



**PILOTER LE DÉVELOPPEMENT DU DISPOSITIF
« HORS LES MURS » ET RENFORCER LES MODALITÉS
D'ACCOMPAGNEMENT D'UN SERVICE D'APPARTEMENTS
DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE**

**FAVORISER L'AUTONOMIE ET L'INCLUSION DURABLE D'UN PUBLIC EN
SITUATION DE PRÉCARITÉ SOUFFRANT DE MALADIE CHRONIQUE**

Marianne AUTUORI

2024

cafedes

Remerciements

Je tiens à remercier HETIS pour ces deux belles années d'enseignements.

Je remercie ma guidante de mémoire pour son accompagnement, le partage et sa disponibilité durant ces mois.

Je remercie mes collègues de formation CAFDES 2022, pour les échanges et leur soutien durant cette aventure. Ce ne fut que de bons moments qui feront des souvenirs impérissables.

Je remercie, particulièrement, Anne-Cécile NEROT sans qui je ne serais certainement pas à cette place aujourd'hui.

Et pour finir, un grand merci à mes proches pour leur compréhension et leur soutien infaillible.

Sommaire

Introduction	1
1 L'exclusion : ses politiques publiques, son public, son territoire et ses acteurs	3
1.1 Les politiques publiques : d'une approche sectorielle à une approche holistique	3
1.1.1 De l'après-guerre aux années 1990 : approche sectorielle des politiques publiques	3
1.1.2 Année 1990 à nos jours : Transition vers une approche holistique des politiques publiques	5
1.2 Spécificités du public concerné	12
1.2.1 Des personnes victimes d'exclusion, de précarité, de pauvreté.....	12
1.2.2 Le logement décent : un indispensable à la dignité	13
1.2.3 La maladie : un facteur précipitant l'exclusion	14
1.2.4 Les besoins et attentes des personnes	16
1.3 La préoccupation des personnes victimes d'exclusion sociale au niveau international et territorial	18
1.3.1 L'exemple du Danemark.....	18
1.3.2 En France.....	19
1.3.3 Le territoire des Alpes-Maritimes	19
1.4 La Fondation de Nice : un opérateur territorial reconnu, de lutte contre l'exclusion.....	20
2 Les ACT de la FDN : diagnostic de l'offre de service	22
2.1 Présentation des ACT de la FDN.....	22
2.1.1 L'historique.....	22
2.1.2 Les agréments	22
2.1.3 Organisme de tutelle et financement	22
2.1.4 Les Locaux.....	23
2.1.5 L'équipe	23
2.2 Fonctionnement et modalités d'accompagnement.....	25
2.2.1 Le Projet d'établissement : un cadre de référence stratégique	25
2.2.2 La procédure d'admission pour entrer aux ACT de la FDN.....	26

2.2.3	L'hébergement aux ACT	27
2.2.4	L'accompagnement.....	29
2.2.5	La durée de séjour.....	30
2.2.6	La sortie.....	31
2.3	Un public complexe, hétérogène et acteur en devenir	33
2.3.1	Caractéristiques sociodémographiques en évolution	33
2.3.2	La singularité du public accompagné	35
2.4	L'Autonomie et l'inclusion sociale : un enjeu à plusieurs facteurs en cours de développement pour un accompagnement efficace	36
2.4.1	Le développement du pouvoir d'agir	36
2.4.2	La participation des personnes accueillies : une nécessité pas assez avancée	37
2.4.3	Les acteurs externes comme soutien à l'autonomie et l'inclusion : une ressource insuffisamment exploitée	38
2.5	Les Ressources Humaines : moteur de l'accompagnement	40
2.5.1	Fonctionnement et organisation de l'équipe	40
2.5.2	Manager les ressources humaines	43
2.5.3	Les professionnels au centre des engagements de la FDN	45
3	Projet d'évolution en faveur de l'autonomie et de l'inclusion durable	49
3.1	L'accompagnement au changement : un incontournable à la réussite du projet.....	50
3.1.1	L'Etude de l'impact du changement	51
3.1.2	Le coordinateur.....	52
3.1.3	L'équipe accompagnante.....	52
3.2	Restructuration de la dynamique interne pour garantir l'efficacité et la clarté des objectifs	53
3.2.1	Cadrage opérationnel nécessaire	53
3.2.2	Procédures et protocoles	56
3.2.3	Acquérir de nouvelles compétences au niveau de l'équipe	56
3.3	Démarches pour favoriser l'autonomie et l'inclusion sociale : rendre acteurs les personnes accueillies et les professionnels	57
3.3.1	Développement du Pouvoir d'Agir à renforcer	57
3.3.2	La participation à mettre en action dans le but de développer et valoriser les compétences des résidents	59
3.3.3	Les Ateliers pour l'inclusion : une ressource à plusieurs niveaux	61
3.4	Accompagner le public dans le dispositif hors les murs.....	64

3.4.1 Un nombre insuffisant de places hors les murs	64
3.4.2 Mise en œuvre du développement du dispositif hors les murs.....	65
3.4.3 Planifier, communiquer et évaluer : une combinaison fondamentale dans la mise en action du projet.....	67
Conclusion.....	70
Bibliographie	71
Liste des annexes	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AAP	Appel à Projet
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ACS	Aide Complémentaire à la Santé
AME	Aide Médicale d'Etat
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARS	Agence Régionale de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogue
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CESF	Conseiller en Économie Sociale et Familiale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMH	Chargé de Mission Hébergement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CODIR	Comité de Direction
COPIL	Comité de Pilotage
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DALO	Droit Au Logement Opposable
DAF	Directeur Administratif et Financier
DAS	Domaine d'Activité Stratégique
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DPA	Développement du Pouvoir d'Agir
DRH	Direction des Ressources Humaines
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
ESMS	Etablissements et Services Médico-Sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
FALC	Facile A Lire et à Comprendre

FDN	Fondation de Nice – PSP – ACTES
FSH	Fédération Santé et Habitat
GEPP	Gestion des Emplois et Parcours Professionnels
HAS	Haute Autorité de Santé
HBM	Habitation Bon Marché
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HLM	Habitation à Loyer Modéré
Hlm	Hors les murs
HSPT	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MDA	Maison De l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNA	Mineurs Non Accompagnés
MSD	Maison des Solidarités Départementales
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PDALHPD	Programme Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PDS	Personnes à Difficultés Spécifiques
PE	Projet d'Etablissement
PFH	Participation Forfaitaire à l'Hébergement
PP	Politique Publique
PPA	Projet Personnalisé d'Accompagnement
PRS	Programmes Régionaux de Santé
QVCT	Qualité de Vie et des Conditions de Travail
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SIAO	Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation
SIDA	Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise
SRU	Solidarité et au Renouvellement Urbain
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
TS	Travailleurs sociaux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

« *Je ne sais pas comment je vais faire après les ACT* » c'est la phrase prononcée par une personne accueillie dans le service des Appartements de coordination thérapeutique (ACT) de la Fondation de Nice (FDN) au groupe d'expression du 8 Janvier 2024. Dire « *tout haut ce que les personnes pensent tout bas* » c'est le sentiment que j'ai eu lorsque 67%¹ des personnes ont l'impression qu'elles ne seront pas autonomes après la sortie des ACT. Une démarche de réflexion avait commencé à mon arrivée en mars 2023 sur le Développement du Pouvoir d'Agir des personnes pour renforcer l'autonomie et la participation dans le but d'une inclusion durable. C'est dans ce cadre ci que mon projet d'évolution du service des ACT prend forme.

La première partie de ce travail développera les politiques publiques liées à l'exclusion sociale ainsi que leurs évolutions au cours des dernières décennies. Le logement et la santé ont toujours été des marqueurs forts d'une situation sociale difficile notamment pour les publics en situation de précarité. Les ACT sont à la croisée de ces problématiques.

Cette partie sera abondée par la contextualisation du public cible, du territoire d'intervention et de l'implication de la Fondation de Nice en tant qu'acteur « refusant la fatalité de l'exclusion ».

Je me positionne dans ce travail en tant que directrice du service des ACT. La première année passée à ce poste m'a permis de faire un diagnostic étayé et de conceptualiser le projet que je vais présenter.

Mon constat est que le service des ACT tel qu'il est déployé à ce jour ne permet pas une inclusion durable des personnes accompagnées à leur sortie du dispositif. J'analyserai et j'exposerai dans mon diagnostic en deuxième partie, différents axes en lien avec, le fonctionnement du service et ses modalités d'accompagnement, le public accueilli et les ressources humaines.

Enfin, dans la troisième partie, je proposerai le projet du développement du dispositif « *hors les murs* » par l'accompagnement au changement. Un premier axe sera développé sur l'amélioration des modalités d'accompagnement, un second, sur le développement de l'autonomie et la participation, et un troisième, sur la mise en place effective du dispositif.

Ces axes ont pour objectif de favoriser l'inclusion durable dans la société des personnes accompagnées par les ACT de la FDN. Ce qui fait de ce projet, un sujet d'actualité du secteur médico-social.

¹ Questionnaire groupe d'expression du 8 Janvier 2024

1 L'exclusion : ses politiques publiques, son public, son territoire et ses acteurs

1.1 Les politiques publiques : d'une approche sectorielle à une approche holistique

1.1.1 De l'après-guerre aux années 1990 : approche sectorielle des politiques publiques

a) 1945-1970 : Les premières réponses sociales

Après la Seconde Guerre mondiale, la France se lance dans une période de reconstruction et de croissance économique rapide. Cependant, cette prospérité ne profite pas à tous : certains groupes, comme les travailleurs non qualifiés, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et celles sans abris, restent marginalisés. Ces populations, souvent exclues, sont stigmatisées et considérées comme responsables de leur situation. L'État commence à s'investir dans les domaines social et sanitaire.

L'ordonnance de 1945² marque une étape déterminante avec la création de la Sécurité sociale, un système de protection sociale universelle couvrant les risques liés à la maladie, à la vieillesse, aux accidents du travail, et à la famille. Ce système, géré par des caisses spécifiques, garantit un accès aux soins pour tous et constitue une réponse directe aux besoins de sécurité économique.

En parallèle, l'État fait du logement une de ses priorités. Il doit faire face à une pénurie accentuée par la destruction de nombreux logements durant la guerre et par l'augmentation de la population (baby-boom). Pour répondre à cette crise, l'État réquisitionne des immeubles vides et transforme les habitations à bon marché (HBM) en habitations à loyer modéré (HLM)³. Ces HLM, financées et soutenues par l'État, deviennent un outil essentiel dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Cependant, la gestion sectorielle des politiques publiques crée des tensions : bien que le taux de chômage soit faible (1,8 % dans les années 1960), l'accès au logement reste problématique, avec une demande qui augmente plus vite que l'offre, exacerbée par l'exode rural et le retour des rapatriés d'Algérie⁴.

Les institutions religieuses et caritatives continuent de jouer un rôle important dans l'aide sociale, mais l'État devient progressivement l'acteur principal. L'approche sectorielle, bien

² Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale

³ Loi n°50-854 du 21 juillet 1950 autorisations de dépenses pour opérations prévues au plan de modernisation. jorf du 23 juillet 1950

⁴ Loi n° 57-908 du 7 août 1957 tendant à favoriser la construction de logements et les équipements collectifs et Décret n°58- 1464 du 31 décembre 1958 relatif aux zones à urbaniser par priorité

qu'efficace dans certains domaines, entraîne un cloisonnement des services, rendant difficile la coordination entre les différents besoins des individus, comme le logement, la santé, et l'emploi. Ce cloisonnement, combiné à une complexité administrative croissante, complique l'accès aux services, notamment pour les personnes en situation de précarité.

b) 1970-1990 : Montée de la précarité et réponse au VIH/SIDA

La crise économique des années 1970, marquée par les chocs pétroliers de 1973 et 1979, provoque un ralentissement économique et une hausse massive du chômage, qui passe de 3,4 % en 1975 à plus de 8,8 % en 1985⁵. Cette période de désindustrialisation frappe particulièrement les ouvriers, dont beaucoup se retrouvent sans emploi. La notion de précarité apparaît pour décrire les nouvelles conditions d'emploi (emploi instable, intérimaire, plans sociaux, etc) qui se veulent concurrentielles pour faire face au marché de la mondialisation⁶. Les chômeurs de longue durée et les familles monoparentales deviennent les nouveaux visages de l'exclusion.

Les politiques publiques commencent à se structurer davantage pour répondre à ces nouveaux défis. En 1975, la loi sur les institutions sociales et médico-sociales est adoptée pour organiser et structurer les services destinés aux personnes en difficulté, y compris les personnes âgées, en situation de handicap, et les familles en situation précaire⁷. Cette loi introduit des règles strictes pour la création, l'autorisation, le contrôle, et le financement de ces institutions, avec pour objectif de garantir la qualité des services offerts.

En matière de logement, l'État poursuit la construction de cités de grands ensembles pour loger les travailleurs les plus pauvres. Cependant, une partie de la population, notamment les sans-abris, reste exclue de ces dispositifs, avec 8000 personnes sans domicile rien qu'à Paris au début des années 1980⁸. Pour répondre aux besoins des plus démunis, l'État crée en 1974 les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), destinés à offrir un abri temporaire et à favoriser la réinsertion par l'emploi et le logement⁹.

Le logement devient un marqueur d'insertion ou d'exclusion : ceux qui y accèdent bénéficient d'une aide personnalisée au logement (APL) créée en 1977¹⁰, tandis que ceux qui en sont privés s'enfoncent dans la précarité, vivant dans des abris de fortune ou des logements insalubres et surpeuplés. La précarité, initialement associée aux conditions d'emploi, s'étend désormais au logement, et par répercussion, à la santé.

⁵ www.insee.fr/fr/statistiques

⁶ Benamouzig Daniel, Des mots pour le dire : exclusion et précarité, catégories d'action publique ; extrait de Précarité et Santé, Lebas J. et Chauvin P. ,éd. Flammarion.

⁷ La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁸ 1970 : La débrouille des SDF à Paris | Archive INA

⁹ Loi n°74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale

¹⁰ Réforme de la politique du logement de Raymond Barre, Loi n°77-1 du 3 janvier 1977 relative au maintien des aides publiques à l'investissement

La pandémie de VIH/SIDA dans les années 1980 accentue les défis sociaux. Initialement perçu comme une maladie touchant principalement les groupes marginalisés (homosexuels, toxicomanes), le SIDA devient un problème de santé publique qui révèle l'interconnexion entre précarité et santé. Les malades, souvent sans emploi ni logement stable, voient leur état de santé se détériorer rapidement. En l'absence de structures adaptées, ils doivent se tourner vers l'aide sociale pour trouver un hébergement dans des foyers, des hôtels meublés, ou des centres d'hébergement.

Les associations, comme AIDES ou Act Up, jouent un rôle crucial en sensibilisant l'opinion publique et en mobilisant les pouvoirs publics¹¹. La découverte de l'AZT en 1987, premier traitement antirétroviral, offre un espoir aux malades, bien que son efficacité soit limitée par les effets secondaires et les contraintes strictes de prise¹². L'État met en place des actions sanitaires (dépistage massif, seringues en vente libre, campagnes sur le préservatif), mais ces mesures peinent à atteindre les plus pauvres, comme l'indique une étude du Réseau National de Santé Publique, qui révèle une explosion du SIDA parmi les sans-abris et les habitants des banlieues mal desservies.

Le lien entre santé, précarité et exclusion devient alors évident. Pour répondre à cette complexité, l'État crée en 1988 le Revenu Minimum d'Insertion (RMI)¹³, destiné à offrir un "moyen convenable d'existence" à ceux qui ne peuvent pas travailler. Le RMI s'accompagne d'une volonté de promouvoir la santé et l'accès aux soins, intégrant ainsi les différents aspects de la précarité. Afin de garantir le devoir de solidarité pour l'ensemble de la nation, la France reconnaît, en 1990, le droit au logement pour tous¹⁴.

Le SIDA illustre la nécessité d'une approche plus holistique des politiques publiques, capable de répondre à la complexité des besoins individuels et à l'interdépendance des enjeux sociaux. Cette période marque un tournant vers une prise de conscience de l'importance de l'intégration des politiques de santé, de logement et de lutte contre la précarité dans une stratégie globale.

1.1.2 Année 1990 à nos jours : Transition vers une approche holistique des politiques publiques

a) 1990-2010 : Diversification des formes d'exclusion et réponses multidimensionnelles

À partir des années 1990, la France reconnaît les limites des politiques sociales sectorielles et amorce un virage vers une approche plus intégrée, centrée sur la personne. Confrontée à des besoins sociaux de plus en plus complexes, l'État met en place des comités

¹¹ LÖCHEN V., Comprendre les politiques sociales, 5ème édition, DUNOD, 2016, 458p.

¹² Un enjeu de transformation sociale- Les appartements de coordination thérapeutiques- Pascal Colin

¹³ Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion

¹⁴ Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement

intersectoriels pour coordonner les actions des ministères en matière de logement, de santé, et d'emploi. Cette coordination vise à harmoniser les interventions publiques pour offrir des réponses plus cohérentes et efficaces aux populations en difficulté. Plusieurs réformes dans cette période formaliseront cette approche intégrée, illustrant la volonté d'articuler les politiques publiques autour de la personne.

La mondialisation et l'essor des technologies de l'information, dans les années 1990 et 2000, transforment le marché du travail, créant de nouvelles formes de précarité. L'exclusion est désormais perçue comme un problème multidimensionnel, ne se limitant plus à la pauvreté économique. Elle englobe désormais l'accès à l'éducation, à la santé, au logement, et au numérique. Face à cette complexité, les politiques publiques se diversifient : des programmes sont lancés pour répondre aux besoins spécifiques des migrants, des jeunes sans qualification, et d'autres groupes marginalisés. Les initiatives locales, soutenues par des Organisations Non Gouvernementales, des entreprises sociales, et des citoyens, se multiplient pour combattre ces formes d'exclusion.

La lutte contre l'exclusion devient un enjeu central des années 1990, culminant avec la loi de du 29 Juillet 1998¹⁵ qui vise à garantir l'accès aux droits fondamentaux pour tous. Cette loi symbolise le passage à une approche holistique des politiques publiques, intégrant les différents aspects de la précarité dans une réponse coordonnée et inclusive.

b) L'Emergence d'un dispositif incarnant l'approche intégrée des problématiques de précarité, du logement et de la santé : les ACT

En parallèle, les années 1990 sont fortement marquées par la pandémie du SIDA qui exacerbe d'autant plus les problématiques de précarité et d'exclusion. Un tiers des personnes vivant avec le VIH se trouvent en situation de grande précarité, souvent dépendantes des minima sociaux ou sans ressources. Face à cette crise, des initiatives comme l'Association pour « les Appartements et les Actions de Relais Thérapeutique et Social (APARTS) » émergent pour offrir un soutien, via l'hébergement et l'accompagnement social, aux personnes malades¹⁶. La maladie constitue paradoxalement une ressource, une occasion, de reconstruire une insertion : un malade a des droits que n'a pas un marginal, l'accès à un appartement s'inscrit dans cette perspective.

Ces initiatives conduisent à la création des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) en 1994¹⁷, dans le cadre d'un programme expérimental d'hébergement pour les personnes atteintes du SIDA. Avec l'arrivée de nouveaux traitements pour le SIDA en 1996,

¹⁵ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

¹⁶ La santé en action- n°42-décembre 2017 : accompagner les familles précaires touchées par le VIH/SIDA

¹⁷ circulaire n° 45 du 17 juin 1993 relative au renforcement d'action de l'Etat dans le domaine de la lutte contre l'infection VIH

l'espérance de vie des personnes atteintes de VIH s'allonge considérablement (+10 ans)¹⁸. Cette évolution transforme les missions des ACT, qui passent de l'accompagnement de fin de vie à une prise en charge axée sur l'insertion sociale et professionnelle des patients.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique émergent comme une réponse adaptée, offrant un hébergement temporaire et un suivi médical et social aux personnes atteintes du SIDA. Ces structures permettent non seulement de soulager les services hospitaliers, mais aussi d'offrir une prise en charge globale qui inclut le soutien psychologique et l'aide à l'insertion sociale. La loi du 2 janvier 2002 pérennise ces dispositifs¹⁹, leur attribuant un cadre légal et les inscrivant dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le cadre législatif des ACT évolue également pour s'adapter aux besoins d'une population plus large : les ACT ne se limitent plus au SIDA, mais s'ouvrent à toutes les pathologies chroniques invalidantes, toujours en situation de précarité. Le décret du 3 octobre 2002²⁰ et la circulaire du 30 octobre 2002²¹ précisent les missions et l'organisation des ACT, qui incluent désormais la coordination des soins, l'accompagnement psychologique, et l'aide à l'insertion sociale :

- « Les appartements de coordination fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire 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 ».
- « La coordination médicale assurée par un médecin (qui ne peut être le médecin traitant) éventuellement assisté par du personnel paramédical pour l'accomplissement des missions médicales comme : aide à l'observance thérapeutique, la prise en compte éventuelle des addictions, la coordination des soins ».
- « La coordination psychosociale : « Assurée par le personnel psycho-socio-éducatif » permettant par exemple : l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives, l'écoute des besoins et le soutien ».

c) *De nécessaires changements de paradigmes afin de renforcer les droits des personnes accompagnées et de promouvoir l'autonomie*

La loi du 2 janvier 2002²² a réformé l'action sociale et médico-sociale, comblant les lacunes de la loi de 1975, notamment concernant la position des usagers. Elle a remplacé l'approche de « l'assistantat » (les professionnels décidaient pour les personnes avec l'idée, qu'ils connaissaient mieux qu'eux leurs besoins) par une logique d'accompagnement axée

¹⁸ Stéphane Korsia-Meffre : VIH : espérance de vie quasi normale dans les pays riches en raison d'améliorations récentes-2017-

¹⁹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

²⁰ Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique

²¹ Circulaire DGS du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique

²² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

sur l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes, les reconnaissant comme des citoyens autodéterminés, sachant exprimer des besoins et des attentes. De ce fait, les concepts d'autodétermination et de développement du pouvoir d'agir²³ émergent alors, influencés par ce cadre législatif, visant à renforcer l'autonomie et la participation active des usagers.

La loi de Modernisation Sociale de 2002²⁴, quant à elle, vise à moderniser et renforcer les dispositifs sociaux en France en intégrant mieux les politiques sociales à travers différents ministères et en promouvant une approche centrée sur la personne. Elle permet une meilleure coordination des services sociaux et de santé pour une prise en charge plus globale des individus.

La loi de 2005²⁵ complète celle de 2002 en renforçant les droits et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, en coordonnant l'action des différents acteurs locaux (services sociaux, établissements médico-sociaux, associations, etc.) pour assurer un accompagnement cohérent et efficace.

Ces réformes législatives s'inscrivent dans un contexte d'augmentation de la pauvreté et de l'exclusion sociale au début des années 2000 (le taux de précarité a doublé entre 1990 et 2000²⁶). Le manque de logements sociaux et la précarité croissante des travailleurs (près de 1 million de personnes²⁷ vivent dans des habitats indignes) poussent les personnes à passer d'hébergement en hébergement via les dispositifs sociaux ce qui favorise la précarisation et l'exclusion de cette population.

Les politiques publiques prévoient alors de construire de nombreux logements accessibles aux personnes à faibles ressources afin de répondre à la demande (la loi SRU impose 25% de logements sociaux aux communes de plus de 3500 habitants²⁸).

Afin de respecter la loi du droit au logement pour tous de 1990, en tant que droit fondamental, l'Etat crée en 2007, le Droit au Logement Opposable²⁹ (DALO) garantissant un logement décent aux personnes en difficulté, en imposant à l'État la responsabilité de répondre aux besoins des plus vulnérables (540 000 personnes, en 2006, auraient connu la rue ou les services d'hébergement³⁰). En parallèle, le RMI devient le RSA (2009)³¹, s'inscrivant dans un plan national d'inclusion visant à favoriser l'emploi, l'insertion sociale et l'amélioration du logement social³².

Dans ce cadre d'approche intégrée en lien avec les personnes vulnérables, les Services

²³ Annexe I : Concepts a) auto détermination/dpa

²⁴ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

²⁵ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

²⁶ Centre d'observation de la société - La précarité du travail a été multipliée par deux en quarante ans-2022-

²⁷ Fondation Abbé Pierre. 12e rapport sur l'état du mal-logement en France 2006

²⁸ Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain (SRU)

²⁹ Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

³⁰ Rapport de l'Observatoire des inégalités-2020- Combien compte-t-on de personnes sans domicile fixe en France

³¹ Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat

³² Plan National d'Action pour l'Inclusion, 2007

Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) sont créés pour mieux coordonner l'accueil, l'hébergement et l'insertion des personnes sans abri. De plus, la loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" (HPST) de 2009³³ marque une transition importante en réorganisant le système de santé pour améliorer l'accès aux soins, la qualité de la prise en charge et renforcer la gouvernance des établissements. En termes d'administration, des Agences Régionales de Santé (ARS) sont conçues pour coordonner les secteurs, sanitaire et médico-social, à l'échelle régionale, renforçant ainsi les droits des patients (les établissements de santé sont tenus de publier des indicateurs de qualité et de sécurité des soins) ce qui amorce des changements futurs dans le secteur médico-social (évaluations). Cette réforme permet de décloisonner les interventions et de mieux répondre aux besoins multidimensionnels des personnes en situation de précarité au niveau d'un territoire. Au fil de cette période, les réformes législatives, mettent l'accent sur l'autonomie des personnes accompagnées, favorisant leur autodétermination et leur participation active aux décisions qui les concernent. Ce changement de paradigme témoigne d'une volonté de mieux intégrer les publics accompagnés dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques, en les reconnaissant comme des acteurs à part entière de leur parcours.

d) De 2010 à Aujourd'hui : Nouveaux défis et politiques Intégrées et participatives

La crise financière de 2008 et l'augmentation des migrations, suivies de la crise des réfugiés, ont amplifié les phénomènes d'exclusion sociale. La pandémie de COVID-19 a accentué ces inégalités, posant de nouveaux défis pour les politiques publiques. Des groupes comme les réfugiés, travailleurs précaires, et personnes sans-abri sont particulièrement touchés et ont besoin de solutions durables en termes de sécurité alimentaire, logement, d'accès aux soins et d'inclusion numérique.

Face à ces défis, il y a une prise de conscience croissante de l'importance des droits humains et de la dignité dans le traitement des personnes en situation d'exclusion. L'inclusion sociale est devenue un concept central, nécessitant une coordination étroite entre les différents acteurs, en réflexion partagée, de l'État aux professionnels de terrain, afin de répondre efficacement aux besoins des personnes vulnérables. Cette coordination se traduit par des approches intégrées et participatives où les personnes concernées sont directement impliquées dans leur conception et leur mise en œuvre.

Pour mieux répondre à ces nouveaux paradigmes, l'État a finalisé en 2010 la mise en place des ARS qui utilisent des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour contractualiser avec les établissements de santé et les services médico-sociaux, fixant des objectifs de qualité et de performance sur plusieurs années. Cependant, certains établissements, comme les ACT, ne sont pas soumis à cette obligation. Par ailleurs, les

³³ loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

financeurs utilisent les appels à projets (AAP) comme outil visant à encourager l'innovation et à financer des projets répondant aux besoins émergents des populations vulnérables.

Ces changements interviennent dans un contexte social dégradé. En effet, en 2012, selon la Fondation Abbé Pierre 300 000 personnes étaient sans domicile, ils étaient 90 000 en 2001³⁴. En outre, plusieurs études nationales³⁵ et internationales³⁶ établissent le lien entre les troubles psychiques et la précarité qui sont surreprésentés dans cette population. En réponse à ce constat, dans sa « Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abris ou mal-logées 2009/2012 » qui repose sur la conviction que le logement est une condition préalable et nécessaire à l'insertion, l'État réagi en engageant une expérimentation intitulée « Un Chez-soi d'abord », pérennisée par le décret de 2016 donnant le nom d'ACT « logement »³⁷. Ce dispositif propose un accès direct à un logement ordinaire pour les personnes sans-abri souffrant de pathologies mentales sévères, avec un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire au domicile. Cette approche est en lien direct avec les objectifs de la Loi ALUR³⁸, qui vise à améliorer l'accès au logement, lutter contre le mal-logement et à prévenir l'exclusion par le logement.

Sur le même postulat que le « Chez-soi d'abord », le plan quinquennal pour le « Logement d'Abord »³⁹, lancé en 2018, représente un changement majeur dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Ce plan privilégie, l'accès rapide à un logement pérenne, avec un accompagnement adapté, modulable et pluridisciplinaire sans passer par les dispositifs d'hébergement temporaire. Le logement devient un point d'entrée de l'accompagnement social et de la stabilisation de la personne, alors que jusque-là, il était bien souvent le signe de la réussite et donc de la fin d'un accompagnement. Effectivement, l'amélioration de la situation de la personne accompagnée se traduisait alors par la rupture de l'accompagnement et de la sécurisation des professionnels via le relogement. La problématique est donc inversée. Dorénavant, l'accès au logement est le postulat de base de l'accompagnement, un élément indispensable. L'accompagnement des personnes se fera dans l'environnement qui sera désormais le sien car selon le principe du logement d'abord, il serait plus efficace auprès des personnes qui ont un « chez elle » où elles se sentent en sécurité, pouvant déployer leur autonomie et accédant à une vie privée choisie sans condition.

