



**CREER UN DISPOSITIF DE LOGEMENTS INCLUSIFS POUR  
FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE SOIN DES PERSONNES  
ATTEINTES DE PATHOLOGIES CHRONIQUES ET  
SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES**

*Christelle FANCHON BAILLET*

2024

*cafdes*



---

# Remerciements

---

L'année de formation CAFDES est une parenthèse professionnelle, personnelle et familiale.

Merci à tous celles et ceux qui m'ont accompagnée dans ce cheminement professionnel et soutenue durant cette période.

Merci à l'équipe de l'ADIS, aux intervenants de l'IRTS, aux guides mémoire, à ma famille, mes proches, mes amis... vous qui avez été moteurs et acteurs dans ce projet...



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Interactions complexes entre précarité, logement, santé physique et troubles psychiques .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Un contexte règlementaire complexe, multiple et en mouvance .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Engagement politique pour un logement digne.....	3
1.1.2 Evolution des politiques en faveur de la prise en charge sanitaire .....	6
1.1.3 Regard sur la santé psychique : de l'exclusion à une logique d'inclusion .....	9
<b>1.2 Le public en situation d'exclusion .....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Sans abris, mal logement et santé, des intrications réelles.....	12
1.2.2 Une offre d'accompagnement en mutation .....	12
1.2.3 Un public différent, des besoins qui changent, des situations sans réponses adaptées .....	15
<b>1.3 L'association ADIS au cœur de l'hébergement et de l'accompagnement médico- social .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Une prise en charge médico psycho sociale des personnes atteintes de pathologies chroniques en hébergement ou dans les lieux de vie .....	17
1.3.2 Une volonté associative, un enjeu d'utilité publique.....	19
1.3.3 Un métier qui doit évoluer : d'une expertise centrée sur le sanitaire à une compétence psychique .....	20
<b>2 La nécessité de diversifier l'offre d'accompagnement aux personnes en souffrance psychique : forces et faiblesses d'un virage professionnel ..</b>	<b>23</b>
<b>2.1 L'ADIS : un établissement qui doit faire face à l'évolution du public et des politiques .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Méthodologie utilisée et vérification des besoins .....	23
2.1.2 Une organisation non adaptée aux troubles psychiques.....	28
2.1.3 Une équipe professionnelle engagée mais dont les compétences doivent être renforcées.....	29
<b>2.2 Diagnostic stratégique de l'organisation et du fonctionnement.....</b>	<b>31</b>
2.2.1 Les forces.....	33
2.2.2 Les faiblesses .....	33
2.2.3 Les opportunités.....	34

2.2.4	Les menaces .....	35
2.2.5	Analyse.....	35
<b>2.3</b>	<b>Apports théoriques et concepts : les notions d'accompagnement au changement, de compétences, d'inclusion .....</b>	<b>36</b>
2.3.1	La notion de compétence.....	36
2.3.2	L'accompagnement au changement .....	37
2.3.3	La notion d'inclusion sociale .....	39
<b>3</b>	<b>Diversifier l'offre d'Habitat au sein de l'ADIS pour accompagner les personnes malades et en souffrance psychique .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1</b>	<b>Apporter une réponse concrète aux besoins des personnes : créer un dispositif de logements inclusifs.....</b>	<b>41</b>
3.1.1	Orientations stratégiques .....	41
3.1.2	Une nouvelle offre de service : le logement inclusif.....	42
<b>3.2</b>	<b>Former les équipes à l'accompagnement des publics en souffrance psychique et accompagner les pratiques professionnelles .....</b>	<b>44</b>
3.2.1	Un projet d'établissement à faire évoluer .....	44
3.2.2	Optimisation des compétences par la formation.....	45
3.2.3	Regards croisés sur les situations.....	46
3.2.4	Recrutement et GEPP .....	47
<b>3.3</b>	<b>Développer, renforcer et formaliser le réseau partenarial : une collaboration efficace dans le secteur médico-social autour de la souffrance psychique.....</b>	<b>49</b>
3.3.1	Les partenaires de terrain .....	49
3.3.2	Les partenaires administratifs et financiers .....	50
<b>3.4</b>	<b>Pilotage du projet : de la mise en œuvre à l'évaluation .....</b>	<b>51</b>
3.4.1	Manager le changement : comment ?.....	51
3.4.2	Les financements.....	53
3.4.3	Communication.....	55
3.4.4	Evaluation, axes d'amélioration et de développement.....	56
	<b>Conclusion.....</b>	<b>59</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>61</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

Ps : mettre à jour via la touche F9

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique  
ACT HLM : Appartement de Coordination Thérapeutique Hors Les Murs  
ADIS : Association pour le Développement des Initiatives en Santé  
ANAH : Agence nationale de l'Habitat  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASS : Assistante de Service Social  
ATC : Autorité de Tarification et de Contrôle  
AVP : Aide à la Vie Partagée  
CA : Conseil d'Administration  
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues  
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail  
CDS : Chef de Service  
CH : Centre Hospitalier  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CMP : Centre Médico Psychologique  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CSE : Comité Social et Economique  
CREAI : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations  
CREHPSY : Centre de Ressources sur le Handicap Psychique  
CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale  
CVS : Conseil de Vie Sociale  
DAC : Dispositif d'Appui et de Coordination  
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale  
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels  
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité  
ES : Educateur Spécialisé  
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social  
ETP : Equivalent Temps Plein  
FEI : Fiche d'Evènement Indésirable  
FSL : Fond de Solidarité pour le Logement

GAPP : Groupe d'Analyse des Pratiques Professionnelles  
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle  
GEPP : Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels  
GPEC : Gestion Prévisionnel des Emplois et des Compétences  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HDF : Hauts-de-France  
HLM : Hors Les Murs  
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire  
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat  
LAM : Lit d'Accueil Médicalisé  
LHSS : Lit Halte Soins Santé  
MDPH : Maison Départementale de la Personne Handicapée  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONG : Organisation Non Gouvernementale  
ONU : Organisation des Nations Unies  
OPCO : Opérateur de Compétences  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
PDALHPD : Plans Départementaux d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées  
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies  
PRS : Programme Régional de Santé  
PTSM : Programme Territorial de Santé Mental  
RH : Ressources Humaines  
RQTH : Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé  
RPS : Risques Psycho Sociaux  
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile  
SAMO : Service d'Accompagnement en Milieu Ouvert  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
SDF : Sans Domicile Fixe  
SEP : Sclérose En Plaques  
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
SRS : Schéma Régional de Santé

SWOT: Strengths (Forces) , Weaknesses ( Faiblesses) , Opportunities ( Opportunités ) , Threats ( Menaces)

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis de personnes malades et ou handicapées psychiques

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux

VAE : Validation des Acquis et de l'Expérience

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



## Introduction

En commission d'admission pour le service d'Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), établissement médico-social qui accueille et accompagne des personnes en situation de précarité, atteinte de pathologie somatique et en démarche de soins, sont évoqués les dossiers de candidature reçus au cours des deux derniers mois.

Parmi eux, se trouve celui de Monsieur D., qui rentre dans les critères sanitaires pour intégrer notre dispositif (porteur d'une pathologie chronique somatique), et celui de Mme B., porteuse de la même pathologie mais pour qui les membres de l'équipe se positionnent de façon défavorable pour une éventuelle admission. Tous deux sont porteurs de comorbidités. Mr D. est atteint du VIH et d'un cancer et Mme B., d'un cancer et d'une pathologie psychiatrique pour laquelle elle est actuellement hospitalisée. Tous deux ont des parcours de vie similaire, alternant des périodes de vie à la rue, d'hébergement en structure d'urgence ou en situation précaire chez des pairs.

Si le droit au logement est un droit fondamental du préambule de la Constitution Française de 1946, cette notion a été reprise et étayée dans de nombreux textes de Loi. Si la Loi du 22 juin 1982 relative aux droits et obligations des locataires et des bailleurs, dite Loi Quilliot, énonce que "le droit à l'habitat est un droit fondamental", le caractère non contraignant induit que ce droit reste inappliqué jusqu'à loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable ( DALO).

Avoir un "chez soi" est donc légitime, quel que soit le degré de dépendance, d'autonomie ou de l'état de santé des personnes.

Ces dernières, en attente d'accéder à un "chez soi" sont donc confrontées à de nombreuses difficultés dont celle de l'altération de la santé : on parle ici de santé physique et de santé mentale. La crise du COVID -19 est venue illustrer le fait que le logement est bien un « déterminant majeur de la santé » (La santé en Action, N°457, septembre 2021 p6). Même si aucune catégorie sociale n'a été épargnée par cette pandémie, celle-ci aura été bien plus compliquée à vivre pour ceux dont les conditions de vie et de logement étaient difficiles : le sans abris, le mal logement, la suroccupation ont eu un impact direct sur la surexposition au risque sanitaire de la Covid 19 et sur la santé psychique des habitants. Le ministère de la Santé a même identifié en 2021 une vague troisième vague « psychiatrique » liée directement au confinement.

Si santé mentale et logement ont un lien de cause à effet, il n'en demeure pas moins que les conditions d'accès à un logement restent complexes pour les publics en souffrance psychique. Difficultés financières, représentations des bailleurs ou propriétaires face aux

comportements parfois atypiques de certains locataires, manque de dispositifs sont autant de freins permettant aux personnes malades de pouvoir se poser et se soigner.

**Alors comment permettre l'inclusion et l'accès aux soins des personnes atteintes de pathologies chroniques et souffrant de troubles psychiques en logement autonome ?**

Pour répondre à cet accueil pour tous et parce que leur prise en charge entre dans les missions de l'association ADIS (Association pour le Développement des Initiatives en Santé), la situation problème à dépasser concerne le rapport que les professionnels de l'ADIS ont avec les personnes porteuses de troubles psychiques, les représentations de la maladie et les freins liés à ces accompagnements spécifiques.

Actuellement cheffe de service (CDS), je me positionnerai pour ce travail de mémoire en qualité de Directrice de l'association ADIS, structure médico-sociale ; il me paraît donc incontournable de permettre aux personnes malades et en souffrance psychique de pouvoir être accompagnées dans des dispositifs adaptés et innovants quel que soit leur parcours de vie.

Dans un premier temps, l'évolution des politiques publiques concernant le logement, en lien avec les modalités de prise en charge de la santé globale et de la santé psychique, m'amènera à réfléchir à la situation des publics en situation d'exclusion face au logement et à la santé et d'analyser la situation problème au sein de l'association ADIS.

En seconde partie, le diagnostic stratégique de l'association ADIS ainsi que son analyse et l'étayage par le biais des concepts m'amèneront à formuler un plan d'actions en troisième et dernière partie.

# **1 Interactions complexes entre précarité, logement, santé physique et troubles psychiques**

## **1.1 Un contexte règlementaire complexe, multiple et en mouvance**

Précarité, Santé et Logement sont des enjeux nationaux importants mis à mal récemment par la crise sanitaire de la COVID 19 qui a renforcé les intrications entre logement et état de santé.

### **1.1.1 Engagement politique pour un logement digne**

Depuis plus de 40 ans, les politiques publiques se sont emparées de la question du logement pour les personnes les plus démunies. Le droit international relatif aux droits humains reconnaît le droit de chacun à un niveau de vie suffisant et notamment à un logement convenable.

Accéder à ce droit est fondamental dans de nombreux pays est reconnu par diverses conventions internationales pour garantir une vie digne à chacun. La déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948, stipule que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, y compris l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires (Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, art.25) ». A l'échelle mondiale, ce droit varie considérablement d'un pays à l'autre en fonction de différents facteurs telles que les situations économiques, politiques et socio-économiques. De nombreux efforts sont encore à réaliser pour parvenir à ce que chaque Homme vive dignement.

Si dans le langage courant le terme « logement » fait référence à un lieu dans lequel les personnes résident et qui constitue un abri, sa définition a été étayée par des instances et organisations. Selon la fiche d'information n°21 de l'ONU-Habitat, les caractéristiques du logement convenable sont :

- la sécurité d'occupation (protection juridique contre les expulsions forcées, le harcèlement et les autres menaces) ;
- l'accès à l'eau potable, à des installations d'assainissement, à une source d'énergie, à un lieu de stockage pour la nourriture, à un dispositif d'évacuation des ordures ménagères ;
- un coût accessible : un logement ne peut être qualifié de convenable si son coût menace ou compromet pour ses occupants l'exercice d'autres droits fondamentaux ;

– l’habitabilité (sécurité physique, espace suffisant, protection contre les variations climatiques) – l’accessibilité (prise en compte des besoins spécifiques des groupes défavorisés et marginalisés et accessibilité des services de santé, des écoles, des services de garde d’enfants et des services sociaux, possibilité d’accès à l’emploi) ;

– le respect du milieu culturel.

A travers ce texte, le logement englobe différents aspects qui garantissent le bien être général de la personne mais aussi l’intégration sociale.

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ajoute une autre dimension, la notion de santé : l’accès à un logement de qualité est une condition de base pour mener une vie saine, c’est un déterminant majeur de la santé. Le logement peut donc altérer la santé physique de ses occupants : pathologies infectieuses, pathologies cardiovasculaires, cancers, santé mentale, traumatismes, intoxications, (Vandendooren, S. et al. 2021).

C’est en 1982, en France, avec la Loi QUILLIOT n° 82-526 du 22 juin 1982, que le droit au logement devient un droit fondamental. De nombreuses étapes sont ensuite franchies dans la reconnaissance et la protection de ce droit.

La loi Besson, Loi n°90-449 du 31 mai 1990, avait pour objectif de lutter contre l’exclusion et de garantir le logement aux personnes défavorisées avec notamment la mise en place de dispositifs d’aide pour aider financièrement les familles en difficultés financières (Mise en place par exemple du Fond de Solidarité Logement).

La Loi Solidarité et Renouvellement Urbain, SRU, Loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 introduit quant à elle, des mesures pour la construction de logements sociaux et impose aux communes de disposer d’un certain quota. Néanmoins, le manque de logements malgré la Loi DALO, n° 2007-290 du 5 mars 2007 et le manque de financements, restent autant de freins pour mener à bien et faire appliquer ce droit dans notre pays. Il faudra attendre plusieurs années pour mesurer l’impact de cette loi.

En 2014, la Loi n° 2014-336 du 24 mars 2014, connue sous le nom de loi ALUR, pour l’Accès au Logement et à un Urbanisme Rénové, tente de poursuivre des objectifs en matière de régulation des marchés immobiliers, d’encadrement des pratiques abusives, et tente de favoriser l’accès au logement en protégeant les populations les plus vulnérables (allongement de la trêve hivernale, lutte contre le logement insalubre) et promeut les innovations en matière de logement.

C’est également par le biais de cette loi que le rôle des SIAO (Services Intégrés d’Accueil et d’Orientation), qui jusqu’à cette date servaient de guichet unique pour centraliser les demandes d’hébergement d’urgence et d’insertion voit leur rôle évoluer. Ce service devient une plateforme départementale qui centralise l’ensemble des demandes et des offres

d'hébergement (places d'hébergement, résidence sociale, intermédiation locative) de manière que chaque personne sans logement puisse avoir une réponse adaptée à ses besoins. La loi ALUR marque la volonté des politiques publiques d'améliorer l'accès au logement et de cadrer le secteur immobilier.

En 2017, la politique du « Logement d'abord », lancée par le Président de la République réaffirme la volonté d'accompagner les personnes les plus démunies. Elle propose un accès direct et pérenne, c'est à dire un logement stable, aux personnes sans domicile fixe, de façon inconditionnelle, en d'autres termes, sans poser de conditions liées à la consommation d'alcool ou de drogues, à un niveau de revenus ou à une absence de casier judiciaire. Cette politique présuppose que le premier besoin d'une personne ou d'une famille sans domicile fixe est d'avoir un foyer, et que les autres problèmes comme la santé, ou le travail passent après.

Si l'on se réfère à la pyramide des besoins, théorie psychologique développée par Abraham Maslow en 1943 ( Comité psychologue.net.2020) , il apparait que tout être humain a des besoins. Ceux-ci sont catégorisés et hiérarchisés en 5 groupes : besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'appartenance et d'amour, besoin d'estime et besoin d'accomplissement de soi. Tous les besoins sont présents mais certains se font plus ressentir que d'autres. Le besoin physiologique sera à combler avant que la personne ne soit en demande de sécurité.

L'accès à un logement permettrait donc de satisfaire les premiers besoins repérés par Abraham Maslow.

La Loi dite ELAN (Evolution du Logement, de l'Aménagement, et du Numérique), Loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018, facilite la construction de logements et assouplit certaines normes en favorisant les projets de construction. Cette Loi vient également encourager la mixité sociale, réaffirmer l'accès au logement pour Tous et la lutte contre l'Habitat indigne.

Ainsi l'évolution législative française met en avant la volonté et l'engagement de l'état pour garantir à tous l'accès à un logement décent. Aujourd'hui, s'ajoutent les nombreuses collaborations avec les associations, les ONG (Organisations Non Gouvernementales) qui permettent de développer des solutions concertées et efficaces pour les personnes les plus démunies (Centres d'hébergement d'urgence, hôtels sociaux, résidences sociales, pensions de familles (les anciennes maisons relais).

Que ce soit au niveau international ou national, quels que soient les gouvernements, de nombreuses mesures ont été prises afin de répondre aux besoins de la population en matière de logement. Des difficultés persistent néanmoins dans la pratique. Un nombre conséquent de personnes n'accèdent pas à un toit : pénurie de logements à loyers modérés, problématique migratoire très présente dans les Hauts de France qui impacte la saturation des dispositifs et logements sociaux, le manque de places dans les dispositifs d'accueil, d'hébergement, et d'insertion.

Sur le terrain, la question du logement reste au centre de nombreux entretiens pour les professionnels du social et du sanitaire, c'est un frein majeur pour l'accès aux soins et à leur continuité.

Agir sur ce levier pourrait permettre d'améliorer l'état de santé des personnes les plus démunies, celles susceptibles de renoncer aux soins. Il convient donc de s'intéresser dans ce second paragraphe à la thématique de la santé.

### **1.1.2 Evolution des politiques en faveur de la prise en charge sanitaire**

De la préhistoire à aujourd'hui, la santé a connu de nombreuses avancées qui ont permis une amélioration de l'espérance de vie des Hommes. L'histoire de la médecine en est un facteur mais d'autres déterminants de la santé sont à considérer : le comportement, l'environnement et la biologie (ZEITOUN, 2024). Ainsi chaque génération a pu vivre plus longtemps que celle précédente. On pourrait donc penser que l'espérance de vie va continuer à s'élever mais les hommes ont développé des risques qui viennent bousculer cette évolution : les risques comportementaux (tabagisme, consommation d'alcool, la sédentarité ou le surpoids) et environnementaux (pollution, vagues de chaleur, zoonoses).

C'est bien plus tard, après la première guerre mondiale, que la santé mondiale est entrée dans une nouvelle phase : les progrès de la science et la mise en place de système de soins permettent à l'ensemble de la population d'accéder au système de santé. Dans les années 1950, l'arrivée sur le marché des antibiotiques, des anti-inflammatoires, des anxiolytiques et des anti-hypertenseurs, vont favoriser l'augmentation de l'espérance de vie ; En parallèle, les progrès de la médecine ont une incidence positive sur ces indicateurs.

Au niveau international, ce sont les actions de santé publique qui ont joué un rôle primordial : l'assainissement des villes, le traitement des déchets, l'eau potable, l'amélioration de l'alimentation. Les campagnes d'informations menées à grande échelle ont favorisé l'amélioration sanitaire des populations. C'est le 7 avril 1948, que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) voit officiellement le jour. Dans la foulée est créée

l'Organisation des Nations unies (ONU). Cette dernière a pour mission première d'amener les peuples au plus haut niveau de santé, celui-ci étant défini dans les textes fondateurs comme : « un état de bien-être physique, mental et social complet et non pas l'absence de maladie et d'infirmité. Les volontés premières sont l'éradication de fléau comme la tuberculose, la variole, le paludisme puis les concepts de santé pour tous ou de santé dans toutes les politiques prennent sens dans les années 1980 ».

Les politiques de santé mondiale évoluent au cours du temps pour répondre aux besoins changeants des populations. En 2024, elles sont orientées vers l'amélioration de la couverture sanitaire universelle afin de garantir à tous un accès équitable aux services de santé, la préparation et la gestion des crises sanitaires, le renforcement des systèmes de santé, la prévention des maladies et la gestion de la santé globale, de la santé mentale et la promotion de l'innovation et de la technologie. La coopération internationale est renforcée.

En France, l'évolution des politiques de santé est à mettre en lien avec ces orientations mondiales ainsi qu'aux changements démographiques, sociaux et économiques présents dans notre pays.

Le droit des patients est affirmé avec la Loi n° 2002-303, du 4 mars 2002 qui vise à introduire et affirmer les droits du malade et de la qualité du système de santé (droit à l'information, au consentement éclairé).

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), vient restructurer le système de santé et crée les Agences Régionales de Santé ; ce qui permettra de mieux coordonner les politiques de santé à l'échelle régionale. De nombreuses lois suivront afin de renforcer la prévention et la réduction des inégalités : la loi de modernisation du système de santé et la loi santé publique de 2016 notamment.

L'année 2020, marquée par la crise sanitaire de la COVID-19 mettra l'accent sur le besoin d'améliorer les financements des établissements de santé puis sur la nécessité de promouvoir l'introduction de nouvelles mesures telles que la télémédecine, la santé numérique.

L'évolution des politiques de santé est donc liée à plusieurs facteurs et reste un processus dynamique.

Au niveau national, c'est la stratégie nationale de santé qui constitue le cadre de la politique de santé. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut

Conseil de la Santé Publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

Pour décliner la stratégie nationale de santé, la Ministre a souhaité que soit élaboré un plan national de santé publique dont la déclinaison apparaît dans les Projets Régionaux de Santé (PRS) sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS).

Pour fixer les orientations, les diagnostics de territoire viennent souligner les besoins spécifiques des populations. Ainsi, d'une façon générale, la Région Hauts de France présente une grande fragilité sociale complétée d'un médiocre état de santé comme le stipule le PRS Hauts de France 2018-2028 et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et Aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2023-2028. Des éléments socio sanitaires plus détaillés sont relatés dans les diagnostics des territoires d'animation de santé (ARS HDF. 2023- portrait socio sanitaire du territoire d'animation de santé Littoral Nord). Ceux-ci font état d'une situation sociale dégradée, par rapport à la France ou à la région ; une forte mortalité liée à la consommation d'alcool notamment chez les jeunes ; des indicateurs de mortalité très défavorables, une désertification médicale notamment chez les médecins généralistes ou certains spécialistes et pour finir la plus faible consommation de soins hospitaliers et en psychiatrie...

Face à ces besoins, l'ARS élabore son Programme régional de Santé (PRS), document stratégique qui définit les objectifs et actions prioritaires à décliner sur une durée de 5 ans. Le PRS Hauts de France 2018-2028 a été adopté le 5 juillet 2018, et révisé en 2023. Le Schéma Régional de Santé (SRS) en découle comme le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS), révisés également à mi-parcours pour la période 2023-2028 par arrêté du 27 octobre 2023.

Les orientations stratégiques fortes dans les Hauts de France, restent la réduction des inégalités sociales et territoriales, axe prioritaire également des politiques nationales de santé.

