saturnisme-de-l-enfant/documents/enquetes-etudes/etude-qualisurv-habitat-2013-2014-effets-des-conditions-de-logement-degradees-sur-la-sante.-elements-descriptifs>

\* Comité d'évaluation. (2019). *Évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté - Rapport 2021*. France Stratégie. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.strategie.gouv.fr/publications/evaluation-de-strategie-nationale-de-prevention-de-lutte-contre-pauvrete-rapport-2021>

\* *Constitution*. (1946, 22 juillet). OMS. Consulté le 3 juin 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution#:~:text=La%20sant%C3%A9%20est%20un%20%C3%A9tat,de%20maladie%20ou%20d'infirmite%C3%A9>.

\* Cour des comptes. (2021, janvier). *Politique en faveur du logement d'abord*. Chambres régionales et territoriales des comptes. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-en-faveur-du-logement-dabord>

\* *Création de deux équipes mobiles médico-sociales : équipes mobiles santé précarité (EMSP) ou Lits Halte Soins Santé mobiles (LHSS mobiles) à implanter dans les départements de la Seine-et-Marne, des Yvelines et du Val d'Oise*. (2022, 27 juin). Agence régionale de santé Ile-de-France. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/creation-de-deux-equipes-mobiles-medico-sociales-equipes-mobiles-sante-precarite-emsp-ou-lits-halte>

\* D. (2022, 2 mars). *La qualité de vie au travail* –. Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le 16 août 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail#:~:text=Qualit%C3%A9%20de%20vie%20au%20travail%20%3A%20de%20quoi%20parle%2Dt%2D,globale%20des%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9>

\* DARES. (s. d.). *Conditions de travail | Dares*. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Consulté le 16 août 2022, à l'adresse

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/temps-et-conditions-de-travail/conditions-de-travail#:~:text=Les%20conditions%20de%20travail%20recouvrent,d'utilit%C3%A9%20C%20etc.>)

\* *Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948*. (2001, août 1). justice.gouv.fr. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>

\* Declerck, P. (2014). *Les naufragés (Terre humaine) (French Edition)*. Plon.

\* *Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM)*. (2016, 14 janvier). Legifrance. Consulté le 31 mai 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031824723/>

\* Département du Pas-de-Calais. (2017, 1 janvier). *Pacte des solidarités et du développement social 2017-2022*. Pasdecalais. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.pasdecalais.fr/Solidarite-Sante/Lutte-contre-les-exclusions/Le-Revenu-de-Solidarite-Active-RSA/Pacte-des-Solidarites-et-du-developpement-social>

\* *Diagramme de Gantt : utilité et construction*. (s. d.). Manager GO ! Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/diagramme-de-gantt.htm>

\* Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125- 145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

\* DREES. (2020, 1 janvier). *Répertoire RPPS*. esante.gouv.fr. Consulté le 4 juin 2022, à l'adresse <https://esante.gouv.fr/produits-services/repertoire-rpps>

\* DRESS. (2016, janvier). *Enquête auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficultés sociales*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/06-lenquete-aupres-des-etablissements-et-services-en-faveur-des-adultes>

\* Drucker, P. F. (2006). *The Practice of Management* (Reissue éd.). Harper Business.

\* *The European Pillar of Social Rights in 20 principles*. (2017, 4 avril). European Commission - European Commission. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles>

\* Eurostat. (2018, 1 janvier). *Médecins par spécialité médicale - Produits Données*. Consulté le 4 juin 2022, à l'adresse [https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-datasets/product?code=hlth\\_rs\\_spec](https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-datasets/product?code=hlth_rs_spec)

\* Fayol, H. (1999). *Administration industrielle et générale - 2ème édition*. Abebooks. Consulté le 2022, à l'adresse <https://www.abebooks.fr/9782100044238/Administration-industrielle-g%C3%A9n%C3%A9rale-2%C3%A8me-%C3%A9dition-2100044230/plp>

\* FEANTSA. (2007, 1 janvier). *Typologie Européenne de l'exclusion liée au logement ETHOS 2007*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.feantsa.org/download/fr\\_\\_\\_2525022567407186066.pdf](https://www.feantsa.org/download/fr___2525022567407186066.pdf)

\* Ferrans, C. E. (s. d.). *L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques*. Cairn.info. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-32.htm#:~:text=L'indice%20de%20qualit%C3%A9%20de%20vie%20\(IQV\)%20a%20%C3%A9t%C3%A9,des%20dimensions%20par%20chaque%20sujet](https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-32.htm#:~:text=L'indice%20de%20qualit%C3%A9%20de%20vie%20(IQV)%20a%20%C3%A9t%C3%A9,des%20dimensions%20par%20chaque%20sujet).