En lien avec les mesures de lutte contre les inégalités prévues par le Ségur de la santé et la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (2018) qui visent

³⁴ Fondation Abbé Pierre. 26e rapport sur l'état du mal-logement en France 2021. Les chiffres du mal-logement. Paris: Fondation Abbé Pierre; 2021

³⁵ Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*. 2007(11):24-33

³⁶ Ayano G, Shumet S, Tesfaw G, Tsegay L. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of bipolar disorder among homeless people. *BMC Public Health*. 2020;20(1):73

³⁷ Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez soi d'abord »

³⁸ Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové

³⁹ Plan quinquennal pour le logement d'abord, 2018 – 2022, 2018, Ministère de la Cohésion des Territoires

à réduire la pauvreté et les inégalités par des actions globales (emploi, éducation, logement, santé), un décret du 29 décembre 2020⁴⁰ élargit les missions des Appartements de Coordination Thérapeutique en pérennisant le dispositif expérimental de 2017 d'ACT « hors-les murs »⁴¹. Ce dispositif accompagne le même public que les ACT « hébergement » qui bénéficie du même service sans l'hébergement. Le but étant d'aller à la rencontre du public et de lutter contre l'isolement. Le décret précise les différents modes d'intervention possibles :

- Un accompagnement dans le logement de la personne ou dans le cadre de suivi d'un sortant d'un ACT « *hébergement* » ayant accédé à un logement autonome ;
- Un accompagnement de la personne dans une situation de précarité vis-à-vis du logement : dans un établissement d'hébergement social (n'ayant pas d'équipe médicale) ou hébergé chez des proches, dans des abris de fortune, à la rue.

Il apparaît un objectif majeur différent du dispositif ACT « *hébergement* », qui est le maintien de la personne dans son logement et/ou son environnement ou, dans le cas échéant, de trouver une solution de relogement avant une expulsion ou encore lorsqu'il y a un mal logement de permettre un accompagnement vers un habitat (hébergement ou logement) digne, salubre et pérenne, tout en optimisant les capacités d'autonomie de la personne comme pour les ACT « *hébergement* ».

Ces modifications d'accompagnement s'associent au développement du pouvoir d'agir notamment avec les personnes à difficulté spécifique (public en situation d'addiction et de précarité notamment) en mettant un accent fort sur la participation active et le renforcement des compétences pour agir sur l'environnement. Les professionnels sont amenés à être formés à des pratiques inclusives et participatives qui rendent la personne actrice de son accompagnement. Ces changements sont de l'ordre du qualitatif pour l'accompagnement des personnes⁴².

En ce qui concerne les trois dispositifs ACT dédiés aux personnes à difficultés spécifiques, ils s'inscrivent dans les programmes régionaux de santé (PRS) ainsi que dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD). Ils connaissent une grosse évolution, de la création, en 1994, avec 416 places pour 25 structures, les ACT « *hébergement* »⁴³ passent, en 2022, à 3352 places pour 167 structures. Les ACT « *hors les murs* »⁴⁴ comptabilisent, en 2022, 677 places pour 72 structures (ont doublé en 1 an) et enfin les ACT « *logements* »⁴⁵ ont, en 2022, une

⁴⁰ décret n°2020-1745 du 29 décembre relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures LHSS, LAM et ACT

⁴¹ code de l'action sociale et des familles-alinéa 9 de l'article L.312-1

⁴² Rapport : Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change – Denis Piveteau 15 février 2022

⁴³ Bilan national 2022 d'ACT « hébergement » - fédération santé habitat

⁴⁴ Bilan national 2022 d'ACT « hors les murs » - fédération santé habitat

⁴⁵ Dihal : bilan 2022 du Logement d'abord

capacité de 1775 places pour 20 structures. La spécificité des ACT, en plus de la mission sociale, en comparaison à d'autres dispositifs comme les CHRS, réside dans l'accompagnement médical, psychologique et dans la mission de coordination entre la personne et les différents acteurs de son parcours.

Pour conclure, l'évolution des politiques publiques montre une adaptation progressive, de plus en plus inclusive aux besoins et attentes des personnes exclues. Partant de réponses principalement caritatives et ponctuelles, les politiques publiques se sont développées vers des approches multidimensionnelles et intégrées, prenant en compte les différentes facettes de l'exclusion sociale. Le dispositif des ACT, au croisement des problématiques de logement, de santé et de précarité symbolise cette transition vers une approche holistique. Aujourd'hui, la participation des personnes concernées dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques est devenue une dimension clé pour garantir l'efficacité et l'appropriation des solutions proposées. De plus, dans ses évaluations, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en avant l'importance de recueillir la parole des personnes accompagnées, considérée comme un critère fondamental pour garantir un accompagnement adapté à leurs besoins, attentes et expériences personnelles.

1.2 Spécificités du public concerné

1.2.1 Des personnes victimes d'exclusion, de précarité, de pauvreté

Le public ciblé par les Appartements de coordination thérapeutique est un public victime d'exclusion au sens du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui définit l'exclusion en considérant que *« l'exclu est une personne qui malgré son état de pauvreté, ne bénéficie pas, parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou qu'elle n'a même plus l'énergie de faire les démarches nécessaires, des possibilités d'aide (revenu, logement, école, santé) correspondant le plus à sa situation »*. Le terme d'exclusion est promu dans les années 70 par l'association ATD Quart-Monde en remplacement du mot « inadaptation » en référence aux « inadaptés sociaux » qui sont les personnes en situation de handicap et les personnes sans domicile.

Aujourd'hui, l'exclusion, est considérée comme le stade ultime de la précarité, comme la conséquence d'une situation de précarité qui s'éternise et s'aggrave se nourrissant de facteurs environnementaux ; allant au-delà d'un point de non-retour, cette situation devient difficilement réversible et les personnes sont dès lors stigmatisées comme "en dehors de la société" (Tudrej, 2007) et exclues socialement.

La précarité est définie comme étant *« l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.*

L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et entraîner des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (Wresinski, 1987 : 14). L'environnement joue un rôle important et peut mettre une personne en situation de précarité comme, un territoire où le logement est cher et le coût de la vie est élevé, où il y a peu d'accès aux structures sanitaires, où il y a peu d'emploi. La précarité est un terme récent datant de 1976 pour parler de pauvreté multifactorielle avec l'idée d'un avenir incertain. Avant cette date, étymologiquement, il était question de « *pauvreté* » pour parler des personnes avec de faibles ressources.

Les textes et les statistiques françaises utilisent et matérialisent la pauvreté par des indicateurs. Selon l'Observatoire Economique de Paris « *On ne peut approcher la pauvreté qu'en utilisant divers indicateurs. Les indicateurs de type monétaire (salaires, revenus) pris isolément sont vivement contestés, mais, croisés avec d'autres indicateurs (logement, emploi, santé...) ils donnent une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté* »⁴⁶. L'indicateur monétaire est le plus utilisé pour définir économiquement la population. La population dite « *pauvre* » se situe en-dessous du seuil de pauvreté fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population. Depuis 2022, il est de 1158 euros par mois pour une personne⁴⁷. Le risque d'exclusion sociale est fortement lié au taux d'intensité de la pauvreté, c'est-à-dire à quel point le niveau de vie des plus pauvres est inférieur au seuil de pauvreté. En France, en 2022, ce taux est de 20,2%, c'est-à-dire que la moitié de la population vivant sous le seuil de pauvreté vit au maximum avec 885euros par mois. Il est même question de « *grande pauvreté* » lorsque les personnes perçoivent moins de 370 euros/mois⁴⁸ et que la situation de précarité touche durablement plusieurs domaines de l'existence (logement, emploi, santé...). Sur cette base, l'INSEE, comptabilise 2 millions de personnes en France.

1.2.2 Le logement décent : un indispensable à la dignité

Le logement est un pilier dans la lutte contre les exclusions et contre la précarité. Or, les personnes concernées par les ACT sont privées de logement ou de confort. En 1980, le terme sans-abrisme (traduction francophone de « *homelessness* ») prenait en compte pour la première fois les conditions de confort. Le terme de « *mal logement* » créé en 1992 est emprunté, ici, à la Fondation Abbé Pierre, pour définir les phénomènes de privation de logement et de confort. En effet, le mal logement intègre « *les personnes privées de domicile personnel (sans-domicile, habitat de fortune, hébergement contraint chez des*

⁴⁶ Bloc notes de l'Observatoire Economique de Paris, INSEE, Paris, Journal Officiel, 1987

⁴⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>

⁴⁸ [Insee- définition de la grande pauvreté.](#)

tiers) et celles qui vivent dans des conditions de logement très difficiles (immeuble insalubre, installation de chauffage insuffisante, humidité, logement surpeuplé, etc) ».

Il est important de différencier les termes de « logement » et d'« hébergement » afin de comprendre la situation et les besoins des personnes concernées par les ACT. Le ministère de la Cohésion des Territoires différencie les conditions d'accueil et le statut de l'occupant qu'il soit dans un l'hébergement ou dans un logement⁴⁹ :

- L'accueil en **hébergement** est destiné à « répondre aux besoins immédiats des personnes privées de domicile et en situation de détresse sociale, médicale ou psychique. L'hébergement est provisoire, voire précaire, dans l'attente d'une solution de logement durable et adaptée. Il ne donne pas lieu à l'établissement d'un bail ou d'un titre d'occupation, ni au versement d'un loyer, ce qui n'exclut pas une participation financière des personnes accueillies ».
- Dans le **logement**, « le locataire dispose d'un titre d'occupation avec garantie de maintien dans les lieux ou pour les propriétaires un titre de propriété⁵⁰. Que ce soit dans le parc social ou dans le parc privé, le locataire s'acquitte d'un loyer ou d'une redevance et est éligible aux aides au logement et à d'autres aides comme celles du fonds de solidarité pour le logement ».

La population en situation d'exclusion décrite, ici, est pour la plupart sans logement ou est hébergée. Ce qui ne permet pas une sécurité et une projection dans l'avenir. Le logement, est un repère pérenne permettant l'appropriation d'un chez-soi. Il est essentiel pour l'intégration.

1.2.3 La maladie : un facteur précipitant l'exclusion

Les personnes exclues, précaires, à la rue sont plus touchées par la maladie psychique ou physique⁵¹. Les pathologies les plus fréquentes présentées par ces personnes sont la traumatologie, liée aux conditions de vie, les maladies chroniques et les complications⁵² en lien avec l'hygiène de vie (ex : diabète, maladie cardio vasculaire...), les conduites addictives et leurs maladies consécutives (hépatites, VIH/SIDA), et les troubles psychiques⁵³ (représentant 1/3 des personnes à la rue). La souffrance et/ou les troubles

⁴⁹ Plan quinquennal pour le logement d'abord, 2018 – 2022, 2018, Ministère de la Cohésion des Territoires

⁵⁰ Loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986

⁵¹ Liens entre précarité énergétique et santé : analyse conjointe des enquêtes réalisées dans l'Hérault et le Douaisis, Novembre 2013, Dr Bernard LEDESERT, Directeur technique études CREAL-ORS LR

⁵² <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

⁵³ SAMENTA : « Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France », Laporte A., Détrez M-A., Douay C., Chauvin P. Journée de veille sanitaire 2011

psychiques sont des facteurs d'augmentation de la précarité.

Si l'espérance de vie en France se situe autour de 82 ans, l'âge moyen des morts en rue est de 49,7 ans⁵⁴, soit 32 ans de moins que la population générale.

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, la question des ressources, les difficultés d'insertion sociale et professionnelle, et les difficultés face aux représentations de la maladie sont ainsi trois problématiques liées, qui toutes nuisent à leur qualité de vie, voire entraînent leur précarisation, lorsque toute énergie pour lutter a disparu. On parle de maladie chronique pour « *une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves* »⁵⁵. L'association réciproque entre situations de précarité et état de santé dégradé est largement admise⁵⁶. En effet, l'altération de l'état de santé peut être un facteur déclenchant d'une situation de précarité par différents mécanismes : perte de revenus ou de ressources liée à une impossibilité ou une moindre capacité à travailler, isolement social en rapport avec un état physique ou rejet social lié à la maladie. En outre, les situations de précarité favorisent la survenue de problèmes de santé, avec des modes de vie et comportements à risques (déséquilibres alimentaires, toxicomanies, instabilité du logement, violence ou maltraitance), une mauvaise capacité à prendre en charge la maladie, à considérer la santé comme prioritaire en ajoutant à cela les difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières ou socioculturelles (recours aux soins retardés ou inadaptés). Pour ce public, se maintenir dans un emploi stable et donc dans un logement peut s'avérer fluctuant en fonction de leur état. Si l'accès aux soins est possible grâce à des dispositifs pensés pour ce public, le maintien dans un processus de soin est compliqué.

Comment se concentrer sur son état de santé ou sa situation administrative quand la préoccupation de chaque matin est de savoir ce que l'on va manger dans la journée et si l'on va trouver un endroit suffisamment sûr pour pouvoir dormir la nuit suivante.

Si l'on peut se réjouir que de nombreuses maladies fatales, soient devenues chroniques, grâce à l'amélioration des traitements médicaux, il ne faut pas perdre de vue que la chronicité engendre des difficultés spécifiques, hors du champ médical car c'est comme cela que la spirale de l'exclusion prend forme.

Une des conséquences de l'exclusion qui touche ce public est l'errance, qui complexifie le profil de ces personnes. En effet, l'errance est un « déplacement indéfini ou provisoire, dans un temps plus ou moins continu, sur un ou des territoires » (Moreau de Bellaing et al., 1995), autrement dit, ce concept désigne un rapport particulier à l'espace et au temps,

⁵⁴ Mortalité des personnes sans domicile 2012-2016, Enquête Dénombrer et Décrire, Collectif Les morts dans la rue, Novembre 2017

⁵⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

⁵⁶ Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'exams de santé- Pratiques et Organisation des Soins 2010/4 (Vol. 41), pages 313 à 321

les repères normés de la vie sociale sont délaissés. De surcroît, les addictions sont souvent présentes dans les états d'errance.

Enfin, l'exclusion sociale a des répercussions psychologiques (une perception allongée du temps, signe d'ennui ; l'absence de projection dans le futur, et une perte de sens pouvant aller jusqu'au désespoir ; une préférence pour les plaisirs faciles et immédiats comme l'alcool et la drogue ; une pauvre estime de soi⁵⁷) ce qui apporte une difficulté supplémentaire pour une « réinsertion ».

Le public ciblé par les Appartements de coordination thérapeutique est donc un public victime d'exclusion, souffrant de maladie chronique invalidante et en situation de précarité notamment vis-à-vis du logement.

1.2.4 Les besoins et attentes des personnes

Ce public est avant tout à la recherche de « sécurité ontologique » autrement dit d'une mise à l'abri face aux dangers par le logement (Padgett, 2007). Ce dernier constitue la base de la constance, des routines quotidiennes, de la vie privée et de la construction de l'identité. Le logement est un pilier dans la lutte contre les exclusions et contre la précarité. Les personnes ont besoin de se sentir à nouveau citoyennes⁵⁸ tout en assurant ses besoins physiologiques (sommeil, sécurité, santé, alimentation, etc). La mise à l'abri pour la sécurité est la première étape pour pouvoir envisager un avenir et avoir d'autres préoccupations que les besoins vitaux. De plus, « *l'insatisfaction répétée ou à long terme est pathologique et plonge l'individu dans une incapacité à entreprendre* » (Maslow, 1943).

Le lien avec l'autonomie est donc évident. Par autonomie, il est entendu ici la capacité à répondre à ses besoins et attentes mais aussi la capacité à trouver les ressources qui permettront de combler les besoins et satisfaire les attentes. Or les personnes concernées sont très souvent en perte d'autonomie, ne sachant pas comment ni à qui s'adresser pour obtenir leur droit. Ces personnes ont besoin de soutien, de compréhension, d'aide et de coordination entre les différents acteurs pour parvenir à recouvrer un statut de citoyen.

A) Un accès aux droits de plus en plus compliqué

L'objectif de « l'accès aux droits » a progressivement intégré les conceptions de l'action sociale. Cette notion a été clairement formalisée dans les lois de, 1998 relative à la lutte contre les exclusions et de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'idée n'est

⁵⁷ J.M. Twenge, K.R. Catanese et R.F. Baumeister, « Social exclusion and the deconstructed state: time perception, lethargy, lack of emotion and self awareness », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. LXXXV, septembre 2003

⁵⁸ Annexe I : Concepts b) Citoyenneté

pas de reconnaître des droits spécifiques aux populations « exclues », mais de leur permettre de bénéficier des mêmes droits que tout le monde.

Les personnes les plus précaires ne font pas recours à leur droit : pour le RSA (Revenu de Solidarité Active en 2016, 36% de non-recours) et la CMU (Couverture Maladie Universelle Complémentaire, en 2016, entre 21 et 34% de non-recours), l'ACS (Aide Complémentaire à la Santé entre 57 et 70% de non-recours)⁵⁹. Les conséquences sont souvent désastreuses. De plus, avec l'arrivée du numérique, les administrations ayant tout dématérialisé, l'accès aux droits devient encore plus un sujet de grande préoccupation. Le public cible des ACT n'a dans la plupart des cas pas accès au numérique sans accompagnement.

30% des personnes en droit n'ont pas recours aux prestations sociales⁶⁰ or comme le souligne Marine Jeantet, déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté « Les prestations sociales sont notre filet de sécurité contre la grande pauvreté en France (...) mais l'accès dans les droits peut parfois être difficile pour des publics fragilisés »⁶¹.

B) La coordination : une nécessité pour un accompagnement efficace

Le public décrit, cible, du dispositif des ACT, a besoin de coordination. Elle revêt une importance particulière en raison de la complexité des besoins des personnes accompagnées et de la diversité des acteurs impliqués.

Selon l'HAS, la coordination a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements⁶². Elle vise à garantir une prise en charge globale, continue et cohérente des personnes accompagnées, en mobilisant et en harmonisant les compétences et les ressources de multiples acteurs pour répondre de manière optimale à leurs besoins complexes.

De la rupture pour conclure⁶³

Je conclue ce chapitre en globalisant ces descriptions dans la notion de rupture qui est omniprésente chez ce public. En effet, la notion de rupture chez les personnes en situation d'exclusion englobe une série de discontinuités et de fractures touchant divers aspects de leur vie. Elles se trouvent souvent isolées socialement, ayant perdu ou n'ayant jamais eu de liens familiaux, amicaux ou professionnels solides. Cette rupture s'étend au monde du travail, avec des difficultés d'accès à l'emploi qui affectent leur identité et dignité.

⁵⁹ [rapport sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux du 26 octobre 2016](#)

⁶⁰ <https://solidarites.gouv.fr/le-non-recours-aux-prestations-sociales-en-france-et-en-europe>

⁶¹ Ibid

⁶² Recommandation des bonnes pratiques professionnelles : pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap, Anesm, 2018

⁶³ Paragraphe inspiré de : Trajectoires et parcours des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale Actes du séminaire de recherche comité scientifique du CNLE – DREES, octobre 2021

L'instabilité résidentielle, la méfiance envers les institutions, et une rupture identitaire entraînent une perte d'estime de soi et une incapacité à se projeter dans l'avenir. Ces ruptures sont exacerbées par une désynchronisation avec le temps social, où la survie quotidienne prime sur toute planification à long terme, renforçant ainsi la marginalisation et rendant complexe les tentatives de réinsertion.

1.3 La préoccupation des personnes victimes d'exclusion sociale au niveau international et territorial

1.3.1 L'exemple du Danemark

Le modèle danois est souvent décrit comme homogène, communautaire et local avec une forte cohésion sociale. L'accent est mis sur l'égalité des chances et l'inclusion à travers des politiques proactives. Le Danemark mise sur une intervention précoce, universelle et une responsabilisation individuelle. Ce pays favorise une approche plus décentralisée où les municipalités sont au cœur des politiques sociales⁶⁴.

Concernant les logements sociaux, le parc est largement développé et géré par des associations à but non lucratif. Le Danemark applique des politiques rigoureuses pour prévenir l'exclusion via un accès généralisé au logement social, avec un accent particulier sur l'accessibilité et la mixité sociale.

La réinsertion professionnelle au Danemark est très axée sur l'activation, c'est-à-dire que les bénéficiaires des allocations chômage sont fortement encouragés à suivre des formations et à accepter des emplois, même temporaires ou moins qualifiés car les chômeurs bénéficient de moins de protection qu'en France.

Le système danois est souvent considéré comme l'un des plus généreux et universel au monde, avec des allocations élevées et un soutien social étendu. Il repose sur un modèle de « flexisécurité »⁶⁵ qui combine une grande flexibilité du marché du travail avec un filet de sécurité sociale robuste. En termes de santé mentale, les services sont largement accessibles et intégrés dans le système de soins de santé. Il y a un accent sur l'inclusion des personnes souffrant de troubles mentaux dans la société.

Les services d'inclusion sont souvent combinés avec d'autres services de santé et d'emploi pour créer un soutien holistique. Le « Housing first » (ACT « logement » en France) est largement développé avec une efficacité reconnue⁶⁶.

⁶⁴ [À la une | Coopération nordique \(norden.org\)](https://www.norden.org/fr/la-une)

⁶⁵ [De meilleures politiques pour une vie meilleure | OCDE \(oecd.org\)](https://www.oecd.org/fr/de-meilleures-politiques-pour-une-vie-meilleure/)

⁶⁶ [« National Strategy to Reduce Homelessness » \(oecd.org\)](https://www.oecd.org/fr/national-strategy-to-reduce-homelessness/)

1.3.2 En France

En 2023, la France compte 68,3 millions d'habitants (+0,3 par rapport à 2022⁶⁷). En termes de richesse la France est inégale, 14,5% (+0,2 par rapport à 2020) de la population est considérée comme pauvres en 2021. Concernant la santé, 23,6% (+1,3 par rapport à 2019)⁶⁸ de la population souffre d'affection longue durée (associée à la maladie chronique), l'Etat français a mis en place plusieurs actions pour que les personnes vivant sur le territoire puissent se soigner (sécurité sociale, ACS, CCS). Au niveau du logement, la France a subi plusieurs crises, la création des logements sociaux devait pallier ce problème. Pourtant, selon la fondation Abbé Pierre, en 2022, 4 millions de personnes souffrent de mal logement dont 300000 sont à la rue et 14 millions sont fragilisées (soit 1/5 personne)⁶⁹. Cette croissance résulte d'effets multiples comme les évolutions réglementaires⁷⁰, croissance et vieillissement de la population, augmentation de l'incidence de certaines pathologies et de l'espérance de vie des patients atteints, etc.

1.3.3 Le territoire des Alpes-Maritimes

Afin d'avoir une meilleure compréhension de la problématique, il est nécessaire d'analyser le territoire d'inscription de l'établissement que je dirige. Ce département révèle des contrastes et des inégalités, d'un côté il existe une forte richesse et de l'autre une grande pauvreté⁷¹. L'intensité de la pauvreté est équivalente à 22,8%, la moitié des personnes pauvres vivent avec moins de 850 euros/mois. Nice, reconnue quatrième ville la plus pauvre de France compte 74 000 habitants vivant sous le seuil de pauvreté et 324 personnes vivent dans la rue en 2021⁷².

a) *Le logement*

A Nice et dans les Alpes-Maritimes (06), la situation de l'immobilier est telle que trouver un logement avec des ressources limitées et sans garantie est souvent très compliqué et freine l'accès à un logement pour les personnes accompagnées. Cette zone est reconnue comme zone tendue pour la location d'un logement⁷³. Il faut environ 30 mois dans le 06 pour accéder à un logement social contre 24 au niveau national. Le taux du loyer moyen dans les Alpes-Maritimes est 1,5 % fois plus élevé que la moyenne française. A Nice, ce taux y est 1,9 fois plus élevé. En 2022, pour un logement de 40m², il faudra déboursier, à Nice,

⁶⁷ www.insee.fr/fr/statistiques

⁶⁸ Ibid

⁶⁹ Fondation Abbé Pierre 27e Rapport annuel sur l'état du mal-logement, 2022

⁷⁰ décret n° 2016-1362 du 12 octobre 2016 de la loi Santé

⁷¹ portrait socio-économique du département des alpes-maritimes-Pôle emploi-2020

⁷² Rapport de l'Observatoire des inégalités 2022

⁷³ <http://anil.org>

dans le parc privé 760€/mois (375€ en France)⁷⁴ contre 446,8 euros dans un logement social (229,6€ en France)⁷⁵.

En 2018, les territoires de Nice Côte d'Azur Métropole et la Communauté d'agglomération de Sophia Antipolis ont été désignées « territoires de mise œuvre accélérée du Logement d'abord »⁷⁶. C'est le département qui respecte le moins la loi SRU⁷⁷ en France (12,33% de logements sociaux contre 25% imposés par la loi SRU).

b) Les acteurs médico-sociaux

En 2022, les Alpes-Maritimes comptabilisent, 24,6% (+4% qu'en 2019) de sa population souffrant d'affection longue durée. Le sud de la France, la Côte d'Azur et la ville de Nice en particulier possèdent un nombre de professionnels de santé plus important que le reste de la France. Cependant, cela ne garantit pas l'accès aux soins des plus précaires.

Les acteurs du soin : les praticiens ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, et donc sans reste à charge des patients, sont rares et difficiles à trouver (ex : seulement 6% des gynécologues et 11% des pédiatres ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires⁷⁸), les personnes ont donc un reste à charge ce qui peut être compliqué pour les plus précaires. De plus, les refus de certains professionnels de santé d'accueillir des personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) sont fréquents⁷⁹. Les services hospitaliers sont saturés, il est donc très dur de faire hospitaliser une personne pour une longue durée. Des places d'hôpital sont occupées par des personnes qui n'ont pas de domicile et qui sont malades. Les hôpitaux orientent souvent des personnes aux ACT.

Les acteurs sociaux : Les situations administratives sont complexes et les personnes sont confrontées à la lenteur, la saturation et à la non-adaptation des administrations françaises et en particulier sur ce territoire où les demandes sont nombreuses (Herd et Moynihan, 2019). Les acteurs qui pourraient être concernés par le public « personnes en difficultés spécifiques » (PDS) sont saturés ou non formés à leur accompagnement.

1.4 La Fondation de Nice : un opérateur territorial reconnu, de lutte contre l'exclusion

La Fondation De Nice (FDN) est un acteur important du domaine social sur la ville de Nice et le département. Les ACT est un dispositif de la FDN. Le siège social est situé au 8 avenue Urbain Bosio 06300 Nice. Depuis sa création en 1894, la FDN, accompagne les publics les

⁷⁴ Rapport de l'institut Montaigne 2022

⁷⁵ Insee, recensement de la population - SOeS, répertoire du parc locatif social - Caf Paca - Traitement Dros.

⁷⁶ Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain (SRU)

⁷⁷ Ibid

⁷⁸ Rapport d'activité 2017, Médecins du Monde Alpes-Maritimes, Avril 2018, 61p

⁷⁹ Ibid

plus vulnérables en « *refusant la fatalité de l'exclusion et en partageant des valeurs de solidarité et de respect de la dignité incontestable de tout être humain* ». La Fondation accompagne plus de 10 000 personnes chaque année et emploie plus de 450 collaborateurs. Elle est organisée en 3 Domaines d'Activité Stratégique (DAS) dirigés par 4 directeurs, d'une direction générale, d'une présidence, d'un conseil d'administration. Les établissements sont répartis sur tout le département des Alpes-Maritimes :

- Le DAS Accès à l'emploi qui repose sur le principe de « l'emploi d'abord », selon lequel toute personne a en elle les ressources pour travailler, la reprise d'activité n'est pas ici vue comme un objectif final mais comme un moyen d'accès à l'autonomie.
- Le DAS Enfance-Jeunesse-Familles : réunit les établissements et services œuvrant au sein de la protection de l'enfance et dans le soutien aux jeunes adultes en situation de grande précarité.
- Le DAS Accompagnement Social et Médico-Social qui se consacre aux publics les plus vulnérables et à la lutte contre la grande pauvreté dont font partie les ACT.

La FDN est également membre du groupement de coopération sociale et médico-sociale « *Un Chez Soi d'Abord* » créé en 2019 avec l'association Isatis et l'association hospitalière Sainte-Marie.

La FDN s'oriente vers l'innovation et le développement du pouvoir d'agir en tant qu'axes stratégiques du projet associatif. De plus, elle s'investit dans la lutte contre la fracture numérique pour les publics vulnérables.