Les objectifs opérationnels qui y sont déclinés :

- l'intensification de la lutte contre le renoncement et les retards de soins sur le territoire,
- le renforcement de l'offre spécifique de santé pour les personnes en grande précarité,
- le déploiement des stratégies d'actions pour garantir la prise en compte de la parole et de l'expertise des plus démunis.

### **1.1.3 Regard sur la santé psychique : de l'exclusion à une logique d'inclusion**

Les idiots du village, les fous sont les termes qui étaient employés pour désigner une catégorie de personnes hors norme. Exclue à cette époque, elle est aujourd'hui reconnue dans une société qui cherche à les inclure.

Avant la Loi sur les aliénés du 30 juin 1838, ces derniers étaient placés en prison. A cette date, un établissement public spécialisé pour le traitement des personnes atteintes de maladies mentales devait être créé par département. Ce texte formalise le cadre asilaire destiné à soustraire les personnes atteintes de troubles psychiatriques de la société civile. Par le biais de la circulaire du 13 octobre 1937, des établissements psychiatriques sont ouverts et des dispensaires d'hygiène mentale sont créés afin d'améliorer la prise en charge des troubles mentaux.

Mais durant la seconde guerre mondiale, ce sont près de 40% des personnes hospitalisées dans ces lieux enfermés qui sont mortes de dénutrition. Cette horreur "concentrationnaire" (COLDEFY, 2007, p18) et la remise en question de l'idée selon laquelle « l'enfermement des personnes malades est la seule solution » ont amené des médecins à penser à la désinstitutionnalisation grâce notamment à l'arrivée des neuroleptiques, ouvrant le champ des thérapeutiques pour les personnes malades.

Dans les années 1960, 1970, un mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie a émergé considérant l'hospitalisation non pas comme une finalité mais comme une étape dans le traitement des patients. La Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique permet à chaque personne présentant des troubles mentaux d'être hospitalisée dans l'établissement rattaché à son domicile. Mais depuis, les moyens pour rendre les soins en psychiatrie accessibles c'est-à-dire en ambulatoire et de proximité, n'ont pas été renforcés même si l'offre de soins en santé mentale s'est diversifiée.

Sur le plan international, plusieurs textes et conventions viennent protéger les droits fondamentaux des personnes porteuses de handicap dont celles souffrant de troubles psychiques. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 ou la Convention des Droits des Personnes Handicapées entrée en vigueur en 2008, énoncent et promeuvent les principes généraux de non-discrimination, de dignité humaine, de droits égaux pour tous, les libertés fondamentales pour les personnes handicapées, l'égalité des chances et de participation pleine et effective à la vie sociale économique culturelle et politique pour les personnes handicapées.

Au niveau Européen, c'est la Convention Européenne des Droits de l'Homme qui vient jouer un rôle important dans la protection des droits de ces personnes ; elle vient établir un cadre juridique important pour protéger les droits des personnes souffrant de troubles psychiques en garantissant leurs accès à de soins de santé mentale appropriés, en préservant leur dignité et en les protégeant de toute forme de discrimination et de traitement inhumain.

La problématique de la santé mentale est devenue au fil du temps un enjeu majeur de santé publique.

La désinstitutionnalisation a permis de ramener ces personnes jusque-là exclues, dans la société mais les accueillir nécessite de pouvoir les accompagner et d'avoir une approche différente. Le monde social a ainsi dû s'adapter face à l'émergence de ces problématiques de plus en plus présentes.

L'année 2020 a été marquée par la vague Covid - 19 qui a mené l'ensemble de la planète en confinement pendant de nombreux jours. Aucun pays, aucun peuple, aucune catégorie sociale n'a été épargnée.

Le monde entier a dû s'adapter : vivre chez soi, se protéger, s'éloigner des autres ...

Si les règles étaient communes au niveau national, elles ont été respectées et vécues différemment en fonction du lieu de vie des personnes, de leur situation familiale, de leur logement. L'isolement a laissé des séquelles chez les personnes âgées, mais le stress, l'angoisse, la peur de ce virus inconnu restent un traumatisme pour encore beaucoup d'individus. Cette crise sanitaire a entraîné une dégradation de la santé mentale.

Pour l'OMS, la santé mentale est définie comme « une composante essentielle de la santé et représente bien plus que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux ». Selon l'OMS, la santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». ( Santé mentale - [santepubliquefrance.fr](http://santepubliquefrance.fr)).

Être en bonne santé, c'est par conséquent être en bonne santé physique et mentale : la santé mentale contribue à notre santé globale. On a tous et toutes une santé mentale avec ou sans troubles psychiques. Nous pouvons ressentir un bien être mental alors que nous vivons avec un trouble psychique grâce aux relations sociales, une bonne estime de nous-même ou nous pouvons ressentir un mal être sans pour autant avoir de troubles psychiques (séparation, deuil). De nombreux facteurs individuels et sociétaux peuvent venir altérer notre santé mentale. Les troubles psychiques englobent quant à eux l'anxiété, les phobies

et TOC ; les addictifs, troubles de la personnalité, troubles bipolaires ou schizophréniques, les troubles du comportement alimentaire, troubles dépressifs ou encore les troubles de stress post traumatiques.

En France la situation des personnes vivant avec des troubles psychiques est inquiétante, selon l’OMS, elle est une des causes principales de morbidité et de mortalité. En 2023, plus d’un quart des Français consomment des médicaments pour le mental. 3 millions de personnes souffrent de troubles psychiques sévères (Synthèse du bilan de la feuille de route, 2023) ce qui représente le premier poste de dépense de santé de notre pays.

De nombreuses recherches se structurent autour de la prévalence des troubles psychiques dans la population sans domicile sachant que le repérage et le comptage de cette population reste complexe (population qui échappe aux enquêtes et recensement national). Dans le rapport d’élaboration : « Grande précarité et troubles psychiques de l’HAS » (Haute autorité de santé,2024), c’est un public majoritairement masculin mais qui se féminise (62 % sont des hommes et 38 % des femmes) qui vieillit, avec un nombre plus important de personnes étrangères et d’enfants (mineurs étrangers).

La prévalence des troubles psychiques auprès de la population sans abri est réelle même si les données demanderaient à être actualisées en 2024. De façon générale, 31.5 % des personnes souffrent d’au moins un trouble psychiatrique sévère, 29.2 % des hommes et 35.8 % des femmes. Il est à noter que les prévalences entre troubles psychiatriques et addictions sont plus élevées.

Les liens entre troubles psychiques et précarité sont réelles et complexes ; « une clinique psychosociale a été lancée afin d’éviter les interprétations trop simplistes » (FURTOS, 2015.) « Dans certains types de situation, nous savons combien il est compliqué, dans nos corps de métier, d’avoir une vision transversale tout en gardant un cœur de métier suffisamment défini. Le psychosocial est une affaire transversale que l’on peut prendre d’un côté ou d’un autre, avec un besoin de réseaux à intervenants complémentaires ».

La problématique de santé mentale est devenue au fil du temps un véritable enjeu de santé publique accentué lors des différentes crises COVID de 2020 et 2021. Celles-ci ont mis en exergue de façon violente les interdépendances entre le sanitaire, la santé mentale et le logement. Qu’en est-il des publics n’ayant pas accès à certains droits fondamentaux, ciblés directement par les orientations des politiques publiques ?

## **1.2 Le public en situation d’exclusion**

Le nombre de personnes sans logement ne cesse d’augmenter depuis les 20 dernières années. 90 000 en 2001 selon l’INSEE, elles seraient près de 330 000 en 2022 selon la Fondation Abbé Pierre, soit une augmentation de l’ordre de 267%. Ces personnes sans

domicile présentent de façon générale un état de santé psychique dégradé par rapport à la population générale.

### **1.2.1 Sans abrisme, mal logement et santé, des intrications réelles**

Les conditions de vie précaire liées à des facteurs de risques comportementaux ont un impact réel sur l'état de santé somatique.

Aux troubles psychiques s'ajoutent les maladies cardio-vasculaires, le diabète, ou encore les infections. Si ces personnes sont repérées et quand elles le sont, les prises en charge sanitaires peuvent être tardives : pose du diagnostic, mise en place des traitements quand la situation le permet ; les interventions médicales peuvent être plus lourdes ce qui engendre un coût plus important pour le système d'assurance maladie...

Pour les usagers, l'accompagnement dans un logement leur permettrait d'accéder à des conditions de vie plus dignes et à la réalisation de leurs droits fondamentaux et sociaux.

### **1.2.2 Une offre d'accompagnement en mutation**

Les modalités de prise en charge des personnes mal logées ou sans logement sont nombreuses : individuelles ou collectives, avec ou sans hébergement, elles présentent également des durées d'accueil différentes.

En ce qui concerne l'hébergement, il existe différents types de Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) : certains établissements se sont spécialisés dans l'accueil de public particulier comme par exemple les centres maternels pour femmes enceintes ou avec enfants en bas âge, des centres pour personnes sortant d'incarcération, ou encore pour femmes victimes de violence conjugale, d'autres sont dits " tout public". Ces différents dispositifs d'hébergement pour les personnes sans domicile ont pour vocation de permettre le retour vers le droit commun mais ce retour au droit commun reste difficile pour une partie de la population : le dispositif en « escalier » qui consiste à entrer dans de l'hébergement d'urgence puis, d'accéder à de l'hébergement d'insertion puis à du logement, contribue à exclure une partie de la population sans domicile, et notamment celle cumulant les vulnérabilités, notamment les publics les plus en marge, souvent touchés par la souffrance psychique. En 2022, (Association Mahra 2022, le Toit, Rapport d'activités, p101), 2970 demandes d'hébergement sur 3435 ont été réalisées sur Calais soit 465 personnes restées sans solutions.

\*Les Lits Halte Soin Santé offrent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile, dont l'état de santé physique nécessitent des soins (pathologies chroniques ou aiguës). La prise en charge est décidée par le médecin et ne peut excéder deux mois.

10 places de LHSS sont existantes sur Calais. En 2002, 32 personnes ont été accueillies sur ce dispositif sur 56 demandes enregistrées (Association Mahra 2022, le Toit, Rapport d'activités, p 115)

Dans cette continuité, les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) ont pour mission de dispenser des soins médicaux et paramédicaux aux personnes sans-abris, atteintes de pathologies lourdes et chroniques. Il n'existe pas de places en LAM sur Calais.

\* Le logement d'abord, réforme structurelle pour lutter contre le sans-abrisme, vise à mettre fin aux parcours en escalier et privilégier le plus rapidement possible l'accès au logement, en évitant autant que possible le passage par un hébergement (confère annexe I).

Le Plan Logement d'Abord de 2018 a permis à 440 000 personnes sans domicile d'accéder à un logement entre janvier 2018 et décembre 2022. Ce chiffre intègre les sorties des hébergements généralistes ou de la rue, vers le logement social ou logement adapté. Le schéma en annexe I met en avant le nombre de logements sociaux attribués restent faibles ( annexe I- Plan logement d'abord, 2018-2022).

A ces modalités d'hébergement existantes, l'accompagnement des personnes sans-abris a dû évoluer. Pour Jean FURTOS (Furtos.,2004), la précarité est la perte d'objet social, ce qui fait lien dans la société, ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, il permet la relation. Pour cet auteur, les manifestations psychiques de l'exclusion sont la perte de l'estime de soi, la honte, voir l'auto-exclusion, la personne ne demande rien...

Il a donc fallu s'adapter à ces personnes sans demande, celles oubliées, les invisibles, celles qui ne se manifestent pas ou plus. La notion du « hors les murs » (HLM) est apparue pour réussir à capter les populations les plus vulnérables, là où elles se trouvent.

Pour Cyprien Avenel, sociologue et expert au sein de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS devenue aujourd'hui DDETSS : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Santé), cette démarche du HLM désigne, de manière générique, le fait de sortir d'une logique de guichet pour aller au-devant des personnes. Celle-ci amène les travailleurs sociaux « à sortir physiquement de leur structure pour aller à la rencontre des populations dans leurs milieux de vie (Parisse, Porte, 2022).

Pour Maryse Tannous-Jomaa, (Tannous-Jomaa, 2024), « Il ne suffit pas de vouloir aller vers, mais aussi de pouvoir aller vers ». Ces modalités de prise en charge nécessitent de :

- Former les professionnels de terrain qui expriment une insuffisance de formation et un besoin d 'étayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes ;

- Favoriser le partenariat entre le secteur public et le secteur associatif ;
- Faire un pas vers l'autre différent, pouvant être un autre lieu contexte géographique ; pour aller vers l'international, explorer d'autres cultures, d'autres façons de penser et d'agir tout en s'enrichissant mutuellement.

Pour ce faire, les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont une réponse (Ministère du Travail, de la santé ; de la Solidarité, 2024). Elles ont une double expertise psychiatrie et précarité/exclusion et sont pluridisciplinaires : travailleurs sociaux, psychologues ou infirmiers psychiatriques, psychiatres.

Les EMPP doivent assurer les deux missions, auprès des publics en situation de précarité ainsi qu'auprès des acteurs de première ligne.

#### Auprès des publics bénéficiaires :

- Permanences dans des lieux sociaux et médico-sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueils de jour, LHSS de jour, LAM, LHSS...) voire participation à des interventions mobiles ou dans la rue (type maraude du SAMU social, ou d'autres équipes mobiles sociales ou médico-sociales) ;
- Accueil dans les locaux proposés par l'établissement de santé porteur de l'EMPP afin d'accompagner les personnes en situation de grande précarité et d'exclusion vers les dispositifs de droit commun.
- Les EMPP peuvent également, en cas de besoin et selon le projet de service, intervenir au domicile des patients.

#### Auprès des acteurs de première ligne :

- Soutien des équipes de première ligne (information, conseil) à partir de leur expérience de terrain ;
- Actions de sensibilisation sur les problématiques liées à la précarité. De manière non exhaustive : Prévention des conduites addictives et actions de réduction des risques et des dommages / Précarité et rupture de soins / médiation transculturelle / Echanges et analyses de pratiques / Interventions conjointes ;

Sur le secteur de Calais, l'EMPP est rattachée au Centre Hospitalier.

A ces équipes spécialisées en psychiatrie se sont ajoutées d'autres équipes formées au « aller-vers ». Sur le territoire de Calais, j'ai pu constater le développement de ces prises en charge qui s'externalisent des locaux professionnels avec notamment :

- L'équipe mobile du SIAO Calais : Elle intervient directement sur le terrain lors de maraudes, afin d'aller à la rencontre des publics. Le but est de favoriser les

rencontres et le dialogue, d'apporter un soutien moral ou une aide matérielle d'urgence.

- L'équipe mobile du CAARUD de l'Association ABCD de Calais a pour mission l'accueil, l'information, l'accès aux soins, le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion. Elle met également à disposition du matériel stérile de prévention des infections et propose des actions de prévention et dépistages. Le CAARUD PAZAPA est implanté sur le site de Calais. Des maraudes sont réalisées 2 fois par semaine afin d'aller vers les publics consommateurs.
- L'équipe mobile PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé) : équipe mobile rattachée à un centre hospitalier qui favorise l'accès aux soins, la prévention et coordonne le parcours de soins des personnes le plus éloignées – le dispositif PASS sur le secteur de Calais a un fonctionnement intramuros au vu de la problématique migratoire sur le territoire ; ce sont les associations humanitaires qui accompagnent les personnes ayant besoin de soins dans les locaux.
- L'équipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier (CH) de Calais : elle apporte une aide médicale, psychologique ou sociale lors de situations gériatriques difficiles. Elle intervient sous forme de conseils et/ou de propositions thérapeutiques. Elle intervient dans l'organisation des retours à domicile souvent compliqués pour les personnes âgées. Elle assure des suivis par téléphone après retour du patient dans son lieu de vie pour certaines situations complexes.
- D'autres professionnels sont missionnés également pour aller vers : les médiateurs de rue présents dans les quartiers prioritaires de la ville de Calais.
- Les équipes d'accompagnement à domicile dont l'association ADIS fait partie aujourd'hui par le biais du service ACT « hors les murs ».

Cet état des lieux souligne l'existence de nombreux dispositifs qui ont pour objectif d'aller à la rencontre des personnes. Néanmoins le manque de coordination entre elles a un impact auprès des personnes puisque certaines restent en marge de tout accompagnement. De plus, si les demandes d'hébergement sont nombreuses, certaines personnes restent sans solution et dorment à la rue.

### **1.2.3 Un public différent, des besoins qui changent, des situations sans réponses adaptées**

Malgré la multiplication des dispositifs et des offres d'accompagnement, il reste des personnes qui ne sont prises en charge par aucun professionnel : les problématiques qui ne rentrent pas dans les cases établies par les dispositifs ou encore des personnes qui refusent d'être accompagnées.

**La première hypothèse que je pose est : « les personnes sans domicile, qui sont atteintes de pathologie somatique et qui souffrent de troubles psychiques ont des besoins différents notamment en ce qui concerne l'accompagnement dans le logement ».**

L'expérience des sans-abris est une expérience de survie. Leurs besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits. Comme évoqué en première partie, pour le psychologue américain Abraham MASLOW, il existe une pyramide des besoins. Ceux-ci sont structurés en degrés ; on ne peut passer à l'étape suivante si les besoins du degré inférieur ne sont pas satisfaits. Les besoins sont communs à tous les hommes, il est nécessaire de les satisfaire notamment les besoins primaires qui sont les besoins physiologiques : la faim, la soif, la respiration, le sexe et la température du corps. Être à la rue génère de l'insécurité alimentaire, de la consommation d'aliments transformés, des carences alimentaires qui peuvent favoriser le développement de troubles psychiques.

Les besoins de sécurité et de stabilité : le public cible doit faire face à de nombreuses difficultés : « Sortir de la rue » nécessite d'avoir une réelle motivation : c'est aller chercher l'information sur les dispositifs existants, trouver une place dans des dispositifs d'urgence saturés, gérer l'insécurité, la cohabitation, la promiscuité. Un besoin réel de sécurité et de stabilité est à relever. Le cadre du dispositif ACT de l'association ADIS est sécuritaire mais il apparaît trop contraignant : un règlement et des sanctions existent et pourraient engendrer de nouvelles ruptures.

De plus en ACT, la personne doit être en démarche de soins. Or les personnes qui vivent à la rue sont confrontées à une précarité administrative : absence ou perte de documents nécessaires à l'ouverture de leurs droits (carte d'identité, carte vitale, domiciliation ..).

La temporalité est un axe à privilégier pour retourner vers le soin. Celui-ci a pu être, à un moment du parcours, imposé, ou réalisé dans l'urgence : les expériences négatives vécues peuvent conduire la personne à une perte de confiance et une réticence à retourner vers le soin notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Une réelle stigmatisation existe vis-à-vis de ce public.

## **1.3 L'association ADIS au cœur de l'hébergement et de l'accompagnement médico-social**

### **1.3.1 Une prise en charge médico psycho sociale des personnes atteintes de pathologies chroniques en hébergement ou dans les lieux de vie**

L'association ADIS, Association pour le Développement des Initiatives de lutte contre le Sida a été créée en 1991 pour accompagner les personnes VIH en fin de vie. Petite association militante composée de quelques professionnels et de bénévoles, ses missions sont centrées autour de la prévention et de la réduction des risques. L'ADIS a connu un premier grand changement en 2008 avec l'ouverture d'un service d'appartement de coordination thérapeutique de 3 places pour les personnes atteintes du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

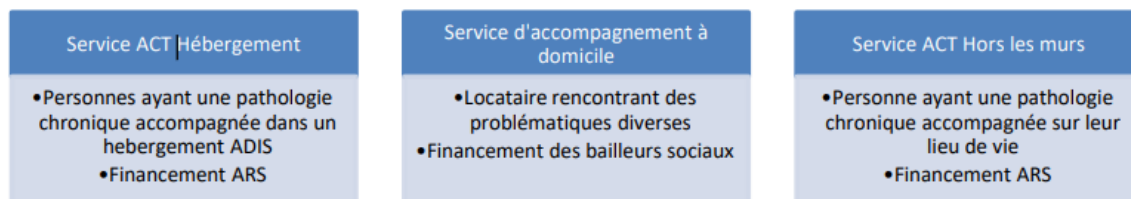
Créés expérimentalement en 1994, pour la prise en charge de personnes touchées par le VIH-sida, les Appartements de Coordination Thérapeutique sont, depuis 2002, intégrés au secteur médico-social, financés par l'assurance maladie et régis par la Loi 2002-2,2002, le décret 2002-1227, 2002 et la circulaire DGS/DGAS/DSS 2002-551, 2002. Les appartements de coordination thérapeutique, Décret n° 2020-1745, 2020, art. L.312-1 « hébergent à titre temporaire et prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ».

Nés en 1994, d'un travail conjoint avec les associations gestionnaires d'hébergement et la Direction Générale de la Santé, les ACT, dispositifs expérimentaux sont destinés à l'accompagnement des personnes séropositives au VIH. A partir du 2 janvier 2002, ils disposent du statut d'établissements médico-sociaux et s'ouvrent à toutes les pathologies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, insuffisances rénales....).

Dispositif expérimental à cette période, les ACT ont été portés par la fédération nationale des hébergements VIH et ont pu bénéficier du soutien des autorités de tarification.

L'association ADIS a donc pu ouvrir au fil des années d'autres appartements de coordination thérapeutique et pour s'adapter aux nouvelles orientations législatives, le « S » de Sida est transformé en « S » de Santé : l'association ADIS devient « Association pour le Développement des Initiatives en Santé » en 2014.

En 2016, l'ADIS devient prestataire pour le bailleur Habitat Hauts de France afin d'aller à la rencontre des locataires rencontrant des difficultés de paiements de loyers, le service d'accompagnement à domicile est créé.



Le profil des personnes en ACT a donc évolué : du VIH, les professionnels ont dû accompagner des personnes atteintes de pathologies somatiques diverses : diabète, problèmes cardiaques, sclérose en plaques, cancers... Les équipes de l'ADIS se sont également étoffées : recrutement de professionnels supplémentaires et augmentation des temps de travail de certains salariés pour pérenniser leurs postes.

En 2016, en co-construction avec les services de l'Etat, la Fédération devenue Fédération Santé Habitat a souhaité étendre ses réponses d'accompagnement aux champs de la psychiatrie, du handicap psychique, aux enfants, aux personnes proches de la fin de vie tout en proposant différentes formules d'accompagnement médico-psycho social en hébergement, au domicile, à la rue ou en soutien aux établissements sociaux. Fin 2023, l'ARS nous donne l'autorisation de créer 25 places d'ACT « hors les murs » qui viennent en réponse à l'objectif du « aller vers ».

Aujourd'hui, le service ACT de l'association ADIS est réparti sur 6 territoires distincts : 33 places d'ACT avec hébergement dont 3 places réservées aux personnes sortant d'incarcération et 25 places en HLM. Dispositif complémentaire aux ACT avec hébergement, les ACT HLM répondent au décret n°2020-1745, 2020. Les professionnels peuvent intervenir dans une logique « d'aller vers », en développant leur accompagnement médico-social sur le lieu de vie des personnes et non plus exclusivement dans le cadre d'un hébergement.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de 23 salariés (Organigramme en annexe II). Certains travaillent sur différents territoires géographiques (direction, médecin coordinateur, IDE Coordinatrices, travailleurs sociaux et psychologues).

Lors des commissions des ACT Hébergement durant lesquelles les dossiers de candidatures sont évoqués, je constate depuis quelques années une augmentation importante des dossiers de candidature pour des personnes atteintes de troubles psychiques, qu'elles soient porteuses ou non d'une pathologie somatique physique qui entrerait dans le cadre de notre dispositif actuel de prise en charge ACT.