\* Flambard, P. (s. d.). *Formation et montée en compétences : la courbe en S*. 360Learning. Consulté le 4 août 2022, à l'adresse <https://360learning.com/fr/blog/formation-et-montee-en-competences-courbe-en-s/>

\* Fondation Abbe Pierre. (2013, 1 février). *18e rapport sur l'État du mal-logement en France 2013*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-publications/etat-du-mal-logement/les-rapports-annuels/18e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2013>

\* Fondation Abbé Pierre. (22–01). *Bilan du sans-abrisme et du mal logement (No 27)*. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/27e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2022>

\* Fortin, J. C., & Poirier, P. E. (1979). *La théorie de Chester Barnard, The functions of the executive*. G. Morin.

\* « *Gagn'1 Kaz* » pour l'inclusion sociale. (2016, 30 juillet). Imaz Press Réunion : l'actualité de la Réunion en photos. Consulté le 16 août 2022, à l'adresse <https://www.ipreunion.com/actualites-reunion/reportage/2016/07/30/signature-d-une-convention-shlmr-et-allons-deor-gagn-1-kaz-pour-l-inclusion-sociale,47677.html>

\* Gajac, O., & Gajac, O. (s. d.). *La notion de désaffiliation chez Robert Castel* | \*

\* *Revue du Mauss permanente*. Journal du Mauss. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <http://www.journaldumauss.net/?La-notion-de-desaffiliation-chez-1250>

\* Gardella, E., & Arnaud, A. (2018, février). *Le sans-abrisme comme épreuve d'habiter*. ONPES. [https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/gardella-e.\\_arnaud-a\\_-\\_sans-abrisme\\_non-recours\\_-\\_rapport\\_obsssp-onpes.pdf](https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/gardella-e._arnaud-a_-_sans-abrisme_non-recours_-_rapport_obsssp-onpes.pdf)

\* *La Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP)*. (2022, 23 juin). cap métiers. Consulté le 3 août 2022, à l'adresse <https://www.cap-metiers.pro/pages/159/Gestion-des-Emplois-des-Parcours-Professionnels-GEPP.aspx>

Grootaers, D. (2005, 14 décembre). *Le Grain asbl*. Le grain. Consulté le 4 août 2022, à l'adresse



[http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=114:les-apports-de-henri-mintzberg-lapproche-systemique-pour-mieux-comprendre-les-organisations&catid=54:analyses&Itemid=115](http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=114:les-apports-de-henri-mintzberg-lapproche-systemique-pour-mieux-comprendre-les-organisations&catid=54:analyses&Itemid=115)

\* HAS. (s. d.). *Axe : Projet de santé et accès aux soins*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins#:~:text=L'acc%C3%A8s%20aux%20soins%20peut,l'%C3%A9quipe%20se%20consid%C3%A8re%20responsable](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins#:~:text=L'acc%C3%A8s%20aux%20soins%20peut,l'%C3%A9quipe%20se%20consid%C3%A8re%20responsable).

\*HAS. (2022). *La HAS publie le premier référentiel national pour évaluer la qualité dans le social et le médico-social*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3323113/fr/la-has-publie-le-premier-referentiel-national-pour-evaluer-la-qualite-dans-le-social-et-le-medico-social](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3323113/fr/la-has-publie-le-premier-referentiel-national-pour-evaluer-la-qualite-dans-le-social-et-le-medico-social)

\*Herzberg, F. (1969). *Work and the Nature of Man* (3rd Printing éd.). Thomas Y. Crowell Co.

\*Hopkins, J. (1996). *The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*. J Hopkins university. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.nonprofitjourney.org/uploads/8/4/4/9/8449980/\\_summary\\_of\\_voluntarism\\_in\\_us\\_salamon.pdf](https://www.nonprofitjourney.org/uploads/8/4/4/9/8449980/_summary_of_voluntarism_in_us_salamon.pdf)

\**Inclusion sociale - Le site du CNLE*. (s. d.). Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.cnle.gouv.fr/inclusion-sociale.html>

\*Institut Montaigne. (2020, décembre). *sante mentale : faire face à la crise*. <https://www.institutmontaigne.org/publications/sante-mentale-faire-face-la-crise#:~:text=Entre%20fin%20septembre%20et%20d%C3%A9but,grands%20d%C3%A9fis%20des%20prochaines%20ann%C3%A9es>.

\*Jackson, Y., Wuillemin, T., & Bodenmann, P. (2016). Santé et soins des personnes sans-abri. *Revue médicale Suisse*, 1671- 1675.

\*Jaouenne, M. (s. d.). *Sainsaulieu R. « sociologie de l'entreprise, Organisation culture et développement »*. Fiche de lecture de la Chaire DSO. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID\\_FICHIER=1295877018185](https://www.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1295877018185)

\*Kitts, A. (2022, 20 mai). *Mendiants, vagabonds et contagion du crime en France : des représen. . .* openeditions. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://journals.openedition.org/criminocorpus/12005>

\*LAGAUSIE, V., & SUDRES, J. L. (2018). Psychisme et habitat : nouvelles perspectives pour un soins clinique. *Annales médico-psychologiques*, 176(6), 597- 606.