La gouvernance (Présidente et Conseil d'Administration) ainsi que la direction générale sont en place depuis plusieurs années et maîtrisent les enjeux associatifs. L'organigramme⁸⁰ au niveau des directions et des organisations par Domaines Stratégiques d'Activité a changé en 2021, requalifiant les postes et les missions, notamment celui de coordinateur au lieu de chef de service.

⁸⁰ Annexe II : Organigramme Fondation de Nice

2 Les ACT de la FDN : diagnostic de l'offre de service

2.1 Présentation des ACT de la FDN

2.1.1 L'historique

A la fin des années 80, dès l'apparition de la maladie, la FDN s'est positionnée pour un accompagnement des personnes vivant avec un VIH/SIDA. En 1991, le service « d'accompagnement et de suite » propose une prise en charge des toxicomanes, séropositifs et malades du SIDA avec un accompagnement éducatif et la possibilité de loger une dizaine de personnes malades. A la demande de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales qui souhaite ouvrir un accueil de jour à Nice pour les toxicomanes et les malades du SIDA, la FDN est désignée pour diriger un futur établissement. Le service « ENTRACTES » a ouvert ses portes en 1997 dans des locaux mis à disposition par la mairie. Le service devient officiellement ACT en 2006. Il accueille toutes les maladies chroniques invalidantes en plus du VIH/SIDA. Il se compose de 2 dispositifs, ACT « hébergement » et ACT « hors les murs ».

2.1.2 Les agréments

Les ACT « *hébergement* » ont eu une autorisation d'ouverture en 2006 avec une capacité d'accueil de 20 places puis 28 places en 2010, 30 en 2014, 31 en 2017, 36 places en 2020 dont 5 places ouvertes sur l'ouest du département (Antibes et Cannes depuis 2020) et enfin 39 places depuis janvier 2024. De plus, 3 places d'ACT « *hors-les murs* » ont été pérennisées en 2021. Le dispositif compte à ce jour 42 places. Le renouvellement d'autorisation se fait tous les 15 ans par la Direction Générale de la Santé. Depuis 2018, le CA de la FDN a décidé de réserver 6 places à des personnes sans ressources et sans papiers.

2.1.3 Organisme de tutelle et financement

Le financement des ACT est entièrement assuré par l'ARS par une dotation globale (pas de CPOM actuellement). Le coût à la place en 2023 pour les ACT « *hébergement* » était de 36 335€ (= au national). Ce montant prend en charge à la fois les coûts d'hébergement et ceux liés à l'accompagnement médico-social. Ce financement permet de disposer d'appartements adaptés avec des loyers assez élevés dans de « bons secteurs » et relativement grands. Cela permet un certain confort aux usagers mais crée, paradoxalement, des exigences, pour leur futur, qui seront difficiles à combler avec leurs ressources financières. La réalité est différente de celle des ACT, les personnes en ont tout

de même conscience et par conséquent ne sont pas pressées de sortir du dispositif. La dotation permet aussi des aides financières pour les usagers et un accompagnement avec des moyens permettant des distractions multiples et régulières (restaurant, cinéma, théâtre, etc).

Concernant les ACT « *hlm* », le coût est de 13 860 € et finance l'accompagnement médico-social. Seule la FDN possède un dispositif « hors *les murs* » dans le département des Alpes-Maritimes. Une place d'ACT « *hébergement* » équivaut à 2,5 d'ACT « *hlm* ». La différence est due au logement.

Les 2 financements sont mutualisés pour une valeur de 1 459 425 euros. Cela permet d'avoir une harmonisation des ressources allouées aux 2 dispositifs. Le service des ACT est en excédent tous les ans avec 100 000 à ce jour alloués aux investissements.

Cette dotation permet le recrutement de professionnels pour un taux d'encadrement équivalent à 1 professionnel pour 4,7 usagers, ce qui permet une qualité d'accompagnement avec le temps nécessaire dédié aux personnes.

Les personnes sans ressources, parce qu'elles n'ont pas de papiers d'identité ou parce qu'elles ont une rupture de ressources, ont droit à une aide financière de 355€ par personne/mois, qui est calculée sur la base du reste à vivre estimé indispensable par la caisse des allocations familiales.

Le service responsable des « *personnes en difficultés spécifiques* » (PDS) de la direction territoriale 06 de l'ARS PACA est le principal interlocuteur et permet une relation de proximité satisfaisante.

2.1.4 Les Locaux

Le service des ACT de la FDN est situé au 6 boulevard Tzaréwitch, en plein centre de Nice. Initialement, le site comprenait deux bâtiments : l'un pour les bureaux des professionnels et l'autre constitué de 10 petits studios pour les personnes. Après des rénovations, le bâtiment des studios a été transformé en bureaux pour répondre à l'agrandissement de l'équipe. Les studios ont été remplacés par des appartements dans le diffus à Nice. L'ancien bâtiment des bureaux est désormais une salle commune pour tous les services du domaine stratégique. Il reste des espaces libres dans les deux bâtiments.

2.1.5 L'équipe

L'équipe des ACT est composée d'une directrice de secteur (0,3 ETP) pour la mise en œuvre de la logique de la gouvernance, d'un coordinateur (1 ETP) qui s'occupe de l'organisation de l'opérationnalité, puis de l'équipe médico-psycho-sociale qui se déploie pour l'accompagnement. C'est une équipe pluridisciplinaire riche de 3 infirmiers

coordinateurs (2,8 ETP), 3 travailleurs sociaux (2,8 ETP), 1 médiateur de santé pair (1 ETP), 1 psychologue (1 ETP), 1 médecin coordinateur (0,3 ETP), 1 secrétaire (1 ETP). Au total, les ACT financent 10,2 ETP. L'équipe est composée de nouveaux salariés (moins 1 ans) et d'anciens (+ de 5 ans). Elle intervient sur les ACT « hébergement » et « hlm ». Tous les membres ont des fiches de postes à jours (revues en atelier participatif en 2023). Ce sont des professionnels expérimentés (5 ans en moyenne dans le médico-social).

Actuellement, l'équipe est incomplète, 2 postes sont à pourvoir : un infirmier coordinateur et un travailleur social. Le service est aussi confronté à des problèmes de recrutement liés au peu de candidatures adaptées aux postes.

L'équipe accueille le public du lundi au vendredi de 9h à 17h, le service est ouvert de 8h à 18h. Les temps où le public n'est pas accueilli servent aux réunions et aux temps administratifs.

a) *Le poste de coordinateur : un rôle difficile à situer*

La fonction, de coordinateur, a vu le jour au sein de la FDN depuis 3 ans, lorsque que l'organigramme a été modifié. Elle a été créée en réponse à l'évolution législative, corrélée à la stagnation des ressources budgétaires comme dans la plupart des associations⁸¹. Le coordinateur n'est pas censé avoir une position hiérarchique⁸² mais a pour rôle d'harmoniser les actions des différents professionnels autour de l'utilisateur et de son projet. Or, au sein de la FDN, le coordinateur est un cadre intermédiaire avec une hiérarchie par rapport à l'équipe. Il évalue l'équipe, s'occupe du budget, organise les horaires, valide les congés etc, seul le pouvoir disciplinaire a été retiré de la fiche de poste du coordinateur par rapport à celle du chef de service. Il est bon de noter que tous les professionnels du service des ACT ont été recrutés après un entretien et possèdent le diplôme lié à l'intitulé de leur poste, excepté le coordinateur qui a été nommé, passant de travailleur social à coordinateur du même service sans formation. Les enjeux liés à ce choix qui ne font pas office d'exception, se portent, aux ACT de la FDN, en particulier sur la légitimité et la clarté du rôle de coordinateur (pour lui-même, pour l'équipe et pour les usagers) ainsi que sur les compétences indispensables à une fonction hiérarchique. Ici, le coordinateur en place doit manager des professionnels qui étaient jusque lors ses collègues, en étant maintenant leur supérieur hiérarchique. Malgré des prises d'initiative et une réflexion en accord avec les valeurs associatives et de l'établissement, je constate qu'il rencontre des difficultés pour fluidifier le changement et faire face aux incompréhensions et aux résistances de l'équipe.

Ces difficultés se ressentent encore quatre ans après sa prise de poste notamment sur son positionnement par rapport à l'équipe. Ce qui pose la question de faire évoluer des salariés à des postes d'encadrement sans formation dans leur propre équipe et de leur faire

⁸¹ « Les métiers de l'encadrement dans le travail social » - Les cahiers du travail social n°72- Juin 2013

⁸² *ibid*

porter des changements institutionnels majeurs. Mon rôle, en tant que directrice et supérieure directe du coordinateur, est de l'accompagner dans ce poste pour qu'il puisse endosser ses fonctions avec le plus d'aisance possible.

2.2 Fonctionnement et modalités d'accompagnement

Il est intéressant de se poser et d'analyser le fonctionnement d'un service notamment lorsqu'il y a des difficultés à traiter, des échéances à tenir, des évolutions auxquelles il faut s'adapter et des mesures correctives à proposer.

2.2.1 Le Projet d'établissement : un cadre de référence stratégique

Le projet d'établissement définit la vision, les valeurs et la mission de l'établissement. Il oriente les décisions stratégiques et opérationnelles sur 5 ans. Il assure la cohérence des actions menées par l'ensemble des acteurs de l'établissement, en fournissant une feuille de route claire et partagée.

Les personnes accompagnées et les professionnels n'ont pas été impliqués dans l'élaboration du PE actuel (2020-2024) malgré les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles⁸³. Or, il s'agit d'un outil au management lorsque celui-ci est co-construit avec les équipes et d'un levier au pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Le PE prenant fin cette année, je m'en servirai comme levier d'accompagnement au changement et de conduite de projet afin de fédérer l'équipe et le public autour d'une réflexion collective et engageante, de son élaboration jusqu'à sa mise en œuvre pendant les 5 prochaines années. Le PE est l'illustration du management par « l'art de mobiliser les hommes en vue d'atteindre un objectif commun » (LOUBAT,2006)⁸⁴.

De plus, les ACT sont à jour des outils règlementaires de la loi 2002-2, cependant ils sont longs et difficilement compréhensibles par tous, certains d'entre eux pourraient être réactualisés en Facile à Lire et à Comprendre (FALC) pour une meilleure compréhension.

Les personnes accompagnées reçoivent à leur arrivée la Charte des droits et libertés, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement. De plus, elles signent un contrat de séjour de 3 mois couvrant la période du pré accueil puis d'autres contrats poursuivant l'accompagnement d'une durée de 6 mois renouvelables sans limite.

⁸³ Recommandation des bonnes pratiques professionnelles « Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service », Anesm, 2018

⁸⁴ LOUBAT, J (2006). Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines. *Empan*, 2006/1 no 61. pp. 24-29. <https://doi.org/10.3917/empa.061.29>

2.2.2 La procédure d'admission pour entrer aux ACT de la FDN

a) Les critères

Le projet d'établissement 2020-2024 (PE) stipule que les conditions d'accès aux ACT sont : la maladie chronique invalidante somatique et la précarité. Les troubles psychiatriques seuls ne sont pas acceptés et sont réorientés. Un mineur peut entrer aux ACT à condition d'être accompagné d'un tuteur. De plus, les candidats doivent provenir du département des Alpes-Maritimes ou avoir un lien avec le département (famille, soins). Ces critères qui restent larges permettent de toucher le plus grand nombre de personnes dans le besoin.

A ce jour, la liste d'attente est d'environ 24 mois pour entrer aux ACT « hébergement » de la FDN. Le risque étant que la pathologie et les conditions de la personne s'aggravent. Il arrive régulièrement lorsque l'équipe rappelle les personnes en attente ou le service orienteur, que les personnes soient décédées ou hospitalisées car leur état de santé ne permettait plus une vie d'errance. Il n'y a pas de critère de priorisation, la date de dépôt du dossier fait foi pour le placement sur la liste d'attente, cela permet d'éliminer les critères souvent subjectifs pour définir une priorité.

Année 2023	
Nb de candidatures reçues : 74	Refus d'admission : 37
Admissions effectives : 10	Personnes en liste d'attente : 27

Le taux d'occupation en 2023 est de 94% (taux stable depuis plusieurs années) pour les ACT « Hébergement ».

Je me questionne sur la pertinence d'une liste d'attente si longue alors que les personnes candidates ont souvent besoin d'une réponse rapide car leur situation sociale et leur état de santé le nécessitent. L'équipe qui s'occupe des pré admission fait, souvent, remonter en réunion, sa gêne et son sentiment d'impuissance de devoir annoncer qu'il y a 2 ans d'attente à des personnes en situation d'urgence. Malgré ce constat, les ACT continuent de recevoir des dossiers d'admissions et de faire des entretiens de pré admissions ce qui va encore augmenter cette liste. A savoir, que le groupe SOS qui est le second opérateur possédant des ACT « hébergement » dans les Alpes-Maritimes a décidé de ne pas mettre en place de liste d'attente.

De plus, le critère de coordination n'est pas pris en compte, autant comme critère d'admission que de refus (critère formulé par le décret d'application). Actuellement, une personne sans abris, souffrant de maladie chronique stabilisée ayant une coordination est admissible aux ACT. Or si le besoin est un besoin de logement, d'autres dispositifs paraissent plus adaptés.

En ce qui concerne les ACT « *hlm* », le taux est de 99% depuis son ouverture. Ce dispositif est actuellement utilisé principalement comme un dispositif de suite pour les personnes sortantes des ACT « *hébergement* » qui sont relogées. Il y a, actuellement, peu de demandes d'admission provenant de l'extérieur du service pour ce dernier. Il paraît évident que ce dispositif récent n'est pas connu des orienteurs ou qu'ils ne perçoivent ni son sens ni sa plus-value. Il y a 5 personnes en interne sur la liste d'attente et 2 personnes provenant de l'extérieur. L'attente est en moyenne de 8 mois.

b) Les étapes

L'entrée aux ACT (*hébergement* et *hlm*) se fait sur dossier, avec un versant social et un versant médical. Elle est faite par étapes, qui sont les mêmes pour les 2 dispositifs. Une fois le dossier reçu, il est mis en attente de la commission de pré-admission, qui se réunit mensuellement. L'équipe analyse le dossier et décide si un entretien de pré-admission est nécessaire pour évaluer l'adéquation des besoins avec les missions du dispositif. Cet entretien, conduit par un professionnel médical et un travailleur social, se tient dans le mois suivant la commission. Le mois suivant, les deux professionnels présentent leur avis à l'équipe, qui décide de l'admission et informe le service orienteur ainsi que la personne concernée

Les pré-admissions faites par l'équipe permettent de connaître la situation des personnes avant qu'elles ne rentrent aux ACT mais peut provoquer parfois un conflit d'intérêt car les professionnels se retrouvent « juges et parties ». Cela peut, impacter leur jugement pour l'admission qui devrait être impartial pour une égalité des chances pour les personnes candidates et donner un a priori pour l'accompagnement futur.

2.2.3 L'hébergement aux ACT

L'hébergement, fait partie des supports qui permettent d'atteindre les objectifs des ACT « *hébergement* » de la FDN puisqu'il est en lui-même un espace d'insertion. L'objectif recherché à travers cet hébergement est d'offrir des conditions favorables à l'amélioration de l'état de santé des personnes accueillies et les aider à mettre en œuvre un projet d'avenir.

a) Le paiement de l'hébergement

Une Participation Forfaitaire à l'Hébergement (PFH) est demandée aux résidents et est cadrée par la circulaire de 2002 : elle « ne peut excéder 10% du forfait journalier hospitalier ». En 2024, cette participation mensuelle est donc de 60€ par mois, elle n'a jamais évolué et n'a pas suivi la courbe de l'inflation du logement. Seuls, les résidents ayant des revenus sont redevables de cette PFH. Le montant de cette participation doit permettre aux personnes de souffler financièrement et éventuellement de mettre un peu d'argent de

côté mais ce n'est quasiment jamais le cas et les difficultés financières persistent. De plus, ce montant n'est pas suffisant pour confronter les personnes à la réalité du coût d'un logement autonome. Le loyer d'un logement, auquel s'ajoutent les charges, est bien au-dessus de ce montant. Les usagers ont eu l'habitude de cette participation faible pendant plusieurs mois ou années, il peut être difficile d'imaginer pouvoir payer un loyer plein et ses charges. Cette difficulté est amplifiée par le coût élevé de l'immobilier dans la région de Nice. L'écart entre la PFH et le loyer d'un logement est conséquent. Les résidents ne sont pas aidés spécifiquement dans la gestion de leur budget et n'ont donc pas intégré la charge réelle d'un logement.

De plus, 35% des personnes ne paient pas la PFH (le paiement est une clause du contrat de séjour) et leur dette n'est pas toujours réclamée par le service et n'est donc souvent pas remboursée. Cela ne permet pas de responsabiliser les personnes et de les confronter à la vie en dehors des ACT.

b) Les appartements et le règlement

Les personnes sont hébergées dans des appartements dans le diffus, adaptés à leur situation (handicap, composition familiale, travail, études etc.) majoritairement dans le centre de Nice. Tous les frais (consommables, charges etc.) et toute la gestion (voisins, travaux, syndic) inhérents au logement sont pris en charge par les ACT et la FDN. Les usagers ont un contrat d'hébergement. Ils sont domiciliés à l'adresse du service (6 bd tzarewitch à Nice) qui est aussi leur adresse postale. Des conditions, stipulées dans le règlement, encadrent l'hébergement, notamment l'impossibilité d'accueillir des personnes extérieures, d'avoir des animaux et l'obligation d'entretien du logement. Ces conditions sont rarement respectées. Les usagers reçoivent un avertissement écrit ou oral, le séjour aux ACT n'est jamais remis en cause alors que le règlement le stipule. Il en va de la crédibilité du service de ne pas appliquer les sanctions prévues dans le règlement, décidées en intelligence collective avec la participation des professionnels et de certains usagers. Le manque de cohérence participe à la démobilité des professionnels.

Les ACT de la FDN permettent un abri temporaire par l'hébergement qui est à priori conditionné à une adhésion des missions proposées.

Il doit être clair à l'esprit que l'hébergement est, certes, un endroit où les personnes peuvent se poser et souffler mais il est aussi source d'inquiétudes et d'anxiété. En effet, elles demandent souvent si elles vont retourner à la rue. L'hébergement possède un aspect précaire et ne participe que partiellement à la reconstruction et à la stabilisation des personnes. De plus, elles seront amenées à déménager pour des besoins de service durant leur séjour aux ACT mais aussi lorsqu'elles auront un logement attribué qui ne sera pas dans la même localisation que celui de l'hébergement. A chaque changement de domicile, les personnes doivent recommencer à créer des repères et l'équipe doit recommencer son travail de coordination avec les acteurs du nouveau secteur.

L'outil de l'hébergement tel qu'il est employé par le dispositif ACT « *hébergement* » ne favorise pas l'autonomie ni l'ancrage, mais tend plutôt à déresponsabiliser les personnes face aux situations de la vie quotidienne auxquelles elles devront faire face, tout en entretenant une inquiétude concernant leur avenir.

c) *Le dispositif « Hors les murs »*

En ce qui concerne le « *hlm* », les personnes accompagnées par ce dispositif ont toutes un logement. Ici, il s'agit donc d'accompagner la personne dans son propre environnement avec la réalité de coût d'un logement et de ses frais. Des liens pérennes se font, comme avec les bailleurs sociaux, les gestionnaires, les propriétaires et tous les acteurs du secteur du lieu d'habitation. Les appartements peuvent ne pas être entretenus car il n'y a pas de règlement intérieur des ACT vis-à-vis du logement. De plus, les personnes peuvent avoir des animaux et hébergées les personnes de leur choix ce qui peut avoir un impact sur l'accompagnement par les professionnels. Ce sont aux professionnels de s'adapter à l'environnement de la personne et non l'inverse, ce qui est parfois compliqué. Toutefois, ces personnes font des projections vers l'avenir et sont plus sereines⁸⁵.

2.2.4 L'accompagnement

L'accompagnement est décliné en 3 grandes périodes : pré accueil (avant l'entrée dans l'établissement), accueil (entrée dans l'établissement jusqu'à 3 mois), mise en place des objectifs avec les projets personnalisés d'accompagnement (jusqu'à la sortie)⁸⁶. La sortie pourrait en elle-même faire partie d'une période d'accompagnement avec un travail particulier entre l'équipe, les personnes accompagnées et le réseau.

- L'accompagnement social vise à accompagner les résidents comme un soutien sur le plan administratif et une facilitation des démarches : information ou accès à des droits (papiers d'identité, titre de séjour, ouverture des droits, dossier de reconnaissance de handicap, régularisation administrative, dossier logement social etc..).

- L'accompagnement médical est assuré par le médecin coordinateur des ACT et les infirmières. Il propose une coordination médicale pour la constitution du dossier médical, l'aide à la prise des rendez-vous médicaux, l'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin, la médiation auprès des intervenants médicaux, paramédicaux et l'entourage, la coordination des soins etc.

- L'accompagnement par un pair permet un soutien, une écoute, un échange d'expérience ainsi qu'à l'orientation des usagers. En s'appuyant sur un parcours personnel

⁸⁵ Questionnaire groupe d'expression 8 janvier 2024

⁸⁶ Annexe III : Etapes de l'accompagnement

de rétablissement, une expérience de la maladie et de la précarité, cet accompagnement contribue positivement et de manière professionnelle au projet de soin, de vie et d'autonomisation des personnes. Il peut suggérer l'espoir d'un rétablissement avec une inclusion réussie.

- L'accompagnement psychologique permet un soutien individuel et collectif, une orientation vers un réseau adapté aux besoins. Il permet aussi d'apporter un éclairage et un soutien particulier à l'équipe.

- Le coordinateur manage l'équipe, coordonne les actions entre les membres de l'équipe, il fait redescendre et remonter les informations institutionnelles. Il est au contact des personnes accompagnées, le plus généralement en cas de problème (plainte des voisins, problème avec un professionnel etc..). Il remet également les documents à l'entrée.

Cet accompagnement multi dimensionnel est déployé afin de permettre aux personnes accueillies d'être incluses socialement, de retrouver une autonomie et de se sentir à nouveau autodéterminées. La création du lien social et de proximité est privilégiée entre l'équipe des ACT et les usagers. Le postulat étant que l'accompagnement des personnes sans-abri doit allier, une inscription dans la durée, une régularité et une continuité. Ainsi, ce suivi permettra un « ré ancrage » chronologique (accepter son passé, se projeter dans le futur) et social (confiance en l'autre) de l'individu. Le but étant un cheminement au rythme de l'individu pour l'aider à se réconcilier avec son existence et avec la société (Généreux, 2006).

2.2.5 La durée de séjour

Jusqu'en 2017, la durée moyenne de séjour était stable à 16 mois, mais elle a commencé à augmenter fortement en 2020, explicable par des éléments internes à la FDN (réorganisation hiérarchique et renouvellement de la ligne managériale) mais aussi par des éléments externes comme le COVID, l'inflation et l'augmentation de la tension foncière. En 2023, les personnes sorties ont une durée moyenne de séjour d'environ 40 mois (augmentation de 2,5 fois en 5 ans).

La crise du logement sur le département est en grande partie responsable de l'allongement de la durée de séjour. Il existe peu de logements accessibles financièrement que ce soit en privé ou pour du logement social et aucun professionnel n'est dédié à la recherche d'appartements adaptés pour le public. De plus, les personnes hébergées souffrent de maladies chroniques, l'équipe est donc souvent confrontée à des « rechutes » et le départ des ACT est régulièrement retardé afin que la personne se rétablisse.

De surcroît, les personnes accompagnées sont dans un certain confort lorsqu'ils sont aux ACT, les dépenses sont moindres et une équipe est à disposition pour les aider dans tous les domaines de leur vie. Car si des conditions existent afin de poursuivre l'accompagnement

(respectées partiellement), l'exigence principale du service est d'avoir un lien avec les personnes hébergées tout le long du séjour. Il paraît donc cohérent qu'elles s'accrochent au confort permis par le dispositif des ACT, elles savent que la vie à l'extérieur est bien plus complexe. Cette durée de séjour ne permet parfois pas un maintien ni un développement de l'autonomie mais engendre une dépendance au service des ACT.

La durée de séjour s'allongeant, la liste d'attente fait de même en nombre de personnes et en mois d'attente et cela peut être fatal pour certaines de ces personnes en attente. Cette liste d'attente provoque une tension intrinsèque et morale pour toute l'équipe et principalement par les membres de l'équipe qui font aussi les entretiens de pré admissions et qui donc rencontrent ces personnes en attente. Cette tension et cette pression entraînent des conséquences sur l'accompagnement, sur certains choix et décisions prises. Lors des réunions, l'équipe énonce souvent « on ne fait plus rien avec cette personne, elle n'a plus besoin de nous, elle se débrouille toute seule et sa situation sociale et médicale est stabilisée ». Il est donc très difficile pour l'équipe de se remobiliser après le constat qu'une personne accompagnée ne correspond plus aux ACT alors qu'il y a des personnes en urgence et en attente d'une place.

Pour qu'une personne soit considérée comme « apte » à sortir des ACT, il faut que plusieurs critères soient remplis (critères implicites depuis l'histoire des ACT) : disposer de ressources régulières, avoir des papiers d'identité en règle, gérer sa pathologie et savoir où se tourner en cas de besoin.

Concernant le « *hlm* », 1 femme et 5 hommes ont été accompagnés en 2023. La durée moyenne d'accompagnement pour les personnes ayant quitté le dispositif est de 16 mois (x2,5 par rapport à 2021). Les personnes encore dans le dispositif au 31/12/2023 avaient une durée d'accompagnement moyenne de 16 mois également. Ce dispositif étant récent, il est difficile de faire une analyse poussée.

2.2.6 La sortie

La sortie des ACT est conditionnée dans la grande majorité des cas à l'obtention d'un logement pérenne. Lorsqu'une personne accompagnée accède à un logement, elle quitte alors automatiquement les ACT. Ce logement peut être dans une résidence sociale (maison relais ou une pension de famille), ce qui permet de maintenir un accompagnement. Il peut également s'agir d'un logement autonome dans le parc privé ou dans le parc public, actuellement 3 personnes peuvent être accompagnées par le « *Hors les murs* ».

Le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) est l'acteur principal du relogement dans le 06, c'est lui qui envoie, aux ACT, des propositions de logements sociaux ou via l'intermédiation locative.

Il faut savoir que les personnes hébergées aux ACT ont une priorité sur l'attribution des logements sociaux⁸⁷, ce qui est d'une grande aide malgré un accès au logement saturé sur le département. Dans de rares cas, mais que la FDN cherche à développer, un bail glissant⁸⁸ est mis en place afin de permettre au résident de rester dans l'appartement qu'il occupe. Ce dispositif permet à la personne de ne pas devoir déménager et de pouvoir rester dans un environnement familial et maîtrisé.

Que la sortie des ACT se fasse dans le temps souhaité, plus rapidement ou plus tard que prévu, il s'agit dans la majorité des cas d'un changement angoissant pour les résidents. Après avoir été dans un environnement soutenant, avec une équipe attentive et réactive, ils vont devoir se débrouiller seuls dans les différentes démarches administratives, gérer leur pathologie et se retrouver parfois isolés socialement dans un nouvel environnement non maîtrisé. De plus, un lien de confiance a été créé ainsi qu'une habitude de fonctionnement entre les personnes accompagnées et l'équipe, ce qui est important pour ce public dans l'avancée des démarches et la compréhension des enjeux de leurs situations. Le risque est que la situation se dégrade, en attendant de créer de nouveaux liens et de nouvelles habitudes. Aujourd'hui, il arrive fréquemment que l'équipe reçoive un ancien résident, installé dans un logement et en difficulté face à des démarches. En 2023, l'équipe des ACT a accueilli 16 anciens résidents, soit pour des questions administratives (renouvellement de titre de séjour, dossier de demande de prestation à la MDA, ...), soit pour des questions médicales (aide à la compréhension des résultats d'examens médicaux, aide à la prise de rendez-vous, ...). Ces résidents étaient sortis de quelques mois à plusieurs années. Cependant, les ACT n'ont pas de service de suite formalisé. Cela montre la difficulté à mettre en place des relais à la sortie et la difficile et fragile stabilité des personnes.

Peu de dispositif de service d'accompagnement ont la capacité de prendre en charge les exigences multiples liées à ce public. Il existe les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ou Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) mais les places sont très insuffisantes par rapport au nombre de demandes et l'attente est très longue.

Même s'il n'y a aucune limite de temps de séjour aux ACT à respecter, le constat est que rester au sein des ACT pendant des années rend rarement plus autonome mais maintient plutôt le résident dans une situation de dépendance et ne permet pas une reconnexion avec la réalité. De plus, les personnes sont de moins en moins enclines à rester dans un contact régulier avec l'équipe lorsque cela fait plusieurs années qu'elles sont dans le dispositif. Ce sont très souvent des besoins importants certes mais très ponctuels qu'elles mettent en avant auprès de l'équipe.