Je constate également que les équipes sont réfractaires à la prise en charge de ces personnes en souffrance psychique et que des refus sont systématiquement actés sur ces dossiers de candidature : le cadre des ACT ne correspondrait pas à la prise en charge de ces personnes.

En effet, les personnes accompagnées par notre service ACT sont des personnes suffisamment autonomes pour vivre en logements individuels ; ceux-ci sont diffus en centre-ville, à 10 minutes de marche de nos bureaux. L'accompagnement est réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin coordinateur, d'une IDE coordinatrice, d'un travailleur social et d'un psychologue ; les entretiens sont programmés dans la semaine. Les équipes fonctionnent en horaires de jour, du lundi au vendredi. La personne doit donc être en capacité de gérer le quotidien ou être accompagnée par les services d'aide à la personne, le cas échéant. En fonction des projets personnalisés, les personnes sont accompagnées dans leurs parcours de soins, dans leurs démarches administratives, parcours de réinsertion professionnelle et dans le relogement. Les personnes ont besoin de ce cadre d'accompagnement qui leur apporte stabilité, soutien et leur permet d'accéder aux ressources nécessaires pour améliorer leur qualité de vie et travailler une réinsertion dans la société.

### **1.3.2 Une volonté associative, un enjeu d'utilité publique**

Les valeurs annoncées dans le projet d'Etablissement de l'association ADIS prônent l'accompagnement de toute personne quelle que soit sa pathologie « A sa création en 1991, l'ADIS s'engageait à accompagner et à lutter contre toutes les discriminations envers les personnes touchées par le VIH et leurs proches. Au fil des années, ses missions ont évolué vers l'accompagnement de toute personne vulnérable atteinte ou non de pathologie chronique en situation de précarité, dans l'écoute, le respect et le non-jugement » (Projet d'établissement association ADIS).

La gouvernance de l'association ADIS, composée de son président, ancien médecin neurologue et des 7 membres du conseil d'administration ont toujours validé les choix proposés par la Direction. Dès 2008, l'association s'est donc développée. Il a fallu pour cela faire face et s'adapter aux évolutions des autorités de tarification et de contrôle notamment pour les procédures d'autorisation des ESMS. Du passage en CROSMS (Comité Régionale d'Organisation Sociale et Médico-Sociale) à la mise en place de procédures d'appels à projet avec la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST- Loi n°2009-879,2009), il a fallu travailler en lien étroit avec le Président et communiquer sur les orientations nouvelles.

L'admission en ACT, de personnes porteuses de pathologies autres que le VIH comme les cancers, le diabète, la sclérose en plaques, a pu être actée au moment de la modification

des statuts de 2014. L'ADIS a prouvé qu'elle avait la capacité de s'adapter aux évolutions de la société, aux besoins changeants.

L'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques est un enjeu affirmé depuis quelques années. L'accompagnement de ce public en ACT entrerait dans le cadre des missions associatives. Néanmoins, le cadre de ce dispositif pourrait engendrer des difficultés et des ruptures de parcours si la personne ne les respectait pas.

L'ADIS doit aujourd'hui répondre aux politiques de Santé Publique qui vise la réduction des inégalités de santé afin de rester légitime auprès des Autorités de Tarification et de Contrôle (ATC) et de répondre aux commandes nationales.

### **1.3.3 Un métier qui doit évoluer : d'une expertise centrée sur le sanitaire à une compétence psychique**

L'équipe de l'ADIS est constituée de 23 salariés.

En 2008, il n'était que 3 salariés recrutés pour accompagner à la fin de vie les personnes séropositives au VIH. Puis les équipes se sont étoffées afin de répondre au cahier des charges des ACT : psychologues, assistantes de service sociales, et infirmières ont rejoint l'équipe au fil du temps. Les plus anciens salariés ont connu les différents changements de 2008 à fin 2023 avec l'autorisation de création du service ACT hors les murs. L'équipe a été formée via les plans annuels de formation, certains salariés ont passés des VAE et ont acquis de l'expérience dans le secteur du sanitaire.

L'arrivée du public porteur de troubles psychiques vient questionner les pratiques professionnelles. L'admission en 2023, d'une personne de 19 ans souffrant de pathologie chronique et porteuse d'une pathologie psychique non diagnostiquée a mis à mal les professionnels notamment les travailleurs sociaux qui sont les premiers en interface directe pour la gestion du quotidien : non entretien du logement, hygiène corporelle, difficulté de projection dans un parcours administratif, professionnel, dans un parcours de soins, instabilité de l'humeur, hallucinations...

L'équipe met aujourd'hui en avant de nombreux freins pour légitimer la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques dans le service ACT.

**La seconde hypothèse que je vérifierai concerne les représentations qu'ont les professionnels de l'association Adis vis-à-vis de ce public cible : préjugés et stéréotypes ? peur de l'inconnu ? culpabilisation ? manque de compétences ?**

**Au vu des différents enjeux et besoins retracés ci-dessus, la problématique que je pose est : « Comment permettre l'inclusion et le maintien dans le soin des personnes atteintes de pathologies chroniques et souffrant de troubles psychiques ? ».**

#### Conclusion de la première partie

Les politiques publiques, axées sur le logement ou la Santé évoluent constamment et visent à permettre aux publics les plus démunis de pouvoir accéder à un toit et à des soins adaptés. Ainsi, il existe sur le territoire du Calaisis des modalités d'hébergement et d'accompagnement multiples, néanmoins, certaines personnes restent à la marge et n'ont pas accès à ces droits fondamentaux. L'ADIS dont le cœur de métier et l'accompagnement vers les soins des publics en précarité, voit un nouveau profil de public se manifester, mais au vu de la réticence des équipes, ne se positionne pas sur l'accompagnement des personnes malades physiquement et psychiquement.

En tant que Directrice d'ESMS, cet enjeu est primordial ; le travail développé dans cette seconde partie va me permettre d'aller vérifier les hypothèses posées à la fois au niveau des publics : quels sont leurs besoins, leurs attentes ? Puis au niveau des professionnels : quels sont les freins à l'accompagnement de ce nouveau public ?



## **2 La nécessité de diversifier l'offre d'accompagnement aux personnes en souffrance psychique : forces et faiblesses d'un virage professionnel**

### **2.1 L'ADIS : un établissement qui doit faire face à l'évolution du public et des politiques**

#### **2.1.1 Méthodologie utilisée et vérification des besoins**

Pour cette seconde partie, je vais analyser les différentes observations relevées lors de rencontres avec les partenaires de terrain, les entretiens avec l'équipe professionnelle de l'ADIS, les membres du Conseil d'Administration, les personnes accompagnées ; les comptes rendus de réunion partenariale ou d'équipe. Je ferai le lien également avec de nombreux travaux réalisés par des experts tels que l'UNAFAM, le CREA. J'étayerai enfin mes propos sur des apports théoriques avant de réaliser le diagnostic stratégique de l'organisation ADIS.

Pour vérifier ma première hypothèse en lien avec les besoins des personnes rencontrées, la prise en compte de leur parole est indéniable. J'ai pu réaliser 7 entretiens semi directifs avec des personnes ayant eu un parcours de rue au cours de leur histoire de vie, ayant un passif de consommation de produits (alcool/ drogues). Mon choix s'est porté sur l'utilisation de cet outil et non de questionnaires dont l'utilisation n'aurait pas été probante (nombre de personnes insuffisant). De plus l'entretien semi directif permet de vérifier la compréhension des questions posées et permet une liberté de paroles.

A ces entretiens, s'ajoute l'étude d'une enquête réalisée par le CREA Hauts de France en novembre 2018 (DELPORTE, 2018), auprès de personnes vieillissantes en souffrance psychique, auprès de personnes adhérentes des GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) et auprès de professionnels.

L'UNAFAM a également réalisé en 2023 (UNAFAM, 2023) une enquête auprès de l'ensemble de ses adhérents : deux questionnaires ont été adressés : un à destination des personnes concernées par un trouble psychique et un autre pour les aidants ; 4 363 personnes ont répondu sur l'ensemble du territoire français.

J'ai pu réaliser une analyse de ces différentes sources. J'ai établi une grille de lecture par thématique. Cette méthodologie m'a permis de faire ressortir les idées principales et de structurer le travail réalisé. Les thématiques retenues :

- Le parcours de la personne/ du professionnel,
- Les difficultés rencontrées lors de ce parcours,
- Les besoins repérés (ceux-ci ont été classés en sous catégories/ logement/ accompagnement/ lien social/ sécurité).

#### Présentation des résultats :

\* Accéder aux soins psychologiques et/ou psychiatriques est complexe (pour 64% des répondants UNAFAM : il est difficile d'avoir accès à un psychiatre/ psychologue et pour 50% d'avoir accès à des soins d'urgence. Ce constat est partagé par les personnes concernées qui sont 58% à déclarer rencontrer des difficultés à accéder à un psychiatre). Dans l'enquête CREAL, les participants usagers et professionnels s'inquiètent de la lourdeur des traitements renouvelés non pas par les psychiatres mais par les médecins traitants sans réévaluations régulières. Se pose également la problématique de la coordination du parcours de soin sachant que ce public peut avoir négligé sa santé somatique et cumuler avec l'âge diverses pathologies (diabète, problèmes cardio-vasculaires). Le public enquêté affirme être inquiet et avoir besoin d'informations, besoin d'être accompagné notamment lors des consultations médicales. Le recours à des partenariats adaptés est nécessaire.

Sur les 7 personnes rencontrées, 5 ont évoqué des difficultés d'accéder aux soins en lien avec leur statut de « SDF » (Sans Domicile Fixe). « Je suis arrivé un soir aux urgences, plié en deux, j'avais pas de papier, j'ai bien senti que je dérangeais. » A la question, qu'est ce qui était dérangeant ? le manque de documents administratifs, le manque d'hygiène, le fait d'avoir consommé sont des réponses pour chacune des personnes entretenues.

Pour ces 7 personnes, aucune d'entre elles n'avaient de médecin traitant déclaré, leur seule possibilité de se soigner était de se rendre dans les services d'urgences des hôpitaux.

\* À cette problématique d'accès aux soins s'ajoute le droit au logement. Selon l'UNAFAM, une offre sous-dimensionnée de dispositifs adaptés, au regard des besoins et des modalités d'accès très restrictives pour les personnes en situation de handicap psychique, font que seulement 30% accèdent à un dispositif type logement accompagné. En conséquence, environ 30% des personnes présentant des troubles psychiques vivent chez leur proche aidant. L'enquête menée par le CREAL Hauts-de-France met en avant le fait que quinze structures déclarent avoir repéré des besoins liés à l'habitat notamment concernant l'entretien de celui-ci mais également des besoins d'adaptation. Nombre de familles évoquent le manque de dispositifs adaptés même si des initiatives telles que l'habitat intermédiaire se développent :

- les résidences services : pour les personnes âgées autonomes ou seniors qui ne nécessitent pas de soins médicaux et qui fournissent un cadre de vie adapté et sécurisé tout en préservant l'autonomie des résidents ;
- les habitats partagés : pour les personnes âgées, personnes handicapées ou personnes en situation de précarité qui choisissent de vivre ensemble pour bénéficier de la convivialité et de la solidarité ;
- les résidences accueil : pour les personnes en situation de précarité, ayant des troubles psychiques, qui ne peuvent pas vivre seules mais qui n'ont pas besoin d'une prise en charge institutionnelle complète.

Autant de structures avec des spécificités différentes qui peuvent accueillir des personnes en souffrance psychique mais dont l'implantation diffère d'un territoire à un autre.

Sur les 7 personnes rencontrées, le fait de perdre son logement a été le démarrage d'un parcours de survie. La première nuit dehors est évoquée avec de nombreux détails, les souvenirs sont présents pour chacun des interviewés. Ces 7 personnes ont connu les différents dispositifs d'urgence : agressions, vols, consommation, peur, violence sont des termes évoqués. 3 d'entre eux ont fait le choix de dormir dans leur voiture, espace de vie sécurisant.

Le fait de pouvoir accéder à un nouveau chez soi a permis à ces 7 personnes d'entamer une démarche de soins : « à la rue, c'est pas possible, tu ne peux même pas garder tes cachets ou alors il faut passer tous les jours voir l'infirmière » ; « c'est quand j'ai su pour mon cancer, ou je me bougeais, ou je crevais »

M.R, est un jeune homme de 24 ans que je rencontre en entretien. Atteint d'une forme sévère d'algie vasculaire de la face, il a, par suite de la perte de son emploi (absences répétées en lien avec sa pathologie), puis à l'expulsion de son logement, connu une période de vie à la rue. En souffrance physique, il a trouvé des ressources pour poursuivre son suivi santé. Lors de notre rencontre, il m'amène un courrier du Centre Hospitalier de Lille, un compte rendu de consultation indiquant : « M. R ne pourra bénéficier d'aucun traitement, ni d'opération tant qu'il n'aura pas d'hébergement ». Ce monsieur m'expliquera que suite à ce rendez-vous et face à l'impossibilité d'obtenir un logement, il a consommé alcool, puis drogues, pour diminuer ses douleurs quotidiennes. C'est à la suite d'un coma, et au passage en hospitalisation, que son parcours en hébergement a pu être réalisé : LHSS, puis CHRS, (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Professionnelle) puis orientation en ACT. Mr bénéficie aujourd'hui de son traitement qui limite la douleur ; une opération était envisagée en 2025.

Mr R a depuis notre entretien quitté le dispositif ACT. L'annonce des délais de l'opération a été un choc pour lui et a été synonyme de reprise de consommation. M. a fait le choix de partir de son logement, craignant une nouvelle exclusion. Notre équipe mobile ACT « hors les murs » a pris le relais ; des recherches de logement sont en cours.

\* Pour les répondants de l'UNAFAM, 69 % déclarent avoir besoin de relais par un professionnel et d'un soutien administratif. Le manque d'accompagnement vers la plus grande autonomie possible fait peser sur les familles la charge et la responsabilité d'y pallier. Cela passe par le soutien financier, administratif, logistique, l'hébergement de son proche malade dans une cohabitation pas toujours choisie et génère, de façon silencieuse, une charge mentale et une inquiétude permanente du lendemain. 68% des répondants déclarent avoir besoin de relais par un professionnel et d'un soutien administratif, 60% des répondants déclarent que leur proche n'a pas été accompagné par un professionnel dans sa demande d'aide auprès de la MDPH. Ces besoins sont également mis en avant dans l'enquête du CREAL : « les personnes présentant des troubles psychiques ont un besoin croissant d'accompagnement » (Delporte, M.2018- p16). « Le maintien dans le logement nécessite de mobiliser un réseau d'accompagnement autour de la personne : SAAD (Service d'Accompagnement et d'Aide à domicile), SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale), SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) (Delporte, M.2018- p 27). La gestion administrative et financière représente une charge lourde pour les familles [...] qui se perdent parfois dans les méandres administratifs (Delporte, M.2018- p37).

\* L'isolement des personnes atteintes de troubles psychiques est l'un des premiers constats : le maintien d'une vie sociale, le développement de celle-ci, l'accès aux loisirs sont des besoins réels : ce public peut être confronté à des stigmatisations, des représentations qui les éloignent un peu plus du collectif, le repli sur soi et les difficultés à aller vers les autres s'y ajoutent. Le GEM est une alternative à l'isolement : participation à des activités diverses, valorisation de la personne, adaptation à un rythme de vie.

Le Groupe d'entraide Mutuelle (GEM) est un lieu d'accueil, de convivialité, de rencontres, de loisirs et d'entraide, géré par et pour les personnes vivant avec des troubles psychiques. Les GEM permettent aux personnes de se rencontrer, d'échanger, de lutter contre l'isolement, de développer leur autonomie et de faire des activités. Une animatrice ou un animateur accompagne les membres du GEM dans la gestion quotidienne du lieu. Des bénévoles peuvent également participer.

Lors des entretiens semi directifs réalisés, 4 personnes évoquent la solitude : « quand t'es seul tout le temps, tu deviens fou, tu te parles à toi-même » ; « Quand j'avais encore Sam (chien), on se disait tout...quand il est parti, ça été dur, pire que quand mon frère est mort...et quand t'as plus personne à qui parler, et bien c'est dur, y a qu'avec les éducs, on pouvait encore discuter un peu, mais quand t'es mal, la nuit, t'es tout seul » ... « je me

méfie trop des mecs, tu leurs parles, et dès que t'as le dos tourné, ils te piquent tes fringues, ton fric, ça m'est arrivé, plus jamais »..

D'autres besoins sont repérés dans ces différentes enquêtes tels que l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes en souffrance psychique, l'aide aux aidants.

Je me consacrerai dans ce travail de mémoire aux besoins liés à l'accompagnement des personnes ciblées ainsi qu'au besoin d'offre d'hébergement.

**Ainsi, à la vue de ces éléments de réponse, je peux affirmer que le fait d'accéder à un chez soi est primordial pour ces personnes qui rencontrent des difficultés de santé somatique et psychique. Avoir son chez soi, sans crainte d'une quelconque expulsion, d'une rupture de parcours est primordial. A cela s'ajoutent les besoins d'accompagnement et les besoins de liens sociaux, largement évoqués dans les enquêtes et entretiens réalisés.**

Pour vérifier ma seconde hypothèse qui est l'impact des représentations des professionnels de l'association ADIS vis-à-vis de ce public cible : préjugés et stéréotypes ? peur de l'inconnu ? peur du changement ? culpabilisation ? manque de compétences ? J'ai choisi de mener des entretiens semis directifs avec les professionnels de l'ADIS afin de pouvoir demander des éclaircissements ou des explications supplémentaires (grille d'entretien et retranscription d'un entretien annexe III). Je me suis donc entretenue avec 5 travailleurs sociaux de formation Educateur Spécialisé ou Assistante de Service Social, 3 infirmières, 1 aide-soignante et 1 psychologue. Je me suis également entretenue avec 1 membre du CA. En plus de ces échanges, s'ajoutent les observations que j'ai pu réaliser lors de nos commissions d'admission, lors de nos réunions d'équipes, les comptes rendus de CA ou des réunions de CSE.

Le cadre réglementaire des ACT met en avant que ce service est dédié aux personnes en précarité porteuse de pathologie chronique somatique. Néanmoins, depuis les 10 dernières années, le nombre de candidature enregistré en France (Rapport ACT Hébergement de la fédération santé Habitat (Cf Annexe II), montre qu'aujourd'hui les pathologies psychiatriques font parties de celles motivant une demande d'entrée en ACT : en 2008, les pathologies psychiatriques n'étaient pas mentionnées dans le rapport d'activités ou étaient assimilées à « autres pathologies. En 2012 : 3.4 % des dossiers enregistrés en région concernait une pathologie psychiatrique, en 2016 : 6.6 % en région et en 2022 :13.8% en région. A ces indicateurs s'ajoutent le nombre de personnes admises en ACT pour qui une pathologie chronique est connue : 3.6% en 2016 et 10.9 % en 2022.

Ces chiffres mettent bien en avant l'augmentation des besoins pour ces problématiques sanitaires.

Le rapport d'activités de l'association ADIS en 2022 ( cf annexe III) met en avant que 72 dossiers ont été reçus : 6 concernaient des pathologies psychiatriques diagnostiquées, qui motivaient la demande (refus d'admission dans nos ACT) et 18 refus ont été posés également pour des personnes qui présentaient des troubles psychiques annoncés en comorbidité.

A ce jour, aucune personne souffrant de troubles psychiques diagnostiqué n'a intégré le dispositif des ACT avec hébergement.

### **2.1.2 Une organisation non adaptée aux troubles psychiques**

Lors des entretiens semi directifs avec les professionnels de l'ADIS en janvier 2024, il a été soulevé la problématique d'accompagnement des personnes ayant eu un parcours traumatique et pour qui des troubles psychiques se sont développés. L'évènement traumatisant, son souvenir, peut entraîner l'incapacité d'une personne à réguler ses émotions et à maintenir des relations harmonieuses avec autrui, on parle alors de troubles de stress post traumatique ou de traumatisme complexe.

\* Pour 4 professionnelles, le déni de la souffrance psychique chez certaines personnes accompagnées est une difficulté majeure sur le terrain. Il peut conduire à l'adoption de comportements déviants tel que la consommation de produits psycho actifs la consommation excessive d'alcool, les troubles du comportement alimentaire. Les problèmes rencontrés par les équipes de terrain confrontent le cadre du service ACT aux comportements adoptés face à cette souffrance psychique. En effet, comme le stipule le règlement de fonctionnement des ACT, toute consommation illicite ou abusive de produits, la non-adhésion au parcours de soins peut entraîner la remise en question de la place de la personne dans notre service (2 avertissements puis exclusion du service).

Le Conseil d'Administration a validé ce cadre de fonctionnement, similaire à celui de l'hôpital. Il est à noter que sur 8 membres du Conseil d'Administration, 6 sont d'anciens médecins, infirmiers et travailleurs sociaux hospitaliers.

L'exclusion du service ACT d'une personne entraîne à nouveau une rupture dans le parcours de la personne, une rupture des liens sociaux, une mise en confiance qui a échoué, une fragilisation de la relation à l'autre.

Par application aux articles L.311-4 et L.311-7 de la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, le règlement de fonctionnement d'une organisation est obligatoire dans tous les établissements et services sociaux. Il définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein du service.

Il est établi après consultation du CVS ou après mise en œuvre d'une autre forme de participation des usagers.

\* Lors des entretiens avec les IDE de l'ADIS et la personne du CA (ancienne IDE en centre hospitalier), est ressorti l'inadéquation du dispositif ACT avec les besoins des personnes ayant un profil « psy » ; celles-ci ont besoin de présence et de pouvoir solliciter quelqu'un quand elles ne vont pas bien. L'équipe fonctionnant en horaire de jour, il n'y a pas de possibilité de contacter l'équipe ADIS les soirs et les weekends.

\* Les IDE de l'ADIS évoquent également la nécessité d'avoir des relais au niveau de la psychiatrie, les délais en CMP étant très longs, il est nécessaire de pouvoir avoir un partenariat privilégié avec certains psychiatres, et d'être connu au niveau des urgences psychiatriques notamment en cas de décompensation d'une personne. Pour la représentante du Conseil d'Administration, ses inquiétudes concernent également la gestion des urgences. Cette dernière évoque les difficultés connues de gestion de crise, les horaires des professionnels de l'ADIS, la nécessité de travailler avec la psychiatrie : « S'ouvrir aux profils psychiques nécessitent de réfléchir bien en amont au partenariat avec la psychiatrie, il est important de formaliser une convention » ; « cela nécessite aussi de réfléchir au fonctionnement, aux horaires des équipes, il faudra de la présence ou un relais possible quand l'équipe n'est pas là ».

Le dispositif ACT Hébergement tel qu'il existe aujourd'hui, s'avère non adapté pour ces personnes ayant connu de multiples ruptures dans leur parcours de vie. Le cadre de notre service ACT peut être sécurisant pour certaines personnes mais complexe à vivre pour d'autres. Envisager une alternative au service ACT pourrait être une réponse adaptée aux besoins de ce type de public.

### **2.1.3 Une équipe professionnelle engagée mais dont les compétences doivent être renforcées**

Lors des commissions, le positionnement des travailleurs sociaux et IDE est systématiquement négatif à l'évocation des troubles psychiques ; celui de notre médecin, des IDE et des psychologues sont généralement moins tranchés et un regard sur les traitements est posé. Néanmoins, les décisions d'admission étant prises en consortium, des refus sont posés à ces demandes.