\*Lapassade, G., & Lourau, R. (1974). *Clefs pour la sociologie*. Seghers.

\*Laporte, A., & Chauvin, P. (2010, janvier). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'île de France*. Inserm. <https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/471925/filename/Samenta.pdf>

\*Larousse. (s. d.-a). *Définitions : organisation - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421>

\*Larousse, Ã. (s. d.-b). *Définitions : sans-abri - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sans-abri/70870>

\*Lefevre, P. (1999). *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale (French Edition)* (DUNOD éd.). Dunod.

\*Légifrance. (s. d.). *Obligations de l'employeur et plan de formation*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037385741/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037385741/)

\*Légifrance. (1901, 1 juillet). *Loi relative au contrat d'association*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006069570/#:~:text=Toute%20association%20fond%C3%A9e%20sur%20une,nulle%20et%20de%20nul%20effet.>

\*Légifrance. (1975, 30 juin). *Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées*. Consulté le 16 août 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976/#:~:text=La%20pr%C3%A9vention%20et%20le%20d%C3%A9pistage,ou%20mentaux%20constituent%20une%20obligation>

\*Légifrance. (2005, 19 décembre). *Loi de de financement de la sécurité sociale pour 2006*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000815414/>

\*Légifrance. (2019, 1 juin). *Article L115-1 Code de l'action sociale et des familles*. Consulté le 13 juin 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000019863947](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019863947)

\**Lits halte soins santé et Lits d'accueil médicalisés*. (2016, 6 avril). ministère des solidarités et de la santé. Consulté le 31 mai 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-sociales-et-medico-sociales/article/lits-halte-soins-sante-et-lits-d-accueil-medicalises>

\**Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés –*. (2022, 3 mars). Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-sociales-et-medico-sociales/article/lits-halte-soins-sante-et-lits-d-accueil->

medicalises#: %7E:text=Les%20structures%20d%C3%A9nomm%C3%A9es%20%E2%80%9Cclits%20halte,n%C3%A9cessite%20pas%20une%20prise%20en

\*Logitio. (2021, 21 décembre). *GEPP : Tout savoir sur la migration de la GPEC vers la GEPP*. Consulté le 3 août 2022, à l'adresse <https://logitio.com/gepp-tout-savoir-sur-le-remplacement-de-la-gpec-vers-la-gepp/>

\**Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. (2002, 2 janvier). Legifrance. Consulté le 16 août 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

\**Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions*. (1998, 29 juillet). Legifrance. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000206894/#:~:text=La%20pr%C3%A9sente%20loi%20tend%20%C3%A0,famille%20et%20de%20l'enfance.>

\* *Loi visant à la mise en œuvre du droit au logement*. (1990, 31 mai). Légifrance. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000159413/>

\**MANAGEMENT : Définition de MANAGEMENT*. (s. d.). Centre national des ressources textuelles et lexicales. Consulté le 18 août 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/management>

\*Médecins du Monde. (2012, janvier). *Rapport d'activité ; mission santé logement*.

\**Mesure 27 du Ségur de la Santé : lutter contre les inégalités de santé*. (2021, 29 décembre). Agence régionale de santé Ile-de-France. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mesure-27-du-segur-de-la-sante-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>

\*Michel, C. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Seuil.

\*Ministère de la cohésion des territoires. (2018, 1 janvier). *Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme*. Gouvernement. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/plaquette\\_lda\\_4p\\_vf.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/plaquette_lda_4p_vf.pdf)

\*Ministère de la santé. (2018). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

\*Ministère de l'économie et des finances. (s. d.). *La fonction Ressources humaines*. [economie.gouv.fr](https://www.economie.gouv.fr/facileco/fonction-ressources-humaines#). Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.economie.gouv.fr/facileco/fonction-ressources-humaines#>

\*Mintzberg, H. (2004). *Le management : Voyage au centre des organisations - Poche* (ORGANISATION éd.). ORGANISATION.

\*Mura, Y., & Lefèvre, P. (2010). *Promouvoir les ressources humaines en action sociale et médico-sociale*. Dunod.

\*Mutualité française. (2021, juin). *la santé mentale en France*. place de la santé. <https://www.mutualite.fr/actualites/les-10-chiffres-cles-de-lobservatoire-2021-sur-la-sante-mentale/>

\**Un niveau de vie et des disparités de revenus plus élevés en Île-de-France et dans les communes denses - Insee Focus - 196*. (s. d.). INSEE. [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4508514#figure1\\_radio3](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4508514#figure1_radio3)

\*Nouvelle vie professionnelle. (2019). *Les français et la reconversion professionnelle*. [https://drive.google.com/file/d/1EI39PTQJ7rxHiRD\\_Xnh5RmVvYX3DesH/view](https://drive.google.com/file/d/1EI39PTQJ7rxHiRD_Xnh5RmVvYX3DesH/view)

\*OMS. (1946, 22 juillet). *Préambule de la constitution de l'OMS*. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

\*OMS. (1986, 21 novembre). *Promotion de la santé- Charte OTTAWA*. <https://www.euro.who.int/>. Consulté le 3 juin 2022, à l'adresse [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

\**ORGANISATION : Définition de ORGANISATION*. (s. d.). Centre national de ressources textuelles et lexicales. Consulté le 16 août 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/organisation>

\*Parazelli, M. (2011). *La rue attractive*. Presses de l'Université du Québec.