⁸⁷ Article L441-1 du code de la construction et de l'habitation

⁸⁸ Bail qui permet de passer de l'Association à son nom propre en restant dans le même logement

Cette analyse me permet de noter qu'il y a des injonctions paradoxales. D'une part, il est important d'avoir une relation et un accompagnement de proximité, de confiance et « sur mesure » mais de l'autre part, il faut rendre les personnes le plus autonomes possibles pour qu'elles puissent gérer leur vie sans les ACT à la sortie du dispositif. Le travail pour l'équipe est souvent fastidieux et elle doit articuler la création d'un lien et développer une autonomie.

Concernant le « *hlm* », la sortie du dispositif est moins « brutale ». En effet, les personnes se sont acquittées de leur environnement et ont créé des repères et un mode de vie qu'elles savent pérennes avec des acteurs extérieurs qui interviennent autant que les ACT. Durant cet accompagnement, l'équipe des ACT se retire peu à peu pour laisser place aux nouveaux intervenants. La séparation se fait en douceur et cela évite une rupture brutale qui peut créer une sensation d'abandon (régulièrement exprimée par le public).

2.3 Un public complexe, hétérogène et acteur en devenir

2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques en évolution

Le public des ACT est à la fois diversifié et complexe. En effet, les personnes accueillies cumulent souvent maladie, pauvreté, errance et manque de logement. Ces facteurs, qui se renforcent mutuellement, conduisent à l'exclusion sociale et à une perte de sens dans la vie. Ensemble, ils représentent autant d'obstacles à l'amélioration de la qualité de vie, à l'autonomie et à l'inclusion sociale.

Toutes les personnes sont issues du département des Alpes-Maritimes ou ont une attache avec un parent sur ce territoire. Elles souffrent d'au moins une maladie chronique invalidante somatique. Il peut y avoir une comorbidité avec d'autres maladies.

a) Le Genre

Les hommes sont majoritairement représentés aux ACT de la FDN (83% en 2023) ceci s'explique par la sur-représentation des hommes qui sont sans abris (95% de la population sans abris, francophones et étrangers)⁸⁹. Le constat est naturellement le même pour le « *hlm* » (1 femme et 5 hommes accompagnés en 2023).

b) Tranche d'âge des personnes accompagnées en 2022⁹⁰

En 2023, le pourcentage des personnes de moins de 49 ans représentent 38% du public et celui de plus de 60 ans est de 26% (au lieu de 75% en 2021) ce qui est un nouveau phénomène pour les ACT. 35 personnes ont moins de 60 ans, représentant 74% de la file active. Concernant l'augmentation de la population plus jeune, elle s'explique en partie par

⁸⁹ Rapport de l'Observatoire du décolonialisme-2022-

⁹⁰Annexe IV : figure 1

l'accueil de Mineurs Non Accompagnés (MNA) et de l'augmentation de la précarité chez les jeunes⁹¹. Cela signifie aussi qu'il y a de nouvelles missions et dynamiques auxquelles le service doit s'adapter (inscription et suivi des parcours de formation, vie privée mouvementée, insouciance, dynamisme, éducation, etc.). Le « *hlm* » accompagne des personnes âgées de 51 ans en moyenne.

c) *Pathologies des personnes aux ACT en 2023*

Si historiquement, les ACT ont été mis en place pour les personnes porteuses de VIH/SIDA, les pathologies dont souffrent aujourd'hui les personnes accompagnées se sont beaucoup diversifiées.

La proportion des résidents avec le VIH/SIDA a ainsi diminué, sans disparaître totalement. Les troubles psychiques sont la pathologie la plus représentée qui se rajoutent aux pathologies déjà existantes. Ces tendances sont les mêmes au niveau national. L'accompagnement des personnes présentant ces troubles s'avère problématique pour une équipe qui n'est pas formée. De plus, 33 personnes souffrent de maladies multiples, ce qui rend la coordination médicale compliquée et entraîne une répercussion sur l'accompagnement général. En effet, l'équipe note une inconstance de la présence des personnes aux rendez-vous, des difficultés à élaborer un projet cohérent, du découragement, de l'isolement et parfois même de la perte de l'élan vital.

En majorité, les pathologies dont souffrent les résidents ne se guérissent pas⁹². Certaines peuvent évoluer, d'autres rester stables. Les personnes devront apprendre à vivre avec et à les gérer. Et c'est bien cette capacité à gérer leur pathologie et ses conséquences qui facilitera une stabilisation des personnes, aussi bien au niveau d'un logement que d'un emploi le cas échéant. Il n'y a pas de différences de profils pour le « *hlm* ».

d) *Hébergements avant l'admission*⁹³

En 2023, près de 90 % des personnes à l'entrée avaient un hébergement précaire et/ou étaient à la rue. Les ACT leur offre l'opportunité de se mettre à l'abri et d'avoir une équipe dédiée pour les aider à subvenir à leurs besoins.

e) *Ressources financières principales des personnes aux ACT en 2023*⁹⁴

Les personnes arrivant aux ACT ont peu ou pas de ressources financières, 100 % sont sous le seuil de pauvreté (moins de 1158 euros/mois) voire en grande précarité (moins de 370 euros/mois). Elles perçoivent principalement le RSA (607 euros) ou l'allocation aux adultes handicapés (AAH) d'un montant de 971 euros.

⁹¹ L'évolution de la précarité selon l'âge et le sexe – Observatoire des inégalités- Juin 2023

⁹² Annexe IV : figure 2

⁹³ Annexe IV : figure 3

⁹⁴ Annexe IV : figure 4

Il est difficile pour la plupart d'augmenter leurs ressources, étant donné la maladie qui les empêche souvent de travailler. Une minorité de personnes est en apprentissage et d'autres en chantier d'insertion afin d'espérer une insertion dans le monde du travail et prétendre à un salaire minimum.

Toutes les personnes que le dispositif « *hlm* » accompagne perçoivent l'AAH.

2.3.2 La singularité du public accompagné

a) Un public avec des ressources

Le public accueilli aux ACT est particulièrement complexe, mettant à l'épreuve l'accompagnement et les équipes. Cependant, il est essentiel de rappeler que chaque personne possède des forces. Ce public se distingue par une étonnante capacité de résistance et de résilience, malgré des parcours de vie souvent chaotiques. Beaucoup ont dû s'appuyer sur les compétences et habiletés qu'ils ont développées au fil de leur parcours. Certains ont connu des vies professionnelles et sociales riches avant la maladie et la précarité, tandis que d'autres ont acquis une grande aptitude à affronter les difficultés très tôt. Chaque individu porte une histoire de vie marquée par l'adaptation nécessaire pour survivre, ce qui inspire une profonde humilité. Bien que les stigmates d'une vie d'errance soient présents, le désir de trouver un apaisement à travers la stabilité est puissant, et les ACT offrent le soutien indispensable pour y parvenir. Leur expérience de vie représente une source d'enrichissement, tant sur le plan professionnel que personnel. En tant que dirigeante, il est de mon devoir de reconnaître et de valoriser ces ressources au sein des établissements que je dirige.

b) Et des habiletés sociales à reconstruire

En effet, les habiletés sociales sont un ensemble de compétences qui permettent aux individus d'entretenir des relations sociales adaptées en fonction des contextes.

Le public accueilli est pour la plupart, depuis longtemps, éloigné de la société, de ses règles et codes favorisant son inclusion. Le manque d'habiletés sociales le stigmatise. En effet, une mauvaise communication, une mauvaise hygiène, des comportements pas adaptés, l'empêche souvent d'avoir accès à des droits dès lors qu'il faille s'adresser à quelqu'un. De ce fait, ces personnes s'isolent de la société et souvent restent entre elles pour créer de nouveaux codes qui sont en marge de la société. L'autonomie et la responsabilité du quotidien (politesse, se laver, faire les papiers administratifs, prendre et honorer des rendez-vous) sont très entravées. L'équipe de professionnels a l'habitude d'accompagner ce public et s'adapte beaucoup mais les acteurs extérieurs sont souvent réticents. Reconstruire ces habiletés peut s'avérer être très long.

2.4 L'Autonomie et l'inclusion sociale : un enjeu, à plusieurs facteurs, en cours de développement pour un accompagnement efficace

Ces deux notions très claires et centrales à une inclusion durable sont pour autant complexes à développer notamment avec ce public. Les ACT commencent à proposer des actions et des initiations par la participation afin d'accompagner le public vers l'autonomie et l'inclusion.

En effet, la participation est un très gros facteur d'accompagnement vers l'autonomie et l'inclusion (Repper & Perkins, 2003). La participation des personnes accueillies valorise leur identité, renforçant leur estime de soi et leur dignité. Cette implication favorise un sentiment d'appartenance en réduisant l'isolement et en créant des liens sociaux au sein des ACT. L'autonomisation qui en découle permet aux individus de développer leurs compétences et de se sentir en contrôle de leur vie, brisant les cycles de dépendance. Enfin, cette participation envoie un message de reconnaissance sociale, modifiant les perceptions stigmatisantes et soulignant la valeur de ces personnes. C'est ce qui est important de développer pour une inclusion sociale durable.

2.4.1 Le développement du pouvoir d'agir

Dans le cadre de la stratégie de la Fondation de Nice visant à renforcer le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, la direction a été formée à cette approche, qui recentre la personne sur son parcours. En 2023, j'ai jugé pertinent de proposer cette formation, dispensée par l'organisme ANDA DPA, à l'ensemble de l'équipe des ACT, qui a montré un vif intérêt et une forte curiosité pour cette méthode. Le Développement du Pouvoir d'Agir (DPA), traduit du terme anglais « empowerment », est une approche qui se concentre sur « *la capacité des individus, seuls ou en groupe, à exercer un plus grand contrôle sur ce qui compte pour eux, leurs proches, ou la collectivité à laquelle ils appartiennent* » (Le Bossé, 1998)⁹⁵. L'équipe des ACT a également participé à un colloque en juin 2024 où l'approche DPA était au cœur des échanges. Cette approche apporte des solutions à certaines problématiques soulevées mais reste encore difficile à employer dans le quotidien avec les personnes. L'objectif du DPA aux ACT est de permettre plus de participation active des personnes, de favoriser l'autonomie et l'inclusion sociale en prenant des initiatives en accord avec leurs aspirations. Par ailleurs, en participant activement à leur accompagnement et aux processus institutionnels, les personnes accompagnées développent des compétences et une confiance en eux-mêmes, augmentant les chances d'inclusion durable. Ainsi, le DPA, en redonnant aux personnes les moyens de s'impliquer

pleinement, joue un rôle crucial dans la promotion de leur autonomie et leur intégration dans la société.

2.4.2 La participation des personnes accueillies : une nécessité pas assez avancée

La participation des personnes accompagnées est un objectif central de la FDN, en particulier au sein des ACT. L'évolution des politiques publiques, les attentes des organismes de tutelle et la nouvelle réforme de l'évaluation externe, qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, offrent aux ACT l'opportunité de réfléchir à la manière dont les personnes accueillies peuvent s'impliquer dans leur accompagnement ainsi que, plus largement, dans les processus institutionnels auxquels elles sont associées.

A) Les groupes d'expression

Depuis 2020, le Conseil de la Vie Sociale (CVS) a été remplacé par des « groupes d'expression » (moins contraignants) qui se déroulent 2 fois par an (CVS non obligatoire pour cet établissement)⁹⁶. L'équipe ainsi que la direction et les personnes accompagnées sont invitées à y participer.

Lors des groupes d'expression, les personnes accompagnées expriment souvent des demandes d'activités afin de s'occuper. En effet, le désœuvrement et l'ennui sont le quotidien de la majorité des usagers, accompagnés, en général, d'une perte de sens en la vie et le développement de comportements à risques (consommation de produits toxiques, faire la manche, dormir dehors, etc.).

Les personnes accompagnées demandent, lors de cette instance, de pouvoir accueillir des proches et d'avoir des animaux de compagnie qui sont interdits actuellement par le règlement intérieur. Elles expriment aussi leur inquiétude pour la sortie des ACT, elles ont peur d'être « lâchée, abandonnée » et de ne pas réussir à se maintenir dans leur logement sans soutien.

En outre, je constate que la participation des personnes, lorsqu'elles sont sollicitées, est difficile, notamment parce qu'elles sont habituées à ce que les professionnels prennent toutes les décisions à leur place. Elles ne comprennent pas toujours l'utilité de leur participation et comment cela peut améliorer leur accompagnement. De plus, il est souvent difficile pour elles d'être présentes là où leur contribution est demandée, et même lorsqu'elles le sont, beaucoup n'osent pas s'exprimer.

Bien que les professionnels comprennent l'importance de la participation des usagers, la mise en pratique reste timide. Cela nécessite de partager son expertise, de s'adapter au

⁹⁶ Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

rythme des personnes accompagnées, et d'accepter que leurs attentes diffèrent parfois de celles des professionnels. L'équipe doit donc passer de "faire pour" à "faire avec". Ce changement se met en place progressivement, mais il demande un travail quotidien pour développer le "pouvoir d'agir" des personnes, en leur expliquant leur rôle et son importance pour elles-mêmes et pour l'établissement. La culture de la participation sera déterminante pour augmenter l'implication des personnes.

Les groupes d'expression, bien que moins contraignants, ne suffisent pas à encourager certaines compétences citoyennes, comme la participation au vote pour les représentants du CVS, l'accès à des instances, ou la prise de responsabilités.

B) Des projets personnalisés d'accompagnement sans la personne accompagnée

Même si les projets personnalisés d'accompagnement (PPA) ont le mérite d'exister, ils sont souvent élaborés sans la participation active des personnes concernées, les professionnels réfléchissant à des actions qu'ils proposent ensuite pour validation aux personnes. Les professionnels sont ancrés dans leurs habitudes malgré les formations et l'envie d'évoluer. Renforcer le pouvoir d'agir des individus nécessite qu'ils participent pleinement à la construction et à la mise en œuvre de leur PPA. Ce projet doit, être conçu sur mesure, viser à répondre aux besoins, attentes, et capacités de chaque personne, tout en respectant son rythme et ses choix. Il doit avoir pour ambition de favoriser l'autonomie, l'inclusion sociale et le bien-être, en assurant une coordination efficace des interventions des différents acteurs impliqués.

2.4.3 Les acteurs externes comme soutien à l'autonomie et l'inclusion : une ressource insuffisamment exploitée

a) Liens en interne à la FDN

Depuis quelques années, les ACT s'efforcent de collaborer avec les autres services de la FDN pour enrichir l'accompagnement et mieux répondre aux besoins et attentes du public accompagné. En effet, pour favoriser leur autonomie et leur inclusion, il est important d'amener les personnes accueillies à s'appuyer sur d'autres ressources que celles des ACT. La FDN dispose de nombreuses ressources variées, et les synergies internes peuvent faciliter l'accompagnement des publics accueillis par ses dispositifs. Bien que le « travailler ensemble » ait été initié, il doit être poursuivi et développé pour s'adapter aux évolutions du public et aux politiques publiques, dans le but d'améliorer l'accompagnement et d'atteindre les objectifs fixés. Les services les plus en lien avec le public des ACT sont le CSAPA, le CAARUD, l'épicerie solidaire et la ressourcerie. Le DAS de « l'accès à l'emploi » et le service migrants pourraient également jouer un rôle important pour les personnes suivies par les ACT, en les aidant dans leurs démarches spécifiques. L'évolution du public, notamment avec l'arrivée de jeunes et

de migrants, représente une opportunité de renforcer les liens entre les services afin de mieux répondre à ces nouveaux besoins.

b) *Liens externes à la FDN*

Un travail en réseau est effectué (praticiens libéraux ou hospitaliers du secteur, kinésithérapeutes, médecins spécialistes, CAF, MSD, CCAS, mission locale, MDA...). Cela reste, néanmoins, très fragile car le droit commun n'est souvent pas habitué à recevoir du public tel que celui accompagné par les ACT. Les personnes accompagnées et les professionnels des ACT se heurtent souvent à des refus de prise en charge ou d'accompagnement par les services extérieurs.

Comme l'a pointée l'évaluation externe du service réalisée en juin 2018, « *il n'existe pas de cartographie des partenariats ... aucun partenariat n'est formalisé* »⁹⁷. Ne pas avoir de liens formels privilégiés met souvent en difficulté l'équipe des ACT pendant l'accompagnement et surtout à la sortie (elle ne peut pas répondre efficacement à tous les besoins). Cependant, aucun service relais adapté au public des ACT n'existe dans le 06.

Si une équipe spécialisée comme celle des ACT essaie de travailler et de s'adapter à ce public, les partenaires extérieurs n'ont pas toujours cette capacité. Certains professionnels externes peuvent rencontrer des difficultés à maintenir des rendez-vous ou un accompagnement auprès de personnes qui sont fréquemment absentes, qui ne maîtrisent pas toujours les codes sociaux, ou qui ont des problèmes d'hygiène, de comportements et d'addictions.

Les relations non formelles et « personne-dépendante » rendent difficile le développement de l'autonomie et de l'inclusion du public, car l'équipe des ACT doit systématiquement l'accompagner pour « faciliter » les contacts avec les professionnels. Cette présence constante de l'équipe rassure les personnes, qui en viennent à solliciter cet accompagnement de manière systématique.

Concernant les ACT « *hlm* », les liens avec les autres acteurs sont essentiels, car cette phase marque le retrait progressif des professionnels des ACT, laissant place à l'intervention de différents acteurs ainsi qu'à l'autonomie et la responsabilité des personnes dans la gestion de leur parcours de vie. De nouveaux acteurs, tels que les bailleurs sociaux, les propriétaires et les gestionnaires, jouent également un rôle important dans ce dispositif. D'ailleurs, les personnes résidant en « *hlm* » se tournent plus naturellement vers des ressources externes pour obtenir de l'aide et du soutien. La notion de « coordination » opérée par les ACT avec les autres professionnels prend alors tout son sens et est mieux comprise par les personnes accompagnées dans ce cadre.

⁹⁷ Evaluation externe des ACT de la Fondation de Nice, PINET-COLIN, Cabinet CRIP, Juillet 2018, 198p.

2.5 Les Ressources Humaines : moteur de l'accompagnement

2.5.1 Fonctionnement et organisation de l'équipe

a) *Organisation en multi référence*

Depuis avril 2022, l'équipe des ACT a adopté la multi-référence après une réflexion approfondie avec l'équipe pluriprofessionnelle (TS, IDE, Médiateur Santé Pair, Médecin, Psychologue) et une formation avec l'organisme Working First. Ce nouveau mode d'accompagnement a été conçu pour répondre aux besoins spécifiques des usagers et s'adapter aux particularités des ACT de la Fondation de Nice. La polyvalence des interventions favorise un accompagnement global, axé sur le rétablissement. Un des principes essentiels de la multi-référence est l'« aller-vers ». L'organisation en multi-référence implique que les binômes médico-sociaux (composés de trois binômes) changent tous les quatre mois. Ce système garantit que chaque professionnel soit référent de toutes les personnes accompagnées au moins une fois par an. Ce mode de fonctionnement évite la dépendance à un professionnel spécifique, réduit le risque de lassitude dans l'accompagnement, et offre des perspectives et un nouveau regard à chaque changement de référent. L'abandon de la référence unique visait à décloisonner les pratiques et à faciliter les relations, en permettant aux usagers de rencontrer l'ensemble des professionnels et en évitant les relations qui pourraient devenir problématiques. Toutefois, cette approche présente des limites, telles que la perte d'informations lors des transitions de référence et les difficultés d'accompagnement pour certains individus souffrant de troubles affectifs nécessitant une stabilité constante pour progresser dans leur projet.

b) *Le « faire avec » et ses limites*

Dans le cadre de la volonté de la FDN de renforcer le pouvoir d'agir des personnes accueillies, les professionnels des ACT essaient d'adopter une approche de « faire avec » plutôt que de « faire pour ». Cette méthode favorise l'autonomie en permettant aux individus d'apprendre ou de retrouver leur capacité à agir et à prendre des décisions. Cependant, cette approche rencontre des limites, notamment en ce qui concerne les échéances pour le renouvellement des droits sociaux (AME, AAH, etc.). Le non-respect de ces délais par les personnes peut entraîner des conséquences graves, telles que la perte de leurs droits et la nécessité de tout recommencer depuis le début, aggravant ainsi leur parcours de vie. Des solutions doivent être trouvées pour encourager l'engagement des personnes dans leurs démarches.

Les répercussions touchent aussi l'établissement, notamment, sur la durée de séjour qui s'allonge si les personnes n'ont pas tous les droits sociaux requis pour bénéficier d'un logement. Par conséquent, le délai augmente pour les personnes attendant de rentrer dans

le dispositif. L'établissement se trouve embolisé et ne répond donc plus aux besoins des personnes accompagnées ni de celles en attente.

c) *Fonctionnement de l'équipe*

Comme mentionné dans le projet d'établissement, l'équipe intervient en binôme (croisement des regards/sécurité) et doit rencontrer les usagers admis, à minima tous les 15 jours (points sociaux, médicaux, élaboration des projets personnalisés, création de lien, accompagnement aux rdvs, contrôle de l'engagement des personnes accompagnées, contrôle de la tenue de l'appartement etc). Des rdvs sont proposés au bureau ou à domicile ou bien encore en sortie. Des activités individuelles et collectives sont régulièrement organisées (restaurant, cinéma, piscine, poterie, boxe etc..).

Lors des derniers rapports d'activité annuels⁹⁸, il est mesuré systématiquement un écart, dans le nombre de rdvs, entre les personnes accompagnées. Toutes les personnes ne sont pas rencontrées tous les 15 jours et ne profitent pas des mêmes activités. Je présente, chaque année, lors d'une réunion institutionnelle, les résultats du rapport d'activité à l'équipe afin d'échanger autour de ces écarts, de réfléchir à des mesures correctives le cas échéant et de rappeler le cadre d'intervention ainsi que la nécessité d'égalité de traitement pour toutes les personnes accompagnées. Les membres de l'équipe rapportent que ces écarts viennent de plusieurs facteurs :

- L'implication et l'adhésion des personnes dans leur accompagnement. L'équipe rencontre des difficultés à voir et suivre certains usagers qui ne viennent pas aux rdvs, qui ne répondent pas au téléphone et qui ne sont pas chez eux pendant les heures d'ouverture du service des ACT. Le constat est que les personnes vues lors des pré-admissions acceptent toutes les conditions car elles ont besoin d'un abri mais en définitive certaines d'entre elles ne sont pas prêtes ou ne veulent pas d'accompagnement. L'équipe selon ses dires « se fatigue à courir après des personnes ».
- Le manque de besoin en accompagnement de personnes qui sont autonomes dans leur démarche et celles qui sont aux ACT depuis plusieurs années avec qui « il n'y a plus rien à faire » et qui sont en attente de relogement comme rapporte les membres de l'équipe.

Les directives de la gouvernance de la FDN sont de ne pas rompre l'accompagnement sans l'assurance d'un abri (de préférence pérenne) sauf s'il y a des violences envers les autres

⁹⁸ Rapport d'activité 2023 des ACT, 2014, 32p

personnes accompagnées ou les professionnels. De plus, le décret ne stipule pas de critères de sortie du dispositif en dehors du logement, ce qui ne permet pas de réguler la file active et d'avoir un turn-over satisfaisant pour le public dans le besoin et en attente.

Je note, également, que l'équipe exprime un manque de sens, elle éprouve un sentiment d'impuissance face aux personnes qui refusent l'accompagnement et un sentiment d'inutilité et de perte de temps face à celles qui sont en attente d'un relogement depuis des années. Le parallèle avec les personnes en besoin parfois vital, qui sont en liste d'attente, pour rentrer aux ACT et ces dernières provoquent, des agacements et des irritations lors des réunions.

En ce qui concerne les ACT « *hlm* », l'accompagnement proposé ne diffère pas de celui de l'« *hébergement* ». Toutefois, j'observe en m'appuyant sur le reporting des actions, qu'au début de leur installation, les résidents sollicitent davantage de soutien, traduisant ainsi une inquiétude et une anxiété liées à la nécessité de devenir plus autonomes. Ils expriment une « peur de l'abandon », rendant cette transition difficile, notamment en raison de fréquentes difficultés financières au cours des deux premiers mois. En effet, l'écart entre les 60 euros de PFH et les coûts réels d'un logement est considérable. Les ACT apportent une aide de 350 euros pour l'aménagement ainsi que pour le premier mois de caution, mais les dépenses initiales sont nombreuses, et les résidents ne disposent souvent pas d'économies suffisantes pour y faire face. Bien que l'équipe anticipe le déménagement et l'inscription dans le nouvel environnement, les deux premiers mois restent particulièrement intenses, nécessitant une reconfiguration des acteurs de secteur (infirmiers libéraux, médecin généraliste, MSD...) et un accompagnement pour la transition. Après les trois premiers mois, les visites à domicile deviennent moins fréquentes (environ une fois par mois) car les besoins sont moins urgents et les sollicitations envers les professionnels des ACT diminuent (l'essentiel étant traité durant l'hébergement et les premières semaines de l'installation). Néanmoins, il est important de rester vigilant et d'amener les personnes à l'être, quant aux échéances des droits (notamment en ce qui concerne l'identité et le renouvellement des ressources) et de veiller à la situation financière. Un accompagnement spécifique dans la gestion de ces aspects est indispensable pour éviter que les personnes ne rencontrent des difficultés dans le maintien de leur logement, ce qui pourrait les replonger dans le cycle de l'exclusion. Un soutien ciblé sur le maintien des droits est donc essentiel pour garantir une inclusion durable. Comme le montrent les statistiques des rapports d'activité des ACT, de nombreuses personnes sorties du dispositif (16 en 2023) recontactent les ACT sur ses problématiques, d'autres ont perdu leur logement, parfois des personnes réitèrent une demande d'admission pour réintégrer les ACT.

Cela démontre que l'inclusion n'est pas durable et les dispositifs du service des ACT ne la permettent pas en l'état.

2.5.2 Manager les ressources humaines

a) *Les réunions*

Les réunions au-delà de permettre un échange d'informations sont favorables à la cohésion d'équipe et au climat social. C'est un outil de management au quotidien.

Le fonctionnement du service est ponctué par les réunions journalières, hebdomadaires et institutionnelles. Une réunion, sur les usagers et sur les informations générales, a lieu tous les mardi après-midi. De plus, tous les matins, une réunion de 45 minutes a été mise en place afin d'échanger sur les événements de la veille. A cela, s'ajoute la réunion mensuelle pour la commission d'admission ainsi que les autres réunions de réflexion ou décisionnaire. L'équipe se plaint des nombreux temps en dehors de l'accompagnement mais aussi de l'inefficacité des réunions. Malgré un ordre du jour, non systématiquement établi par le coordinateur, les délais et les thèmes à aborder ne sont pas respectés, essentiellement dus au manque de rigueur et de structure dans les échanges qui digressent inévitablement et ne sont pas recentrés. Cela crée pour l'équipe de la frustration, de l'agacement et une sensation de perte de temps.

Malgré le manque d'efficacité des réunions en lien avec l'accompagnement, je remarque une forte cohésion d'équipe, un partage aisé des informations et une envie de s'investir. Le climat social est bon et propice aux débats et réflexions sur l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et plus généralement sur des évolutions institutionnelles.

b) *Le management participatif*

Le management participatif engage les professionnels dans la prise de décision concernant l'accompagnement, en valorisant leur expertise et leur connaissance de terrain et du public. Ce type de management favorise une meilleure collaboration, améliore la qualité des services, et renforce l'engagement et la satisfaction des équipes. En effet, « *La démarche participative...peut servir de modèle pour prévenir la souffrance et ainsi améliorer la qualité de vie au travail, avec le souci d'améliorer les pratiques par l'évolution des relations humaines* » (Colombat, 2012 :197).

La Fondation Nice a pour axe stratégique le développement du pouvoir d'agir, en tant que mode d'accompagnement pour les personnes accueillies et ambitionne de le déployer aussi aux professionnels par le management participatif. Par ailleurs, le management participatif ne se décrète pas mais doit être porté par des managers convaincus de l'apport de la participation et sachant la maîtriser⁹⁹. Tout comme le DPA, il est indispensable de se former d'une part et d'orchestrer sa mise en œuvre d'autre part. Je suis très impliquée dans ce changement, l'ayant initié, au côté et en soutien du coordinateur.