\* A la question « quel public vous semble compliqué ou serait difficile à accompagner en ACT », 6 professionnelles sur 10 répondent que ce sont les pathologies psychiatriques. Leur positionnement est issu d'anciens postes occupés ou en lien direct avec leurs

représentations : « J'ai accompagné plusieurs profils psy , leur instabilité posait problème, le fait de ne pas savoir se projeter aussi, quand tu évoques leur projet, elles ne savent pas ou alors c'est complètement insensé » ; « il y a des pathologies psychiatriques qui , non stabilisées pourraient nous mettre en danger » ; « ce serait compliqué dans le logement, pour l'entretien, les courses, le quotidien, ça n'est pas à nous de gérer l'entretien du logement , et sans beaucoup de ressources c'est difficile. » « Même s'ils venaient en ACT, comment on accompagnerait la sortie des ACT ? il y a peu de structures pour eux, et sans personne, sans accompagnement, ce serait difficile... »

Les infirmières de l'ADIS ayant toutes déjà eu une expérience en psychiatrie ont un discours différent en ce qui concerne ce public : « Le profil psy nécessite que l'équipe soit prête, il faut que l'équipe soit soudée, ils ont tendance à jouer et à épuiser les professionnels, il faut être formé, ça c'est une certitude ; tu ne peux pas accompagner quelqu'un qui a un trouble psy n'importe comment » ; « je me souviens d'entretien au Virval ( clinique privée du territoire de Calais) , tu finissais, tu étais épuisée, on savait quand on connaissait les personnes qu'il ne fallait pas enchaîner 2 entretiens avec telles et telles personnes, c'était pas possible.. ».

\* Le travail en équipe est un réel atout et représente une qualité de travail pour certains professionnels : « On a une super équipe, quand je suis en difficulté, je passe un coup de fil et j'ai une réponse de suite. » ; « le fait de pouvoir rencontrer la personne en binôme est quand même confortable au départ, surtout quand on a connaissance des problématiques de départ (troubles de voisinage mentionnés avec notion d'agressivité). » « Quand je suis en difficulté comme avec M. ...j'ai pu passer le relais, ça c'est une chance ».

La notion de pluridisciplinarité est une notion qui émane des échanges ; les travailleurs sociaux affirment pouvoir en cas de besoin solliciter leurs collègues psychologues ou infirmières ayant une expertise, des connaissances et compétences autres. Une éducatrice spécialisée évoque les échanges qu'elle a eu avec la psychologue sur le comment accompagner la personne en fin de vie en tant que travailleur social.

\* Le besoin de formation a été remonté par l'équipe des travailleurs sociaux (ASS et ES) : « j'ai appris avec l'expérience professionnelle à savoir comment me comporter avec ces profils psy mais une formation plus poussée serait nécessaire » ; le besoin de formation pour gérer une situation de mise en danger a été sollicitée par 4 salariés notamment dans le cadre du déploiement des ACT « hors les murs » et de la mise en place de l'équipe mobile qui se déplace sur le lieu de vie de la personne. Ces thématiques de formation seront présentes dans le plan de formation 2025 (confère Annexe VI).

L'analyse des entretiens réalisés avec les professionnels de l'ADIS et la personne du CA met en avant que le fonctionnement actuel ne correspond pas aux besoins du public en souffrance psychique. A cela s'ajoutent des besoins en matière de partenariat et d'accompagnement des équipes au changement. La réalisation d'un diagnostic stratégique s'impose.

## **2.2 Diagnostic stratégique de l'organisation et du fonctionnement**

Si l'enjeu de ce travail de mémoire est de favoriser l'accès au logement des personnes atteintes de pathologie chronique et en souffrance psychique afin de les maintenir dans le soin, je partirai du diagnostic stratégique que je réalise sous la forme d'un SWOT reprenant les forces, faiblesses, opportunités et menaces de l'association ADIS afin de proposer un plan d'actions dont la finalité serait de créer un dispositif d'habitat inclusif.

		FORCES	FAIBLESSES
		ENVIRONNEMENT INTERNE	<p><b><u>Gouvernance :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Président et CA qui font confiance à la direction</li> </ul> <p><b><u>Direction :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipe soudée partageant les mêmes valeurs</li> </ul> <p><b><u>Stratégique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouverture début 2024 de 25 places d'ACT Hors les murs</li> <li>- Adhérent de la Fédération Santé et Habitat</li> </ul> <p><b><u>RH</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transversalité et travail pluridisciplinaire efficient</li> <li>- Equipe sociale et éducative et équipe médicale stable sur les différents sites géographiques, peu de turnover (en CDI)</li> <li>- Equipe qui s'est étoffée de compétences multiples au fil du temps</li> <li>- Anciens salariés qui ont su s'adapter aux nouvelles prises en charge (du VIH au cancer) / expertise des prises en charge sanitaire</li> <li>- Compétence du « aller vers »</li> <li>- Climat social apaisé</li> </ul> <p><b><u>Finance :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bonne santé financière</li> <li>-Budget formation fléché</li> </ul>
ENVIRONNEMENT EXTERNE	<p><b>OPPORTUNITES</b></p> <p><b><u>Contexte :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Politiques publiques favorables</li> <li>-Confiance de notre autorité de tarification, l'ARS</li> </ul> <p><b><u>Partenariat</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Association repérée pour sa qualité d'accompagnement des publics par les partenaires</li> <li>-Convention de partenariat portée par le SIAO Dunkerque et plusieurs associations et la Psychiatrie</li> <li>-Liens de confiance et partenariats avec les bailleurs sociaux du territoire</li> <li>- Volonté d'implantation d'habitat inclusif sur le territoire – peu de dispositifs Habitat inclusif sur notre territoire</li> </ul> <p><b><u>Financement</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Financement ARS et Conseil Départemental possible</li> </ul>		<p><b><u>Publics :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Stigmatisations des publics porteurs de troubles psychiques</li> <li>-Comportements de ces publics pouvant être inappropriés</li> <li>-Public exclu, éloigné du soin</li> </ul> <p><b><u>RH :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Offre multiple de postes de psychologue</li> </ul> <p><b><u>Partenariat :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Désertification médicale</li> </ul> <p><b><u>Financement :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de financement fléché actuellement pour ce projet</li> </ul>

### **2.2.1 Les forces**

La gouvernance de l'association ADIS est constituée du Président et de 8 membres présents pour la majorité, depuis la création de l'association ADIS en 1991. Notre président est un ancien Professeur en Neurologie, le CA est composé d'anciennes ASS, IDE d'hôpitaux, anciens Directeurs d'ESMS. Notre gouvernance a toujours entendu les besoins d'évolution et de développement stratégique et s'est toujours positionnée favorablement que ce soit pour l'ouverture des ACT à toutes les pathologies chroniques somatiques ou pour le développement du dispositif des ACT Hors les murs.

Au niveau RH, l'équipe s'est étoffée de compétences multiples au fil du temps. Des salariés sont présents depuis plus de 25 ans, mémoires de l'association, ils sont montés en qualification au cours du temps par le biais de la VAE et ont connu les différents changements notamment l'arrivée de l'équipe pluridisciplinaire.

Celle-ci est une réelle force en terme d'expertise et d'accompagnement pluridisciplinaire pour la personne : coordination du parcours de soins, travail thérapeutique par la psychologue et accompagnement socio-éducatif sont mis en place.

L'équipe bénéficie de formations régulières : plan de formation, enveloppe budgétaire inter ACT (toutes les structures ACT en Hauts de France) et formations via les partenaires (CPAM, MDS...).

L'association ADIS est financée en dotation globale pour les services ACT et est en CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) sur le service prévention ce qui favorise la gestion budgétaire et financière de l'établissement. Celle-ci est contrôlée et validée chaque année par un commissaire aux comptes.

### **2.2.2 Les faiblesses**

La multiplication des candidatures aux profils psy a été source de questionnement et d'inquiétudes pour la gouvernance : difficultés d'accompagnement, manque de relais en psychiatrie, cadre de fonctionnement non adapté sont les arguments amenés. Les membres du CA sont peu présents en dehors des réunions trimestrielles. Néanmoins étant frileux concernant ce nouveau profil de public, ils auront besoin d'être informés régulièrement et d'être associés à la mise en place du projet.

Il n'existe pas de fonctions support à l'ADIS ; la structure est donc managée via 1 ETP de Directrice et 1ETP de cheffe de service. Une comptable à hauteur de 0.26 ETP est présente

mais ne se trouve pas dans les bureaux de l'ADIS (heures supplémentaires donc disponible les midis ou fin de journée ce qui pose un problème de réactivité).

Au niveau RH, alors que l'équipe est restée stable durant les dernières années avec la présence d'anciens salariés, 2 psychologues ont quitté leur poste fin 2023 et début 2024. Les tensions de recrutement dans le secteur médico-social auxquelles s'ajoute une convention collective non attractive pour les professionnels induit des difficultés de recrutement sur ces postes qui restent encore non pourvus à ce jour. La prise en charge thérapeutique des patients étant indispensable au vu du profil des nouveaux publics, des recherches de solutions extérieures seront nécessaires sachant qu'il n'existe à ce jour aucun partenariat mis en place avec le secteur de la psychiatrie.

Afin de pouvoir anticiper les possibles mouvements RH, un travail sur la GEPP est indispensable pour mettre en adéquation les besoins des effectifs, des compétences et des choix stratégiques de l'association ADIS.

Au niveau des publics accompagnés, la prise en charge pluridisciplinaire nécessite des échanges fréquents entre professionnels qui sont amenés à être mobile sur les différents sites géographiques de l'Adis. L'ADIS ne dispose pas à ce jour de logiciel patient. Les échanges d'informations se réalisent par téléphone, mails ou dans le dossier papier de la personne accompagnée.

### **2.2.3 Les opportunités**

L'association ADIS implantée initialement sur le dunkerquois, a pu au fil du temps se développer sur 5 autres territoires géographiques en répondant aux appels à projet de l'Agence Régionale de Santé. L'ADIS a donc su mettre en avant la solidité de son expérience pour répondre aux besoins du territoire en Santé Publique. L'ARS nous fait confiance aujourd'hui et les liens pour le suivi des projets sont bienveillants. Le diagnostic de territoire des Hauts de France et plus spécifiquement celui de la Côte d'Opale met en avant des inégalités de santé importantes. Les politiques publiques sont donc favorables au développement de projet répondants aux besoins repérés.

Un autre levier important pour l'association ADIS est le partenariat mis en place avec les bailleurs sociaux du territoire notamment l'un des plus importants. Ce dernier est partie prenante de projets novateurs dont l'habitat inclusif.

Ce dispositif est peu développé sur le territoire du Pas de Calais. Selon la cheffe de mission des stratégies de l'autonomie du Conseil Départemental du Pas de Calais avec laquelle j'ai pu échanger, 40 porteurs s'étaient manifestés en septembre 2023 et 15 habitats inclusifs sont en cours d'ouverture sur l'ensemble du Pas de Calais en juin 2024.

Des financements sont possibles via le Département dans le cadre de l'aide à la vie partagée ( enveloppe de 5 000 à 10 000 € versée par habitant aux personnes de plus de 65 ans ou aux personnes ayant une RQTH dans le cadre du programme de vie sociale – financement CNSA et du département – au 1<sup>er</sup> juin 2023 : 65 % de compensation de la CNSA contre 50% au 1<sup>er</sup> juin 2025) / Possibilité de financement via la CARSAT pour l'aménagement de la salle collective / financements possibles de l'Economie Sociale et Solidaire et d'autres fondations.

#### **2.2.4 Les menaces**

J'ai pu à travers mon diagnostic stratégique repérer des menaces qui seront à prendre en compte dans l'élaboration de mon plan d'actions.

Dans un premier temps, le public ciblé dans mon projet interpelle une large partie de la population. L'inclusion de ces personnes dans un quartier nécessitera en amont de la communication auprès du voisinage afin que leur arrivée soit vécue sereinement par l'ensemble des habitants.

Si par la mise en place d'un parcours de soins, un trouble psychique peut être stabilisé, une des menaces serait l'arrêt de l'observance thérapeutique. Celle-ci pourrait engendrer l'apparition de comportements inappropriés, une stigmatisation du voisinage et une nouvelle exclusion de la personne.

Au niveau de l'accompagnement de la personne, si l'alliance thérapeutique, à savoir la relation de collaboration entre le patient et le thérapeute pour la poursuite d'objectifs spécifiques, est primordiale, la désertification médicale sur notre territoire est réelle et les difficultés de recrutement de psychologues met à mal cet accompagnement vers le soin.

#### **2.2.5 Analyse**

Les personnes en souffrance psychique sont souvent stigmatisées : représentations négatives de la population en général. Leurs comportements peuvent être jugés inappropriés ou inadaptés, ce qui accentue ce problème.

Les membres du Conseil d'administration de l'ADIS et les professionnels sont inquiets à l'idée d'accompagner ce public. Néanmoins, le CA qui défend les valeurs associatives (accompagnement des personnes quelles que soient leurs pathologies), fait confiance à la Direction de l'association ; il est à l'écoute, sait que l'association ADIS doit s'adapter au contexte sociétal et évoluer. Le CA aura besoin d'être associé au projet, d'être informé régulièrement des avancées (communication efficiente à mettre en place).

Aujourd'hui, les professionnels de l'ADIS sont réfractaires à l'accompagnement des personnes ayant un trouble psychique, le cadre de prise en charge des ACT n'étant pas

adapté. Cette crainte est renforcée par le départ récent de 2 psychologues et par la connaissance des difficultés de recrutement actuelles sur notre territoire.

Néanmoins des forces sont à exploiter : la stabilité de l'équipe infirmière et socio-éducative (anciens salariés) ; l'évolution des prises en charge sanitaires (du VIH au cancer) à laquelle certains ont dû s'adapter ; leur expertise et leur capacité à travailler en transversalité.

En effet, les équipes ont déjà connu le changement. Malgré des résistances au départ, elles ont su s'adapter et évoluer dans leurs pratiques professionnelles. Le retour de ces expériences nous guidera pour les projets à venir. L'équipe de l'ADIS aura besoin d'être rassurée et associée au projet.

D'autres leviers sont à exploiter : la possibilité de recruter du personnel formé à la psychiatrie, le remplacement des postes de psychologues et mise en place d'un nouveau service d'ACT « hors les murs », le développement du partenariat avec la psychiatrie par le biais de convention, le travail sur la GEPP et enfin la mise en place de formation puisque des financements ARS sont fléchés.

Le projet d'Etablissement est aujourd'hui dépassé et doit être retravaillé ; ce travail permettra d'intégrer la notion de troubles psychiques, d'aborder les notions de culture commune, d'éthique professionnelle, il donnera du sens aux équipes.

L'ARS, notre autorité de tarification et de contrôle nous fait confiance ; même si aucun financement n'est aujourd'hui fléché sur ce projet, les relations avec notre ATC nous permettront d'échanger sur la mise en place du projet de logement inclusif. D'autres sources de financement via la CNSA et le Département ou encore la CARSAT pourront aussi être envisagées et notre partenariat avec les bailleurs sociaux sera aussi une force sachant qu'ils sont partie prenante de la mise en place de ce type de dispositif inclusif.

## **2.3 Apports théoriques et concepts : les notions d'accompagnement au changement, de compétences, d'inclusion**

L'apparition de ce nouveau public candidatant dans nos services ACT hébergement et ACT « hors les murs » nécessite pour les professionnels de s'adapter.

### **2.3.1 La notion de compétence**

Les accompagnements peuvent être plus complexes et nécessitent de pouvoir monter en compétences, levier à exploiter pour éliminer certains freins à l'accompagnement.

Guy LE BOTERF a étudié le concept de compétence. Il différencie les notions de « être compétent » et « avoir des compétences » (Le Boterf, 2018 : 60). Pour lui, « être compétent » signifie « savoir agir et interagir avec pertinence, compétence et éthique dans

une situation professionnelle (activité à réaliser, problème à résoudre, évènement auquel il faut faire face, projet à réaliser). C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences de la situation tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources personnelles (connaissances, habiletés, comportements, aptitudes, qualités personnelles.) de support (banques de données, personnes ressources, réseaux d'expertise). On se réfère ici au domaine de l'action, de l'agir professionnel.

Avoir des compétences, c'est avoir des ressources (connaissances, habiletés) pour agir avec compétence.

Pour cet auteur les deux points de vue sont complémentaires : un professionnel ne peut être compétent sans avoir les compétences nécessaires et avoir des compétences ne suffit pas pour être un professionnel compétent.

En tant que Directrice d'ESMS, au vu de l'évolution constante du secteur, l'acquisition de nouvelles compétences par l'équipe est importante et peut se faire, par le biais de formation, de participations à des ateliers, à des conférences. Agir sur le « être compétent » peut également être travaillé via les procédures, les GAPP ou autres actions que je proposerai en partie 3.

### **2.3.2 L'accompagnement au changement**

« Diriger c'est maîtriser le changement et sa temporalité » (Peroz, 2023).

La prise en charge et l'accompagnement de nouveaux publics en souffrance psychique est un nouveau changement pour les professionnels.

Dans cet ouvrage, Christian PEROZ met en avant le fait que « la conduite de changement requiert de prendre le temps d'identifier les résistances et les inquiétudes des professionnels, de communiquer sur la vision et la stratégie, de repérer les ressources internes de chacun, d'encourager la responsabilisation et l'engagement du plus grand nombre, de faire un feedback sur les résultats à différentes étapes. Prendre son temps est aussi nécessaire en vue d'éviter une direction trop centralisée, pyramidale et de s'inscrire dans un management participatif et transversal ».

L'accompagnement au changement est stratégique et doit concerner à la fois les équipes, (l'interne) mais aussi les partenaires, les personnes accompagnées (l'externe).

Le pilotage du changement désigne la démarche à mettre en œuvre dont les enjeux sont de :

- Mieux piloter,
- Diminuer la résistance au changement,

- Eviter les impacts négatifs : Risques Psycho-Sociaux (RPS), absentéisme, démotivation, turnover,
- Lever les peurs et incertitudes liées au changement,
- Eviter les conflits et impulser de nouvelles pratiques.

3 phases sont susceptibles d'être opérées selon Kurt Lewin (Lewin, 1951) :

- La phase de décristallisation qui correspond à l'abandon des comportements et attitudes habituelles, qui s'accompagne d'une explication des motivations à changer quelque chose dans l'organisation : faire un état de la situation actuelle ; expliquer pourquoi il n'est plus possible de faire comme avant, pas d'autres issues que le changement (lien avec les valeurs de l'association), être à l'écoute des professionnels, l'objectif est d'obtenir l'adhésion des équipes.
- Le déplacement : consiste à la modification des routines organisationnelles par l'introduction de changement : définir avec les équipes la nouvelle façon de faire, présenter les bénéfices de la nouvelle solution, identifier les résistances et les traiter
- La recristallisation qui correspond à la pérennisation de la nouvelle façon de procéder dans l'organisation, via des processus formalisés, communiquer et rester à l'écoute

Consciente que ces différentes étapes seront nécessaires dans la mise en place de ce nouveau projet, différents outils me permettront de travailler l'accompagnement au changement, notamment :

- La réalisation d'un diagnostic de départ (état des lieux de l'existant)
- La formalisation et le partage de la stratégie : en terme d'orientation (objectif/ sens) de moyens (communication, transversalité, participation des équipes, détermination des ressources),
- Le suivi et l'évaluation dans le temps.

Selon Michel Croisier (Croisier, 1963), les résistances au changement peuvent être individuelles : peur de l'inconnu, mauvaise vision du changement (par manque de communication), le besoin de formation.

Des causes collectives peuvent également amener de la résistance à savoir des changements brutaux qui peuvent être difficiles à appréhender pour les équipes, l'absence de consultation des professionnels et des prises de décisions descendantes et enfin des impacts sur les acquis sociaux.

En tant que Directrice, la prise en compte des réticences des professionnels à accompagner ces nouveaux profils de public est un frein important. Il s'agira donc d'impliquer les équipes, de leur donner des explications claires, de communiquer ensemble. Le passage par la formation sera nécessaire et fait partie de mes priorités dans l'accompagnement des équipes.

### 2.3.3 La notion d'inclusion sociale

De nombreux champs du social ou du médico-social ont parlé des notions d'intégration, puis d'inclusion sociale. L'intégration cherche à incorporer les personnes dans le tissu social. Comme le souligne Charles Gardou ( Gardou. 2012) : « L'objectif de l'intégration est de faire entrer dans un ensemble, d'incorporer (...). Ce qui est ici premier l'adaptation de la personne : si elle espère s'intégrer, elle doit, d'une manière assez proche de l'assimilation, se transformer, se normaliser, s'adapter ou se réadapter ». Le mouvement part de l'individu qui doit s'adapter à la structure.

L'inclusion est souvent apparentée à l'intégration mais ce sont deux notions différentes. Le mouvement d'inclusion part de la structure. C'est l'organisation qui doit se modifier, se transformer pour être adaptée à la personne et respecter la diversité. « Une organisation sociale est inclusive lorsqu'elle module son fonctionnement, se flexibilise pour offrir, au sein de l'ensemble commun, un « chez soi pour tous » (Gardou. C., 2012).

Notre société s'oriente aujourd'hui vers l'inclusion. Ce « chez soi pour tous » a pris sens avec le développement de l'habitat inclusif. Le verbe « habiter » vient du latin « habitare », qui signifie « avoir fréquemment ». La notion de « habiter » a gardé le sens de « résider » ou « demeurer ». L'« habitat » est le lieu où quelqu'un habite.

Habiter dans un habitat inclusif signifie vivre dans un environnement qui combine accessibilité, adaptation et soutien, pour permettre aux personnes en situation de fragilité de mener une vie autonome et intégrée dans la société.

Véritable levier de l'inclusion, les pouvoirs publics prônent le développement de cette forme d'habitat et de nombreux dispositifs ont été créés.

- Décembre 2016 : création de l'observatoire de l'habitat inclusif : il permet d'assurer une veille continue sur les pratiques émergentes, de promouvoir l'innovation et d'accompagner les porteurs de projet.
- Guide de l'habitat inclusif : publié en 2019, c'est un document de référence destiné à accompagner les porteurs de projets dans la conception, la mise en œuvre et la gestion de projets d'habitat inclusif. Il fournit des informations pratiques, des recommandations, et des exemples de bonnes pratiques pour soutenir le développement de logements adaptés aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées.

De nombreuses dispositions réglementaires se sont succédées. Celles-ci sont venues alimenter ma réflexion et la proposition du plan d'actions décrit en partie 3.

### Conclusion de la deuxième partie :

Afin de vérifier mes hypothèses de départ en partie 1 de ce mémoire, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens semis directifs auprès de personnes accompagnées, de professionnels en poste et d'un membre du CA. Je me suis également servie des enquêtes menées par l'UNAFAM et le CREAL. Les besoins du public cible sont d'obtenir un logement à soi, sans crainte d'une nouvelle rupture. Ceux de l'équipe concernent la formation, la nécessité d'avoir un cadre de fonctionnement adapté aux publics, le maillage partenarial, l'accompagnement pour faire face à leurs craintes. Pour le représentant du CA, le développement du partenariat est également un souhait.

En lien avec le diagnostic stratégique de l'ADIS réalisé, je propose en troisième partie de décliner mon plan d'actions.