\*Paugam, S. (2015). *La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté. Préface de Dominique Schapper. Postface inédite de l'auteur (Quadrige. Essais, débats) (French Edition)* (4e éd.). Presses Universitaires de France.

\*PIERRE, A. (1954, 1 février). *L'appel de l'Abbé Pierre, du 1er février 1954*. Fondation Abbé Pierre. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/la-fondation-abbe-pierre/la-vie-de-labbe-pierre/appel-abbe-pierre-1er-fevrier-1954>

\* *Plan d'action sur le socle européen des droits sociaux*. (s. d.). Commission européenne - European Commission. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-action-plan\\_fr](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-action-plan_fr)

\* *Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*. (s. d.). Conseil constitutionnel. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946#:~:text=10.,le%20repos%20et%20les%20loisirs>.

\* Préfecture du Pas de Calais. (2015). *Plan départemental d'accueil pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) / Politiques locales dans le département / Habitat / Aménagement, accessibilité, habitat et urbanisme / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'état dans le Pas-de-Calais*. Ministère de l'Intérieur. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.pas-de-calais.gouv.fr/Politiques-publiques/Amenagement-accessibilite-habitat-et->

urbanisme/Habitat/Politiques-locales-dans-le-departement/Plan-departemental-d-accueil-pour-le-logement-et-l-hebergement-des-personnes-defavorisees-PDALHPD

\**Pyramide de Maslow : motivez à partir des besoins.* (s. d.). Manager GO ! Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.manager-go.com/management/theorie-de-maslow.htm>

\**Qu'est-ce qu'une drogue ?* (2015, août 7). Mildeca. Consulté le 19 mai 2022, à l'adresse <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-drogue>

\*Robert Castel (1933–2013). (2013). *Vie sociale*, 1(1), 7. <https://doi.org/10.3917/vsoc.131.0007>

\*Rousseau, C. (2021, 14 décembre). *73 % des sondés souhaiteraient bénéficier d'une montée en compétences.* SoftwareAdvice. Consulté le 4 août 2022, à l'adresse <https://www.softwareadvice.fr/blog/2357/montee-en-competences-upskilling#:~:text=Depuis%20le%20d%C3%A9but%20de%20la%20pand%C3%A9mie%20et%20de%20la%20crise,comme%20%E2%80%9Cplus%20importante%E2%80%9D%20d%C3%A9sormais.>

\*Samu Social de Paris. (2015, 17 novembre). *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. Numéro thématique. État de santé et conditions de vie des populations sans domicile.* Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-mentale-et-les-addictions-chez-les-personnes-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-l-enquete-samenta-de-2009>

\*Santé publique France. (2021). Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. *La santé en action*, 457.

\*Statistiques OF. (s. d.). *Indicateur de la Qualité de vie.* Office fédéral de la statistique. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/city-statistics/indicateurs-qualite-vie.html>

\*Taylor, F. W. (1985). *Principles of Scientific Management.* Van Haren Publishing.

\*URIOPSS. (2020, 23 septembre). *Dispositif « Un chez-soi d'abord-Jeunes » : informations et prochaines commission.* Uriopss Hauts-de-France. Consulté le 16 août 2022, à l'adresse <https://www.uriopss-hdf.fr/actualites/dispositif-chez-soi-dabord-jeunes-informations-et-prochaines-commission>

\*Valade, B. (s. d.). *CRÉATION DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL.* Encyclopædia

\*Universalis. Consulté le 1 août 2022, à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/creation-de-l-hopital-general/#:~:text=L'%C3%A9dit%20du%2027%20avril,source%20de%20tous%20les%20d%C3%A9sordres%20%C2%BB.>

\*Ville de Lyon. (2021, 3 décembre). *Zéro enfant à la rue*. Site officiel de la ville de Lyon. Consulté le 16 août 2022, à l'adresse <https://www.lyon.fr/actualite/solidarite/zero-enfant-la-rue-la-ville-mobilise-de-nouveaux-moyens>

\*World Health Organization. (2008). *Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé : Rapport final de la Commission des . . . Sociaux De La Santé) (French Edition)*. World Health Organization.

