

**DEMANDE DE
VALIDATION DES
ACQUIS DE
L'EXPERIENCE

DIPLOMES DE
TRAVAIL SOCIAL**

**LIVRET DE PRESENTATION DES
ACQUIS DE L'EXPERIENCE
(Livret 2)**

**Intitulé du diplôme visé :
Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale (D.E.I.S.)**

Mon identité

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél. portable:

Tél. domicile:

Cadre réservé à l'administration

Date de la décision de recevabilité :

N° de dossier :

Date de réception du Livret 2 :

Sommaire

1. – Mes motivations	6
2. – Mes expériences salariées	7
2.1. – Mon parcours professionnel.....	7
3. – Mon parcours de formation	9
4. – Expérience n°1	10
4.1.1 – Mon emploi	10
4.1.2 - L'environnement institutionnel de ma structure.....	11
4.1.2.1 – Un environnement acteur et composant d'une création	11
4.1.2.2 – D'acteurs d'une création à partenaires financeurs	14
4.1.2.3 – Des partenaires opérationnels.....	16
4.1.2.4 – Un projet ancré dans des politiques publiques et des concepts clefs.....	19
Cadres législatifs de référence	19
Les références théoriques et conceptuelles	21
4.1.3 – Ma structure	22
4.1.3.1 – Le CHRS « Villa Médicis ».....	22
Les missions générales des CHRS.....	22
Prestations de stabilisation.....	22
L'évolution du CHRS entre 2008 et 2015.....	23
Principes d'action	23
Organisation.....	23
4.1.3.2 – Du service de Médiation de Rue à l'Equipe Mobile Santé Sociale	24
Les missions	24
Publics visés.....	24
Prestations.....	24
Moyens	24
Modalités d'intervention	24
Réseau / Partenariat	25
L'évolution du service.....	25
4.1.3.3 -L'Accueil et la Halte de Nuit : une lumière dans la nuit, de la période hivernale à un fonctionnement à l'année	27
Une création de dispositif co-portée par des partenaires.....	27
Les missions	27
Publics visés.....	28
Prestations.....	28
Moyens	28
Modalités d'intervention	28
Réseau / Partenariat	29
L'évolution du service.....	29
4.1.3.4 – D'une organisation par services et par établissement vers la plateforme d'accompagnement	30
4.1.3.5 – L'Espèce d'Espace : un principe fort, la culture.....	30
Les prestations d'accès à la vie sociale, à la culture et à la citoyenneté.....	30
Tentative de définition de l'approche culturelle et artistique	31
L'espèce d'espace : un espace d'initiative	31
A l'espèce d'espace, il s'y passe.....	31
4.1.3.6. – L'association CASA – l'interdépendance entre ses services et son établissement.....	32
Sur la période 2008/2010, vers la professionnalisation d'une organisation:.....	34
Sur la période 2010/2013, le développement d'actions autour du secteur sanitaire:.....	35

Sur la période 2013/2016, vers le « logement d'abord » et sa plateforme d'accompagnement:.....	35
4.1.5. – Mes activités	36
4.1.6. – Le public accueilli et/ou accompagné par l'Association CASA / HAS	39
Caractéristiques générales	39
Caractéristiques spécifiques	39
CHRS :.....	39
MDR / EMSS :.....	40
ADN/HDN:	40
4.2. – Description de mes situations de travail significatives, en lien avec les fonctions du référentiel	41
4.2.1 – Ma première situation de travail.....	41
Contexte	41
Constats et analyse de la réunion Porcelaine	42
Le Groupe Réseau Santé Social Sans Abri d'Avignon – un pilote naturel.....	43
Méthodologie.....	44
4.2.2. – Ma deuxième situation de travail.....	54
Contexte : un partenariat pour étayer un projet.....	54
Constats étayés: une présence soignante incarnée par un IDE au sein du service de Médiation de Rue	57
Mettre en place une Equipe Mobile Santé Social dans l'objectif de favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins.....	59
4.2.3. – Ma troisième situation de travail	66
Contexte : la reprise des services et de l'établissement par HAS comme point de départ ...	66
Donner du sens à cette réorganisation : mise en place d'une plateforme d'accompagnement	68
4.2.4 – Ma quatrième situation de travail.....	78
Contexte	78
Participer à un groupe de cotation dans la procédure d'élaboration des recommandations de l'Anesm.....	79
Partager des valeurs et une expertise	79
Mettre en perspective cette participation à un groupe de cotation	81
4.3.1 – Mes principes d'action et objectifs.....	83
Le collectif comme support des actions.....	83
La prise en compte	83
Personne, sujet ou acteur mais toujours source de potentialités.....	84
Autonomie / auto-détermination	84
Co-organisation, co-responsabilité, co-production, co-gestion, coordination, dans une inter-dépendance réelle.....	85
Lieu de vie, vivre avec, lieu de vivre avec.....	85
4.3.2. – Mes sources d'information et de documentation	85
4.3.3. – Ma participation au fonctionnement collectif de la structure.....	85
4.3.4. – Mon degré d'autonomie et d'initiative	86
4.3.5. – Evaluation de mon intervention.....	87
4.3.6. – Compétences mises en œuvre.....	88
Glossaire des sigles et acronymes	89
Bibliographie et sources documentaires.....	92