⁹⁹ <https://www.capital.fr/votre-carriere/management-participatif-caracteristiques-interet-et-limites-1422018>

c) La participation de l'équipe des ACT : un enjeu stratégique en développement

La participation des professionnels dans le service des ACT est de plus en plus présente. Elle est, par ailleurs, cruciale pour assurer un accompagnement de qualité. Leur expertise et expérience avec les réalités du terrain permettent d'améliorer l'accompagnement en répondant plus précisément aux besoins et demandes du public (accompagnement vers l'emploi, la formation par exemple). De plus, la collaboration entre les différentes professions de l'équipe assure une approche holistique et coordonnée. En effet, leur implication favorise l'innovation et l'adaptation aux évolutions des besoins car ils peuvent faire des propositions d'amélioration des pratiques pour le public et pour l'établissement (par exemple : révisions des documents en FALC, réflexion pour le « après ACT). En contribuant activement à la gestion du dispositif, les professionnels se sentent valorisés, ce qui renforce leur engagement et leur motivation (questionnaire QVCT). Leur participation est également un levier pour le développement professionnel continu, permettant de partager savoirs et compétences. La participation des professionnels pour l'amélioration du service rendu, pour favoriser l'autonomie et l'inclusion des personnes, pour la qualité de vie au travail et pour la fidélité est une plus-value incontestable.

d) L'intelligence collective

L'intelligence collective est un outil de management participatif. La gouvernance et la direction de la FDN ont été formées à cette technique qui m'a semblé pertinente à importer pour la participation de l'équipe des ACT. Depuis 2023, après avoir été formé, le service utilise l'intelligence collective lors de certaines réunions. J'ai pris cette décision dans le but de contribuer d'une part, à l'amélioration de la qualité de vie au travail pour les professionnels et d'autre part à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement afin que tous les acteurs y compris le public puissent se sentir entendu, valoriser et acteur de leur parcours. Le but étant l'autonomie, la responsabilisation en tant qu'accompagnant et pour « accompagner ».

J'ai rencontré des difficultés que je n'avais pas anticipées notamment sur le fait que des professionnels se questionnent sur la nécessité de participer aux prises de décisions, certains préféreraient qu'on leur dise quoi faire plutôt que de réfléchir et de participer aux choix. Je sais, maintenant, que c'est un mode de management innovant où il s'agit de connaître les enjeux, les risques et de s'adapter au profil des collaborateurs (Coulaty,2018).

e) La formation

La FDN déploie une approche stratégique en Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP) afin de prévoir et soutenir les transformations dans l'accompagnement, les métiers, les compétences et les effectifs. L'objectif est de répondre

aux besoins en compétences de l'entreprise tout en tenant compte des aspirations professionnelles des salariés.

La politique de formation de la FDN, prévoit le financement annuel de formations collectives pour les professionnels, ainsi que des formations individuelles. Grâce à son financement, les ACT peuvent suivre deux formations collectives par an. Les dernières années ont été marquées par une intensification des formations et des évolutions organisationnelles et conceptuelles.

Les formations, bien que sélectionnées par l'équipe, sont orientées vers les thèmes d'actualité du secteur médico-social et alignées sur les orientations stratégiques de la FDN. Depuis 2021, l'équipe des ACT a suivi des formations sur le « développement du pouvoir d'agir », le « rétablissement », la « multi-référence », « l'aller vers » et « l'intelligence collective ». Ces formations visaient à opérer un changement de paradigme et à instaurer une nouvelle organisation, centrée sur la personne accompagnée. La mise en œuvre de ces nouvelles pratiques, qui implique une gestion du changement, a cependant suscité incompréhension, lassitude et résistance au sein de l'équipe, malgré une reconnaissance unanime de la nécessité de ces transformations pour le bien-être du public et l'enrichissement personnel des professionnels formés.

Ces nouveaux paradigmes ont profondément modifié les pratiques de l'équipe, tant sur le fond que sur la forme. Bien que ces formations visent à améliorer l'accompagnement et la qualité de vie au travail, l'équipe, déstabilisée, éprouve un besoin d'accompagnement quotidien pour réussir ces transitions. Le manque d'accompagnement au changement et les carences en communication expliquent ces difficultés. Modifier la structure d'un service et les méthodes d'accompagnement du public sont des évolutions majeures qui auraient nécessité davantage de temps et une évaluation approfondie de leur impact et de leur efficacité.

En conséquence, les formations sont peu exploitées dans l'accompagnement, et il n'existe pas d'évaluation des changements attendus, ce qui engendre un sentiment d'inachevé et un manque de sens perçu par les participants.

2.5.3 Les professionnels au centre des engagements de la FDN

a) Qualité de Vie et des conditions de travail (QVCT)¹⁰⁰ : un levier de performance

La FDN est attachée à la QVCT et met en place des actions afin, d'évaluer (par un questionnaire), de satisfaire le mieux possible et d'attirer et de fidéliser, les salariés. En 2021 et début 2024¹⁰¹, la QVCT a été évaluée avec une étude quantitative au sein de toute

¹⁰⁰ Le 31 mars 2022, l'expression « qualité de vie au travail » (QVT) a été remplacée dans le Code du travail par « qualité de vie et des conditions de travail » (QVCT)

¹⁰¹ Questionnaire QVCT – Fondation de Nice-Harmonie mutuelle

l'association en vue de dresser un baromètre de QVCT dans la Fondation. En ce qui concerne le domaine d'activité des ACT, les résultats montrent une amélioration entre les 2 études notamment sur les points « de l'organisation de travail » et « des conditions de réalisation du travail et ses effets », le passage à la semaine de 4 jours ainsi que l'investissement dans du matériel de qualité et ergonomiques expliquent en grande partie cette amélioration. Cependant, les points « les compétences et parcours professionnels », « les relations au travail et la reconnaissance par la hiérarchie » et « la participation à l'élaboration de projet » sont à améliorer¹⁰².

Les aspects positifs soulignés par l'équipe concernent la liberté d'action et d'organisation, ainsi que la qualité de l'accompagnement, facilitée par le financement des ACT, qui permet d'allouer du temps et des activités.

Aussi, je note une différence dans la motivation et la réflexion entre les anciens et les nouveaux salariés. Les plus anciens expliquent qu'il y a eu beaucoup de changements ces dernières années (managérial, organisationnel, fonctionnement, turn-over, travaux, changement de paradigme) et qu'ils sentent une forme de fatigue, lassitude et une perte profonde de sens de leur travail. Quant aux nouveaux salariés, leur motivation et leur entrain sont parasités par le manque de structure, de cadre et d'accompagnement dont nécessite un service.

C'est une équipe en demande de clarté, de cadre et de sens mais qui est surtout dynamique, volontaire et soucieuse du bien être des personnes qu'elle accompagne.

b) Le turn-over, un indicateur à prendre en compte

J'observe un turn-over important (50%)¹⁰³ depuis 4 ans aux ACT. La plupart des départs sont des démissions. Les professionnels se plaignent, lors de réunions institutionnelles, des entretiens individuels (tous les ans) et entretiens professionnels (tous les 2 ans), du manque de clarté sur les attendus (demande d'aller en visite à domicile en binôme mais ne pas permettre une organisation pouvant détacher 2 personnes en même temps), le manque de structure du service (réunion pas cadrée, décisions inéquitables concernant les usagers notamment pour les aides financières), le contrôle de l'activité de plus en plus présent (demande d'informer une multitude de supports pour contrôler l'activité), le manque de sens du travail (permettre le pouvoir d'agir des personnes mais exiger de l'équipe des actions pour contraindre les personnes à adhérer aux missions, si pas d'adhésion il n'y a pas de conséquences sur les usagers mais il y a remise en question de la qualité du travail des professionnels), le manque d'évolution (refus systématique des formations individuelles à visée évolutives), découragement au niveau des missions

¹⁰² Rapport d'enquête QVT- 2021- Fondation de Nice,48p – 42p

¹⁰³ Taux de turnover des employés : quel serait le chiffre idéal ? - livre blanc 2021- Hunteed

(missions qui n'évoluent pas, embolisation du service car peu de rotation des personnes accompagnées). La QVCT et le turnover sont également étroitement liés.

c) *La bientraitance comme une fragile évidence*

Le concept de bientraitance est au centre du secteur médico-social. Je pourrai le définir comme une approche centrée sur le respect, la dignité et le bien-être des personnes accueillies avec la prise en compte de la parole des personnes accompagnées, leur désir et leurs éventuels refus. Elle implique des attitudes et des comportements positifs des professionnels qui assurent un accompagnement adapté, sécurisant et personnalisé, tout en valorisant les droits et les besoins des individus¹⁰⁴.

Au sein de la Fondation de Nice c'est un concept fondamental qui a donné lieu à une charte de la bientraitance. Aux ACT, ce principe paraît tellement évident qu'il est peu questionné ni évalué. Or, je me demande si les actions menées sont toujours bientraitantes. Pour exemple, je peux citer le sujet des animaux de compagnie : le règlement de fonctionnement stipule qu'il est interdit d'avoir des animaux de compagnie aux ACT, il est demandé aux personnes entrantes dans les ACT de se séparer de leurs animaux de compagnie, se pose la question de l'impact de cette action sur les personnes. De même pour l'accueil d'un proche, les ACT interdisent l'hébergement même temporaire des proches. Toutefois, il en va de la vie privée et des relations sociales qui sont nécessaires au rétablissement des personnes.

Parfois l'exaspération que peut ressentir l'équipe face à certaines situations conduit à des paroles et des actions qui pourraient ne pas être bientraitantes.

d) *L'analyse des pratiques professionnelles*

Depuis 2017, une fois par mois à lieu une analyse des pratiques professionnelles (APP) par un psychologue externe. Les professionnels sans le coordinateur se rassemblent pour partager et échanger sur des situations rencontrées lors de l'accompagnement mais aussi sur l'institution. Ils s'investissent dans cette démarche. Cela permet de prendre du recul sur les pratiques et de renforcer l'expertise tout en consolidant la cohésion d'équipe. Le fait de pouvoir verbaliser et partager des difficultés ou tensions aide à prévenir l'épuisement professionnel et favorise un meilleur bien-être au travail. De plus, cette réflexion collective vise à améliorer la qualité de l'accompagnement.

Une conclusion dans le sens d'un projet d'évolution structurant l'offre de service

Le service des ACT de la FDN manque de structuration, de compétences adaptées et de réponses efficaces pour répondre aux besoins des personnes accueillies, souvent en perte de repères à la sortie. Ces personnes nécessitent un cadre rigoureux pour favoriser

¹⁰⁴ Regards croisés sur la bientraitance, HAS, auto-évaluation, 2012

leur inclusion sociale, mais l'absence de directives claires et d'un cadre structuré au sein d'une équipe en attente d'évolution créent de la confusion, une démotivation tant pour les professionnels que pour le public.

Le coordinateur, n'ayant pas de formation en gestion ou management, éprouve des difficultés à diriger l'équipe et à mettre en œuvre le projet d'établissement, limitant ainsi l'efficacité globale de l'accompagnement.

Par ailleurs, des compétences essentielles, telles que la gestion budgétaire pour une stabilité dans le logement et la recherche de logements dans le cadre du relogement compliquent la situation.

De plus, le cadre relativement souple des ACT, bien qu'offrant une marge d'adaptation, a conduit à une organisation large mais peu structurée. Cela a généré des frustrations et des confusions, amplifiées par l'absence de critères clairs pour l'admission et la sortie du dispositif, ainsi que par la mauvaise gestion de la liste d'attente. La participation financière de 60€/mois, bien qu'elle allège temporairement les charges des résidents, ne les prépare pas suffisamment aux réalités financières après la sortie des ACT. Enfin, l'adhésion aux missions des ACT s'affaiblit avec le temps, les résidents respectant de moins en moins les règles et objectifs de l'accompagnement. Les volets, médical et de coordination, sont mal intégrés dans le processus d'admission et dans les projets de sortie. J'ai effectué une analyse avec la matrice SWOT¹⁰⁵ qui met en évidence les spécificités du service des ACT de la FDN dans le but d'engager un projet d'évolution dans lequel il sera important de repenser l'organisation du service, en prenant compte de ses forces et de ces lacunes pour proposer des solutions adaptées et efficaces.

¹⁰⁵ Annexe V : matrice SWOT

3 **Projet d'évolution en faveur de l'autonomie et de l'inclusion durable**

Pour introduire mon projet, je vais me référer à la notion d'éthique. En examinant mes analyses, j'ai constaté que de nombreux sujets traitent de l'éthique, notamment de l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité¹⁰⁶. Les injonctions paradoxales des politiques publiques mettent les professionnels en tension, car elles heurtent leurs valeurs et leur sens du travail, créant ainsi des conflits éthiques. Comment concilier l'autonomisation des personnes, le développement de leur pouvoir d'agir et leur autodétermination, lorsque les missions de l'établissement exigent une organisation et une sécurité qui peuvent aller à l'encontre des dynamiques des personnes accompagnées ?

En tant que directrice, je suis également confrontée à cette tension, car il peut y avoir des écarts entre ma vision globale du dispositif teintée de mes valeurs personnelles et les recommandations pour l'établissement. Mes propositions correctives, basées sur l'analyse de l'offre de service, des écarts, des points forts et les axes d'amélioration prennent en compte l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité, en essayant de les associer plutôt que de les opposer (Hottois,1996). Il me semble indispensable de trancher et de cadrer pour piloter un établissement efficacement et rassurer les professionnels, mais il est aussi important de ne pas perdre de vue les valeurs qui animent un directeur dans les décisions qu'il prend.

Dans cette troisième partie, je vais présenter mon projet de développement du dispositif « *hors les murs* » avec une réorganisation de l'offre de service interne dans le but de favoriser l'autonomie, la participation et l'inclusion durable pour le public accueilli. Le diagnostic en partie 2 de l'offre de service des ACT a soulevé plusieurs thèmes qui ne seront pas tous traités dans le projet.

Ce projet s'intègre parfaitement dans la stratégie du « Logement d'Abord », qui cherche à fluidifier les parcours d'inclusion en réduisant la durée de séjour dans les structures d'hébergement. Aussi, il répond à une demande territoriale en augmentant le nombre de personnes accueillies et réinsérées, conformément aux orientations stratégiques 2018-2028 de l'ARS PACA, notamment l'organisation de la prise en charge des maladies chroniques. L'ARS PACA met en avant la priorité de créer des parcours de soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques, celles en situation de précarité, ainsi que pour le traitement des addictions et leurs effets sur la santé.

Dans ce cadre, j'ai pu rencontrer avec le coordinateur et la psychologue du service, le groupe SOS à Marseille qui détient 20 places d'ACT « *hors les murs* », afin d'échanger sur l'accompagnement « *hébergement* » et « *hors les murs* ». De plus, ma participation au

¹⁰⁶ Annexe I : CONCEPTS c) L'éthique

séminaire des Responsables d'Établissement de la FSH en mars 2024 m'a donné les moyens de partager mon projet et de me lancer. Ces échanges avec des pairs sont autant de ressources supplémentaires pour échanger dans le but d'améliorer la qualité de l'offre de service proposée.

Pour finir, ce projet est également en adéquation avec les missions et les orientations stratégiques de la FDN. Il vise à soutenir les personnes en situation de précarité en favorisant leur autonomie et en renforçant leur capacité à agir.

De ce fait, la gouvernance et la Direction Générale qui participent activement au projet et me font confiance, me délèguent son élaboration et sa mise en œuvre.

a) *Une stratégie de direction qui s'appuie sur des opportunités*

L'évolution des politiques publiques sur le logement d'abord avec Nice reconnue comme zone prioritaire de déploiement des dispositifs ainsi que la bonne image de la FDN en tant qu'acteur installé avec une grosse capacité opérationnelle me donnent confiance pour répondre à un appel à candidature publié le 12 Juillet 2024 pour l'ouverture de places d'ACT « hors les murs ».

Pour assurer le bon déploiement de ce dispositif, je m'appuierai sur le besoin de réécriture du projet d'établissement qui prend fin en 2024 et de la préparation pour l'évaluation externe de 2026 en tant qu'outils de management en associant toutes les parties prenantes au projet (membre du CA, moi-même, équipe des ACT, personnes accompagnées, ARS, partenaires sociaux et médicaux).

3.2 L'accompagnement au changement : un incontournable à la réussite du projet

Comme l'a dit le philosophe Héraclite, "*Rien n'est permanent, sauf le changement*". En effet, le monde évolue constamment, et il est essentiel de s'adapter à ses transformations. Dans le domaine professionnel, le changement est souvent une opportunité d'évolution bénéfique pour tous, à condition d'être bien accompagné. Ici, le changement s'incarne dans l'accompagnement vers l'autonomie, en renforçant le pouvoir d'agir et la participation des personnes et des professionnels afin de garantir une sortie pérenne des ACT et une inclusion durable dans la société. En effet, « *Faire participer les acteurs à l'élaboration des décisions qui les concernent permet de vaincre ces résistances : tel est le principal défi à relever pour entamer un processus de changement* » (Miramon, 2009 : 132).

Le projet de développement du dispositif « hors les murs » implique des ajustements dans les pratiques de l'équipe professionnelle, déjà amorcés mais insuffisamment soutenus dans leur mise en œuvre.

Pour réussir ce projet, j'ai constitué un comité de pilotage « COPIL » avec un

représentant de chaque fonction de l'équipe (sur la base du volontariat) pour la vision opérationnelle de l'accompagnement, le coordinateur, un membre du CA afin d'impliquer la gouvernance de la FDN, moi-même en tant que directrice, deux résidents des ACT qui sont proches de la sortie et un partenaire afin d'avoir un regard extérieur sur le projet et son avancée. En parallèle, un tableau de bord avec des indicateurs sera développé avec un « COPIL qualité » (même composition que COPIL mais avec des personnes différentes) pour faire un suivi régulier et évaluer l'écart entre objectifs et pratiques, avec une évaluation régulière et des mesures correctives proposées. Cet outil facilitera l'auto-évaluation du service en lien avec la nouvelle réglementation de l'évaluation de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Dans un premier temps, un travail d'identification des enjeux et des risques liés au projet¹⁰⁷ a été mené par le COPIL et le COPIL qualité afin de mieux contrôler le projet, d'en améliorer la performance et d'accroître ses chances de réussite tout en minimisant les impacts négatifs. Ce travail a facilité l'élaboration d'un plan d'action détaillé avec son calendrier¹⁰⁸ afin d'avoir une vision concrète du déroulé du projet.

Il sera essentiel de le présenter à l'ensemble de l'équipe et aux personnes accompagnées. Une communication transparente et cohérente pour informer toutes les parties prenantes est également engagée par un plan de communication construit par le COPIL¹⁰⁹ (CA, CSE, Professionnels, personnes accompagnées, partenaires, financeur).

Je serai disponible pour soutenir cette démarche, tout comme les intervenants extérieurs (APP avec le psychologue et APP DPA), afin que les professionnels s'adaptent au mieux aux nouveautés. L'implication du dirigeant, la flexibilité et l'adaptabilité tout au long du processus pour surmonter les défis et assurer une transition fluide et durable sont des clés essentielles. C'est un projet vivant qui sera tout au long, travaillé, adapté et ajusté avec l'apport des professionnels, personnes accompagnées et des autres parties prenantes

3.2.1 L'Etude de l'impact du changement

Mesurer l'impact permet de mieux comprendre les conséquences du changement sur les collaborateurs, afin de les accompagner efficacement en minimisant l'impact sur leur efficacité. Pour cela, le COPIL a construit un schéma d'analyse OMOC¹¹⁰

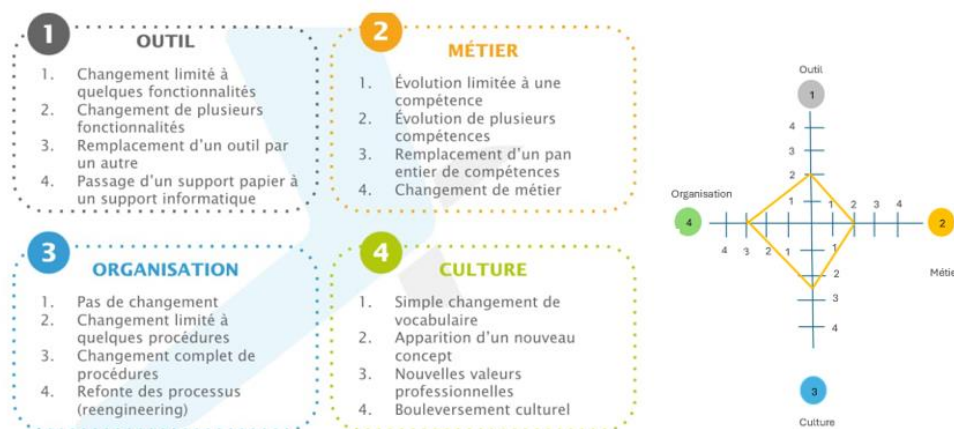
¹⁰⁷ Annexe VI : enjeux et risques

¹⁰⁸ Annexe VII : Planning des actions à mettre en œuvre

¹⁰⁹ Annexe VIII : plan de communication

¹¹⁰ <https://pyx4.com/blog/pilotage-de-performance-quest-lomoc-apporter/>

(Outils/Métier/Organisation/Culture) présenté ci-dessous pour mesurer l'impact du projet sur différents axes. Ce projet a un impact principal et important sur l'organisation (3/4) et la culture (2,5/4).



3.2.2 Le coordinateur

Le coordinateur jouera un rôle essentiel dans le projet. En effet, il sera au contact direct de l'équipe au quotidien et il devra impulser de manière opérationnelle les changements en collaborant avec l'équipe. Afin que les objectifs du projet soient menés au mieux, il me semble indispensable de proposer au coordinateur une formation de management et de conduite de projet. La Fondation de Nice a prévu à partir de 2025 dans son plan de formation, une formation systématique avec l'organisme « Actif azur » afin de faire monter en compétence les coordinateurs sans expérience. Le développement du « hors les murs » nécessitera une gestion organisationnelle et RH importante ce qui justifie d'autant plus cette formation.

3.2.3 L'équipe accompagnante

Il est primordial que l'équipe de professionnels qui assurera l'opérationnalité du projet soit partie prenante de ce projet. La démarche collaborative prend sens à cet endroit afin que l'équipe se sente impliquée et engagée dans ce changement et qu'elle ne soit pas seulement une exécutrice. Pour cela, je proposerai des moments de réflexion sur les pratiques actuelles en intelligence collective, en particulier sur les obstacles et les forces liés à l'accompagnement. Encourager l'expression, la créativité, et l'engagement de chacun sera moteur pour la mise en place des actions nécessaires.

L'étude d'impact révèle des changements importants pour l'équipe. Bien qu'elle soit motivée et demandeuse d'évolution, je devrai tenir compte de la fatigue accumulée par les récentes années de changements et de formations, qui peuvent susciter des résistances. C'est là, que le management doit être stratégique afin d'emporter l'équipe avec nous.

Ma stratégie sera déployée tout le long de ce chapitre.

3.3 Restructuration de la dynamique interne pour garantir l'efficacité et la clarté des objectifs

Le décret des ACT datent de 2002, depuis le public et la société ont évolué. Le décret tel qu'il est, s'il n'est pas cadré par un établissement, trouve ses limites, en particulier sur le territoire des Alpes-Maritimes. Les dysfonctionnements institutionnels des ACT ne permettent pas l'autonomie des personnes accompagnées.

C'est pour cela que pour répondre aux besoins et attentes du public accueilli ainsi qu'à celui du territoire, il faut repenser les critères d'admission, les modalités d'accompagnement mais aussi la sortie afin de fluidifier l'activité et d'impulser une nouvelle dynamique. De plus, un recrutement de nouvelles compétences sur les postes vacants est incontournable.

Je vais donc proposer mon diagnostic aux professionnels des ACT, leur faire part de mes réflexions et proposer des groupes de travail par des ateliers afin de préciser les axes qui doivent évoluer. Le coordinateur devra organiser ces temps et leur suivi. Je participerai aux réunions de point d'étape. L'organisation restera la même pour la réécriture du projet d'établissement qui s'appuiera sur les éléments du projet. Les actions que je propose ci-après découlent de mon diagnostic et seront complétées par les contributions de l'équipe.

3.3.1 Cadrage opérationnel nécessaire

a) L'entrée aux ACT

Je propose d'arrêter pour le moment les entretiens de pré admission jusqu'à ce que la liste d'attente ne soit plus que de 10 personnes. 10 personnes représentent à peu près 10 mois. Ce sera dorénavant le nombre maximum de personnes en attente.

De plus, il me semble pertinent de préciser les critères d'admissions lors de ces ateliers :

- le côté « invalidant » de la maladie doit être évalué par des critères à définir avec le médecin et l'équipe médicale.
- le besoin en coordination médico-sociale devra aussi être évalué par l'ensemble des membres de l'équipe, ce critère est rarement pris en compte.

Pour exemple, une personne qui souffre d'un VIH stabilisé (qui n'est donc a priori pas invalidant) et qui a un médecin traitant ainsi qu'un infectiologue, qui a des droits ouverts, même si elle a besoin d'un abri, ne sera plus admise aux ACT. Le besoin de logement ou d'hébergement peut être traité par d'autres structures. Cette illustration est un cas récurrent aux ACT de la FDN et actuellement « ce profil » est considéré comme « répondant » aux critères d'admissibilité, et est mis sur la liste d'attente et rentrera aux ACT. A priori, ce ne sera plus le cas après la précision des critères d'admission. L'équipe devra toutefois s'assurer, comme elle le fait actuellement, que la personne a bien un suivi médical et ainsi proposer une réorientation sur des structures adaptées. Cela permettra de se concentrer

sur des personnes en besoin médical, social et en coordination. Les 3 volets du dispositif doivent être remplis.

b) Les modalités d'accompagnement

Le principe des rendez-vous avec les usagers tous les 15 jours est un gros point de tension avec un questionnement sur le sens. Effectivement, je constate que l'équipe s'épuise à « courir après » certaines personnes accompagnées qui ne souhaitent pas d'accompagnement. Il est de ma responsabilité de garantir l'équité de traitement pour toutes les personnes accompagnées. L'équipe devra donc proposer de manière équitable des rdvs toutes les 2 semaines ainsi que toutes les activités à tous les usagers. Cependant, je leur préciserai que nous avons une obligation de moyen mais pas de résultat, il ne sera donc pas reproché à l'équipe si les personnes accompagnées ne se saisissent pas des moyens que les ACT mettent à disposition. De ma place, je me préoccuperais des personnes qui « n'adhèrent » pas aux missions des ACT en les recevant. De plus, j'ai conscience que, malgré l'avancée dans la prise en compte de la QVCT, que la semaine de 4 jours complique l'organisation des binômes systématiques pour l'accompagnement. Nous ferons preuve de plus de flexibilité pour que les professionnels puissent faire des accompagnements seuls. De plus, les réunions quotidiennes du matin seront annulées car peu efficaces, les informations sont notées dans le logiciel dédié aux transmissions. Aux professionnels d'être rigoureux et de se tenir informés du quotidien. A la place, toutes les semaines, une demi-journée sera dédiée aux groupes de travail entre professionnels et résidents.

c) La sortie des ACT

Pour réguler l'activité et mieux répondre aux besoins, il est nécessaire de repenser la sortie du dispositif « hébergement ». Bien que le décret prévoit un accueil temporaire, il ne fixe aucune durée précise. Il serait souhaitable que les personnes ne restent pas dans ce dispositif plus de 18 mois, une période jugée suffisante par les travailleurs sociaux pour accomplir les démarches administratives (obtention de papiers d'identité, de ressources, gestion du surendettement, etc.) et monter un dossier de logement via le SIAO et le DALO, afin de recevoir une proposition de logement. Si elles le désirent, les personnes pourront continuer à bénéficier d'un accompagnement dans leur logement via le dispositif « hors les murs ». Une réflexion, en groupe de travail, devra être initiée sur la nécessité ou non d'un questionnaire évaluant l'évolution de l'autonomie des personnes, par des critères à construire afin de savoir où en est la personne et ce sur quoi il faut plus s'attarder. Cet outil pourra, aussi, servir de support pour l'orientation des personnes dans le projet de sortie des ACT.

Il est également important d'élargir les solutions de sortie en créant des partenariats avec des CHRS ou d'autres acteurs de l'hébergement/logement qui pourraient accueillir des personnes stabilisées des ACT (celles qui n'ont plus besoin de l'ensemble du dispositif et qui attendent un logement), tout en garantissant la continuité de l'accompagnement par l'équipe médicale des ACT, si nécessaire.

De plus, un travail avec le COPIL sera mené afin de faire respecter les règles établies collectivement concernant les conséquences des transgressions, y compris les expulsions éventuelles. Les personnes accompagnées doivent profiter de toutes les compétences des ACT, et non uniquement de l'hébergement, car d'autres individus en attente nécessitent l'ensemble des services offerts par ce dispositif.

Compte tenu de la situation tendue en matière de logement, il est impératif de définir des règles claires concernant le relogement. Actuellement, les personnes hébergées peuvent refuser un logement qui ne leur convient pas, ce qui les maintient dans les ACT. Cependant, les organismes de relogement reproposent rarement un logement à ceux qui refusent sans motif valable (par exemple, un logement inadapté à un handicap). Cela bloque le dispositif et empêche l'accueil de nouvelles personnes en attente. D'un côté, il me semble légitime et bientraitant que les personnes choisissent leur lieu de vie, mais d'un autre, il est de ma responsabilité de directrice de faire fonctionner le dispositif de manière optimale. Étant donné la crise du logement dans la région, il n'est pas possible pour les personnes d'attendre un logement plus confortable. Je proposerai donc au coordinateur, qui transmettra à l'équipe, que les personnes refusant un logement pour des raisons de confort devront quitter les ACT dans un délai de trois mois après le refus, tout en bénéficiant de l'accompagnement de l'équipe (recherche dans le parc privé, hôtel meublé, ou déménagement dans une zone moins tendue et plus accessible financièrement). Cette modalité devra être expliquée aux personnes dès le début de l'accompagnement, lors de la signature du contrat de séjour, par les professionnels et le coordinateur. Si nécessaire, j'interviendrai auprès de l'équipe ainsi qu'auprès des personnes concernées.