\*Wresinski, J. (1987, février). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

\*Y.J., Wullemin, T., & Bodenmann, P. (2016). Santé et soins des personnes sans abri. *Revue médicale suisse*, 1671. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-533/sante-et-soins-des-personnes-sans-abri#tab=tab-toc>

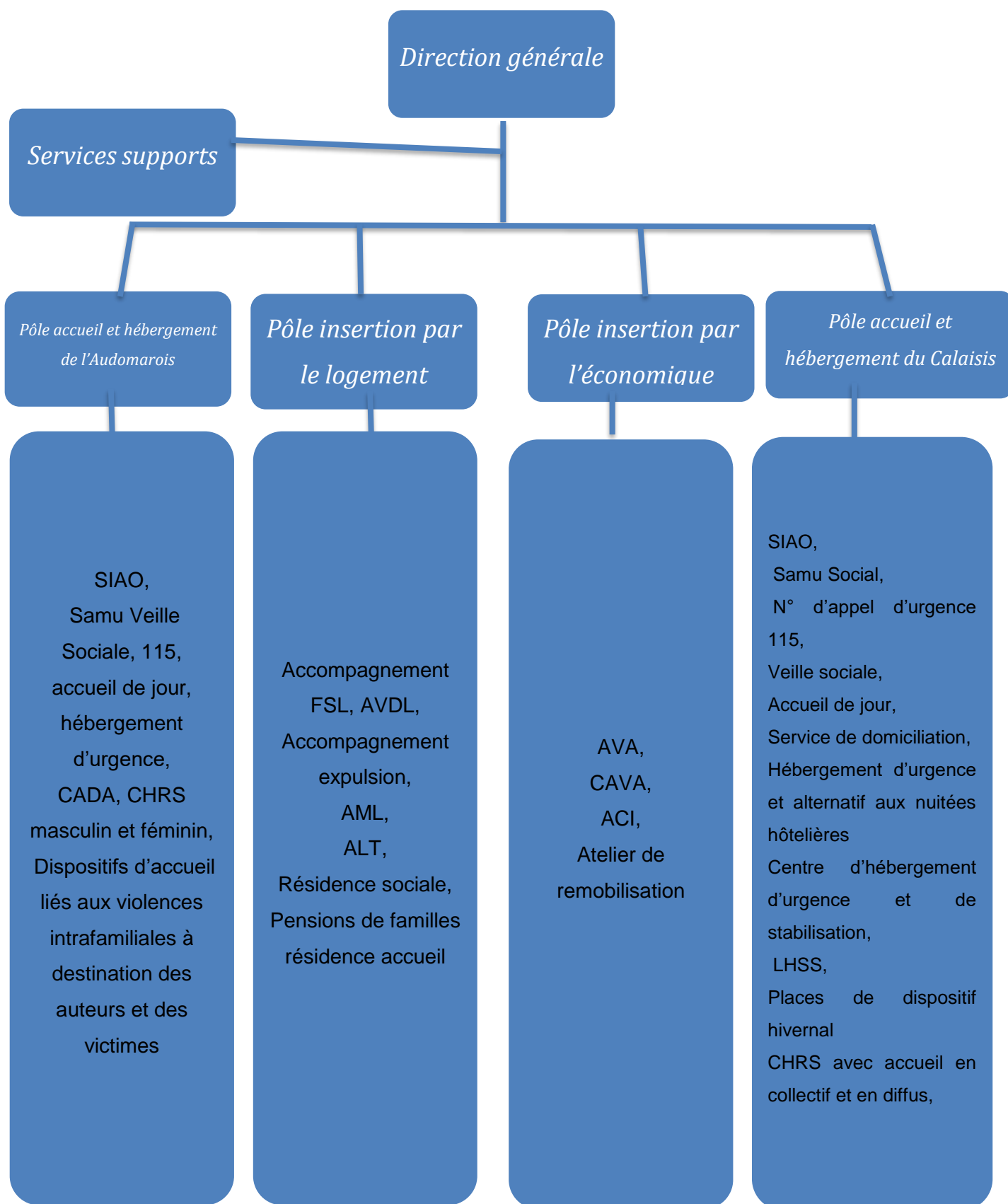
---

## Liste des annexes

---

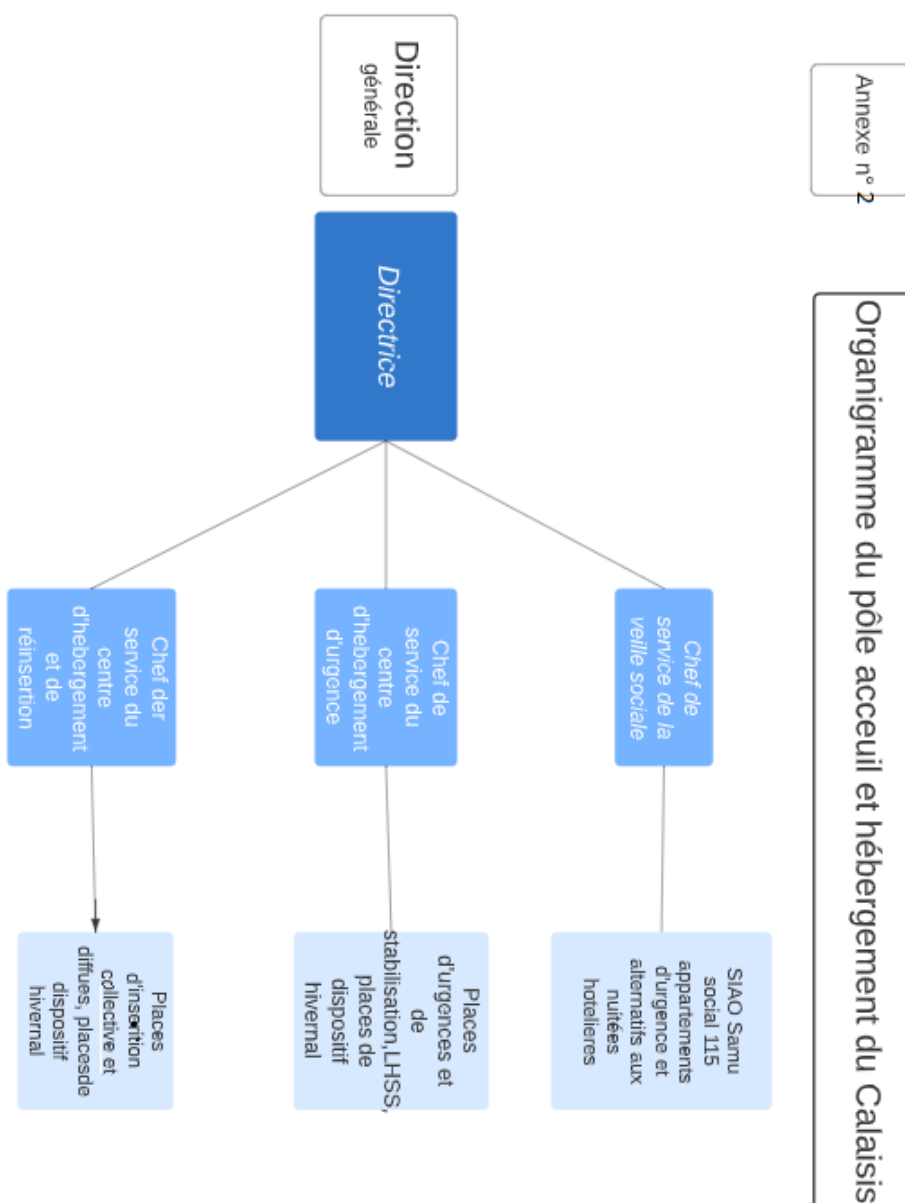
Annexe n°1	Organigramme de l'association Mahra Le Toit
Annexe n°2	Organigramme du pôle Accueil et hébergement du Calaisis
Annexe n°3	Extrait du rapport d'activité du pôle
Annexe n°4	Enquête de satisfaction qualité hébergés
Annexe n°5	Extrait de la note de cadrage recrutement et accueil
Annexe n°6	Budget LHSS Mobiles
Annexe n°7	Diagramme de Gantt LHSS Mobiles
Annexe n° 8	Enquête de satisfaction partenaires et personnes accompagnées LHSS mobiles