### **3 Diversifier l'offre d'Habitat au sein de l'ADIS pour accompagner les personnes malades et en souffrance psychique**

La finalité du projet que je propose, est de pouvoir proposer la création des modes d'habitat au sein de l'association ADIS pour offrir une réponse adaptée aux personnes malades et en souffrance psychique.

En effet, en tant que Directrice d'Etablissement, adapter l'offre de services aux besoins et attentes des publics fait partie de mes missions. Néanmoins, garantir des conditions de travail optimales aux salariés reste prioritaire. A cela s'ajoute le pilotage financier de l'établissement.

L'objectif général de mon projet est de pouvoir proposer à la personne cumulant des problématiques de santé physique et psychique l'accès à un logement inclusif.

Pour cela, des objectifs principaux me permettront de décliner mon plan d'actions :

- Retravailler le projet d'établissement et créer un nouveau dispositif d'habitat inclusif,
- Former les équipes à l'accompagnement des publics en souffrance psychique,
- Formaliser le partenariat avec les acteurs du territoire spécialistes de la souffrance psychique.

#### **3.1 Apporter une réponse concrète aux besoins des personnes : créer un dispositif de logements inclusifs**

##### **3.1.1 Orientations stratégiques**

De nombreux textes et documents de référence ont permis de définir l'habitat inclusif au sein du code de l'action sociale et des familles notamment la Loi n° 2018-1021, 2018. Il est destiné « aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes (.....). Ce mode d'habitat est assorti d'un projet de vie sociale et partagée » (Ministère de la Justice, 2019).

Le projet de vie sociale et partagée doit être élaboré par les habitants. Ils bénéficient ainsi, d'espaces communs et de l'intervention d'un professionnel chargé de la coordination de mise en œuvre du projet de vie sociale et citoyenne des habitants.

L'orientation stratégique de création d'un Habitat Inclusif répond directement aux besoins des personnes en souffrance psychique.

Dans un premier temps il répond au besoin de pouvoir se poser dans un logement. En parallèle, il permet de travailler sur le levier de l'isolement de ces personnes. Qu'elles soient

vieillissantes, porteuses d'un trouble psychique, le besoin de lien social est important. L'Habitat Inclusif, par son projet de vie sociale, viendra répondre aux besoins du groupe. Les besoins d'accompagnement, décrit ci-dessus ne sont pas à négliger néanmoins, l'habitat inclusif s'adresse à des personnes qui auront le choix d'être accompagnées par une équipe ou non. En cas de besoin, la personne pourra solliciter les services de droit commun : mise en place de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ou de la PCH (Prestation de compensation du Handicap). Le coordinateur aura pour mission de faire le lien avec l'extérieur pour répondre aux besoins du collectif.

La création de cette nouvelle offre par l'association ADIS permettra aux équipes d'orienter au mieux les personnes accompagnées, de leur lieu de vie antérieure (la rue, un squat.) à un logement.

Les ACT Hébergement sont une orientation possible avec un cadre structuré, sécurisant pour certaines personnes ou rejeté par d'autres. L'habitat inclusif offre alors une autre alternative.

### **3.1.2 Une nouvelle offre de service : le logement inclusif**

Le 14 juin 2024, j'ai pu m'entretenir avec la chargée de mission Habitat inclusif du département du Pas de Calais. Besoins, montage de projet, cadre posé par le Département, financements ont été autant de thématiques abordées.

Une première vague de financements a été initiée en 2022 pour laquelle les projets n'ont pas encore abouti. Une phase de pérennisation de ces projets est envisagée avant de débloquent d'autres fonds (aucun financement en 2024). Temps nécessaire à la réalisation du diagnostic préalable à tout projet.

\*Prise de contacts en mai 2024 avec un partenaire Bailleur du Territoire du Calais, qui propose une offre de plus de 10 000 logements sur le territoire envisagé. La mise à disposition progressive fin 2025, début d'année 2026 de 6 logements diffus dans un même quartier puis de 6 autres ensuite est envisageable. A ces appartements individuels s'ajoutera l'accès à une salle réservée initialement aux locataires ; espace dédié au futur coordinateur pour le déploiement du projet social des résidents. Il est à noter que ces appartements devront être insérés dans la ville, dans un quartier, à proximité des commerces et autres services (bus ...). Les appartements ne sont pas encore identifiés mais le bailleur dispose de nombreuses résidences sur le centre-ville de Calais. En cas de besoin (logement non adapté au profil des publics) , il est possible également de solliciter les bailleurs privés.

A ce jour sur le territoire de Calais, il n'existe pas d'habitat inclusif. Pour réaliser un benchmark concurrentiel, j'ai dû me référer à des territoires plus éloignés qui possèdent déjà de l'habitat inclusif. J'ai ainsi pu m'entretenir avec la chargée de projet d'un habitat inclusif de 12 places situé à Berck-sur-mer.

#### Le profil des personnes de l'Habitat Inclusif :

Chaque personne sera locataire de son logement (bail à son nom). Les personnes ciblées seront majoritairement celles en souffrance physique et psychique. Quelques préalables sont identifiés pour prétendre à arriver en Habitat Inclusif : disposer d'une reconnaissance de handicap par la MDPH ou encore d'une pension d'invalidité. Un accompagnement par l'équipe ACT « hors les murs » sera possible en amont afin de régulariser les démarches administratives. Les futurs locataires seront volontaires pour créer le projet de vie sociale en lien avec la coordinatrice.

Un dossier sera à constituer. Il passera en commission d'attribution.

Celle-ci sera constituée du bailleur social, d'un membre de la Maison de l'Autonomie, de la coordinatrice recrutée, du partenaire ayant initié la demande, du candidat, et de la Direction que je représenterai.

Lors de cette commission d'attribution, il s'agira de vérifier le projet de vie de la personne, ses besoins d'accompagnement, les difficultés qu'elle rencontre au quotidien, sa motivation à vivre ensemble, à s'investir dans le projet de vie sociale.

Un regard sera également porté sur les ressources financières de la personne et sur les aides possibles à déployer.

#### Programmation de la démarche :

##### Au niveau de la Direction :

- Travail sur le conventionnement envisageable avec le partenaire bailleur
- Prise de contacts avec les Autorités de Tarification et de Contrôle
- Benchmarking
- Planification de la mise en place du projet (confère annexe VIII planification)
- Fiche de poste du coordinateur

##### Au niveau du fonctionnement :

Le recrutement du coordinateur n'étant pas envisagé sans la confirmation des financements, je me saisirai de l'expertise des professionnels de l'ADIS. Ainsi un comité de pilotage sera constitué avec des salariés motivés par le projet, la CDS, et des personnes accompagnées en ACT HLM, afin de travailler sur les procédures de l'Habitat Inclusif.

- Création du dossier de candidature,

- Structuration du projet de vie sociale : organisation du collectif (président ? secrétaire ?), rythme des réunions inter locataires, choix des activités (vote ? délégation en cas d'absence ?). Un document sera formalisé et présenté aux personnes souhaitant vivre en Habitat Inclusif.

### **3.2 Former les équipes à l'accompagnement des publics en souffrance psychique et accompagner les pratiques professionnelles**

La mise en place des entretiens semis directifs en janvier 2024 pour ce travail de mémoire m'aura permis d'identifier des axes de travail afin de répondre aux préoccupations des salariés

#### **3.2.1 Un projet d'établissement à faire évoluer**

Cette année de formation CAFDES m'a permis de faire un pas de côté, de diagnostiquer, d'analyser et d'évaluer l'organisation de l'association ADIS.

Au vu du contexte évolutif de l'établissement depuis 2016, et de la prise en charge d'un nouveau profil de public, il est pertinent et indispensable de pouvoir retravailler le projet d'établissement en y intégrant les salariés afin qu'ils s'adaptent au public concerné.

J'ai bien conscience que ce travail va nécessiter du temps, de la part de la gouvernance, des équipes, des personnes accompagnées et qu'il va venir s'ajouter aux autres démarches déjà initiées depuis début 2024...Néanmoins, c'est un document stratégique qui va venir définir les orientations, les objectifs et les moyens de l'établissement. Il sera pour les professionnels ADIS la possibilité de s'impliquer et de s'approprier les nouvelles orientations stratégiques.

Impliquer les équipes, les valoriser est à mon sens synonyme de motivation.

J'envisage de démarrer ce travail de fond à compter du mois d'octobre 2024, en accord avec le Conseil d'Administration qui s'est tenu le 3 juin 2024 et avec son approbation pour retravailler le projet d'établissement du fait de son dépassement.

Je déploierai ce travail en plusieurs temps :

- Communication au CSE, à l'ensemble des personnels, aux personnes accompagnées.
- Constitution de l'équipe de pilotage : Un membre du CA, 2 professionnels, 1 membre du CSE, 2 usagers : définition des rôles et missions de chacun et élaboration du calendrier de travail et de la méthodologie de projet.

- Afin d'impliquer les équipes , je demanderai à chaque professionnel de relire le projet d'établissement existant et de relever ce qui est encore en phase avec leur pratique de terrain et ce qui ne l'est plus de manière à pouvoir dresser dès la première réunion de travail la fiche d'identité de la structure actuelle : missions, publics accompagnés ou à accompagner, organisations des services, territoires, partenaires et objectifs/ les procédures d'admission, de contractualisation, la personnalisation de l'accompagnement, la participation des personnes...
- Des groupes de travail pluridisciplinaires seront ensuite constitués afin de reprendre chaque thématique et de produire un écrit. Une méthodologie de travail permettant à chaque personne de s'exprimer sera mise en place puis les groupes s'organiseront à l'interne pour réaliser un écrit.
- Ces écrits seront relus en comité de pilotage afin de valider le fait qu'il n'y ait pas d'écarts entre la mise en place et les objectifs attendus. Ils seront présentés aux différentes instances (CSE en ce qui concerne l'ADIS) puis seront validés en dernier lieu par le CA.

### **3.2.2 Optimisation des compétences par la formation**

Chaque salarié a, par le biais de sa formation initiale ou par ses expériences professionnelles un bagage différent quant à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique.

Une des premières thématiques qui m'est apparue nécessaire de traiter est la gestion du danger, thème qui a été récurrent lors des entretiens avec les salariés. La prévention des risques psycho-sociaux participe à maintenir un environnement de travail sain et sécurisé pour les équipes.

J'ai pris attache auprès de la secrétaire de Direction de l'hôpital de Calais qui m'avait évoqué une formation réalisée dans leur établissement. J'ai donc obtenu le contenu de la formation que j'ai transmis aux équipes afin de connaître leur positionnement. Mon management étant dans ce cadre participatif pour répondre au mieux aux besoins des équipes. L'objectif de cette formation étant de : « Pacifier les états de crise et d'agitation, protéger les professionnels et les usagers dans un contexte de responsabilisation », l'intégralité de l'équipe a répondu favorablement à cette proposition.

Bénéficiant par ailleurs d'un crédit non reconductible sollicité en 2022 auprès de l'ARS et de fonds dédiés à la formation datant de 2021, le montant de cette formation a pu être pris en charge dès 2024 et une proposition de dates a été fixée en mars 2024 pour l'ensemble des professionnels ADIS.

De plus, dans le cadre du groupe de travail des Directeurs des service ACT des Hauts de France, nous bénéficions chaque année d'une enveloppe budgétaire inter-établissement par l'Agence Régionale de Santé pour permettre aux équipes de se rencontrer dans le cadre de formation professionnelle. Début 2025 est proposée aux équipes ; « Maladie chronique : accompagnement du patient dans un contexte de vulnérabilité ». Celle-ci sera proposée à l'ensemble des professionnels ADIS puisque dans le plan de formation est prévu un travail sur la compréhension des représentations et de ses mécanismes, un apport théorique et le développement des pratiques d'accompagnement adaptées. Chaque salarié aura la possibilité de se positionner sur cette formation, puis en fonction du nombre de places, un choix sera réalisé. Je me positionnerai alors en fonction des souhaits abordés par les professionnels lors de leur dernier entretien individuel en 2023 puis du plan de formation établi à la suite pour l'année 2024. Un retour est systématiquement réalisé auprès des équipes sur le choix opéré afin que la communication soit claire et qu'il n'y ait pas d'insatisfaction. Le plan de formation est présenté au CSE également. Mon objectif reste toujours d'être au plus juste et équitable avec les équipes.

D'autres formations avec le CREHPSY (Centre Ressources Handicap Psychique) Hauts de France sont également intéressantes notamment celle intitulée : « Mieux comprendre le handicap psychique pour mieux accompagner » qui intègre dans son plan de formation la déstigmatisation des troubles psychiques, les repères de compréhension du handicap psychique et qui, enfin amène des outils et méthodes d'accompagnement ( Annexe VI).

Enfin, la mise en place de formations intitulées « Premiers secours en santé mentale » par des partenaires tels que la CPAM ou l'URIOPSS a permis à 3 salariés d'être formés au premier semestre 2024.

A ces temps de formations, des temps d'échanges entre professionnels sont nécessaires.

### **3.2.3 Regards croisés sur les situations**

L'équipe de l'ADIS bénéficie depuis 8 ans maintenant de temps de supervision avec une psychologue extérieure à raison d'une fois tous les 2 mois.

La commande initiale auprès de la psychologue était de pouvoir répondre aux besoins des équipes (travail en collectif) en dehors de ma présence et de celle de la cheffe de service.

Un débriefing est réalisé une fois par an avec cette prestataire ou en cas de besoin repéré.

Le bilan de l'année 2023 met en avant un besoin récurrent des équipes de pouvoir échanger autour de situations difficiles, problématiques. L'analyse de la problématique rencontrée, les échanges sur le travail réalisé, les méthodes, les stratégies mises en place, les outils

utilisés permettent d'ouvrir la réflexion et d'envisager des axes d'amélioration dans la prise en charge. Un regard sur ce qui fonctionne bien est systématisé en fin de séance.

Ce temps réservé aux équipes, qui s'oriente aujourd'hui davantage vers de l'analyse de pratiques professionnelles, répond à un besoin des équipes de terrain et sera poursuivi sur toute l'année 2024. Je me suis néanmoins interrogée sur la présence de l'ensemble des salariés notamment du pôle administratif. J'ai donc organisé en mars 2024, une réunion avec ces professionnelles afin de connaître leur ressenti et la pertinence de leurs présences.

Des réunions d'équipe sur chaque territoire géographique sont mises en place mensuellement en présence de l'équipe pluridisciplinaire et de la cheffe de service. Celles-ci permettent de faire un point sur chaque personne accompagnée, de façon transversale et d'évoquer l'avancée des objectifs fixés par la personne et l'équipe.

Avec la mise en place progressive du dispositif des ACT Hors les murs, des temps d'échanges plus fréquents ont été nécessaires afin de pouvoir évoquer les situations rencontrées. Une nouvelle organisation a ainsi été mise en place dès le mois de mars 2024. Ces temps d'échanges se font chaque semaine, en début de matinée, en présentiel ou en visioconférence.

Enfin, afin de pouvoir envisager au mieux ce regard croisé de l'équipe et cette prise en charge pluridisciplinaire, une réelle faiblesse au niveau de l'association ADIS est le manque de logiciel patient. Celui-ci favoriserait la transmission des informations quotidiennement. Une réunion de travail des directions des structures ACT en Hauts de France le 8 avril 2024, m'a permis de me positionner sur la formation d'une grappe afin de pouvoir solliciter des financements dans le cadre de la loi SEGUR et du Numérique (Loi n° 2021-1018, 2021) et de pouvoir mettre en place le Dossier Unique Informatisé du patient (Décret n°2021-1047, 2021). L'ADIS va pouvoir répondre à l'appel à projet

#### **3.2.4 Recrutement et GEPP**

Le secteur social et médico-social est frappé de plein fouet par des difficultés de recrutement depuis les années COVID. Pénibilité du travail, épuisement professionnel en lien avec la nature exigeante et émotionnellement éprouvante du travail, indices de rémunération, convention collective sont autant de leviers ou de freins qui rendent un établissement attractif pour les professionnels diplômés.

J'ai depuis quelques années, en accord avec le Conseil d'Administration, déjà opté pour l'accueil de stagiaire sur des périodes longues. Ainsi, Assistants de Service Social, éducateurs spécialisés, psychologues se sont succédés dans nos bureaux. Au-delà de la

volonté de former les futurs professionnels, l'accompagnement de ces stagiaires participent à la valorisation des professionnels référents de stage.

Les futurs besoins de recrutement ciblés dans ce projet d'Habitat inclusif, après accord des financements, concernent l'embauche d'un coordinateur qui peut être recruté sur un équivalent temps plein ou moins en fonction du projet. La planification du projet d'Habitat inclusif s'étalant sur 2 ans, j'envisage de pouvoir proposer au stagiaire, en formation éducateur spécialisé, un poste à mi-temps au second semestre 2025 (obtention du diplôme DEES de ce stagiaire prévue juillet 2025). Cela correspond à la demande initiée auprès du bailleur social Il basculera à temps plein dès que les 6 premiers logements auront été proposés. Ce recrutement sera réalisé dès obtention des accords de financement. Je fais le choix de cette fonction puisque ce travailleur social a la capacité de s'adapter aux différents profils de publics et ses missions sont diversifiées. Si l'on se réfère à la fiche métier (Ministère de la Santé, du Travail et des Solidarités), « les éducateurs spécialisés travaillent auprès des enfants, adolescents, adultes, familles et groupes en situation de vulnérabilité ou de handicap auprès desquels ils contribuent à créer les conditions pour qu'ils soient protégés et accompagnés, considérés dans leurs droits et puissent les faire valoir.

L'éducateur spécialisé contribue au processus de socialisation et d'autonomie des personnes. Il favorise le renforcement des liens sociaux et des solidarités dans l'environnement des personnes et de la société.

Il aide au développement de la personnalité et à l'épanouissement de la personne et peut contribuer à son insertion socioprofessionnelle ».

La période de stage préalable permettra à ce travailleur social d'appréhender les différents services de l'association ADIS et de découvrir l'accompagnement du public cible.

Le salaire de ce professionnel correspond au statut Technicien-Agent de Maîtrise (TAM), filière intervention, degré 2, échelon 1 de la classification professionnelle en vigueur de la convention collective de la branche des aides à domicile.

Le départ en retraite de notre IDE Coordinatrice du service ACT HLM sera également à anticiper au niveau de la GEPP (Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels). Je me saisirai des entretiens professionnels afin d'évaluer, les IDE susceptibles de vouloir et pouvoir la remplacer.

Par rapport au recrutement, un poste de psychologue (1 ETP) n'est pas pourvu depuis décembre 2023. Une expérience professionnelle du – de la futur (e) candidat (e) dans le domaine de la précarité, du « aller-vers » serait un plus, néanmoins au vu du contexte tendu de recrutement, je reste en attente de CV de candidats diplômés.

### **3.3 Développer, renforcer et formaliser le réseau partenarial : une collaboration efficace dans le secteur médico-social autour de la souffrance psychique**

#### **3.3.1 Les partenaires de terrain**

Au niveau local, de nombreuses initiatives avaient été lancées dans le cadre du Contrat Local de Santé et du Contrat Local de Santé Mentale en 2018 mais le départ de la coordinatrice Santé de la ville de Calais juste avant l'année COVID a entraîné un arrêt des réunions partenariales sur cette thématique et aucune dynamique n'a été réenclenchée depuis ces années covid.

J'ai donc fait le choix de prendre attache auprès des équipes de terrain.

Au niveau du SIAO Calais, une rencontre avec la Directrice a mis en avant les besoins réels des professionnels de terrain face aux situations sanitaires précaires de certains usagers (sur le plan somatique et psychique). Au vu des expertises des équipes en place depuis déjà quelques années, et des besoins repérés, nous avons opté pour la mise en place de binôme équipe mobile ADIS et SIAO. L'objectif étant de pouvoir repérer lors des maraudes les personnes pouvant avoir besoin de soins. Nous avons donc choisi de laisser aux équipes la construction de leurs modalités d'interventions en leur proposant un temps de rencontre en amont des premières dates sur le terrain. Un premier échange a eu lieu en juin 2024.

J'ai, lors d'une réunion d'équipe, en lien avec la Cheffe de service, évoqué la possibilité d'intervention en binôme SIAO ADIS, modalité d'intervention appréciée des professionnels au niveau du cadre sécurisant d'intervention. La cheffe de service a pu, à la suite, initier les premiers temps de travail ADIS SIAO et valider les modalités d'interventions (création d'un outil de recueil des données).

Ce premier travail de partenariat permettra d'envisager par la suite un conventionnement avec le SIAO.

Aller vers les publics en souffrance psychique implique la nécessité d'avoir des relais avec la psychiatrie puisque des besoins de mise en place ou de reprise de parcours de soins sera nécessaire au moment où la personne sera prête.

Une date de rencontre avec l'équipe mobile de psychiatrie était fixée début juillet 2024 mais celle-ci a été reportée en septembre pour des raisons organisationnelles et de congés.

Pour les publics ayant besoin de soins en urgence pour lesquels les droits ne seraient pas ouverts, les professionnels de l'ADIS travaillent avec l'équipe de la Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS) de l'hôpital de Calais. Ce dispositif garantit une prise en charge équitable, continue de la santé quel que soit la situation de la personne ; ses missions sont l'accès aux soins (accueil, orientation, consultations médicales), accès aux urgences, évaluations et prises en charge sociale, prévention et promotion de la santé. Les relations avec ce service étant fluides, je n'ai pas envisagé de mise en relation particulière.

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est présent sur notre territoire du Calais depuis juillet 2022. Ses missions sont l'accompagnement, la coordination, la gestion des situations complexes. C'est un service rencontré à plusieurs reprises et avec lequel les professionnels sont amenés à travailler pour l'orientation de personnes en sortie de notre dispositif d'ACT Hébergement.

### **3.3.2 Les partenaires administratifs et financiers**

L'accès aux droits et aux soins : Aller vers le soin nécessite l'ouverture des droits des personnes les plus éloignées du droit commun. L'ADIS est conventionnée depuis 2021 avec la CPAM de Calais ce qui permet aux professionnels d'ouvrir des droits en moins de 48 heures. Chaque membre de l'équipe socio-éducative dispose d'un accès au service du portail Espace partenaires ce qui facilite et fluidifie le partage d'informations nécessaires à la complétude des dossiers.

Le département du Pas de Calais avec ses différents services est un partenaire incontournable lorsque nos missions sont centrées vers les publics fragilisés. Ainsi, j'ai intégré un groupe de travail porté par la maison de l'autonomie et qui s'intitule : Coopération territoriale autour des bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap Soutien à l'Autonomie. Cette nouvelle mesure permet aux personnes notamment celles en souffrance psychique de pouvoir cumuler des heures supplémentaires d'aides à domicile. Les heures sont réparties en fonction des besoins de la personne. Les professionnel(le)s sont formés en amont des interventions à la santé mentale et ont donc la capacité de s'adapter au comportement de l'utilisateur.

Cette nouvelle mesure va être présentée aux professionnels ADIS en septembre 2024 afin que ceux-ci puissent s'en saisir au mieux.

Le réseau partenarial est dense, multiple et nécessaire pour que les prises en charge de notre public soient les plus efficaces possibles.

### **3.4 Pilotage du projet : de la mise en œuvre à l'évaluation**

#### **3.4.1 Manager le changement : comment ?**

L'environnement sociétal et institutionnel est en mutation constante. Cela nécessite pour les ESMS de promouvoir le changement. Mintzberg (Mintzberg, 1979) préconise un management modulable à adapter en fonction des besoins spécifiques de l'organisation et des situations rencontrées. Il n'y a pas un style particulier de management mais celui-ci peut être ajusté en fonction de facteurs multiples : la taille de la structure, l'environnement, les tâches à effectuer et leur complexité.