Ce chapitre met en lumière la confrontation à l'éthique de responsabilité et de conviction. En effet, des décisions parfois compliquées doivent être prises pour garantir la pérennité de l'établissement mais aussi pour répondre de manière adaptée aux besoins et attentes d'un public cible et d'un territoire dans le cadre des missions de l'établissement. Ici, à titre personnel, il est difficile pour moi de sortir une personne des ACT si elle n'a pas de logement pérenne mais à titre professionnel, la responsable d'établissement est obligée d'en garantir sa pérennité et de faire vivre des missions pour lesquelles le financeur a des attentes. De plus, je dois tenir compte dans mes décisions du sens des missions pour les personnes accompagnées mais aussi pour l'équipe. Ce sujet sera discuté avec la Directrice générale et le CA pour élaborer une suite pour ces personnes. Je soumettrai au CODIR, la constitution d'un comité d'éthique ou l'organisation de retour d'expérience composés aussi de personnes extérieures à l'établissement pour traiter de ces sujets complexes de manière impartiale afin de moins impliquer les équipes d'accompagnement.

3.3.2 Procédures et protocoles

Les protocoles et procédures assurent une qualité constante dans l'accompagnement, protègent le public et les professionnels, tout en garantissant une conformité aux réglementations et en facilitant la gestion quotidienne de l'établissement. Le service des ACT a besoin de protocole et de procédure notamment sur les étapes de l'accompagnement en lien avec le projet. Un référent volontaire sera nommé par thème (ex : référent procédure d'accueil/ de sortie, référent DPA/ référent PPA etc..). Cela permettra d'une part de faire monter en compétences, de responsabiliser et d'impliquer les professionnels et d'autre part de faciliter l'évaluation de l'offre de service proposée. Des groupes de travail devront être organisés pour réfléchir et produire des procédures.

3.3.3 Acquérir de nouvelles compétences au niveau de l'équipe

Comme mentionné dans les parties, 1.3.3 et 2.2.6, le relogement et le maintien dans celui-ci représentent une difficulté majeure pour les personnes du dispositif « *hébergement* ». Pour garantir un maintien durable dans leur futur logement, il est indispensable que les personnes accompagnées acquièrent des compétences en gestion budgétaire. Dans cette optique, je vais élaborer des stratégies de recrutement visant à atteindre les objectifs de relogement et de maintien à long terme.

Avec le financement de trois places supplémentaires depuis le 1er janvier 2024 et le départ à la retraite d'une professionnelle expérimentée, il est envisageable de recruter des profils alignés avec notre projet. En concertation avec le coordinateur et l'équipe, il semble pertinent de recruter un Conseiller en Économie Sociale et Familiale (CESF) pour accompagner les personnes sur la gestion de leur budget dès leur entrée aux ACT « *hébergement* » et poursuivre cet accompagnement au sein des ACT « *hors les murs* ». Cette priorité est justifiée par les besoins exprimés par les personnes accompagnées lors du dernier CVS et par les observations des travailleurs sociaux. Cette fonction comptera parmi les postes de travailleurs sociaux dont 1 est à pourvoir.

Par ailleurs, je prévois de recruter un Chargé de Mission Hébergement (CMH) pour renforcer l'équipe et aider le public dans la recherche de logements. Actuellement, les CMH mutualisés interviennent dans le secteur « patrimoine » de la Fondation de Nice, avec pour missions principales la captation de logements, la gestion des interactions avec les bailleurs, et la gestion des entrées et sorties des personnes. Un CMH dédié aux ACT permettrait une meilleure captation de logements adaptés pour les résidents à leur sortie du service. Sa connaissance du contexte local et ses relations avec les acteurs du logement faciliteront l'identification de logements adéquats. Il pourra également intervenir sur la

thématique du « savoir habiter »¹¹¹ pour favoriser l'autonomie des personnes dans leur futur logement. La fiche de poste du CMH sera élaborée en collaboration avec le coordinateur, en se basant sur les besoins en relogement et en « savoir habiter » identifiés par l'équipe. Il sera comptabilisé en plus de l'effectif actuel.

Ces deux recrutements apporteraient des compétences complémentaires à l'équipe actuelle, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées et de fluidifier l'activité du service. L'estimation des besoins suggère qu'un mi-temps pour le CMH et un temps plein pour le CESF devraient suffire. Une collaboration avec le Directeur administratif et financier de la FDN a confirmé la compatibilité de ces charges salariales supplémentaires avec le budget. Une évaluation de la charge de travail du CMH et du CESF sera réalisée après six mois pour ajuster cette estimation en fonction des besoins réels.

3.4 Démarches pour favoriser l'autonomie et l'inclusion sociale : rendre acteurs les personnes accueillies et les professionnels

Un des objectifs de ce projet est de développer l'autonomie des personnes afin qu'elles deviennent actrices de leur accompagnement. La valorisation des compétences, l'autonomie et l'inclusion sont interconnectées et se renforcent mutuellement, formant un cercle vertueux qui améliore la qualité de vie du public accueilli¹¹².

Cette approche holistique est essentielle pour permettre aux personnes accompagnées de vivre une vie digne, active et intégrée, tout en respectant leur individualité et leurs choix personnels. Ma stratégie et mon management doivent permettre l'implication des professionnels dans cette démarche afin d'accompagner de manière efficace les personnes vers l'autonomie. Pour cela, je compte approfondir et accompagner le développement du pouvoir d'agir et la participation de tous, pour tous, par tous.

3.4.1 Développement du Pouvoir d'Agir à renforcer

Le Développement du Pouvoir d'Agir (DPA) prend de plus en plus de place aux ACT. En effet, le DPA vise à renforcer l'autonomie des personnes accompagnées et leur participation active dans les décisions les concernant. Ce principe est en lien direct avec les critères de la HAS, qui valorise la prise en compte de la parole des usagers dans ses évaluations. De plus, les RBPP soulignent également l'importance d'une participation réelle des personnes, permettant ainsi de co-construire un accompagnement adapté, centré sur

¹¹¹ Annexe I : CONCEPTS, d) Savoir habiter

¹¹² Rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de dépendance

leurs besoins et renforçant leur capacité à agir.

Je souhaite donc, poursuivre dans cette approche, qui est dans mes valeurs et les valeurs associatives, en accord avec le coordinateur et l'équipe. Je projette d'organiser des formations sous forme d'Analyse des pratiques¹¹³ pour les professionnels et le coordinateur deux fois par trimestre. Le but étant d'accompagner l'équipe des ACT sur la mise en œuvre de l'approche pour les résidents mais aussi pour elle-même afin de résoudre des problématiques. Je participerai 2 fois par an à cette instance afin que les réflexions institutionnelles puissent être travailler à la manière DPA. Cette approche me semble pertinente car elle permet de recentrer les personnes accompagnées mais aussi les professionnels sur le bon questionnement des problématiques. Je ferai appel à l'organisme ANDA DPA qui a initié les professionnels et moi-même à l'approche DPA. En lien avec le service des Ressources Humaines et après validation, ces formations devront donc être inscrites dans le Plan de Formation comme des priorités. De plus, cela fait vivre les axes stratégiques du projet associatif de la FDN pour 2024 « *le développement du pouvoir d'agir, destiné à renforcer le pouvoir d'action et de décision des personnes accompagnées* »¹¹⁴ et va dans le sens de l'autonomie, de la valorisation des compétences et de l'inclusion.

Le but de l'analyse des pratiques avec l'approche DPA vise à surmonter les sentiments d'impuissance ou de blocage que ressentent les professionnels de l'équipe. Cette méthode cherche à développer les capacités d'action individuelles, l'évolution des postures professionnelles en offrant davantage de liberté d'initiative et d'autonomie pour favoriser l'innovation et sortir des sentiers battus. En provoquant des changements, même modestes, au niveau structurel, cette méthode de résolution de problèmes pourra être diffusée aux situations du public. Enfin, cette approche encourage une prise en compte plus approfondie de la place des personnes dans leurs projets personnalisés, les projets d'action collective, ainsi que dans la préparation et la participation aux instances de consultation¹¹⁵

Un exemple concret de l'application de la méthode DPA avec un professionnel :
Lorsqu'un professionnel rencontre des difficultés avec une situation, il est courant de tenter de résoudre le problème en se basant sur des hypothèses concernant la personne accompagnée. En revanche, avec la méthode DPA, le problème est recentré sur le professionnel lui-même, en posant la question : « Quel est le problème pour vous dans cette situation ? » Par exemple, la réponse pourrait être : « Je me sens frustré et je n'avance pas. » La méthode DPA poursuivra avec une autre question : « Comment pourriez-vous, vous-même ou en équipe, remédier à ce sentiment de frustration ? » Plutôt que de chercher des solutions hypothétiques pour la personne accompagnée (qui pourrait avoir un avis

¹¹³ [L'approche DPA-PC et l'Analyse des Pratiques - Le Portail de l'Analyse des Pratiques](#)

¹¹⁴ Rapport d'activité 2013 de la Fondation de Nice – PSP – ACTES, 2014, 56p

¹¹⁵ Texte inspiré de la Journée d'étude CREA B-F-C -Catherine Etienne-2019

différent), cette approche aide le professionnel à trouver des solutions adaptées à ses propres défis.

Cette formation a un coût de 12 000 euros sur l'année, elle entre dans le plan de formation des ACT « *hébergement* ».

3.4.2 La participation à mettre en action dans le but de développer et valoriser les compétences des résidents

Encourager la participation est une mission opérationnelle essentielle pour l'équipe de professionnels en contact direct avec les personnes. Pour ce faire, il est crucial qu'à mon niveau de responsabilité et en collaboration avec le coordinateur, nous leur fournissions les moyens nécessaires. Les professionnels s'engageront pleinement dans cette mission s'ils participent eux-mêmes au fonctionnement institutionnel et à l'élaboration des outils d'accompagnement qu'ils utiliseront. De plus, les personnes accompagnées seront invitées à rejoindre les mêmes groupes de travail que les professionnels, favorisant ainsi une approche collaborative dans le but de développer et valoriser leur compétence. Dans le DPA, le travail en collaboration se nomme co-production. Ce concept implique que les personnes accompagnées ne sont pas seulement bénéficiaires des services, mais aussi des partenaires actifs de manière égale avec les professionnels dans la création et la mise en œuvre de solution, ce qui favorise leur « *empowerment* » et leur inclusion dans le processus décisionnel¹¹⁶. J'emploierai ce terme par la suite.

A) Les outils réglementaires à co-produire

a) Le projet d'établissement

Comme mentionné en 2.2.1, le projet d'établissement actuel se termine en 2024. Il est nécessaire de le réviser en impliquant les professionnels et les personnes accompagnées, conformément aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles¹¹⁷. Cette révision, qui débutera au second semestre 2024 pour une durée d'environ 6 mois, sera soumise au CA pour validation. Elle vise à créer une dynamique collective, renforçant la cohésion autour des missions, objectifs, et pratiques partagés.

Le COPIL et le COPIL qualité se chargeront du suivi et de l'évaluation du PE. Le référentiel HAS « *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* » servira de guide. Une fois par an, l'évaluation sera communiquée aux acteurs et des mesures correctives devront être prévues.

¹¹⁶ MCMULLIN, C (2019). La coproduction des services publics : tour d'horizon d'un concept. Action publique. Recherche et pratiques, 2019/1 N° 2. pp. 12-21. <https://doi.org/10.3917/aprp.002.0012>.

¹¹⁷ Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, Anesm, 2009, 76p.

Je veillerai à ce que les principes du DPA, l'accompagnement vers l'autonomie, la participation et les modalités du dispositif « *hors les murs* » soient intégrés au nouveau projet d'établissement. En effet, c'est l'opportunité pour le projet d'établissement par sa réactualisation d'inscrire une déclinaison opérationnelle du projet associatif, qui reflète les valeurs et les orientations stratégiques de la Fondation de Nice.

Les autres outils réglementaires devront également être mis à jour selon ce modèle de co-production. L'équipe des ACT et les personnes accompagnées seront chargées d'actualiser le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil, avec des informations accessibles (FALC). Ce travail en commun garantira une égalité de connaissances entre professionnels et personnes accompagnées, renforçant leur implication dans leur environnement.

Je souhaite accroître l'implication des résidents dans le fonctionnement des ACT, en valorisant leurs capacités afin de développer leur confiance, leur pouvoir d'agir et leur autonomie. Une étude de l'ANESM, rattachée aujourd'hui à la HAS sur la participation des personnes accompagnées au fonctionnement des Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS)¹¹⁸, met en avant que les personnes accompagnées qui participent au fonctionnement de la structure ont « *le sentiment d'écoute et de valorisation de leur parole* », « *prennent conscience de leurs capacités à s'investir* » et « *éprouvent de la fierté à assumer leur mission de représentation* ». De plus, cette étude souligne le rôle du directeur qui est essentiel dans cette démarche, tant pour soutenir les professionnels dans sa mise en œuvre que pour montrer aux résidents l'importance de leur participation en s'engageant activement à leurs côtés. Cette approche favorise ainsi l'émancipation des personnes accompagnées.

b) Les Projets Personnalisés d'Accompagnement

Comme mentionné en 2.4.2, l'élaboration des Projets Personnalisés d'Accompagnement (PPA), de leur conception à leur application, n'a pas jusqu'ici permis la pleine participation des professionnels ni celle des usagers. De plus, ces documents sont longs et peu compréhensibles. Actuellement, bien qu'obligatoires, ils sont faits mais ne sont pas utilisés par l'équipe et n'apportent aucune plus-value à l'accompagnement.

Le COPIL qualité réalisera une auto-évaluation de l'outil actuel et définira des critères et indicateurs d'évaluation. Le coordinateur devra organiser des groupes de travail pour restructurer cet outil et en faire un véritable support pour l'accompagnement des personnes. Plusieurs critères me semblent indispensables : la personne accompagnée doit être actrice de son projet, de sa conception à sa mise en œuvre, dans une démarche de

¹¹⁸ La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Recueil des pratiques et témoignages des acteurs, ANESM, Septembre 2014, 108p.

collaboration avec les professionnels. L'outil doit être compréhensible par tous, adaptable aux changements, et facile d'utilisation pour être un support tout au long de l'accompagnement. Il doit être régulièrement réexaminé en cas de modifications et, sa durée ajustée en fonction des évolutions du projet de la personne. Les besoins, attentes, et envies de la personne doivent y être intégrés. De plus, si la personne a des compétences dans certains domaines, les mettre en valeur peut faire partie du projet.

B) Le Groupe d'expression

Comme vu en 2.4.2, le groupe d'expression remplace le CVS depuis 2020. Certes le groupe d'expression est moins contraignant dans sa mise en place mais il ne permet pas l'investissement et la responsabilisation des personnes accompagnées ni l'accès au développement d'actions citoyennes (comme le vote). En effet, je souhaite que le service des ACT promeuvent un modèle de citoyenneté active¹¹⁹, encourageant les personnes à participer aux processus démocratiques et à exercer leurs droits et devoirs en tant que membres responsables de la société. Ce modèle leur confère un rôle au-delà du cadre du dispositif, favorisant ainsi leur inclusion dans la société au sens large. De plus, les personnes accueillies interagiront davantage avec les professionnels, les autres résidents avec qui la communication est plus fluide¹²⁰, et parfois même avec des acteurs extérieurs. Ces interactions renforcent leurs réseaux sociaux, ce qui est un facteur clé d'inclusion pouvant offrir un soutien émotionnel et des opportunités d'intégration.

3.4.3 Les Ateliers pour l'inclusion : une ressource à plusieurs niveaux

La mise en place d'ateliers offre de nombreux avantages pour les usagers, les professionnels et l'institution. Ces ateliers, adaptés aux besoins spécifiques des personnes, visent à améliorer leur bien-être, favoriser l'inclusion et promouvoir leur autonomie. De plus, ils permettent aux ACT et aux autres services de la FDN d'améliorer la qualité de l'accompagnement du public accueilli tout en répondant aux normes réglementaires. C'est aussi une opportunité de diversifier les pratiques des professionnels avec la création d'un cadre plus stimulant et collaboratif. Ces activités renforcent ainsi la satisfaction et l'engagement au travail, pouvant réduire le risque d'épuisement professionnel. Cela renforce également l'image de la structure, fidélise le personnel et favorise l'innovation dans les pratiques d'accompagnement.

¹¹⁹ Empowerment, développement et féminisme : entre projet de transformation sociale et néolibéralisme | Cairn.info

¹²⁰ Les échanges entre pairs contribuent-ils à l'autodétermination des individus ? De quelles manières ? | Cairn.info

a) Les Ateliers en interne aux ACT

Les Ateliers en co animation avec un professionnel et un résident peuvent être un bon moyen de valoriser les compétences de chacun, la confiance et la collaboration. Le coordinateur sera en charge avec l'équipe de monter et mettre en place ces ateliers.

L'exemple de l'atelier numérique

La Fondation de Nice lutte activement contre la fracture numérique, touchant particulièrement les publics vulnérables. Aux ACT, les résidents expriment des besoins en équipement informatique et en formation pour gagner en autonomie, notamment dans les démarches administratives. Les professionnels constatent souvent un manque de compétences numériques chez les résidents, qui dépendent de leur aide. Pour y remédier, il serait pertinent d'aménager la salle commune inutilisée avec des ordinateurs et imprimantes, offrant ainsi un accès aux outils nécessaires. Un atelier informatique, animé par un professionnel en collaboration avec un résident compétent, pourrait également être proposé et être étendu à l'ensemble des personnes accueillies par le domaine d'activité (ACT, CSAPA, CAARUD). Je développerai des partenariats locaux pour offrir des outils et des formations informatiques aux résidents des ACT, notamment avec l'Association Actif Azur, qui reconditionne et vend des ordinateurs à prix réduit.

A l'instar de l'atelier numérique, d'autres ateliers permettant l'autonomie et la participation pourront être proposées : atelier gestion budgétaire, habiletés sociales etc... Sur la base du volontariat, les résidents pourront s'impliquer dans la vie du service, valorisant ainsi leurs compétences à travers les ACT. Cette approche, alignée avec le DPA, vise à soutenir les projets des usagers tout en respectant leur autonomie. Le coordinateur jouera un rôle clé, en lien avec l'équipe, et je collaborerai avec lui pour appuyer cette démarche. Ces initiatives contribueront également à développer les compétences sociales nécessaires pour favoriser l'autonomie et l'insertion des résidents. En effet, « *le gain de compétence sociale pour une personne [...] en difficulté sociale sera toujours un gain d'indépendance et un atout pour son intégration sociale.* » (DUTRENIT, 1997 : 138).

b) Les ateliers et les activités pour faire vivre le partenariat au sein de la FDN

Plusieurs services de la FDN peuvent compléter et enrichir l'accompagnement des personnes accueillies aux ACT, en favorisant l'accès à une plus grande autonomie. En fonction des besoins et des envies exprimés et évalués, je souhaiterai développer une plus forte synergie au sein de la Fondation de Nice en réponse aux attentes. Des ateliers de « repas thérapeutiques » sont proposés par l'épicerie solidaire, ils sont ouverts à toutes les personnes accompagnées par la FDN. D'autres ateliers, pour le retour à l'emploi progressif, sont initiés par le DAS « Accès à l'emploi ». Le

CSAPA et le CAARUD, proposent des ateliers d'éducation thérapeutique au sujet des addictions et des conduites à risques. J'aimerais développer avec le service Migrants, un atelier sur le droit des étrangers. La participation et la co animation à certains ateliers de la FDN qui sont de grandes ressources permettraient aux personnes de développer des compétences et des moyens pour renforcer leur autonomie et leur estime de soi.

Pour concrétiser ces collaborations, des rencontres seront organisées entre directeurs, chefs de service/coordonateurs pour réfléchir et mettre en œuvre des projets communs. Les équipes de terrain pourront se rencontrer également afin d'améliorer la coopération, échanger sur les accompagnements et partager leurs compétences.

c) Des ateliers et de la participation à l'extérieur de la Fondation

Des ateliers et formations offerts par des acteurs locaux, comme le CODES 06 et les services hospitaliers, permettent aux résidents d'acquérir des compétences en dehors des ACT. La participation à des réunions et groupes de travail externes me semble importante pour renforcer leur pouvoir d'agir, et j'encouragerai l'équipe à les y intégrer et à les accompagner.

La FSH, qui regroupe la majorité des ACT en France, organise des séminaires nationaux pour les résidents, abordant des thèmes tels que la participation à la vie de la structure et la préparation à la sortie de l'établissement. Il serait pertinent de proposer aux résidents volontaires d'y participer, accompagnés par un professionnel. La FSH, engagée dans la participation du public, offre une aide financière pour couvrir les frais de déplacement et d'hébergement, ce qui sera prévu dans notre budget.

En tant que directrice, je me dois d'entretenir des liens avec les Fédérations nationales en lien avec le public accueilli aux ACT afin de maintenir une veille sur les orientations stratégiques et actualités qui pourraient améliorer l'accompagnement des personnes.

Tous les deux ans, l'équipe participe au séminaire national de la FSH, où la participation des résidents pourrait être bénéfique. Mon engagement dans cette démarche s'est renforcé après avoir vu l'impact des témoignages de résidents lors du dernier colloque¹²¹, soulignant l'importance de leur sentiment d'appartenance citoyenne soutenu par l'établissement.

Au-delà de ce séminaire, d'autres instances organisent régulièrement des rencontres d'usagers d'ESMS au niveau régional et national, où la participation des résidents sera encouragée. L'équipe pourra identifier ces opportunités. Exposer les personnes à ces situations pourra renforcer leur confiance en soi et leur capacité à s'exprimer.

J'engagerai un budget, en collaboration avec le DAF, en dehors du plan de formation, afin de permettre ce projet de participation des personnes accompagnées.

En multipliant les occasions de participation et en valorisant leurs compétences, nous renforcerons l'estime de soi des résidents, indispensable à leur autonomie, leur

¹²¹ 27^{ème} Colloque de la Fédération Santé Habitat-2024- Précarité, santé et territoires, quelles coopérations ?
Marianne AUTUORI - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2024

responsabilisation, et leur inclusion durable. L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est un point important pour le public mais aussi pour la conformité de l'établissement aux attentes des financeurs.

3.5 Accompagner le public dans le dispositif hors les murs

Le projet de développement du dispositif « *hors les murs* » repose essentiellement sur la réponse à l'appel à candidature. Ce dispositif existe déjà dans le service des ACT et a montré sa plus-value pour un accompagnement efficace et durable à la sortie. En plus de l'opportunité de l'appel à candidature, les différents éléments dans mon diagnostic notamment au niveau des besoins des personnes accompagnées et ceux des professionnels m'ont convaincu me positionner sur le développement de ce dispositif.

3.5.1 Un nombre insuffisant de places hors les murs

a) Au sein du service des ACT

Comme vu en 2.1.3, seule la FDN s'est positionnée et possède des places « *hors les murs* » sur le département d'implantation. A ce jour, les 3 places, ne permettent pas de répondre à la demande croissante du public accompagné ni du territoire. De plus, afin d'envisager une logique de parcours¹²² dans le but d'une inclusion durable, la création de nouvelles places « *d'hors les murs* » me semble une solution pertinente. Le diagnostic a permis de souligner l'importance de l'articulation entre les 2 dispositifs « *hébergement* » et « *hors les murs* ».

En effet, les ACT « *hébergement* » ont 39 places à ce jour et de nombreux résidents souhaitent être accompagnés à leur sortie (compte rendu groupe d'expression 2022,2023). De plus, comme évoqué en 2.2.6, 16 personnes sorties des ACT ont été vu en 2023 par les professionnels de manière non officielle (dont 10 qui étaient sorties depuis plus d'un an). J'estime donc à 15 le nombre de place « *hors les murs* » nécessaires avec un taux d'occupation de 90 % dès la première année.

b) Au niveau du territoire

Le public sortant des ACT fait face à un manque de dispositifs adaptés à ses besoins spécifiques en raison de la singularité et de la complexité de sa situation. Bien que des dispositifs pour le public à difficultés spécifiques existent, comme les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ou les Services d'accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), ils sont souvent saturés ou n'acceptent pas ces personnes faute de « notification MDA ».

¹²² Annexe I : CONCEPTS e) le parcours

Concernant le soutien médical, les SSIAD offrent des soins à domicile, mais ne couvrent pas les besoins sociaux. Les pensions de famille et les résidences accueil, malgré leur utilité, présentent souvent des critères d'admissibilité incompatibles avec le public des ACT et ne répondent pas toujours aux préférences individuelles en matière de vie collective. L'équipe des ACT rencontre des difficultés pour trouver des relais permettant une continuité de parcours pour ce public, ce qui explique pourquoi certains bénéficiaires continuent de solliciter de l'aide auprès des professionnels de l'équipe. Les ACT « *hors les murs* » ont montré leur efficacité dans le suivi des personnes sortantes des dispositifs d'hébergement, comme l'indique le Bilan National de la FSH¹²³.

À l'avenir, le dispositif « *hors les murs* » pourrait élargir ses missions pour mieux répondre aux problématiques locales, notamment pour les personnes sans domicile stable ou en attente de places en ACT.

3.5.2 Mise en œuvre du développement du dispositif hors les murs

a) Le public cible

Dans un premier temps, ce dispositif s'adressera aux personnes accueillies aux ACT « *hébergement* » de la FDN qui obtiennent un logement pérenne qui en font la demande et à celles sorties qui ont des demandes régulières. Le coordinateur avec l'équipe de professionnels devra identifier les personnes concernées pour recueillir leur souhait d'intégrer ou non le dispositif « *hors les murs* ».

b) Territoire d'intervention

Le territoire d'intervention se limite au département des Alpes-Maritimes. L'équipe de professionnel devra se déplacer là où les personnes seront logées. Au vu de la difficulté de captation des logements sur la bande littorale, les attributions de logement par le SIAO ou le DALO peuvent se situer sur tout le département (bande littorale et arrière-pays). La recherche d'appartement par le CMH sera sur le même territoire. Le maillage territorial est donc un enjeu important du projet. Il faudra identifier les organismes sociaux et médicaux du territoire entourant le logement afin que l'équipe des ACT accompagnent correctement les personnes et permettent un relais efficace.

L'impact du temps de trajet devra être pris en compte dans la QVCT avec une réflexion d'axes de compensation de la pénibilité en collaboration avec le CSE/CSSCT. Il devra aussi être mis à jour dans le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP). Sachant que la superficie du département est de 4 300 Km², le point le plus loin est à près de 2h de Nice.

¹²³ Bilan national des ACT « *hors les murs* » 2022, Fédération Santé et Habitat, 2023, 90p

c) *Financement et budget*

L'appel à candidature diffusé permet de financer 75 places d'ACT « hors les murs » dans la région paca. Je vais donc répondre à cet appel à candidature pour un projet de 15 places. Le projet sera donc financé, pour son fonctionnement, sous forme d'une Dotation Globale annuelle de Financement par l'ARS. En considérant le financement annuel d'une place d'ACT « hors les murs » de 13860 € (budget identique à celui actuel), et l'attribution de 15 places, le budget annuel pour l'évolution du dispositif « hors les murs » est de 207 900€.

Les dépenses devront prévoir¹²⁴ :

- Les coûts de personnel ;
- Des coûts liés au transport (voitures, carburant etc..)
- Un budget permettant des aides financières aux personnes accompagnées
- des frais de bouche (alimentation pour les professionnels en déplacement)
- des frais d'activité
- Les frais annexes (communication, équipement informatique, matériels d'ergonomie pour les bureaux ...) ;

d) *L'équipe d'intervention à composer*

Actuellement, l'équipe des ACT intervient sur les deux dispositifs. En concertation avec le DAF et la DRH, dans le but d'agrandir l'équipe, je propose d'augmenter les temps partiels des professionnels en place (médecin coordinateur, infirmière et TS) s'ils le souhaitent et de procéder à des recrutements internes à la FDN, en utilisant la GEPP, ainsi qu'en lançant des appels d'offres externes. Il sera nécessaire de prévoir du temps supplémentaire pour des postes de coordinateur, travailleur social, infirmier, psychologue, secrétariat et médiateur de santé pair¹²⁵.