## Organigramme associatif





## Organigramme du pôle accueil et hébergement du Calaisis



## Rapport d'activité sur les situations des personnes sans-abri à l'entrée des dispositifs (extrait)

En 2021 ; 2769 personnes ont accompagnées

		<i>Situation administrative</i>
Possédant une Pièce d'identité		12%
Possédant un Compte bancaire		44%
Bénéficiaire d'une couverture maladie (Sécurité sociale, CMU..)		15%
Ayant une reconnaissance MDPH		12%
Bénéficiaire d'une domiciliation		88%
		<i>Revenus et protection</i>
Percevant un Revenus salariés		6%
Percevant le RSA		52%
Percevant l'AAH		8%
Bénéficiaire d'une Mise sous protection		26%
		<i>Santé</i>
Présente une addiction (alcool ; stupéfiants..)		46%
Ayant déjà été suivi pour Troubles psychiques		64%
Tabac		89%
Maladie Chronique		12%

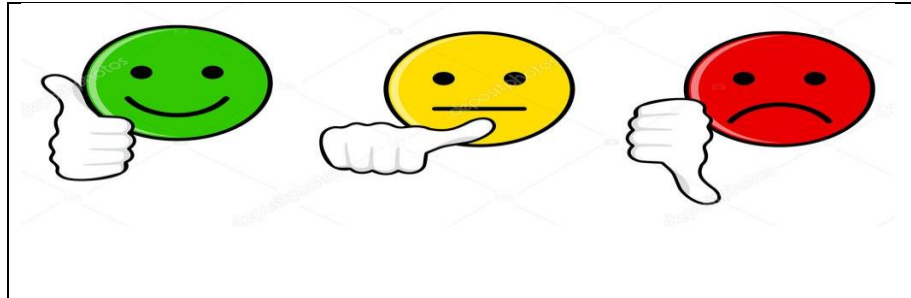
## Enquête de satisfaction à destination des personnes sans-abri (extrait)

Dans le cadre de l'évolution du pôle accueil et hébergement, nous avons besoin de vos ressentis et idées. Merci à vous !!