Le bon manager est celui qui sait s'adapter aux situations variées, qui sait gérer les ressources, qui guide et motive ses équipes tout en étant attentif à son environnement.

La posture de Directrice que je souhaite incarner est centrée sur cette adaptabilité.

La structuration sur plusieurs territoires et le peu d'ETP pour l'équipe de Direction implique un management participatif. Aussi je laisse à l'équipe une large part d'autonomie dans leurs missions ce qui induit de les responsabiliser ; ce fonctionnement implique une diversité de compétences : la confiance, la planification, la réalisation, le contrôle et l'ajustement des pratiques professionnelles.

Cette forme de management requiert néanmoins un encadrement (limites posées) et des feedbacks réguliers qui sont réalisés par la Cheffe de service : réunions, évaluation des objectifs posés. Cette liberté et cette autonomie favorisent des conditions de travail motivantes et la satisfaction des salariés.

Je sais que dans ce style de management ma responsabilité reste engagée. Je reste donc disponible auprès de l'équipe en cas de besoin.

Mon management peut aussi être directif pour par exemple :

- Le choix des formations : des besoins ont été repérés ; je recherche donc des contenus adaptés à ces derniers et je fais le choix d'y faire participer l'ensemble des professionnels ;
- La sécurité des salariés : l'équipe a la possibilité d'intervenir en binôme pour des situations difficiles : fin de vie, tensions avec une personne accompagnée. Une des situations rencontrées a nécessité d'imposer un management directif afin de garantir la sécurité de l'équipe comme dans l'exemple cité ci-dessous.

Mr C. est accueilli dans notre dispositif ACT Hébergement après une longue période d'emprisonnement. La mise en place d'une mesure de protection avait été initiée durant son incarcération, puis a été mise en place au moment de sa sortie de centre de détention. Mr C. attribue la mise en place de cette mesure à l'éducatrice spécialisée en poste ; le ton monte à plusieurs reprises. Un recadrage est réalisé auprès de monsieur. Après discussion avec la cheffe de service, pour des raisons de sécurité, un binôme se met en place systématiquement au sein de l'ACT ainsi que dans nos bureaux professionnels, et ce, malgré le refus de cette salariée éducatrice spécialisée.

J'utilise le management persuasif actuellement dans la démarche d'acquisition du logiciel OGYRIS. Les équipes fonctionnent toujours avec des dossiers papiers et réalisent leurs comptes rendus et les transferts d'informations sur one drive (service de stockage en ligne sécurisé de Microsoft). La mise en place d'un logiciel entraîne beaucoup de questionnements et de résistances. Face à celles-ci, je mets en évidence le gain de temps en lien avec l'utilisation d'un seul et unique outil, la facilité de réalisation du rapport annuel des ACT en fin d'année, la meilleure sécurisation des données, les liens avec les services de santé extérieurs. Les équipes sont aujourd'hui en attente d'une démonstration du logiciel.

Les liens avec la gouvernance sont importants et nécessitent une communication régulière. Si le projet associatif est porté par le Conseil d'Administration, la stratégie mise en place relève de ma fonction de Direction et doit prendre en compte les volontés associatives. Lors des CA trimestriels, je présente les orientations possibles et tiens compte des remarques pour m'engager dans de nouveaux projets. Je communique régulièrement par mails afin d'informer la gouvernance d'accords de financements obtenus, de dates d'appels à projets, de problématiques particulières impactant le fonctionnement de l'association.

L'approbation du CA est nécessaire également pour gérer les équipes. Les priorités et les objectifs à atteindre sont clairement posés, les attentes de la Direction légitimées ; le changement peut être amorcé. Le CA a pour mission d'apporter un cadre sécurisant aux équipes.

La mise en place des entretiens professionnels, tous les 2 ans, me permet également d'accompagner l'évolution professionnelle, les perspectives de carrière et les besoins en formation des professionnels. C'est à cette occasion que la Direction peut communiquer, ré expliquer les raisons du changement ou d'une évolution à venir. Stratégiquement, ces échanges peuvent permettre de diminuer les résistances tout en motivant les salariés à développer de nouvelles en lien avec les besoins de la structure.

### 3.4.2 Les financements

#### Pour les logements inclusifs :

Le financement de l'habitat inclusif repose sur une combinaison de ressources publiques, privées et associatives. Il s'avère nécessaire de mobiliser plusieurs sources de financement pour assurer la viabilité et la pérennité du projet.

#### Des financements publics sont possibles :

\* La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) permet de financer des projets innovants en matière d'habitat inclusif, via le conseil départemental qui candidate à l'AMI (Appel à Manifestation d'Intérêt dans la cadre du Ségur de la santé) : travaux de construction ou de réhabilitation d'espaces partagés / Projet de vie sociale/ adaptation de l'habitat.

\* L'Aide à la Vie partagée (AVP) est un financement qui s'appuie sur le projet de vie sociale et partagé de l'habitat inclusif, sur la configuration des lieux (espace de vie individuelle, espace de vie collective, contractualisation avec les habitants et les services de soins ou médico sociaux, situation géographique...). Une enveloppe de 5 000 à 10 000 euros par habitant peut être versée après signature d'une convention de 7 ans (En 2023 : 65% de compensation de la CNSA/ 1er juin 2025 : compensation qui sera de 50% par la CNSA). Ce financement, versé au porteur du projet, permet de couvrir les salaires et charges du coordinateur de projet de vie sociale, les frais annexes de fonctionnement. La moyenne départementale versée par résident s'élève à 7 500 € ; je me baserai donc sur cette enveloppe pour réaliser le budget prévisionnel. L'AVP est versée directement à la personne morale porteuse du Projet de vie sociale et partagée, l'ADIS.

\* L'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat) peut accorder des subventions pour l'adaptation des logements, notamment pour les personnes âgées ou en situation de handicap. Celles-ci seront sollicitées sur certains logements afin de pouvoir recevoir des personnes à mobilité réduite.

\*La CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au travail) octroie des financements pour l'investissement dans les espaces collectifs, financements sollicités pour l'aménagement de l'espace collectif dédié.

\* Les Mairies et Collectivités territoriales peuvent être sollicitées via les PDALHPD (Plans Départementaux d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées).

\* D'autres financements via le Conseil Départemental peuvent être sollicités en cas de besoin d'aide dans le logement pour la personne intégrant le dispositif (demande d'APA, de PCH...).

\* De la même façon, une demande de FSL peut être sollicitée pour que la personne puisse accéder à son logement (caution, premier mois de loyer).

\* Les fondations (notamment la Caisse d'Epargne) pour le financement d'un véhicule permettant de faciliter les déplacements des résidents vers l'extérieur (activités, rendez-vous).

#### Pour la formation des professionnels :

- Crédits Non reconductibles disponibles fléchés à l'ADIS pour de la formation des professionnels
- Crédits non reconductibles octroyés à un ESMS de la région pour de la formation des équipes des différents services ACT de la région
- Financement dans le cadre de l'OPCO Uniformation (contribution conventionnelle)

Le budget prévisionnel se trouve en annexe VII, il a été pensé en année pleine ; il me paraît pertinent d'y ajouter des éléments de compréhension.

#### Les charges :

Le montant des charges a été calculée au prorata de celles enregistrées en 2023 sur les différents sites géographiques (6 locaux professionnels).

Certaines charges ont été ajoutées par exemple :

- L'achat d'alimentation pour la mise en place d'ateliers collectifs
- La location d'un véhicule 9 places en LOA – (Remarque : une recherche de financements via les fondations sera réalisée mais j'ai pris l'option d'inclure la LOA dans le budget afin d'assurer la possibilité d'avoir un véhicule)

#### Les produits :

Ils correspondent au montant de l'AVP pour 12 places à hauteur de 7 500 € (90 000€). N'ayant aucune certitude pour les dons des fondations, je ne les ai pas inclus dans le budget prévisionnel.

### 3.4.3 Communication

« Pour un responsable de projet, ne pas communiquer en interne ou en externe relève de la faute, notamment s'il veut être congruent avec l'obtention d'un résultat donné, dans un temps donné, pour une utilisation de ressources donnée. » (Nathalie LOUX, Philippe MAILLET, 2008. P 118)

La communication en interne comme en externe est un point fondamental du fonctionnement de tout ESMS.

En interne, la communication permet d'instaurer un climat de confiance et de collaboration entre la Direction et les différents professionnels : transmissions des informations, coordination des actions, travail vers des objectifs communs.

En externe, la communication permet de tisser des liens avec les partenaires institutionnels, d'informer les publics accompagnés. Une communication efficace permet également le développement de partenariats.

En tant que Directrice, élaborer une stratégie de communication a donc un réel intérêt ; je procéderai différemment en fonction des acteurs.

#### En interne :

- Avec la gouvernance :
  - Je communiquerai régulièrement avec les membres du CA pour les informer ou les consulter par l'envoi de mails,
  - Nous nous réunissons une fois par trimestre en plus des réunions de travail pour les divers projets,
  - Le CA sera invité aux différents temps forts mis en place.
  
- Avec le CSE :
  - Communication régulière sur l'avancée du projet et son développement, les besoins en recrutement, le DUERP et le plan de formation.
  
- Avec l'équipe :
  - Entretien professionnel et d'appréciation : programmé fin 2024/ début 2025 : durant l'entretien d'appréciation (évaluation des compétences, des objectifs atteints, du comportement professionnel, échanges individuels au cas par cas en fonction de situations difficiles..), un temps sera consacré à l'entretien professionnel afin d'aborder l'avenir professionnel du salarié et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ses objectifs (plan de formation),

- Mise en place de groupes de travail sur diverses thématiques : DUERP : l'hébergement, le hors les murs, et sur le logement inclusif en 2025 / travail sur les risques identifiés et plan d'actions/ mise en place des formations/ mise en place d'un groupe de travail spécifique HI,
- Réunions avec CDS,
- Réunions de service et réunions d'équipe avec le CDS,
- Note de services.

En externe :

- Avec les Autorités de tarification :
  - Invitation lors d'un comité de pilotage une fois dans l'année, du Conseil Départemental via la Maison de l'Autonomie, des partenaires orienteurs, du coordonnateur de l'Habitat Inclusif et moi-même : ce copil servira de point d'étape dans l'avancée et la mise en place du projet,
- Avec les partenaires : présentation du dispositif via la participation des équipes aux différents réseaux, réunions partenariales et intégration en 2025 du « réseau Habitat Inclusif » à l'initiative du Conseil Départemental,
- Avec les commerces de proximité, le voisinage, les partenaires : temps de convivialité mis en place afin de déstigmatiser les personnes en souffrance psychique : participation de personnes volontaires (via le dispositif ACT HLM ou de « pairs aidants » via les partenaires (EMPP), Le premier temps sera fixé dès que nous aurons le local d'espace de vie collective à disposition.
- Avec les personnes accompagnées dans les dispositifs, ACT Hébergement ou ACT « hors les murs » : selon les professionnels possibilité de mettre en place des temps d'échanges collectifs, des questionnaires, des boîtes à idées, élection de représentants des usagers,
- Communiqué de presse à l'ouverture du dispositif,
- Inauguration avec les partenaires,
- Mise en place de temps forts selon les projets des habitants des logements inclusifs.

#### **3.4.4 Evaluation, axes d'amélioration et de développement**

La démarche d'évaluation vise à repérer les points forts et les faiblesses d'un établissement, d'un projet et de mettre en place des actions correctives ou préventives pour améliorer la qualité du service. En tant que Directrice et responsable des projets mis en place, j'initierai cette démarche comme un outil de management et de réflexion via une approche méthodique et participative.

Une fois les finalités de l'évaluation posées, je partirai des objectifs à atteindre et fixerai des indicateurs de suivi et d'évaluation.

Les indicateurs seront des indicateurs de processus, qui permettent de surveiller et d'évaluer les étapes du projet, de détecter un décalage éventuel entre l'ingénierie d'action anticipée et les mécanismes réels et effectifs de mise en application – actions réalisées/ moyens utilisés, comme par exemple :

- Le nombre d'activités, d'entretiens, ou d'interventions réalisées ;
- Le pourcentage de tâches effectuées dans les délais prévus, l'utilisation des ressources humaines, matérielles, ou financières utilisées par activité ;
- Le nombre de réunions tenues : fréquence des réunions de coordination ou de suivi ;
- L'origine des orientations (fiches de candidatures émanant des partenaires, de l'équipe ACT HLM, de la personne elle-même) ;
- Le nombre d'accompagnements par l'équipe ACT HLM.

Des indicateurs de performance seront également relevés ; ils mesurent l'atteinte des objectifs finaux et l'impact global des activités ou des projets. Ils se concentrent sur les résultats obtenus et l'efficacité globale, comme par exemple :

- Le profil des personnes candidatant ;
- Les délais d'entrée dans le dispositif, le taux d'occupation, le turnover dans les logements ;
- Le taux de participation aux activités ;
- Le taux de satisfaction des usagers ;
- Le nombre d'hospitalisations des personnes accompagnées dans l'habitat inclusif ;
- Le nombre de Fiches d'Evènement Indésirable (FEI).

D'autres critères de résultats seront relevés comme la mise en place de la charte de vie sociale et partagée, l'implication des résidents, la participation aux activités du quartier, les temps forts mis en place et les personnes présentes (voisinage ? familles ?).

La création d'outils tels que des tableaux de bord sera réalisée afin de suivre l'activité et de produire l'évaluation.

Des temps avec le coordinateur seront proposés une fois tous les 6 mois. Ils permettront de réguler des situations qui le nécessitent (personne qui souhaiterait quitter le dispositif de l'HI, la personne qui ne s'inscrirait pas dans le projet de vie sociale et partagé...).

#### Axe de développement :

L'association ADIS est implantée sur 6 territoires géographiques différents. Le bailleur social avec lequel le projet d'Habitat Inclusif va se déployer est également présent sur ces 6 territoires. J'envisage donc, après la mise en place de ce dispositif sur la ville de Calais et de son évaluation, de pouvoir réitérer cette même démarche sur les autres secteurs géographiques.

Même si un partenariat est acté avec ce bailleur social, je prévois d'étendre ce projet auprès des autres bailleurs sociaux du territoire afin de pouvoir répondre aux besoins des publics.

La mise en place de ce projet et le travail avec les résidents permettra de travailler sur la notion de « pair - aideance ». Concept selon lequel, des personnes ayant vécu des expériences similaires, proposent un soutien à leurs pairs.

« Cette entraide entre pairs peut prendre différentes formes, telles que la lutte pour les droits ou pour une cause, l'autoreprésentation ou le pair-accompagnement. Ainsi, l'accompagnement et le soutien par les pairs sont une des formes pratiques de l'esprit self-help. Cette forme s'intéresse principalement à améliorer le bien-être ou la qualité de vie des individus, qu'il s'agisse de changer des aspects de leur vie quotidienne ou d'eux-mêmes, à leur initiative ». (LAVAL, C., Gardien, E.,2020 ).

- Le partage d'expérience personnelle : l'expérience de l'un devient ressource pour l'autre,
- Le soutien émotionnel : le pair-aidant partage son expérience en écoutant les préoccupations de l'autre ;
- Le soutien à l'autonomie.

Cette notion de pair- aideance sera un levier à exploiter pour améliorer l'autonomie des personnes accueillies dans le dispositif d'habitat inclusif.

#### Conclusion de la 3<sup>ème</sup> partie

Cette troisième partie a mis en avant les différents axes que je souhaite développer.

Le projet d'habitat inclusif répond aux besoins et attentes des publics, J'accompagnerai les équipes en me saisissant de la ré écriture du projet d'établissement, de la mise en place de formations répondant à leurs souhaits et en développant le partenariat ( attente du CA, des professionnels et accompagnement vers le soin des personnes).

## Conclusion

Selon le 29ème rapport de la Fondation Abbé Pierre de 2024, environ 330 000 personnes vivent sans domicile en France. Une proportion significative souffre de troubles psychiques. Les différentes recherches menées dans ce mémoire montrent que de nombreux freins existent encore pour que ce public accède à certains droits fondamentaux, tel que le logement, levier important pour accéder à la santé.

Il existe néanmoins des volontés politiques internationales, européennes et nationales pour faire évoluer cette situation. La stratégie Housing first, née dans les années 1990 aux Etats-Unis pour lutter contre le sans-abrisme, a été un modèle adopté et adapté dans de nombreux pays. En France, entre 2018 et 2022, selon l'Union Sociale pour l'Habitat, ce sont 440 000 personnes qui sont sorties de la rue, accédant à un logement abordable et adapté et bénéficiant d'un accompagnement social pour éviter toute nouvelle rupture résidentielle.

La réduction des inégalités de santé est aussi un enjeu de Santé Publique. La situation de la personne ne devrait pas être un frein aux soins ; néanmoins, certains déterminants sociaux de Santé influencent la santé globale de la population. Ceux-ci concernent les conditions socio-économiques et environnementales de la personne.

L'association ADIS a toujours su répondre aux orientations des pouvoirs publics et a toute sa légitimité pour accompagner les personnes porteuses, à la fois de pathologie chronique et en souffrance psychique. Le territoire de Calais, impacté par la désertification médicale offre peu de solutions. Pour autant, il convient de s'adapter aux réels besoins de ces personnes.

Le développement d'un service, tel que l'habitat inclusif, est une possibilité, qui me semble, en tant que Directrice d'ESMS, adaptée. Ce serait permettre à ce public d'avoir « un chez-soi », sans crainte de nouvelles ruptures de parcours. Un accompagnement adapté, via les services déjà existants de l'ADIS, permettrait en parallèle d'accompagner chaque individu le souhaitant, dans son projet de soin.

Au-delà de proposer une solution aux personnes bénéficiant de l'habitat inclusif, mon regard se porte également sur l'accompagnement des équipes pour lever les freins existants. La formation est une réponse. Le développement du partenariat avec la psychiatrie est un objectif que je me fixe pour parvenir à travailler en synergie.

J'ai bien conscience des clivages encore existants entre le sanitaire et le social, des impératifs budgétaires, de la nécessité d'optimiser les ressources et de la pénurie des recrutements.

Je reste pour autant persuadée, que tout Directeur d'ESMS doit savoir où il souhaite emmener ses équipes et la façon dont il va procéder. L'ouverture des 12 places d'habitat inclusif aux personnes en souffrance somatique et psychique est une réponse à leurs besoins et aux attentes des pouvoirs publics. Ce projet s'initiera sur la ville de Calais et s'étendra sur les autres territoires où l'ADIS est implantée.

---

# Bibliographie

---

## Loi, décret, circulaire :

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel de la République Française.

- Code l'Action Sociale et des Familles, Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1. Journal Officiel de la République Française.

-Conseil de l'Europe, Convention européenne des droits de l'homme, 1949. Article 14.

- Ministère de la Cohésion des Territoires, Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 pour l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique. Journal Officiel n°0272 du 24 novembre 2018, 19146.

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, articles L.311-4 et L.311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Journal Officiel de la République Française.

- Ministère de l'Équipement, du Logement, des Transports et de la Mer, Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement. Journal Officiel n°126 du 2 juin 1990, 6551.

- Ministère de l'Équipement, du Logement, des Transports et de la Mer, Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains. Journal Officiel n°289 du 14 décembre 2000, 19777.

- Ministère de l'intérieur, Circulaire du 30 juin 1838 relative aux aliénés octobre 1937 relative à l'assistance psychiatrique. Journal officiel du 16 octobre 1937.

- Ministère de l'intérieur, Loi du 30 juin

- Ministère de l'habitat et de l'urbanisme, Loi QUIILLOT, n° 82-526 du 22 juin 1982 relative aux droits et devoirs des locataires et des bailleurs. Journal Officiel n°146 du 25 juin 1982, 1964.

- Ministère du Logement et de l'Égalité des territoires, Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové. Journal Officiel n°0072 du 25 mars 2014, 5481.

- Ministère du Logement et de la Ville, Loi DALO, n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Journal Officiel n°55 du 6 mars 2007, 4297.

- Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Circulaire DGS/DGAS/DSS 2002-551 du 30 octobre 2002 relative à la mise en œuvre de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- Ministère de la santé, Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

- Ministère de la Santé et des Sports, 2009. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Journal Officiel de la République Française

- Ministère de la Santé, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel n° 52 du 3 mars 2002, 3693.

- Ministère de la Santé, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n° 167 du 22 juillet 2009, 11768.

- Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020. Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux appartements de coordination thérapeutique, article L.312-1. Journal Officiel de la République Française.

- Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020. Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), aux Lits Halte Soins Santé (LHSS), et aux Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Journal Officiel de la République Française.

- Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021. Décret n° 2021-1047 du 4 août 2021 relatif au dossier médical partagé. Journal Officiel.

### **Ressources numériques :**

- Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, 2024. Plan Régional de Santé (PRS2) 2018-2028. Lille : Agence Régionale de Santé Hauts-de-France.

- Agence Régionale de santé Hauts-de-France, 2023. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies 2023-2028, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/media/115848/download?inline>, [consulté le 31 juillet 2024]

- Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, 2022. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé Littoral Nord, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/media/103330/download?inlinewerPoint> (sante.fr).

- Comité Psychologue.net, 2020. La pyramide de Maslow : la théorie des besoins. La pyramide de Maslow : la théorie des besoins - Psychologue.net. [consulté le 30 avril 2024].

-Déclaration universelle des droits de l'homme (1948). *Assemblée générale des Nations Unies, Résolution 217 A*. <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/> [Consulté le : 14 mai 2024.]

-Haute Autorité de Santé (2024). *Grande précarité et troubles psychiques : rapport sur la prise en charge et l'accompagnement*. <https://www.has-sante.fr> [Consulté le : 30 mai 2024]

- Ministère de la Justice, Code de l'Action Sociale et des Familles, article L.281-1, Chapitre unique : Habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées (Articles L281-1 à L281-5) - Légifrance (legifrance.gouv.fr), [consulté le 02/07/2024].

- Ministère de la Cohésion des territoires, 2018. Plan Logement d'abord 2018-2022. <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/plan-logement-dabord-2018-2022> [Consulté le : 1 août 2024].

- Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, 2018. Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 relative à l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (loi ELAN). Journal Officiel de la République Française. <https://www.legifrance.gouv.fr> [Consulté le : 1 août 2024].

- Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023. Santé Mentale et psychiatrie, Synthèse du bilan de la feuille de route – état d'avancement au 3 mars 2023.

<https://www.sante.gouv.fr/sante-mentale-et-psychiatrie-synthese-du-bilan> [Consulté le : 7 mars 2024].

- Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021. Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 relative à l'amélioration du système de santé et au numérique en santé. Journal Officiel. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043636893> [Consulté le : 1 août 2024].

- Ministère du Travail et de la Santé, 2024. Cahier des charges des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP). [cahier\\_des\\_charges\\_empp.pdf](#) (sante.gouv.fr), [consulté le 02 août 2024].

- Ministère de la Santé, du Travail et des Solidarités, Educateur Spécialisé, Diplôme d'état de niveau 6, grade licence. [Éducateur spécialisé | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.](#) [consulté le 16 Juin 2024].

- ONU-Habitat, 2021. Fiche d'information n°21: *Accès au logement pour tous*. <https://www.unhabitat.org/fiche21>, p 3-4 [Consulté le 04 février 2024].

- Santé Publique France, 2023. La santé mentale, une composante essentielle de la santé, [Santé mentale \(santepubliquefrance.fr\)](#). [Consulté le 7 mars 2024].