Les postes à temps partiel sont souvent difficiles à pourvoir. Une stratégie envisageable concernant le nouveau poste de coordinateur, notamment, pourrait être de faire évoluer un professionnel en poste pour qu'il endosse le rôle de coordinateur tout en conservant une partie de ses missions premières. Les postes à temps partiel pourraient être proposés aux employés actuels de la Fondation de Nice souhaitant compléter leur temps de travail. Les nouveaux professionnels recrutés prendront place dans les bureaux existants non occupés et pourront également partager des bureaux avec d'autres membres de l'équipe.

e) *Modalités d'intervention et réorganisation de service*

L'équipe continuera de fonctionner comme actuellement, avec des interventions médico-psycho-sociales à domicile ou au bureau. Cependant, d'après mes observations, les

¹²⁴ Annexe IX: budget prévisionnel

¹²⁵ Annexe X : organigramme prévisionnel

demandes d'interventions sont plus fréquentes au début de l'ACT « *hors les murs* ». Les coordinateurs devront donc adapter l'organisation aux différents rythmes d'accompagnement lors de la transition de l'« *hébergement* » au « *hors les murs* » afin de fluidifier au mieux le parcours des personnes. Une réorganisation des modalités d'accompagnement est également nécessaire pour les personnes en ACT « *hébergement* » souhaitant passer en ACT « *hlm* ». Les démarches sociales et la recherche de logement, qui seront intenses en début de parcours pour respecter la durée de séjour de 18 mois, devront être intégrées dans l'organisation.

Les relogements pouvant se faire dans tout le département, un travail sur l'organisation des références et des accompagnements, en fonction des zones géographiques (Est, Ouest, Nord, Centre, Sud) « *hébergement* » et « *hors les murs* » confondus, devra être prévu. Une rotation des références permettra à chaque professionnel de couvrir toutes les zones et d'accompagner chaque personne au moins une fois pendant les 18 mois premiers mois. Je serai très vigilante aux difficultés éprouvées par l'équipe, en particulier durant les premiers mois de mise en œuvre.

Enfin, il sera essentiel de développer les partenariats et le maillage territorial avec les professionnels et organismes locaux pour assurer un accompagnement optimal dans l'environnement de vie des personnes.

3.5.3 Planifier, communiquer et évaluer : une combinaison fondamentale dans la mise en action du projet

Ces trois notions s'intègrent parfaitement à la conception de la conduite de projet de Jean-Pierre Boutinet, dont je me suis inspirée. Ce sont des principes clés qui tendent un projet vers sa réussite.

Boutinet définit le projet comme un processus structuré visant à « *formaliser une finalité* »¹²⁶, c'est-à-dire à transformer des intentions implicites en objectifs explicites et concrets. Selon lui, un projet ne doit pas se limiter à une simple déclaration d'intentions, mais doit être conduit de manière méthodique à travers quatre phases fondamentales. Ces phases constituent le socle sur lequel j'ai choisi de m'appuyer pour mener à bien ce projet, car elles permettent de garantir une progression cohérente et structurée, assurant ainsi que le projet atteigne ses objectifs de manière efficace et réfléchie.

➤ Une phase de conception (2023)

La phase de conception, selon Jean-Pierre Boutinet, est un moment de réflexion stratégique où le projet prend forme de manière généraliste (Qu'est-ce que le projet ?) :

¹²⁶ BOUTINET JP, *Anthropologie de projet*, 1993, Paris : PUF, 405 p.

quels sont les besoins, les solutions possibles, pour quels objectifs, quels sont les enjeux, les risques ?

Depuis avril 2023, le coordinateur et moi-même organisons des temps de réflexion avec les professionnels et les personnes accueillies au sujet des documents de la loi 2002, de la participation, de l'accompagnement vers l'autonomie etc... Tous à notre niveau de responsabilité, nous participons à des rencontres avec la FSH¹²⁷, les partenaires territoriaux comme l'ARS, psychiarité et le SIAO. Des réflexions ressortent de ces travaux, ce qui constitue la base de ce projet et participe au diagnostic. J'ai partagé fin 2023 au CODIR et au CA, l'idée générale et stratégique de mon projet qui a été validée sur le principe par son inscription dans la vision stratégique de la FDN.

➤ Une phase d'organisation et de planification (janvier 2024 à juillet 2024)

C'est dans cette phase que se déploie la stratégie, le style, les valeurs du manager. Cette phase vise à structurer concrètement le projet, en transformant les idées et objectifs en actions pratiques et réalisables. C'est à ce stade que le COPIL et le « COPIL qualité » ont été constitués et qu'ils commenceront leurs missions.

Je vais donc ici détailler la forme du projet :

Le COPIL identifie les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires pour atteindre les objectifs du projet, en définissant la répartition des rôles et responsabilités. Le calendrier détaillé a été élaboré, incluant les tâches à accomplir et les échéances, s'étendant jusqu'à fin 2025 ce stade. A ce stade, l'identification des enjeux et des risques est formalisée. La coordination des actions est assurée par le coordinateur et moi-même qui veillons à l'organisation et à la bonne communication au sein de l'équipe. Le COPIL et le COPIL qualité suivent et évaluent l'avancée du projet, proposant des ajustements si nécessaire. Enfin, le projet construit a été présenté en collaboration avec la Directrice générale, au CA qui l'a validé au premier semestre 2024, permettant ainsi le passage à la phase opérationnelle après l'envoi de ma réponse à l'appel à candidature.

➤ Une phase opérationnelle et d'exécution (Juillet 2024 à décembre 2025)

C'est la phase la plus longue et c'est ici que nous en sommes en septembre 2024. Nous attendons la réponse de l'ARS sur le projet de développement du dispositif « hors les murs ».

En attendant, les groupes de travail constitués, se réunissent selon le calendrier défini et peuvent travailler sur la réorganisation des modalités d'accompagnement pour favoriser l'autonomie et la participation (PE, outils lois 2002-2, ateliers interne/externe, etc.). Cette période sera ponctuée par des temps de réflexion, des réunions institutionnelles et de

¹²⁷ Entretien réalisé avec le coordinateur de la FSH en mai 2023 sur le thème des ACT « hors les murs »

restitutions. C'est dans cette période que seront prévues les formations sur les approfondissements du DPA ainsi que la formation pour le coordinateur en place. Les recrutements de la CESF et du CMH qui sont sur le financement déjà existant de « *l'hébergement* » auront lieu dans cette période. S'il y a une réponse positive à l'appel à candidature pour le « *hors les murs* », une seconde période de recrutement aura lieu pour compléter l'équipe. Les COPIL suivent et évaluent l'avancée du projet et proposeront des ajustements si des écarts par rapport au plan initial sont détectés.

➤ Une phase d'évaluation :

Cette phase prend place tout au long des différentes étapes. Le COPIL qualité se charge des évaluations intermédiaires et des propositions de rectifications si besoin. Je proposerai des indicateurs¹²⁸ au COPIL qualité pour concevoir un tableau bord pertinent pour les évaluations périodiques et de fin de projet. Mon objectif est d'inscrire l'équipe des ACT dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Ce projet a été une opportunité pour moi en tant que directrice de redonner du mouvement, du sens et de placer toutes les parties prenantes à leur bonne place dans un objectif commun d'inclusion durable pour les personnes accompagnées. La partie réorganisation des modalités d'accompagnement, je l'espère n'aura pas de fin mais se perpétuera dans le temps par les réflexions de chacun. Cela sera le signe pour moi que la culture de l'amélioration continue de la qualité de l'offre du service rendu est effective.

¹²⁸ Annexe XI : Plan d'évaluation et indicateurs

Conclusion

Le « Développement du Pouvoir d'Agir », l'autonomie et la participation des personnes en situation de précarité dans le but d'une continuité et d'une fluidité de parcours sont autant d'orientation prises par les politiques publiques, en particulier, celle du logement d'abord. C'est une nouvelle dynamique que le secteur médico-social doit impulser, notamment les établissements d'hébergement temporaire.

Les ACT doivent s'inscrire dans ces mouvements. Aussi, les modalités d'accompagnement favorisant le parcours du public de l'hébergement au logement doivent être repensées dans le but d'une inclusion durable dans la société. Les ACT doivent devenir un espace de transition où les personnes peuvent recouvrer ou créer des facultés indispensables pour leur vie en autonomie future.

En tant que directrice, je dois donc impulser, donner un sens et des moyens à l'accompagnement médico-social d'aujourd'hui pour l'équipe des ACT et le public accompagné. C'est dans ce sens que le projet de pilotage du développement du dispositif « *hors les murs* » prend forme. Il suscite un intérêt certain aux personnes accompagnées, aux professionnels mais aussi à la Fondation de Nice par son inscription sur le territoire renforçant son opérationnalité.

Le projet initié est en partie dépendant du financement de l'ARS concernant le « *hors les murs* » mais le travail de révision de l'accompagnement dans le but de favoriser l'autonomie et l'inclusion est nécessaire et est à coût constant. Il permet une inscription stratégique et une dynamique nouvelle aussi bien pour les professionnels que pour les résidents. Néanmoins, je m'attends à ce que les changements prévus soient très impactants pour les professionnels et pour le public, avec une potentielle résistance en réponse.

La conjoncture actuelle présage de plus en plus de demandes car la pauvreté augmente ainsi que les maladies chroniques, dues au vieillissement de la population et à l'avancée des traitements. Un élargissement des missions du service des ACT pourra être déployée à l'avenir.

Enfin, en s'appuyant sur les professionnels de sa structure, un directeur avec son éthique¹²⁹, son engagement dans le travail collaboratif et la défense de la bientraitance, doit sans cesse imaginer ce que sera sa structure demain.

Je terminerai sur ces paroles « N'est-ce pas une des tâches les plus passionnantes, exaltantes, nobles que de former, guider, entraîner, manager, faire évoluer les hommes pour leur épanouissement et celui de la société qui les emploie » (Robert Proix, 1994)¹³⁰.

¹²⁹ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles- « le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux »- Anesm-

¹³⁰ Plaidoyer de 1994 de Robert Proix, président de l'Arseg, contre l'externalisation

Bibliographie

OUVRAGES CONSULTÉS

« *Les métiers de l'encadrement dans le travail social* » - Les cahiers du travail social n°72-
Juin 2013

Benamouzig Daniel, *Des mots pour le dire : exclusion et précarité, catégories d'action publique* ; extrait de *Précarité et Santé*, Lebas J. et Chauvin P. ,éd. Flammarion.

BOUTINET JP, *Anthropologie de projet*, 1993, Paris : PUF, 405 p.

Colombat, Lamarre (2012), *Qualité de vie au travail et management participatif*. (éditions), 217 p. j- 3.3 colo

Coulaty, B. (2018). *Engagement 4.0: Pour une expérience durable au travail, avec et par les collaborateurs*. EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.coula.2018.01>

Dutrenit (1997), *La Compétence Sociale, Diagnostic Et Développement*. Ed. L'Harmattan
La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Recueil des pratiques et témoignages des acteurs, ANESM, Septembre 2014, 108p.

LÖCHEN V., *Comprendre les politiques sociales*, 5ème édition, DUNOD, 2016, 458p.

Maslow, « *A Theory of Human Motivation* », publié originellement dans *Psychological Review*, 50, 1943, p.370-396.

MIRAMON J-M., 2009. *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, Presses de l'EHESP, 152pp. (citation p.132)

Padgett, D. K. (2007) *There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States*, *Social Science & Medicine*, 64 (2007), pp. 1925-1936

Rapport de l'Observatoire des inégalités 2022

Recommandation des bonnes pratiques professionnelles « *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* », Anesm, 2018

Recommandation des bonnes pratiques professionnelles : *pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*, Anesm, 2018

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles- « *le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* »- Anesm- 2018

Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé- Pratiques et Organisation des Soins 2010/4 (Vol. 41), pages 313 à 321

RAPPORTS ET PLANS CITES

Bilan 2020 du Logement d'abord- Dihal

Bilan national 2022 d'ACT « hébergement » -fédération santé habitat

Bilan national 2022 d'ACT « hors les murs » - fédération santé habitat

Bilan national des ACT « hors les murs » 2022, Fédération Santé et Habitat, 2023, 90p

Bloc-notes de l'Observatoire Economique de Paris, INSEE, Paris, Journal Officiel, 1987

Denis Piveteau (2022) *Experts,acteurs,ensemble... pour une société qui change*

Evaluation externe des ACT de la Fondation de Nice, PINET-COLIN, Cabinet CRIP, Juillet 2018, 198p.

Fondation Abbé Pierre (2006), 12e rapport sur l'état du mal-logement en France

Fondation Abbé Pierre (2021) 6e rapport sur l'état du mal-logement en France 2021. *Les chiffres du mal-logement.Paris: Fondation Abbé Pierre;*

Fondation Abbé Pierre (2022) 27e Rapport annuel sur l'état du mal-logement,

L'évolution de la précarité selon l'âge et le sexe (2023) – Observatoire des inégalités-

La précarité du travail a été multipliée par deux en quarante ans (2022)- Centre d'observation de la société -

Plan National d'Action pour l'Inclusion, 2007

Plan quinquennal pour le logement d'abord, 2018 – 2022, 2018, Ministère de la Cohésion des Territoires

Plan quinquennal pour le logement d'abord, 2018 – 2022, 2018, Ministère de la Cohésion des Territoires

Rapport d'activité 2017, Médecins du Monde Alpes-Maritimes, Avril 2018, 61p

Rapport d'activité 2023 de la Fondation de Nice – PSP – ACTES, 2024, 56p

Rapport d'activité 2023 des ACT, 2014, 32p

Rapport d'enquête QVT- 2021- Fondation de Nice,48p – 42p

Rapport de l'Observatoire des inégalités (2020, *Combien compte-t-on de personnes sans domicile fixe en France*

Rapport de l'Observatoire du décolonialisme-2022-

Rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de dépendance

Rapport de l'institut Montaigne 2022

Rapport sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux du 26 octobre 2016

ARTICLES ET AUTRES CONTENUS

1970 : La débrouille des SDF à Paris | Archive INA (vidéo)

27^{ème} Colloque de la Fédération Santé Habitat-2024- Précarité, santé et territoires, quelles coopérations ?

Accompagner les familles précaires touchées par le VIH/SIDA (2017), *La santé en action- n°42*

Ayano G, Shumet S, Tesfaw G, Tsegay L.(2020) A systematic review and meta-analysis of the prevalence of bipolar disorder among homeless people. *BMC Public Health* :73

Catherine Etienne, (2019) *Journée d'étude CREA I B-F-C -*

Colin Pascal, (2001) Un enjeu de transformation sociale- Les appartements de coordination thérapeutiques- *revue du SNASEA*

Daniel Fayard, « Jacques Généreux, La dissociété », *Revue Quart Monde* [En ligne], 201 | 2007/1, mis en ligne le 01 août 2007, consulté le 12 aout 2024. URL : <https://www.revue-quartmonde.org/9149>

Dr Bernard LEDESERT (2013), Liens entre précarité énergétique et santé : analyse conjointe des enquêtes réalisées dans l'Hérault et le Douaisis, *Directeur technique études CREA I-ORS LR*

Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*. 2007(11):24-33

Hottois, G. (1996). Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction. *Laval théologique et philosophique*, 52(2), 489–498. <https://doi.org/10.7202/401006ar>

Insee, recensement de la population - SOeS, *répertoire du parc locatif social - Caf Paca - Traitement Dros*.

J.M. Twenge, K.R. Catanese et R.F. Baumeister, (2003) « Social exclusion and the deconstructed state: time perception, lethargy, lack of emotion and self awareness », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. LXXXV

Laporte A., Détrez M-A., Douay C., Chauvin P (2011): « *Prévalence des troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France* », SAMENTA, *Journée de veille sanitaire*

Le Bossé, Y. (1998). Introduction à l'intervention centrée sur le pouvoir d'agir. *Cahiers de la recherche en éducation*, 5 (3), 349–370. <https://doi.org/10.7202/1017126ar>

Le Bossé, Y. (2004). Vous avez dit "empowerment" ? De "l'habilitation" au "Pouvoir d'Agir" vers une définition plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16 (2)

LOUBAT, J. (2006). Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines. *Empan*, 2006/1 no 61. pp. 24-29. <https://doi.org/10.3917/empa.061.29>

MCMULLIN, C (2019). La coproduction des services publics : tour d'horizon d'un concept. *Action publique. Recherche et pratiques*, 2019/1 N° 2. pp. 12-21. <https://doi.org/10.3917/aprp.002.0012>.

Moreau de Bellaing, Louis et Guillou, Jacques, (1995) Les sans domicile fixe un phénomène d'errance, *Paris, L'Harmattan*

Mortalité des personnes sans domicile 2012-2016, *Enquête Dénombrer et Décrire, Collectif Les morts dans la rue, Novembre 2017*

Pamela Herd et Donald Moynihan, (2019) Fardeau administratif

Portrait socio-économique du département des Alpes-Maritimes-*Pôle emploi-2020*

Rappaport, J. (1987) Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>

Regards croisés sur la bientraitance, (2012) *HAS, auto-évaluation*

Repper, J., & Perkins, R. (2003). "Social inclusion and recovery: A model for mental health practice."

Robert Proix (1994) Plaidoyer de 1994 contre l'externalisation

Stéphane Korsia-Meffre (2017), VIH : espérance de vie quasi normale dans les pays riches en raison d'améliorations récentes

Taux de turnover des employés : quel serait le chiffre idéal ? (2021)- *livre blanc- Hunteed*

Trajectoires et parcours des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale- *Actes du séminaire de recherche comité scientifique du CNLE – DREES, octobre 2021 (colloque)*

Wresinski J., (1987) « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », *Paris, Journal* p. 14

LOIS, DECRETS, CIRCULAIRES

Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale

Loi n°50-854 du 21 juillet 1950 AUTORISATIONS DE DEPENSES POUR OPERATIONS PREVUES AU PLAN DE MODERNISATION. JORF du 23 juillet 1950

Loi n° 57-908 du 7 août 1957 tendant à favoriser la construction de logements et les équipements collectifs

Décret n°58- 1464 du 31 décembre 1958 relatif aux zones à urbaniser par priorité

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi n°74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale

Réforme de la politique du logement de Raymond Barre, Loi n°77-1 du 3 janvier 1977 relative au maintien des aides publiques à l'investissement

Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion

Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Circulaire n° 45 du 17 juin 1993 relative au renforcement d'action de l'Etat dans le domaine de la lutte contre l'infection VIH

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique

Circulaire DGS du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain (SRU)

Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez soi d'abord »

Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové

Décret n°2020-1745 du 29 décembre relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures LHSS, LAM et ACT

Code de l'action sociale et des familles-alinéa 9 de l'article L.312-1

Loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986

Décret n° 2016-1362 du 12 octobre 2016 de la loi Santé

Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain (SRU)

Article L441-1 du code de la construction et de l'habitation

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

LIENS INTERNET :

[À la une | Coopération nordique \(norden.org\)](http://norden.org)

[De meilleures politiques pour une vie meilleure | OCDE \(oecd.org\)](http://oecd.org)

[Empowerment, développement et féminisme : entre projet de transformation sociale et néolibéralisme | Cairn.info](http:// Cairn.info)

<http://www.Anil.org>

<https://capital.fr/votre-carriere/management-participatif-caracteristiques-interet-et-limites-1422018>

<https://pyx4.com/blog/pilotage-de-performance-quest-lomoc-apporter/>

<https://solidarites.gouv.fr/le-non-recours-aux-prestations-sociales-en-france-et-en-europe>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>

[Insee- définition de la grande pauvreté.](#)

www.insee.fr/fr/statistiques

[L'approche DPA-PC et l'Analyse des Pratiques - Le Portail de l'Analyse des Pratiques](#)

[Les échanges entre pairs contribuent-ils à l'autodétermination des individus ? De quelles manières ? | Cairn.info](#)

[National Strategy to Reduce Homelessness » \(oecd.org\)](#)

TRAVAIL ACADEMIQUE

Tudrej B., (2007), Précarité, analyse d'un concept, Mémoire pour Recherche en Ethique Médicale : Université René Descartes Paris V, 50 p.

Liste des annexes

<i>Annexe I : Concepts</i>	<i>II</i>
<i>Annexe II : Organigramme FDN</i>	<i>V</i>
<i>Annexe III : Etapes de l'accompagnement</i>	<i>VI</i>
<i>Annexe IV : Caractéristiques public accueilli</i>	<i>VII</i>
<i>Annexe V : Matrice SWOT</i>	<i>VIII</i>
<i>Annexe VI : Enjeux et risques du projet</i>	<i>IX</i>
<i>Annexe VII : Planning des actions à mettre en œuvre</i>	<i>X</i>
<i>Annexe VIII : Plan de communication</i>	<i>XIII</i>
<i>Annexe IX : Budget prévisionnel annuel des ACT hors les murs</i>	<i>XIV</i>
<i>Annexe X : Organigramme prévisionnel ACT</i>	<i>XVI</i>
<i>Annexe XI : Indicateurs pour évaluations</i>	<i>XVII</i>

Annexe I : Concepts

a) Développement du pouvoir d'agir et autodétermination

Les concepts de "développement du pouvoir d'agir" (DPA) et d'"autodétermination" partagent plusieurs points communs, mais ils présentent aussi des différences notables.

Voici un tableau récapitulatif pour mieux comprendre ces similitudes et divergences :

Aspect	DPA	Autodétermination
Définition	Renforcement de la capacité des personnes à agir sur leur environnement et à participer activement à la prise de décisions qui les concernent.	Capacité des individus à faire des choix et à exercer un contrôle sur leur propre vie
Origines théoriques	Inspiré par la psychologie du travail (Yves Clot) et les théories de l'empowerment.	Inspiré par les mouvements internationaux de défense des droits des personnes en situation de handicap, notamment en Amérique du Nord (Michael Wehmeyer)
Objectifs principaux	Accroître l'autonomie, la compétence et la participation active des personnes.	permettre aux individus de faire des choix libres et informés et de contrôler les aspects cruciaux de leur vie
Méthodes	Approches participatives, implication des usagers dans les décisions, valorisation des compétences et savoirs des usagers	Promotion du choix et de la prise de décision, soutien à l'auto-représentation et à l'autonomie personnelle.

Le développement du pouvoir d'agir :

Cette manière de voir le travail social prend ses racines dans l'« Empowerment », né aux Etats-Unis au début du XXème siècle et qui s'appuie sur l'autonomisation et la responsabilisation des individus et des groupes. Les minorités (races, femmes, ...) revendiquent alors le pouvoir et l'accès aux décisions politiques. Il s'agit de résoudre des

problématiques de terrain avec les moyens existants et à partir des propositions des personnes directement concernées par le problème.

En 1987, RAPPAPORT J.¹³¹ donne la définition suivante de l'Empowerment : il s'agit d'« *un processus, un mécanisme par lequel les personnes, les organisations, et les communautés acquièrent le contrôle des évènements qui les concernent* ». Le professionnel n'est donc plus celui qui sait, il doit revoir sa posture, sa relation avec la personne accompagnée. Il n'exerce plus un « pouvoir sur », mais un « pouvoir avec ».

LE BOSSE¹³² a traduit le concept d'Empowerment en « Développement du Pouvoir d'Agir » dans le cadre du travail social. Il insiste alors sur le fait qu'en permettant à la personne d'être acteur des changements, elle peut s'en attribuer les mérites, et ainsi développer sa confiance en elle-même et améliorer son image personnelle.

b) La citoyenneté

La citoyenneté est employée ici en lien avec les droits des usagers. Elle repose sur la reconnaissance des droits et des devoirs des personnes malgré leur état de vulnérabilité. Cela implique, le respect des droits fondamentaux (droit au respect de la dignité et de l'intégrité, droit à la confidentialité, droit à l'autonomie, droit à la protection) mais aussi le développement de la participation active, l'accès à l'information et le droit aux revendications et aux recours

c) L'éthique

Ethique de responsabilité ou éthique du succès : L'éthique de la responsabilité se caractérise par l'attention aux moyens dans une double perspective : en ce qui concerne leur efficacité pratique, opératoire (car c'est bien la fin qui justifie les moyens) d'une part, en ce qui concerne les conséquences, d'autre part. Le souci d'efficacité encourage le pragmatisme, le compromis, une tendance à réajuster moyens et finalités selon les aléas de l'action, à redessiner les contours du but visé.

Ethique de conviction ou éthique absolue : Elle relève de la rationalité axiologique, c'est-à-dire qu'elle se soucie exclusivement de ne pas trahir une valeur, de ne pas transgresser une norme (par exemple, la vérité et dire la vérité, la bonté et ne jamais user de la force, etc.). L'éthique de la conviction réclame la pureté absolue des moyens et s'accommode de

¹³¹ Rappaport, J. (1987) Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>

¹³² Le Bossé, Y. (2004, printemps). Vous avez dit "empowerment" ? De "l'habilitation" au "Pouvoir d'Agir" vers une définition plus circonscrite de la notion d'empowerment.. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16 (2)

l'indifférence à l'égard des conséquences. Ce n'est donc pas l'efficacité qui prime, c'est-à-dire le triomphe matériel d'une valeur, mais son respect par celui qui agit et tout au long de son action

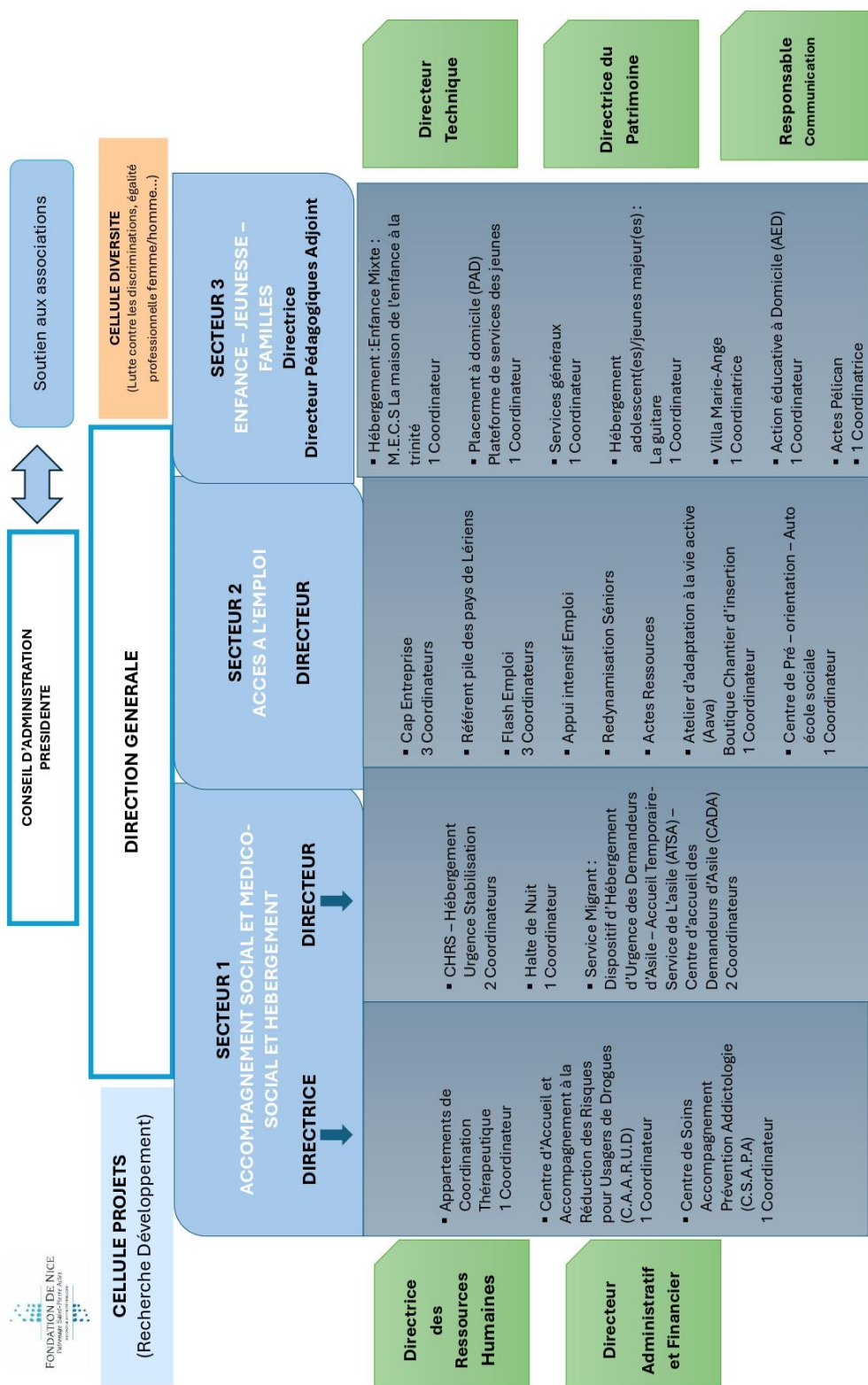
d) Le « Savoir habiter »

"Le savoir habiter" fait référence à la capacité d'une personne à vivre de manière autonome et adaptée dans son environnement, en tenant compte de ses besoins spécifiques, de ses limitations et des ressources disponibles. La Fondation de Nice a organisé des groupes de travail en vue d'une co production de fiche repère sur le « savoir habiter ».