1. Quelle est votre tranche d'âge ?

- 18- 25 ans
- 26-35 ans
- 36-45ans
- 46-55ans
- Plus de 56 ans

2. Pourriez-vous indiquer votre qualité de satisfaction.



Chambre (Etat, Propreté..)			
Equipements de la chambre			
Restauration (propreté, accueil..)			
Qualité des repas			
Facilité d'échange avec les professionnels			

3. Rencontrez-vous des problèmes de santé ?
4. Lesquels ?
5. Bénéficiez-vous d'un accompagnement par l'équipe ?
6. Merci d'indiquer des propositions d'amélioration, ce que vous auriez besoin pour vous sentir plus à l'aise pour réaliser vos démarches médicales ?



## **Recrutement d'un nouveau salarié et J+15 (extrait)**

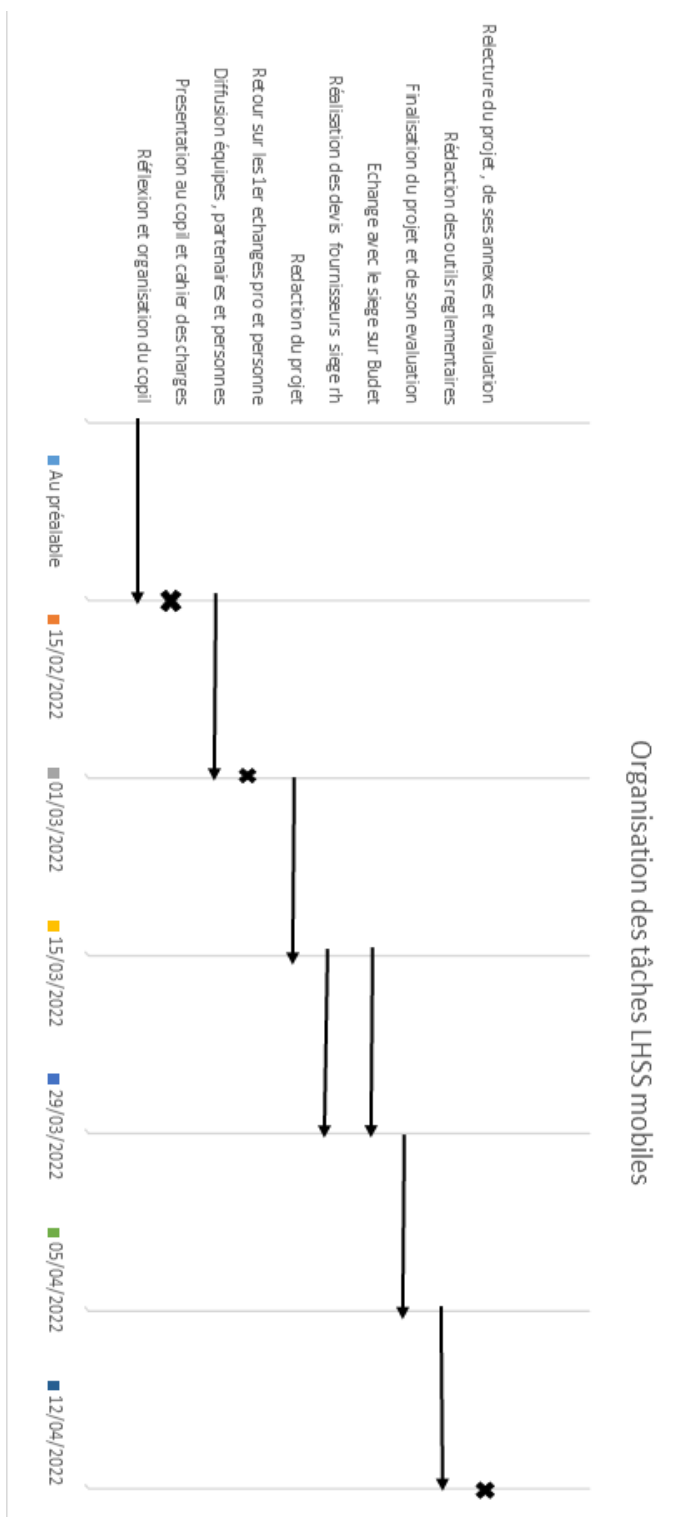
- Recrutement
  - Rédaction d'une annonce (revoir les critères ??)
    - Publication à l'interne
    - Publication à l'externe avec envoi aux différents partenaires (écoles, Pole Emploi,)
  - Entretien réalisé par la chef de service, idéalement en binôme (fiche entretien ???indicateurs ??)
  - Informer toutes les personnes qui ont postulé (mail type ??)
  - Informer les collègues du pôle
  - Réceptionner les pièces justificatifs (cf. doc annexe ?? + attestation médecin du travail précédent ??covid)
  - Envoi au siège (service paie.../ secrétariat ??) document de demande de contrat+ pièces justif
  