- Tannous Jomaa, M., 2024. "Aller vers"... 3 défis pour les travailleurs sociaux. Didier Dubasque. <https://www.didierdubasque.fr/aller-vers-3-defis-pour-les-travailleurs-sociaux> [Consulté le : 30 avril 2024]

### **Article de périodique :**

- Bernard R., Bosette T, Buxant C, Duarte T, ( 2019), Housing first : au-delà du sans-abrisme et psychiatrie, *Vie Sociale* 23-24, ERES.

- Laval, C., Gardien, E., (2020) Pair-aidance, interprétariat et médiation, *Cahiers de Rhizomen*°75-76,

- Parisse. J, Porte. E, (2022), Démarches d'« aller vers » dans le travail social : une mise en perspective, *Cahiers de l'action* 2022/2 (N° 59), page 9.

- Vandentorren, S., Giry, P., Jan, J., Nguyen, S., (2021), Le logement, déterminant majeur de la santé des populations, *La santé en action*, (n°457), p 8-9.

### **Ouvrages :**

- Brillman, J., Hérard, J., 2011. *Management, concepts et meilleures pratiques*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris : Eyrolles Editions Organisations.
  
- Charleux, F. & Loubat, J.-R., 2021. *Motiver les équipes en travail social*. Collection Les Guides Directions. 4<sup>ème</sup> édition. Paris : ESF Éditeur.
  
- Crozier, M., 1963. *Le Phénomène Bureaucratique*. Paris : Éditions du Seuil
  
- Furtos, J., *Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale*, Empan. *Cairn.info* [consulté le 30/04/2024].
  
- Garcoin ,D., 2004, *Communiquer dans les organisations sociales et médico-sociales, Enjeux, stratégies, méthodes*. Dunod.
  
- Gardou, C., 2012, *Nul n'a l'exclusivité du patrimoine humain et social*. Connaissances de la diversité, Éditions Érès, 36-37.
  
- Gresy, J-E., Emont, P., Perez- Nûckel, R., *Investir la qualité de vie au travail*. Collection Les guides Direction, 1<sup>ère</sup> édition. Paris : ESF Editeur.
  
- Le Boterf, G., 2006. *Développer et mettre en œuvre la compétence*. Paris : Éditions d'Organisation
  
- Loux, N., Maillet, P., 2008. *Elaborer et manager un projet de service*. Paris. Territorial éditions.
  
- Mintzberg, H., 2004, *Le management : voyage au centre des organisations*. Editions d'Organisation.
  
- Peroz, C., 2023. *Pour un management circulaire dans le secteur social et médico-social*. Paris : Éditions Seli Arslan. 43.
  
- Vandebussche- Masclet, I. 2023. *L'empathie pour manager : Du management au leadership*. DUNOD.
  
- Zeitoun, J-D., 2024. *La grande extension, Histoire lieu de publication de la Santé Humaine*, Paris. Denoël.

### **Rapports d'activités**

- Association ADIS : rapports d'activités.
- Association Mahra le toit, 2022, Calais, p101.
- Projet d'établissement de l'association ADIS.
- Règlement de fonctionnement, Association ADIS, Service ACT Hébergement.
- Fédération Santé Habitat, rapports annuels ACT de 2008-2023.

### **Enquêtes, études**

- Delporte, M., 2018. Vieillir avec des troubles psychiques : des difficultés croissantes, un manque de réponses adaptées. CREA Hauts de France - CREHPSY, novembre 2018.
- Coldefy, M., (2007). La prise en charge de la santé mentale – *recueil d'études statistiques*, Collection ETUDES et Statistiques, p18.
- UNAFAM, 2023. *Baromètre 2023*. [DP Baromètre Unafam 2023 BD.pdf](#) [Consulté le :1<sup>er</sup> mai 2024]

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I - Comprendre le dispositif Logement d'abord / Plan Logement d'abord 2018-2022

ANNEXE II - Organigramme de l'ADIS 2023

ANNEXE III - Retranscription d'un entretien semi directif avec un professionnel ADIS

ANNEXE IV - Rapport d'activités Fédération Santé Habitat 2008/ 2012/ 2022

ANNEXE V - Rapport d'activités ADIS 2022

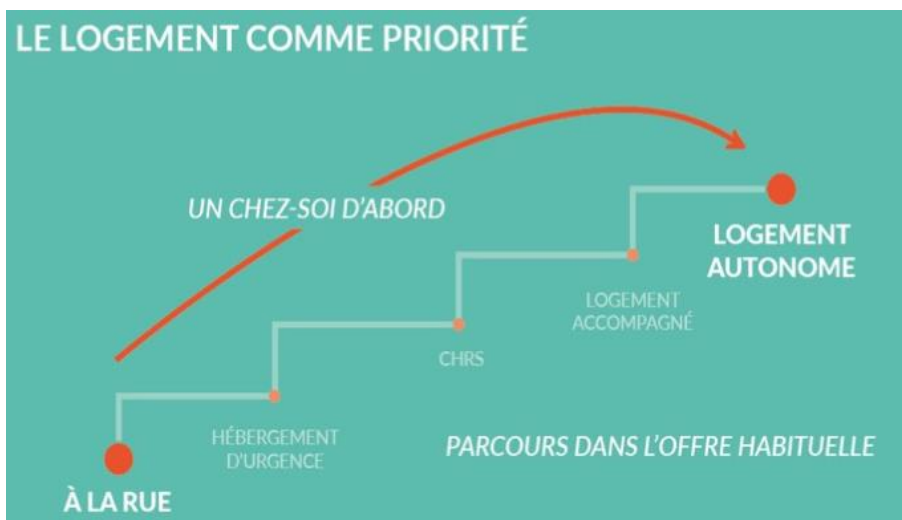
ANNEXE VI - Contenu de formation CREHPSY

ANNEXE VII - Budget prévisionnel ADIS 2025

ANNEXE VIII - Planification

## ANNEXE I- Comprendre le dispositif logement d'abord

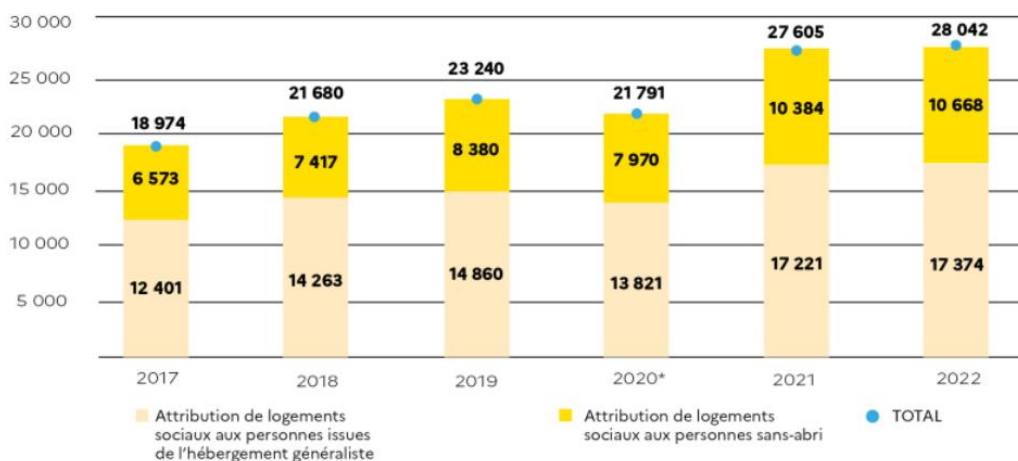
(<https://www.santementale.fr/evenement/comprendre-le-dispositif-logement-d-abord>)



[Le Plan Logement d'Abord 2018-2022 | info.gouv.fr](https://www.info.gouv.fr)

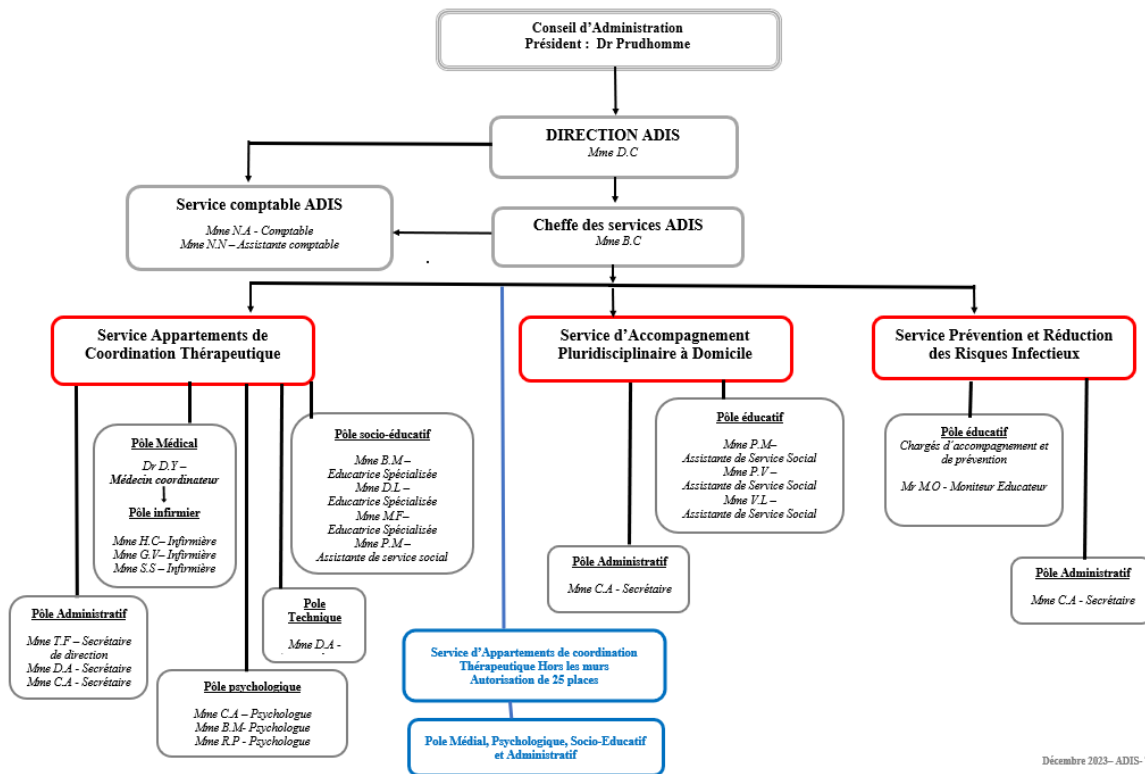
Sources : SNE et OFII \*2020 : crise sanitaire COVID

**Nombre de logements sociaux attribués** aux personnes issues de l'hébergement généraliste ou se déclarant sans abri ou en habitant de fortune



## ANNEXE II – Organigramme de l'ADIS 2023

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL ASSOCIATION ADIS – 31 Décembre 2023



Décembre 2023 - ADIS - TDR

## **ANNEXE III - Entretien semi directif retranscrit**

### **Entretien Mme D, éducatrice spécialisée**

Explication : entretien semi-directif avec les travailleurs sociaux dans le cadre de mon mémoire CAFDES

### **Pourriez-vous me rappeler quel votre parcours professionnel ? à l'ADIS ? vos différentes missions**

Alors, je suis à l'adis depuis le 28 octobre 2002 et j'ai commencé par faire de la prévention puisqu'avant j'étais animatrice prévention mais toute prévention ?

### **Ça c'était avant l'adis ?**

Oui je travaillais au centre prévention santé sur Dunkerque en tant qu'emploi jeune pendant 4 ans ou j'apprenais avec l'équipe de Dunkerque et je reproduisais ensuite dans ma ville comme par exemple : petits déjeuners équilibrés, journée Alzheimer, toute la santé, c'était 3 jours Dunkerque et 2 jours dans ma ville. Puis j'ai postulé à l'ADIS et j'ai été prise pour faire de la prévention uniquement. Après j'ai donné un coup de main à O. qui accompagnait les personnes à l'ADIS, comme par exemple les repas du vendredi midi. Et entre deux, 1 an de pause et quand d je suis revenue j'ai repris la prévention et j'avais un temps aussi pour l'accompagnement des personnes séropositives au VIH et hépatite C et j'ai commencé à aller à HMZ ( Hôpital Maritime de Zuydcoote) leur rendre visite 2 fois par semaine et aussi j'ai repris en charge les repas du vendredi avec le projet sidaction. Après il y a eu l'ouverture des ACT, où là on a aussi créé avec sidaction le projet qualité de vie où là j'organisais des Weekend de ressourcements avec les gens qui étaient suivies par l'adis et celles en ACT. Et après ça s'est ouvert ailleurs et du coup, j'ai passé le diplôme de moniteur Educateur et celui d'educ spé en 2 ans en VAE et je suis devenue travailleur social dans les ACT de Dunkerque, après j'ai continué à faire de la prévention, après les ACT ST Omer et maintenant je suis à nouveau à Dunkerque à temps plein avec les ACT « hors-les-murs » et je ne fais plus de prévention.

### **Donc vous avez connu tous les changements de l'association, comment avez-vous vécu cela ?**

Le gros gros changement ç'a été les ACT où j'ai vécu la création du service avec le directeur de l'époque et puis après tout s'est enchaîné, c'est vrai qu'au début je n'étais pas prête à arrêter la prévention parce que j'aimais ça, rencontrer les jeunes mais quand je vois que c'est de plus en plus restreint au niveau des publics je ne m'y retrouvais plus ; moi j'aimais bien aller dans les lycées, dans les centres de formation, mais rencontrer tous les publics, et maintenant c'est vraiment restrictif donc ça me plaît toujours autant mais les ACT c'est vraiment ce que je recherchais...maintenant que je fais de l'accompagnement c'est plus, enfin c'est satisfaisant, quand on a une sortie positive c'est agréable...ça veut dire qu'on a réussi notre travail.

### **C'est ça qui est moteur pour vous ?**

Oui vraiment, c'est ça ..

### **Et si on parle des changements, il y a des changements qui vous ont bousculé ?**

Bin j'avoue que les ACT hors les murs, j'étais pas à l'aise, j'ai eu peur. J'ai eu peur parce que quand on m'a dit qu'on allait aller voir les SDF, qu'on allait aller dans les CHRS, je voyais pas notre place là dedans et je ne la vois toujours pas ..on a eu une première expérience avec le Mr Ukrainien, je ne trouve pas ma place aujourd'hui en tant qu'éduc parce qu'il y a déjà des éduc qui font ..

**Donc vous êtes plus en difficultés par rapport aux équipes ?** oui et du coup ça m'a perturbé et du coup j'ai regardé si je ne pouvais pas trouver ailleurs parce que ...je sais pas...alors après est ce que c'est parce que c'est l'inconnu, mais après je me rend compte que c'est finalement ce qu'on fait en ACT mais ça me stoppe encore d'aller dans les CHRS et tout ça...autant aller dans la rue ...je ne trouve pas ma place et ça, ça m'embête ...tout ce que je peux apporter à ce Mr, c'est fait par l'équipe là-bas...

### **Vous avez rencontré l'équipe là-bas ?**

Oui oui avec la cheffe de service, et je lui ai posé les questions comme le logement ...et c'est fait, c'est fait, on va faire...

Par contre au niveau médical, j'en ai parlé avec C (la coordinatrice) et pour l'instant je me mets en retrait, m'ra va être opéré au mois de juillet et puis après ça va bouger, donc on verra comment ça tourne à ce moment-là...mais pour l'instant ...

**Par rapport aux publics que vous accompagnez, est ce qu'il y a des profils qui vous mettent en difficultés ?**

Bin avec les problèmes psy...les gros problèmes psy, c'est compliqué, on a l'impression que les personnes ont compris et le lendemain elles ont tout compris à l'envers ou elle nous prend à parti, ou comme le mauvais objet et ça j'ai du mal, quand je suis le mauvais objet, c'est compliqué pour moi, maintenant je sais que ce n'est pas moi, c'est la profession mais ça touche quand même ...sur le coup quand tu t'aperçois que y a ces problèmes psy, tu te dis aïe aïe aïe ...alors est ce que c'est inconscient et je me dis je me protège et puis j'ai peut-être pas su faire mais j'ai déjà connu ça et c'est compliqué, après quand on en discute avec les autres, c'est déjà arrivé aussi mais moi c'est compliqué..

**Donc c'est cette problématique psy, qui vous met en difficultés ?**

Oui ...ça peut être violent...

**Qu'est-ce qui vous permettrait, de mieux appréhender ces publics ?**

L'équipe aurait dû me dire que cette personne me critiquait, je ne pensais pas que cette dame se comportait comme ça derrière mon dos, ça pouvait jamais être positif...j'ai appris qu'elle me critiquait en supervision mais j'ai jamais voulu en discuter avec elle ..l'équipe m'a beaucoup soutenue, et j'ai compris que c'était la fonction qu'elle refusait...on a eu une super sortie pour elle et elle m'a recontactée après, on la peut-être réconciliée. Mais je sens que je suis bloquée avec ces personnes...

**Est-ce qu'il vous manque quelque chose au niveau du travail ? Avez-vous repéré des besoins dans votre pratique professionnelle ?**

Je pense qu'on n'est pas prêt, j'ai l'impression de me perdre dans ces accompagnements ; j'en ai parlé en supervision .....heureusement qu'on a une psychologue qui est arrivée, même si des fois l'équipe ne m'a pas toujours écoutée. Il faut vraiment que l'équipe soit au complet ...

**Un temps d'entretien individuel avec une psychologue serait un plus ?**

Oui ça pourrait être intéressant quand on est vraiment en difficultés ... après, on a aussi les collègues, on échange facilement quand on a un souci ou quand on comprend pas un comportement ...

**En terme d'organisation, il manquerait quelque chose ?**

Peut-être avoir des points plus réguliers pour les situations difficiles, on le faisait quand on était au complet, et il faudrait le remettre en place...et en terme de formation, j'en aurai besoin ....

Des fois je préférerais être derrière un bureau, plus être dans l'intimité des gens ...en ce moment les personnes qu'on suit, c'est compliqué...on te livre des choses parfois ...des fois on n'est pas prêt, on s'attend pas à ça ....et puis, j'ai fait une VAE, je sens que j'ai des manques aussi par rapport aux stagiaires...je suis pas armée à ce niveau là...on n'est pas psy et je ne sais pas comment réagir...

**Le cadre des ACT vous semble t il adapté à cette problématique ?**

Oui et non... Il faut des formations, comme pour les troubles des comportements alimentaires ...et puis il faut adapter le règlement. C'est compliqué de faire le gendarme tout le temps en tant qu'educ... on le fait suffisamment souvent mais en plus quand il y a une problématique psy, c'est ingérable, on n'est que là-dedans...

**Le partenariat ?**

Avec le CMP, ça va ... Avec certains psychiatres c'est très compliqué... y'a des partenaires qui sont plus ou moins abordables...et on a besoin de travailler avec eux... si on accompagnait des personnes psy, il faudrait qu'on puisse travailler avec la psychiatrie, qu'on travaille dans le même sens ..

**Donc il faudrait mettre en place des temps de coordination ?**

il faut qu' on puisse discuter ... eux aussi ils peuvent apprendre des choses ...comme on est dans l'intimité des personnes...c'est le mélange des deux qui est intéressant ...et quand il y a d'autres partenaires comme les infirmiers libéraux il faut aussi qu'ils soient dans la boucle ...

**Donc si on récapitule : les troubles psy sont compliqués pour vous en tant que professionnel, il faudrait multiplier des temps de régulation de façon régulière avec toute l'équipe pour les situations complexes, de la formation professionnelle, des temps de coordination avec les partenaires de la psychiatrie, de la supervision individuelle en cas de difficultés, c'est bien ça ?**

Oui , c'est ça ...

**Merci à vous pour cet échange ...**

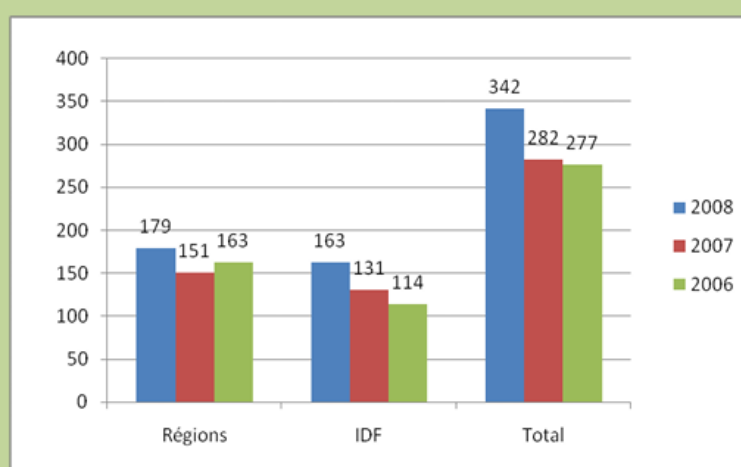
## ANNEXE IV- Rapports d'activités : Fédération Santé- Habitat/ 2008-2012-2022

**Bilan national des ACT 2008** : pathologie motivant la demande (Bilan national 2008  
([sante-habitat.org](http://sante-habitat.org)))

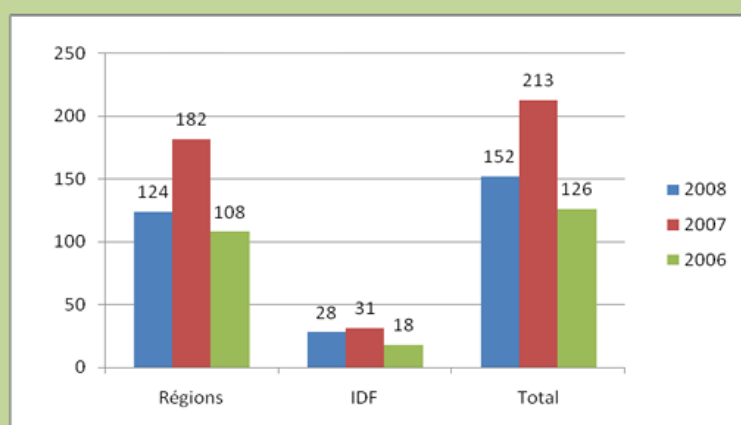
### Type des pathologies

	Régions	IDF	Total
Malades VIH +	794	3 777	4 571
Hépatites	263	350	613
Cancers	99	444	543
Diabète	26	58	84
Autres pathologies	281	516	797
<b>Total</b>	<b>1 463</b>	<b>5 145</b>	<b>6 608</b>

### Malades VIH admis



### Malades admis atteints d'une autre pathologie



Les malades admis VIH représentent 69% des admissions en 2008, 59% en région et 85% en IDF.