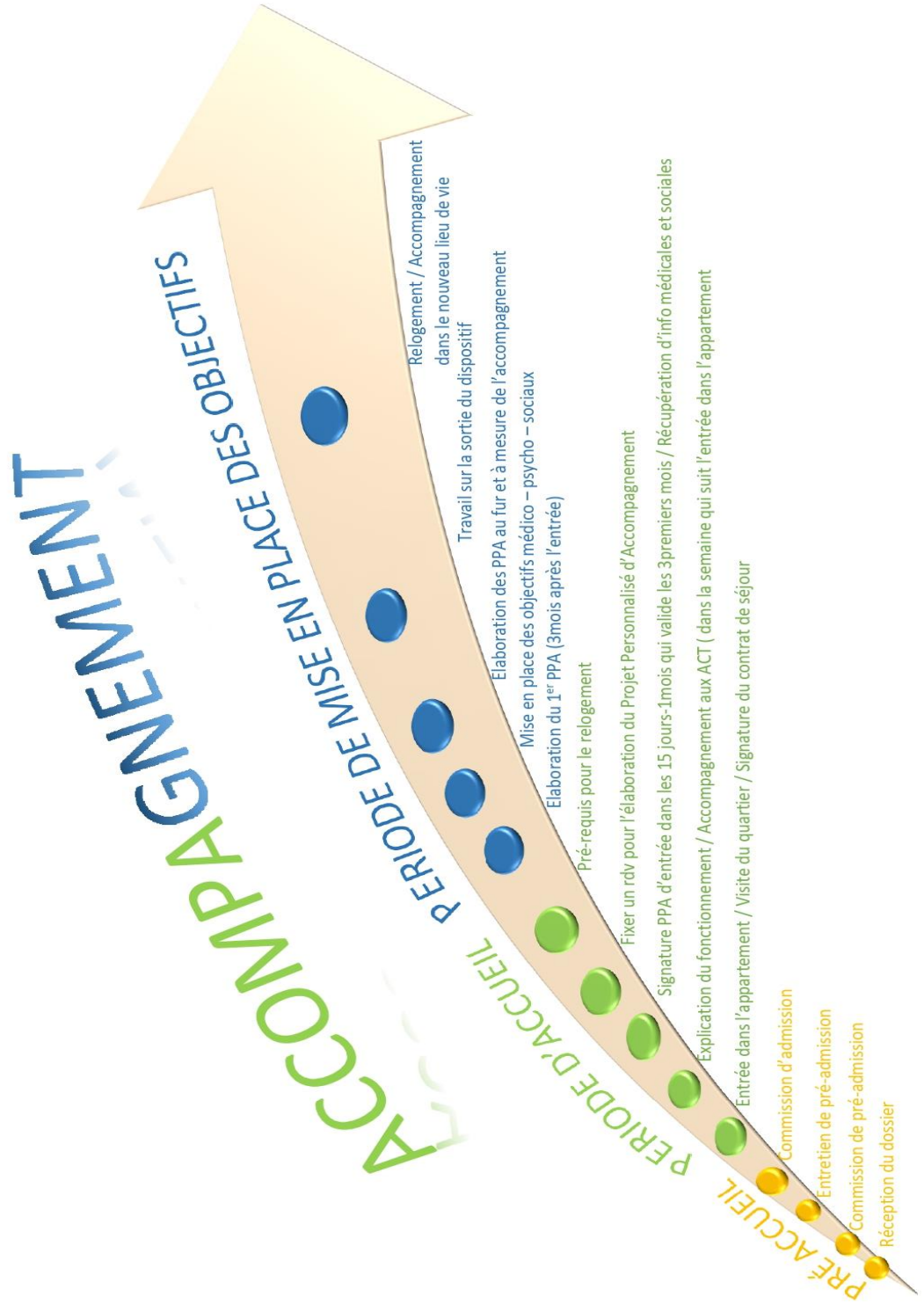
e) Le parcours

Le parcours pourrait être défini comme un ensemble cohérent d'étapes et d'actions visant à répondre aux besoins d'une personne tout au long de son parcours d'accompagnement. Ce concept est de plus en plus employé notamment dans les secteurs du handicap et du vieillissement. J'emploi ce terme ici comme l'idée que les personnes accompagnées passent des étapes dans une continuité de leur projet, sans rupture d'accompagnement.

Annexe II : Organigramme Fondation de Nice



Annexe III : Etapes de l'accompagnement



Annexe IV : Caractéristiques du public accueilli

Figure 1 : TRANCHES D'AGE DES PERSONNES ACCOMPAGNEES EN 2023

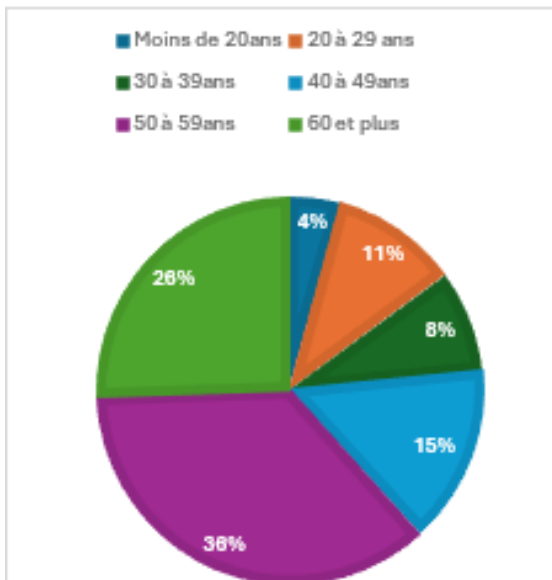


Figure 2 : PATHOLOGIES DES PERSONNES DES ACT EN 2023

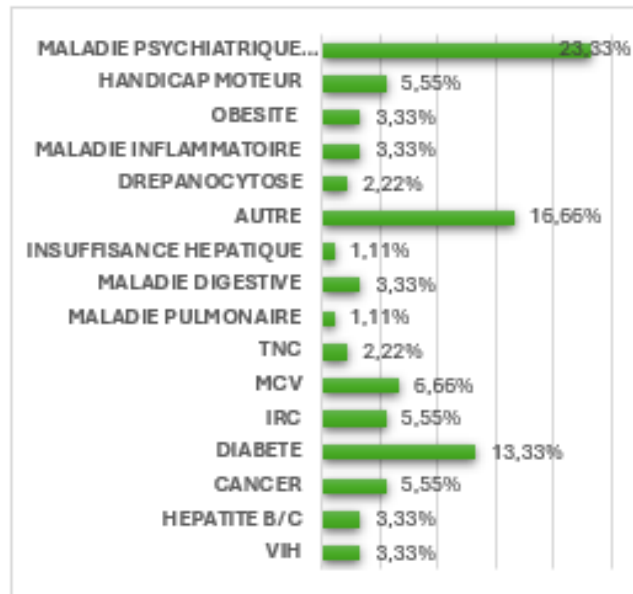


Figure 3 : TYPE D'HÉBERGEMENTS AVANT L'ADMISSION SUR LES ANNÉES 2021 - 2022 - 2023

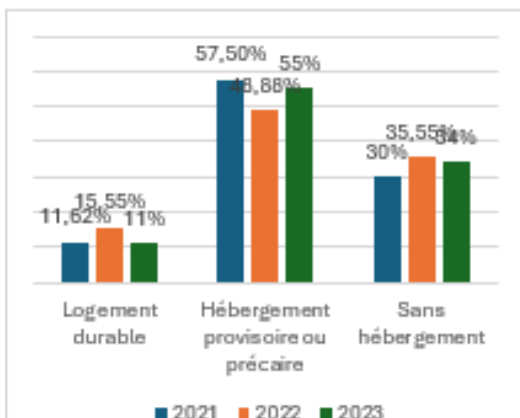
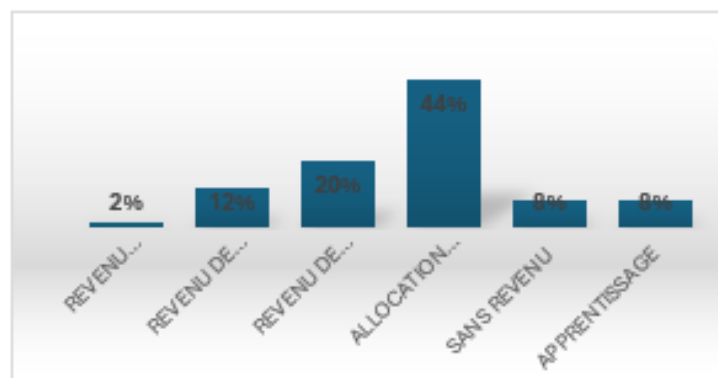


Figure 4 : RESSOURCES PRINCIPALES DES PERSONNES ACCUEILLIES AUX ACT EN 2023



Annexe V : Matrice SWOT

<p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'encadrement équilibré • Bonne condition de travail • Equipe pluridisciplinaire et hétérogène • Bon climat social • Equipe motivée • Beaucoup de formation/Evolution des pratiques <p>Accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement très personnalisé • Réactivité de l'équipe • Appartement dans le diffus majoritairement au centre de Nice • Dotation généreuse <p>Pilotage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonctions supports étayées • Gouvernance et direction générale d'expérience et connaissance des enjeux du territoire • Confiance et soutien l'innovation • Culture de la participation et de la collaboration • Bonne image de la Fondation de Nice 	<p>Ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipe lassée/fatiguée en perte de sens (management, complexité du public, évolution des pratiques) • Turn-over important • Pas de compétences dans l'équipe en gestion budgétaire ni en immobilier • Peu de participation <p>Accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Public complexe et très hétérogène • Attente de 2 ans pour admission • Non-respect des critères d'admission • Appartements qui ne permettent pas de confronter la réalité • Modalités ne permettant pas l'autonomie • Peu de rotation <p>Pilotage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu de structuration, de cadre pour l'équipe et les personnes accompagnées • Coordinateur pas formé
<p>OPPORTUNITÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décret peu limitant qui permet une liberté de structuration • Appel à candidature pour "hors les murs" • Partenariats à développer • Evaluation externe 2026 (modalités HAS) • Politique du logement d'abord • Alpes-Maritimes sont une zone prioritaire à développer • ARS peu exigeante et bonne relation avec la Fondation de Nice 	<p>MENACES</p> <p>Politiques publiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non respect de la loi SRU • Loi « immigration » (avenir de l'aide médicale d'Etat) • Décret peu limitant nécessitant un cadre clair de l'établissement • Restriction budgétaire <p>Territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crise du logement national • Inflation • Etablissements médico-sociaux saturés dans la région • Peu/Pas de services adaptés/formés pour le public des ACT dans le droit commun • Pas de service de suite

Annexe VI : Enjeux et risques du projet

Pour qui/ Pour quoi	Enjeux	Risques	Gestion des risques/alternatives
RH	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation de l'équipe - Redonner du sens - Implication et engagement de l'équipe - Evolution des compétences 	<ul style="list-style-type: none"> - Démobilisation - Turn over (difficulté co production) - Dégradation du climat social - Epuisement professionnel - Désorganisation - Résistance 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de satisfaction - APP - Formation - Soutien par coordo et direction - Communication claire et transparente
Personnes accompagnées	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - La participation - L'inclusion durable 	<ul style="list-style-type: none"> - Inégalité face au logement - Perte de repère - Insatisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de satisfaction - Disponibilité de l'équipe et de la direction
Partenariats et réseaux	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidifier le parcours - Vision commune - Rejoindre - Relais - Inclusion - Complémentarité des compétences - Communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs divergents - Temporalité non coordonnée - Insatisfaction - Incompréhension 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre - Négociation - Travail au tour des objectifs communs
Recrutement	<ul style="list-style-type: none"> - Varier les compétences de l'équipe - Opérationnalité pour le HLM 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de recrutement - Surcharge de travail pour l'équipe en place 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilité interne, recrutement d'étudiant en alternance, stagiaire, service civique - Appel à l'intérim
Financement/ Budget	<ul style="list-style-type: none"> - Développement hors les murs - Opportunité d'utiliser l'excédent 	<ul style="list-style-type: none"> - Réponse négative appel à candidature - Projet développement hors les murs avorté : démotivation des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Transformation place « hébergement » en « HLM » - Partie réorganisation en interne pour l'autonomie et la participation à maintenir
Hors les murs	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusion durable pour les personnes accompagnées - Couverture Territoriale - Inscription stratégique de la FDN 	<ul style="list-style-type: none"> - Réponse pas adaptée - Risques liés au long trajet (QVCT) - Difficulté à trouver des logements - Taux d'occupation faible 	<ul style="list-style-type: none"> - Elargissement des missions du HLM à un autre public (liste d'attente/ autres ESMS)
Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Création de partenariat. - Taux d'occupation du hors les murs - Donner confiance aux tutelles, à la gouvernance, aux professionnels et aux personnes accompagnées 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation faible et remise en question du financement - Perte de confiance et inquiétude - Pas d'amélioration pour l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de communication d'urgence et des procédures de notifications - Réunion institutionnelle
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Décision stratégique - Affectation des ressources - Mesures des impacts - Contrôle des risques 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvais choix - Augmentation des difficultés - Mauvaise gestion des risques 	<ul style="list-style-type: none"> - Solutions correctives à mettre en place

Annexe VII : Planning des actions à mettre en œuvre

(1/3)

ACTION	RESPONSABLE	PERSONNES CONCERNEES	ANNEE 2024				ANNEE 2025			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
CONSTRUCTION DU PROJET										
Création du COPIL	Directrice + Coordinateur	Equipe des ACT + personnes accompagnées + Partenaires + membre du CA								
Création du COPIL qualité (tableau de bord pour évaluation)	Directrice + Coordinateur	Equipe des ACT + personnes accompagnées + Partenaires + membre du CA								
Création du plan d'action	COPIL	Equipe des ACT + personnes accompagnées + Partenaires + membre du CA								
Rédaction du projet	COPIL	Equipe des ACT + personnes accompagnées + Partenaires + membre du CA								
Présentation au CA pour validation	Directrice	Directrice + Directrice générale							Point sur l'avancée du projet 1x/trimestre	
Présentation au CSE pour information	Directrice	Directrice + Directrice générale							Point sur l'avancée du projet 1x/trimestre	
Dépôt appel à candidature	Directrice	Directrice								
ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT										
Points avec le coordinateur	Directrice	Coordinateur							Une fois par mois	
Mise en place de groupes de travail	Directrice + Coordinateur	Equipe des ACT + personnes accompagnées							Une fois par semaine	
Continuer l'analyse des pratiques professionnelles	Directrice + Coordinateur	Equipe des ACT							Tous les deux mois	
Réunions institutionnelles	Directrice + Coordinateur	Coordinateur + Equipe des ACT							Tous les deux mois	

Communication au groupe d'expression	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT	Associations + Professionnels + Personnes accompagnées						
Formation RBPP	Directrice	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT						
Célébration de réussites	Directrice + Coordinateur	Directrice + Equipe des ACT + personnes accompagnées impliquées	En fonction de l'avancée du projet					
Suivi et évaluation	COPIL + COPIIL qualité		Tous les deux mois					
FAVORISER L'AUTONOMIE ET LE DPA								
Formation / APP : DPA	Directrice + Coordinateur + Service RH	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT					2 jours par trimestre	
Mise en place / Co animation ateliers internes	Coordinateur / 1 membre équipe ACT + une personne accompagnée	Equipe des ACT + personnes accompagnées					Une fois par semaine	
Co production PPA (protocoles)	Groupes de travail	Equipe des ACT + personnes accompagnées					une fois par semaine	
Participation ateliers et rencontres externes	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT	Equipe des ACT + personnes accompagnées					Lorsque les occasions se	
Mise en place du CVS	Coordinateur + groupe de travail	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT + personnes accompagnées +						
Suivi et évaluation	COPIL + COPIIL qualité		Tous les deux mois					
REVISER LA DYNAMIQUE INTERNE								
Réunions institutionnelles: - Limiter la liste d'attente - Revoir les critères d'admissions et de sorties	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT	Equipe des ACT						
Recrutements CESF et CMH	Directrice + Coordinateur + 1 membre de l'équipe des ACT	Equipe des ACT						

DEVELOPPEMENT HORS LES MURS SI REPOSE POSITIVE ARS											
Recrutements	Directrice + Coordinateur + 1 membre de l'équipe des ACT	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT									
Fiches de postes	Directrice + Coordinateur	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT									
Actualisation de l'organigramme	Directrice + Coordinateur	Directrice + Coordinateur									
Captation de logements	CMH + personnes accompagnées	Personnes accompagnées									
Partenariats	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT + personnes accompagnées									
Réorganisation du service	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT	Coordinateur + Equipe des ACT + personnes accompagnées									
Réunions institutionnelles	Directrice + Coordinateur	Coordinateur + Equipe des ACT + personnes accompagnées									Tous les deux mois
Réévaluation du projet des résidents pour le logement	Equipe des ACT	Equipe des ACT + personnes accompagnées									
Communication interne et externe	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT + Partenaires									
Réactualisation DUERP	Directrice + Coordinateur + Equipe des ACT + CSSCT	Equipe des ACT									
Suivi et évaluation	COPIL + COPIL qualité		Tous les deux mois								
RECRUTURE DU PROJET D'ETABLISSEMENT											
Groupe de travail	Directrice + Coordinateur	Directeur + Coordinateur + personnes accompagnées + partenariats + CSE + CA									

Annexe VIII : Plan de communication

COMMUNICATION INTERNE			
DESTINATAIRES	FINALITES	MODALITES	FREQUENCE
CA, Présidente, DG	Valider le projet. Informier des points d'étape Valider offre d'emploi Valider nouveaux postes Valider le projet d'établissement 2025-2029	Présentation projet Plan d'action COPIL Réunion CA CODIR COPIL	Avant le projet Début du projet 1 fois par mois 1 fois par trimestre Début du projet puis tous les 2 mois 1 fois par mois
Equipe de direction	Partager une vision Partager le projet Partager les actions impactant l'ensemble des domaines d'activité	Réunion de travail	1 fois par semaine
Coordonnateur	Partager une vision, réflexion commune Construction du plan d'action Préparer le dialogue avec l'équipe des ACT et les personnes accompagnées Retour groupe de travail Retour difficultés	Réunion de travail	1 fois par semaine
Equipe ACT	Informier Communiquer Formaliser Partager Collaborer	Réunion institutionnelle Groupe de travail Copil CVS Comité qualité	1 fois par mois 1 fois par mois 1 fois par mois 2 fois par an 1 fois par trimestre
Les personnes accompagnées	Informier Communiquer Rassurer Collaborer Favoriser la participation et le pouvoir d'agir	COPIL CVS Selon besoin Réunion d'information	1 fois par mois 2 fois par an Début projet
IRP	Favoriser le climat de confiance Informier Partager Valider fiche de poste Valider le DUERP Favoriser QVCT et prévention RPS	CSE CSSCT	Selon calendrier de l'Association
COMMUNICATION EXTERNE			
ARS	Maintenir le climat de confiance Association active qui évolue Informier et rendre compte des actions engagées grâce au financement	Réponse appel à candidature Rapport d'activité Partage PE et projet Visites Rencontre Plan de formation	En fonction de l'avancée du projet et des actions
Partenaires /réseau	Communiquer Conventionner Améliorer la qualité de l'accompagnement Objectifs communs	Rencontres COPIL CVS PE Plaquette d'information	En fonction de l'avancée du projet et des actions

Annexe IX : Budget prévisionnel annuel des ACT hors les murs

Charges d'exploitation :

Les postes retenus sont :

- Coordinateur	0,5 ETP
- Médecin coordinateur	0,2 ETP
- Infirmier coordinateur	1 ETP
- Assistant de Service Social	1 ETP
- Psychologue	0,5 ETP
- Médiateur pair	0,5 ETP
- Secrétaire	0,5 ETP
Soit	4,2 ETP

Cela représente un budget de dépenses afférentes au personnel pour un montant de **180405 €** (86% du budget).

2 véhicules supplémentaires seront nécessaires pour un budget à l'achat de **40000** euros.

Les équipements (ordinateurs, téléphones...) pour les nouveaux recrutements sont budgétés à **3000 €**.

Voitures, ordinateurs, téléphone peuvent être amortis sur 4 ans.

40000/4 : 10 000 € par an

3000/4 : 750 € par an

= **10750€ / an**

Les frais de fonctionnement (communication, fournitures, etc) sont prévus pour un montant prévu de **1000€**.

Les frais de bouche sont les repas pris par les professionnels durant leur journée pour un montant maximum de 19€ par repas par personne, le budget prévisionnel à l'année est estimé à **2000€**

Des aides financières ponctuelles sont octroyées aux personnes en cas de difficultés (panier repas, médicaments non remboursés, matériel médical) pour un budget prévisionné de **9245 €** par an.

Comme pour les ACT « *hébergement* », un budget « *loisir et vie sociale* » est prévu : **4500 €**.

Total charges groupe I et III = **27495€** (14% du budget)

Le bâtiment appartenant à la FDN, il n'y a pas de loyer à imputer au budget. Les charges d'entretien sont dans le budget des ACT « Hébergement »

Produits d'exploitation :

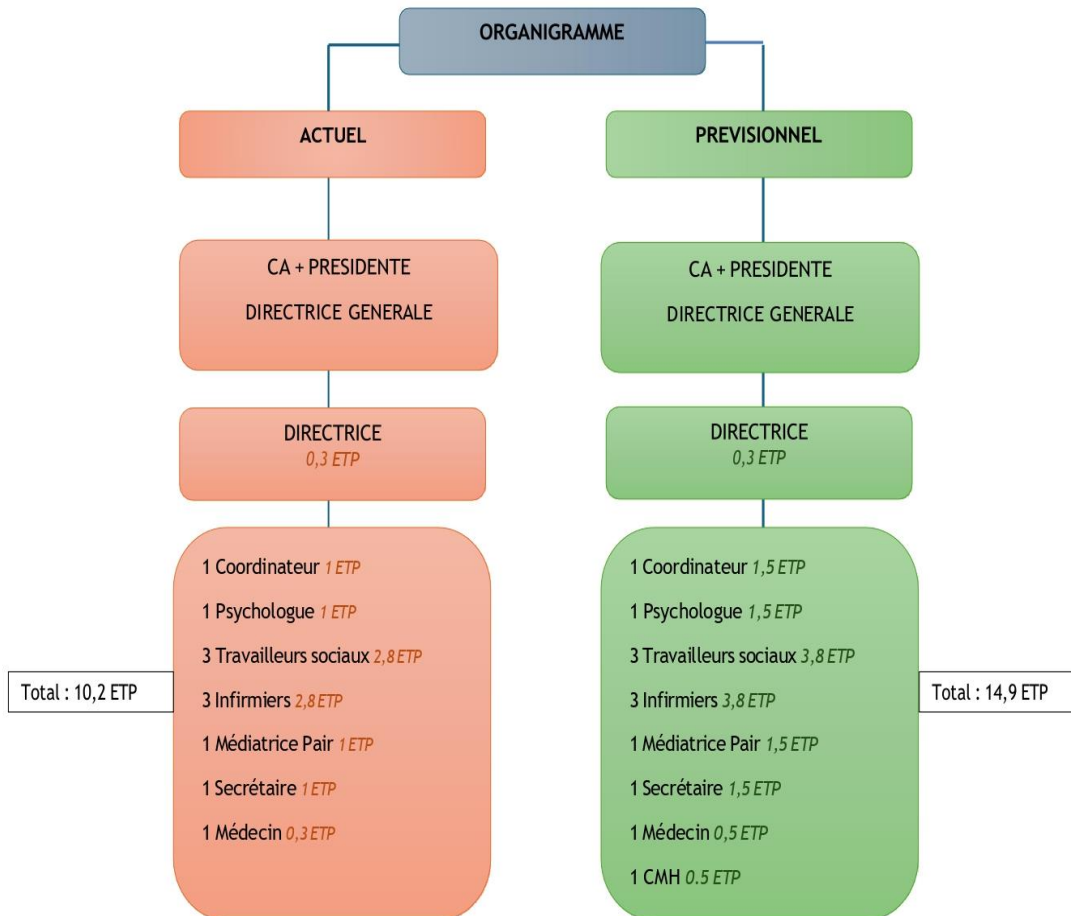
En considérant le financement annuel d'une place d'ACT à domicile par l'ARS, d'environ **13860 €**, et l'attribution de lots de **15 places**, le budget annuel pour la mise en place d'un service d'ACT à domicile est autour de **207900 €**.

Le tableau ci-dessous est un budget prévisionnel pour 2025. Les ajustements seront revus tous les ans avec le DAF.

BUDGET PREVISIONNEL 2025	CHARGES D'EXPLOITATION DU BUDGET GENERAL					
	REEL	Budget		Budget previsionnel proposé		
		Alloué	Anticipé	Reconduisant	Mesures nouvelles	Total
GROUPE I - Dépenses afférentes à L'exploitation courante				16745		16745
Chapitre 60				10245		10245
Compte 611				4500		4500
Comptes 624,625,626 et 628				2000		2000
GROUPE II - Dépenses afférentes au personnel				180405		180405
Comptes 631 et 633				13193		13193
Chapitre 64				167212		167212
GROUPE III - Dépenses afférentes à la structure				10750		10750
Chapitres 68				10750		10750
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION				207900		207900

BUDGET PREVISIONNEL 2025	PRODUITS D'EXPLOITATION DU BUDGET GENERAL					
	REEL	Budget		Budget previsionnel proposé		
		Alloué	Anticipé	Reconduisant	Mesures nouvelles	Total
GROUPE I - Produit de la tarification				207900		207900
Chapitre 70				207900		207900
GROUPE II - Autres produits relatifs à l'exploitation				0		0
GROUPE III - Produits financiers et produits non encaissables				0		0
TOTAL PRODUITS D'EXPLOITATION				207900		207900

Annexe X : Organigramme prévisionnel ACT



Annexe XI : Indicateurs pour évaluations

Indicateurs de pertinence	Indicateurs de cohérence	Indicateurs d'efficacité	Indicateurs GRH	Indicateurs du climat social	Indicateurs de communication
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de demandes d'admission cohérente avec la mission du service - Nombre de candidatures acceptées - Taux de rotation « hébergement » et « hors les murs » - Nombre de résidents sortis avec un logement pérenne - Durée de l'accompagnement - Nombre d'entretien/VAD/sortie - Taux d'occupation hors les murs - Nombre de personnes relogées dans les 18 mois - Nombre de mois pour un relogement - Nombre de COPIL - Nombre de CODIR - Nombre de groupe de travail et de participants (professionnel, personnes accompagnées, partenaires). 	<p style="text-align: center;">Autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la capacité à gérer les pathologies au quotidien ; - Amélioration de la capacité à gérer les démarches administratives ; - Amélioration de la capacité à gérer le budget - Participation : <ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre de résidents qui participent aux instances ■ Nombre d'instance où les résidents sont sollicités ■ Nombre d'atelier co animé ■ Nombre d'instance où les professionnels sont sollicités 	<ul style="list-style-type: none"> - Actualisation effective du PE - Actualisation des autres outils loi 2002-2 - Actualisation du DUERP - CVS en place - Nombre d'instance où les professionnels sont sollicités - Modification/création fiche de poste 	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion autour des critères d'admission - Réflexion autour des ateliers favorisant l'autonomie et la participation - Nombre d'atelier proposés - Nombre de participation aux ateliers - Nombre de retour des résidents après être sortie du hors les murs - Organigramme effectif - Optimisation des moyens et ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de formation - Nombre de formation - Nombre de professionnels ayant suivi les formations - Nombre d'Analyse de pratiques professionnelles - Nombre d'entretien annuel 	<ul style="list-style-type: none"> - Absentéisme - Turn over - Arrêt maladie - Accident de Travail - Satisfaction des salariés (enquête QVCT)

AUTUORI	Marianne	2024
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : HETIS Nice</p>		
<p align="center">PILOTER LE DÉVELOPPEMENT DU DISPOSITIF « HORS LES MURS » ET RENFORCER LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT D'UN SERVICE D'APPARTEMENTS DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont un dispositif au cœur de la lutte contre les exclusions à la croisée des problématiques de logement, de santé et de précarité. Ils accueillent des personnes en situation de précarité souffrant de maladie chronique.</p> <p>L'analyse de l'offre de service que j'ai menée au sein des ACT de la Fondation de Nice montre qu'elle ne permet pas, telle qu'elle est déployée, de développer une autonomie en vue d'une inclusion durable du public accueilli.</p> <p>En tant que directrice de ce service, je me questionne sur les moyens à mettre en place pour préparer le public à une inclusion durable dans la société.</p> <p>Je proposerai donc un projet d'amélioration de l'offre de service en vue de cet objectif.</p> <p>D'une part, des actions pourront être menées pour renforcer les pratiques professionnelles, d'autre part, je présenterai un projet de développement du dispositif d'ACT « <i>hors les murs</i> ».</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Appartements de coordination thérapeutique, autonomie, développement du pouvoir d'agir, inclusion durable, participation, logement, « <i>hors les murs</i> », éthique, précarité</p>		
<p align="center"><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>		