- Prise de poste
  - Avoir informé les équipes et identifier un professionnel qui va l'encadrer et le former
  - S'assurer d'être là pour l'accueil, le présenter aux collègues, lui expliquer brièvement les habitudes (réunions, horaires.)
  - Vérifier les conditions matérielles (Avoir le contrat + clés.)
  - Faire signer le contrat + retour à direction / siège pour signature
  - Envoyer vers Nathalie pour vérification des doc salaries / mutuelle/ info sur casier judiciaire, permis, covidé/ règlement intérieur
  
- 15j/ avant la fin de période d'essai
  - Bilan de prise de poste, ressenti,
  - Rapport d'étonnement sous 1mois (cf. doc)

## Budget LHSS mobiles

Budget d'investissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Achat d'un véhicule 80 000<sup>e</sup></li> <li>- Flocage véhicule 4 500<sup>e</sup></li> <li>- Aménagement du véhicule (fauteuil d'examen, boîte aux lettres, micro onde, frigo, glacière.....) 17 500 e</li> <li>- Ordinateur 780<sup>e</sup></li> <li>- Scanner portatif 120<sup>e</sup></li> <li>- Imprimante 110e</li> <li>- Borne de satisfaction 840<sup>e</sup></li> <li>- Téléphone + abonnement + clé4G 660e</li> </ul>	104 510e
Budget de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien véhicule, 2500e</li> <li>- Assurance 900</li> <li>- Essence 12 000<sup>e</sup></li> <li>- Bureautique 600<sup>e</sup></li> <li>- Flyers 210<sup>e</sup></li> <li>- Equipement médical (trousse de secours, tensiomètre, distributeur gel hydro...) 2800<sup>e</sup></li> <li>- 1 ETP IDE 35 000<sup>e</sup></li> <li>- 1 ETP travailleur social 35 000<sup>e</sup></li> <li>- 1 ETP ménage 20 000<sup>e</sup></li> <li>- Prestataires (Interprète, kiné. Pédicure.) 20 000e</li> <li>- DAA estimée à 22 000 e</li> </ul>	151 010e

## Diagramme de Gantt

### Organisation des tâches LHSS Mobiles



**Questionnaire satisfaction LHSS mobiles à destination des partenaires**  
**Borne de satisfaction pour les utilisateurs des LHSS mobiles**

- 1- Avez-vous sollicité les LHSS sur l'année 2023 ?
- 2- Dans quel cadre ?
  - Hébergement
  - A la rue
  - Dans un logement indigne
- 3- Etes-vous satisfaits des modalités de contacts ?
- 4- Que pensez-vous du délais d'intervention ?
- 5- Avez-vous eu un retour concernant l'intervention ?
- 6- Quels sont les bénéfices que vous avez pu observer pour la personne accompagnée ?
- 7- Avez-vous des propositions d'amélioration ?





TAHON

Sharon

Novembre 2022

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale  
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Hauts de France**

**DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES DU POLE ACCUEIL ET HEBERGEMENT  
POUR FAVORISER L'ACCES A LA SANTE DES PERSONNES SANS-ABRI.**

L'accompagnement global des personnes sans-abri comporte de multiples volets qui visent à lutter contre toutes les formes d'exclusion. La démarche se doit d'être bienveillante et respectueuse des souhaits et objectifs de la personne accompagnée. Les professionnels de l'association Mahra-Le Toit travaillent quotidiennement auprès de personnes sans-abri dans le cadre d'un accompagnement inconditionnel.

La pandémie liée au Covid-19 reste particulièrement présente dans les esprits et a mis l'accent sur l'importance de la santé et de l'accès aux soins.

Directrice du pôle accueil et hébergement du Calaisis, je me suis rendue compte que malgré les dispositifs variés et l'investissement des professionnels, nous ne parvenions pas à toucher l'ensemble du public sans-abri. J'ai donc décidé dans un premier temps de centrer ce mémoire sur le thème de la santé et de réfléchir à la manière dont nous pouvions faciliter l'accès à la santé et aux soins.

Cette réflexion nécessite tout d'abord une adaptation de nos pratiques au travers d'une politique de ressources humaines lisible. Puis nous avons pu adapter les dispositifs existants grâce à une modification architecturale importante et à une spécialisation d'appartements diffus. Ensuite nous avons pu travailler autour de dispositifs innovants tels que les Lits Halte Soins Santé Mobiles et leur démarche « d'aller-vers ».

**Mots clés :**

Exclusion sociale – Personne sans-abri – Santé - Aller-vers

*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.*