**Bilan national des ACT 2012 (suite) : Pathologie motivant la demande (Bilan national 2012 (sante-habitat.org))**

	Régions (78% des candidatures décrites)	IDF (47% des candidatures décrites)	National (53% des candidatures décrites)
VIH	39,7%	58,6%	52,8%
VHC	16,6%	5,1%	8,6%
VHB	2,8%	2,2%	2,3%
Cancers	12,1%	18,8%	16,8%
Diabètes	5,4%	3,7%	4,2%
Insuffisance rénale	1,9%	4,5%	3,7%
Drépanocytose	2,3%	2,2%	2,2%
Maladies neurologiques dégénératives	3,8%	1,2%	2,0%
Troubles neurocognitifs	2,3%	1,2%	1,5%
Maladies cardiovasculaires	2,8%	0,7%	1,5%
Maladies psychiatriques	3,4%	0,5%	1,4%
Pathologies pulmonaires chroniques	1,6%	0,7%	1,0%
Mucoviscidose	1,5%	0,1%	0,5%
Addiction	1,5%	0,1%	0,5%
Tuberculose	0,9%	0%	0,3%
Maladies digestives	0,7%	0%	0,2%
Maladies dermatologiques	0,1%	0,1%	0,1%
Maladies génétiques	0,1%	0,1%	0,1%
Rhumatologie	0,1%	0%	0%
Maladies ophtalmologiques	0%	0,1%	0%
Obésité morbide	0,1%	0%	0%
Pas de maladie chronique	0,3%	0%	0,1%

Tableau 5 : Répartition des pathologies principales ayant entraîné une demande d'admission en ACT

**Bilan national des ACT 2022 ( suite) : Pathologie motivant la demande (Bilan national 2022 (sante-habitat.org))**

	Régions		IDF		Outre-mer		National	
	C <sup>25</sup>	FA <sup>26</sup>	C	FA	C	FA	C	FA
VIH	8,0% ±0,7	12,3% ±1,2	24,3% ±1,3	32,2% ±2,8	34,7% ±6,0	43,1% ±6,5	15,8% ±0,7	19,5% ±1,2
Cancers	16,4% ±1,0	16,9% ±1,4	23,7% ±1,3	17,4% ±2,2	12,2% ±4,1	13,3% ±4,4	19,5% ±0,8	16,9% ±1,2
Diabètes	8,7% ±0,6	10,1% ±1,1	6,0% ±0,7	6,2% ±1,4	7,3% ±3,3	8,4% ±3,6	7,5% ±0,5	8,9% ±0,9
Maladies psychiatriques <sup>27</sup>	13,8% ±1,0	10,9% ±1,2	4,4% ±0,6	3,7% ±1,1	15,1% ±4,5	6,2% ±3,2	9,7% ±0,6	8,7% ±0,9
Insuffisances rénales	4,8% ±0,6	6,3% ±0,9	9,0% ±0,9	12,1% ±1,9	2,0% ±3,0	1,8% ±2,9	6,6% ±0,4	7,6% ±0,7
Maladies cardiovasculaires	7,1% ±0,7	6,2% ±0,9	2,7% ±0,5	2,9% ±1,0	6,1% ±3,0	5,3% ±2,9	5,1% ±0,4	5,2% ±0,7
Toxicomanies/ conduites addictives	5,2% ±0,6	5,1% ±0,8	1,7% ±0,4	0,3%	2,0% ±3,0	1,3%	3,6% ±0,4	3,6% ±0,6
Maladies pulmonaires chroniques	4,8% ±0,6	4,6% ±0,8	3,9% ±0,6	1,3% ±0,7	1,6% ±2,6	0,9% ±2,1	4,3% ±0,3	3,5% ±0,5
Troubles neurocognitifs	4,2% ±0,6	3,5% ±0,7	1,5% ±0,4	0,8% ±0,5	2,9% ±2,1	4,4% ±2,7	3,0% ±0,3	2,8% ±0,5
Maladies génétiques, rares, orphelines	2,5% ±0,6	2,1% ±0,6	1,0% ±0,3	3,4% ±1,1	0,8% ±2,4	3,6% ±2,4	1,8% ±0,3	2,8% ±0,5
Maladies neurologiques dégénératives	4,3% ±0,6	3,3% ±0,7	1,4% ±0,4	0,4%	4,5% ±2,6	2,7% ±2,1	3,0% ±0,3	2,6% ±0,5
Cirrhose, insuffisances hépatiques	3,1% ±0,5	2,9% ±0,6	2,3% ±0,5	1,6% ±0,7	1,6% ±2,6	0,9% ±2,1	2,7% ±0,3	2,4% ±0,5
Drépanocytose	0,8% ±0,3	1,3% ±0,4	3,9% ±0,6	5,8% ±1,4	2,0% ±2,6	1,9% ±2,1	2,2% ±0,3	2,4% ±0,5
Maladies digestives	1,8% ±0,4	2,3% ±0,6	1,7% ±0,4	0,8% ±0,5	1,6% ±2,6	-	1,8% ±0,3	1,7% ±0,4
Maladies hématologiques	1,1% ±0,4	1,3% ±0,4	3,4% ±0,6	1,0% ±0,5	-	-	2,1% ±0,3	1,2% ±0,3
Maladies auto-immunes	1,1% ±0,4	1,3% ±0,4	2,0% ±0,4	1,9% ±0,8	0,8% ±2,4	-	1,5% ±0,3	1,4% ±0,3
Hépatite B	1,2% ±0,3	1,2% ±0,4	1,3% ±0,4	1,4% ±0,7	-	0,4%	1,2% ±0,2	1,2% ±0,3
Hépatite C	1,2% ±0,3	1,0% ±0,4	0,9% ±0,3	1,8% ±0,8	-	-	1,0% ±0,3	1,2% ±0,3
Trouble de l'usage de l'alcool	1,7% ±0,4	0,3% ±0,2	0,1% ±0,6	-	0,4% ±2,6	0,9% ±2,9	1,0% ±0,5	0,2% ±0,7
Autres	8,2% ±0,6	7,1% ±1,0	4,8% ±0,6	5,0% ±1,3	4,4% ±2,6	5,0% ±2,9	6,6% ±0,5	6,1% ±0,7

Tableau 31 : Répartition des pathologies principales ayant entraîné une demande d'admission en ACT (en bleu, les 5 pathologies les plus fréquentes dans la file active et en rose dans les candidatures)

## ANNEXE V – Rapport d’activités ADIS 2022

Parmi les candidatures reçues dans l’année, la répartition selon la pathologie chronique ayant motivée la demande des candidats :

	Femmes	Hommes	Total
VIH	2	2	4
Hépatite B	1		1
Hépatite C			
Cancer	2	11	13
Diabète	6	8	14
Insuffisance rénale chronique		1	1
Maladie cardio-vasculaire	3	7	10
Troubles neurocognitifs (ex : séquelles d'AVC...)		3	3
Maladie neurologique dégénérative (ex : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, Parkinson...)			
Pathologie pulmonaire chronique	1		1
Maladie psychiatriques, maladies psychologiques, troubles du comportement, troubles anxieux, troubles dépressif, trouble de la personnalité, trouble de l'alimentation ...	1	5	6
Toxicomanie (hors alcool et tabac) ou traitement de substitution aux opiacées			
Drepanocytose			
Cirrhose, insuffisance hépatique	1	6	7
Maladies digestives, du tube digestif, gastro-intestinales	1	1	2
Maladies auto-immunes (lupus ...)			
Maladie hématologiques			
Maladies dermatologiques (psoriasis...)			
Maladies génétiques, maladies orphelines, maladies rares (myopathie, mucoviscidose ...)		1	1
Autre :			
Arthrose		3	3
Obésité	1	1	2
Trouble alimentaire	1		1
Sans		3	3
<b>TOTAL (Hors Non renseigné)</b>	<b>20</b>	<b>52</b>	<b>72</b>

Parmi les candidatures reçues dans l’année, 24 personnes étaient atteintes de plusieurs pathologies.

30

Document ADIS-ACT 59/62 – TDR – 04/2023

### F/ PROFIL DES PERSONNES ACCUEILLIES EN FONCTION DE LEUR(S) PATHOLOGIE(S)

Pathologie chronique principale ayant justifiée l’admission :

	Femme	Homme	Total
VIH	1	2	3
Hépatite B			0
Hépatite C		5	5
Cancer	1	3	4
Diabète	5	6	11
Insuffisance rénale chronique			0
Maladie cardio-vasculaire	1	1	2
Troubles neurocognitifs (ex : séquelles d'AVC...)		2	2
Maladie neurologique dégénérative (ex : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, Parkinson...)	2		2
Pathologie pulmonaire chronique		3	3
Maladie psychiatriques, maladies psychologiques, troubles du comportement, troubles anxieux, troubles dépressif, trouble de la personnalité, trouble de l'alimentation ...			0
Conduites addictives ou traitement de substitution aux opiacées			0

33

Document ADIS-ACT 59/62 – TDR – 04/2023

## ANNEXE VI- PLAN DE FORMATION CREHPSY

	Objectifs pédagogiques	Contenus	Méthodes pédagogiques	Supports
1 <sup>ère</sup> demi-journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se présenter</li> <li>Comprendre ce qu'est le handicap psychique, la souffrance psychique, la pathologie en santé mentale temporaire ou durable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mind map domicile</li> <li>Maladie mentale et handicap psychique</li> <li>Représentations sociales et maladies mentales</li> <li>Soins en santé mentale : du self-care à l'actualité des dispositifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apports théoriques</li> <li>Adaptation des vignettes cliniques proposés par le formateur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation</li> <li>Cas cliniques</li> </ul>
2 <sup>ème</sup> demi-journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser une approche réaliste et actuelle des soins en santé mentale (ressources de la personne et dispositifs de soins)</li> <li>Acquérir quelques outils simples pour mieux communiquer et mieux ajuster sa perception des problématiques psychiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Législation : repères et secteurs</li> <li>Zoom sur les pathologies les plus courantes qui entraînent une situation de handicap psychique</li> <li>Isolement, précarité et souffrance psychique</li> <li>Les outils du soin et de l'accompagnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Méthode participative et progressive (allers-retours entre théorie et pratique/études de cas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation</li> <li>Cas cliniques</li> <li>Vidéos</li> </ul>
3 <sup>ème</sup> demi-journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre l'impact du handicap psychique sur le quotidien au domicile</li> <li>S'approprier des outils qui permettent une approche centrée sur la personne et ses rapports avec son environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualifier la souffrance psychique (vocabulaire partagé avec l'utilisateur)</li> <li>Repères clefs pour l'intervention à domicile</li> <li>Législation et intervention à domicile</li> <li>Maintenir la relation d'accompagnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mises en situation avec un usager scénarisé par le formateur.</li> <li>Travail en atelier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation</li> <li>Grilles d'analyse</li> </ul>
4 <sup>ème</sup> demi-journée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Être sensibilisé à la problématique de l'incurie (diverses pathologie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Focus sur les problématiques d'incurie à domicile</li> <li>Syndrôme de Diogène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Travail en atelier et co construction des propositions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation</li> <li>Etudes de cas</li> <li>Vidéos</li> </ul>

## ANNEXE 7- Budget Prévisionnel Habitat Inclusif

		Service Promotion Santé					Service ACT	TOUS SERVICES
	PREVISIONNEL STRUCTURE 2025	ARS 2025	Habitat HDF	Sidaction carceral	HABITAT INCLUSIF	TOTAL SERVICE PROMOTION SANTE	SERVICE ACT	TOTAL ADIS 2025
6061130000	EDF GDF	694,25	542,00		1 250,00	2 486,25	22 801,00	25 287,25
6061310000	CARBURANT	2 221,60	1 764,00		4 000,00	7 985,60	35 252,00	43 237,60
6061410000	EAU ET ASSAINISSEMENT	124,70	108,40		250,00	483,10	5 500,00	5 983,10
6063030000	PETIT MAT ET OUTILLAGE ET EQUIPEMENT	249,40	216,80		250,00	716,20	19 015,00	19 731,20
6063130000	petit materiel medical	748,20	650,40			1 398,60	2 345,00	3 743,60
6063840000	PRODUIT ENTRETIEN	170,47	148,18			318,65	1 169,00	1 487,65
6064000000	FOURNITURE DE BUREAU	623,50	542,00			1 165,50	6 904,00	8 069,50
	autres fournitures	150,00	130,39			280,39	3 237,00	3 517,39
6068100000	ACHAT ALIMENTATION				1 500,00	1 500,00	1 366,00	2 866,00
		<b>4 982,12</b>	<b>4 102,17</b>	<b>0,00</b>	<b>7 250,00</b>	<b>16 334,29</b>	<b>97 589,00</b>	<b>113 923,29</b>
6251100000	VOYAGE ET DEPLACEMENT	1 528,20	3 132,00		1 000,00	5 660,20	23 540,00	29 200,20
6257300000	MISSION RECEPTION	112,23	97,56		200,00	409,79	5 004,00	5 413,79
	FRAIS ASSEMBLEE	12,47	10,84		50,00	73,31	740,00	813,31
6261050000	AFFRANCHISSEMENT	224,46	195,12		350,00	769,58	2 433,00	3 202,58
6263010000	TELEPHONE	1 670,98	1 452,56		600,00	3 723,54	17 772,00	21 495,54
	COTISATION	19,95	17,34			37,29	504,00	541,29
	<b>TOTAL</b>	<b>3 568,29</b>	<b>4 905,42</b>	<b>0,00</b>	<b>2 200,00</b>	<b>10 673,71</b>	<b>49 993,00</b>	<b>60 666,71</b>
	<b>TOTAL GROUPE I</b>	<b>8 550,41</b>	<b>9 007,59</b>	<b>0,00</b>	<b>9 450,00</b>	<b>27 008,00</b>	<b>147 582,00</b>	<b>174 590,00</b>
6220000000	HONORAIRE	997,60	867,20			1 864,80	13 531,00	15 395,80
6311010000	TAXE SUR SALAIRE	4 428,00	4 834,00		3 009,00	12 271,00	49 264,00	61 535,00
6333010000	FRAIS DE FORMATION CONTINU	0,00				0,00		0,00
6333020000	FORMATION CONTINU	1 231,00	788,00		1 090,00	3 109,00	14 667,00	17 776,00
6358000000	Impots divers	0,00				0,00		0,00
6411110000	salaire	59 040,00	37 790,00	5 595,00	37 889,00	140 314,00	703 763,00	844 077,00
6451000000	charges	26 520,00	16 975,00	2 905,00	17 187,00	63 587,00	331 543,00	395 130,00
	<b>TOTAL</b>	<b>92 216,60</b>	<b>61 254,20</b>	<b>8 500,00</b>	<b>59 175,00</b>	<b>221 145,80</b>	<b>1 112 768,00</b>	<b>1 333 913,80</b>
	<b>TOTAL GROUPE II</b>	<b>92 216,60</b>	<b>61 254,20</b>	<b>8 500,00</b>	<b>59 175,00</b>	<b>221 145,80</b>	<b>1 112 768,00</b>	<b>1 333 913,80</b>
6132030000	LOCATION IMMOBILIERE	4 908,00	3 468,80		6 000,00	14 376,80	267 701,00	282 077,80
6135030000	LOCATION MOBILIERE	448,92	390,24			839,16	7 784,00	8 623,16
6135310000	LOCATION GARAGE	29,68	25,80			55,48	0,00	55,48
	LOCATION VEHICULE	62,35	54,20		6 600,00	6 716,55		6 716,55
6152000000	ENTRETIEN REPARATION MATERIEL	1 122,30	975,60		125,00	2 222,90	12 428,00	14 650,90
6152050000	ENTRETIEN REPARATION MATERIEL	1 496,40	1 300,80		1 600,00	4 397,20	5 035,00	9 432,20
6156000000	MAINTENANCE	1 247,00	1 084,00		3 000,00	5 331,00	6 395,00	11 726,00

6160000000	ASSURANCE	897,47	780,48		2 000,00	3 677,95	12 420,00	16 097,95
6230000000	PUBLICATION	49,88	43,36		1 500,00	1 593,24	4 439,00	6 032,24
6181000000	DOCUMENTATION	211,99	184,93		150,00	546,92	3 518,00	4 064,92
6270000000	SERVICES BANCAIRES				400,00	400,00	1 467,00	1 867,00
6580000000	CHARGES DE GESTION						2 389,00	2 389,00
6717010000	PENALITE AMENDE							
6720001000	CHARGES SUR EXERCICE ANTERIEUR							
6800000000	AMORTISSEMENT	2 400,00				2 400,00	46 032,70	48 432,70
	<b>TOTAL</b>	<b>12 873,99</b>	<b>8 308,21</b>	<b>0,00</b>	<b>21 375,00</b>	<b>42 557,20</b>	<b>369 608,70</b>	<b>412 165,90</b>
	<b>TOTAL GROUPE III</b>	<b>12 873,99</b>	<b>8 308,21</b>	<b>0,00</b>	<b>21 375,00</b>	<b>42 557,20</b>	<b>369 608,70</b>	<b>412 165,90</b>
	<b>TOTAL DU GROUPE I II III</b>	<b>113 641,00</b>	<b>78 570,00</b>	<b>8 500,00</b>	<b>90 000,00</b>	<b>290 711,00</b>	<b>1 629 958,70</b>	<b>1 920 669,70</b>
	<b>MISE A DISPO</b>							
	<b>TOTAL DEPENSE</b>	<b>113 641,00</b>	<b>78 570,00</b>	<b>8 500,00</b>	<b>90 000,00</b>	<b>290 711,00</b>	<b>1 629 958,70</b>	<b>1 920 669,70</b>
7410060000	ARS						1 580 226,70	1 580 226,70
	ARS VIH IST	56 296,00				56 296,00		56 296,00
	ARS JEUNES	29 582,00				29 582,00		29 582,00
	ARS MIGRANT	27 763,00				27 763,00		27 763,00
	SIDACTION CARCERAL			8 500,00		8 500,00		8 500,00
	CNSA				90 000,00	90 000,00		90 000,00
	HABITAT HAUT France		78 570,00			78 570,00		78 570,00
	AUTRES RECETTES							
	<b>TOTAL GROUPE I</b>	<b>113 641,00</b>	<b>78 570,00</b>	<b>8 500,00</b>	<b>90 000,00</b>	<b>290 711,00</b>	<b>1 580 226,70</b>	<b>1 870 937,70</b>
7770000000	QUOTE PART SUBVENTION						30 788,00	30 788,00
7910050000	TRANSFERT DE CHARGES						18 944,00	18 944,00
	<b>TOTAL GROUPE III</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>49 732,00</b>	<b>49 732,00</b>
	<b>TOTAL GROUPE I II III</b>	<b>113 641,00</b>	<b>78 570,00</b>	<b>8 500,00</b>	<b>90 000,00</b>	<b>290 711,00</b>	<b>1 629 958,70</b>	<b>1 920 669,70</b>
	<b>MISE DISPO GRATUITE</b>					0,00		
	<b>TOTAL RECETTE</b>	<b>113 641,00</b>	<b>78 570,00</b>	<b>8 500,00</b>	<b>90 000,00</b>	<b>290 711,00</b>	<b>1 629 958,70</b>	<b>1 920 669,70</b>

## ANNEXE VIII- Planification du projet habitat inclusif

Légende et boutons des couleurs d'état				
Non commencé	En cours	Retardé	Terminé	A relancer

Objectifs	Tâches à réaliser	2 <sup>ème</sup> trimestre 2024	3 <sup>ème</sup> trimestre 2024	4 <sup>ème</sup> trimestre 2024	1 <sup>er</sup> trimestre 2025	2 <sup>ème</sup> trimestre 2025	3 <sup>ème</sup> trimestre 2025	4 <sup>ème</sup> trimestre 2025
Prise de contacts et développement du partenariat	Prise de contact avec le Conseil Départemental			Attente accord de financement				
	Prise de contact Bailleur Social / Habitat Inclusif et poursuite du partenariat			Conventionnement des accord de financement			Mise à disposition de 6 logements	Mise à disposition de 6 logements
	Prise de contact Fondation Opale -service Habitat Inclusif - Berck							
	Prise de contact avec la <a href="#">psychiatrie Calais</a> : EMPP/ GEM...							
	Prise de contact pour intégrer une grappe/ DUI							
Recherche de financements	Dépôt Appel à projet DUI							
	Dépôt Projet Habitat Inclusif / Conseil Départemental							
	Contacts fondations diverses/ CARSAT							

Légende et boutons des couleurs d'état					
Non commencé	En cours	Retardé	Terminé	A relancer	A poursuivre

PROJET D'ETABLISSEMENT	Objectifs	Tâches à réaliser	2 <sup>ème</sup> trimestre 2024	3 <sup>ème</sup> trimestre 2024	4 <sup>ème</sup> trimestre 2024	1 <sup>er</sup> trimestre 2025	2 <sup>ème</sup> trimestre 2025	3 <sup>ème</sup> trimestre 2025	4 <sup>ème</sup> trimestre 2025	
	Retravailler le Projet d'établissement en intégrant les équipes		Constitution équipe de pilotage							
			Constitution groupes de travail par thématique							
			Planification du calendrier trimestriel / groupes de travail							
			Planification du calendrier de l'équipe de pilotage							
			Rédaction Projet d'Etablissement			Equipe de pilotage / Directrice				



Croiser les regards	Objectifs	Tâches à réaliser	2 <sup>ème</sup> trimestre 2024	3 <sup>ème</sup> trimestre 2024	4 <sup>ème</sup> trimestre 2024	1 <sup>er</sup> trimestre 2025	2 <sup>ème</sup> trimestre 2025	3 <sup>ème</sup> trimestre 2025	4 <sup>ème</sup> trimestre 2025	
	Développement des compétences des équipes		Supervision							
			GAPP		Transformation des supervisions en GAPP					
			Réunions d'équipes mensuelles	kkkk						
			Point Hebdomadaire situation complexe							
			Logiciel Patient							
			Formations inter ACT							
		Participation réunions partenariales des équipes								

PLAN DE FORMATION	Objectifs	Tâches à réaliser	1er trimestre 2024	2 <sup>ème</sup> trimestre 2024	3 <sup>ème</sup> trimestre 2024	4 <sup>ème</sup> trimestre 2024	1 <sup>er</sup> trimestre 2025	2 <sup>ème</sup> trimestre 2025	3 <sup>ème</sup> trimestre 2025	4 <sup>ème</sup> trimestre 2025	
	Retravailler le Projet d'établissement en intégrant les équipes	Entretiens semi-directifs/ CAFDES professionnels ADIS									
		Recherche de formation									
		Entretien professionnels et d'évaluation									
Formations inter ACT											



<b>FANCHON BAILLET</b>	<b>Christelle</b>	<b>Novembre 2024</b>
<b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b> <b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS LOOS</b>		
<b>CREER UN DISPOSITIF DE LOGEMENTS INCLUSIFS POUR FAVORISER LE MAINTIEN DANS LE SOIN DES PERSONNES ATTEINTES DE PATHLOGIES CHRONIQUES ET SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>En 2020, la crise COVID 19 a mis en exergue les intrications réelles entre logement, santé physique et psychique ; le logement est un déterminant de santé.</p> <p>Le dernier rapport de l'Abbé Pierre de 2024 affirme pourtant que 330 000 personnes vivent encore sans abris en France ou dans des conditions de logement précaire.</p> <p>L'association ADIS, implantée dans les Hauts de France, a pour mission première d'accompagner vers le soin les personnes en situation de précarité, atteintes de pathologie chronique somatique. Or depuis quelques années, de nombreuses candidatures pour des personnes atteintes de troubles psychiques sont enregistrées. La prise en charge de ces personnes est un enjeu de Santé Publique, cependant l'équipe met en avant de nombreux freins à accompagner ce public.</p> <p>L'écoute des professionnels et la priorisation des besoins et attentes des personnes en souffrance psychique m'amène à proposer la création d'un service d'habitat inclusif, avec en parallèle l'inscription des salariés dans une démarche de formation et le développement du maillage partenarial pour accompagner les équipes et les personnes accompagnées.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Appartement de coordination thérapeutique, troubles psychiques, habitat inclusif, hors les murs, logement, isolement, autonomie, partenariat.</p>		
<p><i>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.</i></p>		