➡ **Attestation sur l'honneur**

Je soussignée,
certifie sur l'honneur l'exactitude des informations figurant dans le présent livret.

Fait à
le 26 Mai 2017.

Signature

1. – Mes motivations

J'ai fait le choix, dans mon parcours de formation comme dans mes expériences professionnelles, de conjuguer deux domaines : l'art et le social.

Ma formation initiale (Diplôme National Supérieur en Expression Plastique – Option Art obtenu en 2003) m'a permis d'envisager la question du projet sur le versant artistique mais toujours en lien avec des pratiques d'intervention sociale. L'Art, comme moyen d'une expression possible, a été le support de développement de projets au sein de plusieurs structures : prison, centre hospitalier spécialisé, structure de réduction des risques...

Afin de pouvoir étayer ma façon de concevoir l'accompagnement au sein des structures sociales et médico-sociales, je me suis engagée dans deux formations (CAFERUIS et Licence AES option développement social obtenus en 2008). Ceux-ci m'ont permis d'enrichir mes compétences notamment en matière de conception et conduite de projet mais également au plan du management d'équipe.

Forte de cette double formation, j'ai pu développer ma pratique au sein d'une association qui, dans sa genèse, avait pensé les pratiques artistique et culturelle comme « une réponse alternative aux différentes propositions qui sont faites en matière de réinsertion. ¹».

Cette structure et la liberté d'innovation qu'elle offrait, m'ont permis de m'essayer de manière empirique à des activités qui n'étaient pas initialement prévues dans les compétences du CAFERUIS. Cette expérience, je pense aujourd'hui l'avoir enrichie par divers moyens et méthodes et pouvoir justifier de la mise en œuvre de compétences afférentes au Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale.

J'ai choisi ce diplôme car il est en adéquation avec ma façon d'envisager le travail social. J'ai eu le souci, tout au long de ma pratique, de prendre en compte la complexité des organisations dans un dessein de développement de projets novateurs. La prise en compte des politiques publiques a toujours été au cœur de mes préoccupations mais, au delà de la simple application, j'ai toujours eu le désir de l'adapter au contexte environnant et aux acteurs.

L'association CASA m'a permis d'évoluer dans un environnement en perpétuel mutation. Cette zone d'instabilité, due essentiellement à une recherche constante de financement, m'a donné l'occasion d'imaginer et de développer des projets diversifiés, de la conception à l'évaluation, en prenant en compte tous les niveaux de l'organisation.

Et si je devais expliciter un peu plus ce vers quoi je tends, ce serait une forme de sculpture sociale, concept développé par Joseph BEUYS dans les années 1970. Cette sculpture sociale s'entend comme une sorte d'œuvre d'art dans le domaine social, qui nécessite la participation de son public pour sa création. La personne n'est pas spectatrice d'une œuvre mais actrice (celui qui agit) et participant (prendre part).

Les principes de création et d'art doivent être appliqués au quotidien.

¹ Extrait Dossier CROSMS Villa Médicis – Association CASA – Agrément CHRS de 24 places – page 36 - http://www.casa-avignon.fr/VillaMedicis/Docs/CASA_Agrement_CHRS.pdf.

2. – Mes expériences salariées

2.1. – Mon parcours professionnel

Période d'emploi	Emploi occupé (intitulé de ma fonction)	Temps plein / partiel (quotité)	Employeur (nom et adresse de la structure)	Activité principale de la structure	Service ou équipe d'affectation	Public visé
Du 9 juin 2008 au 22 juillet 2016	Coordinatrice statut cadre puis Chef de service	Temps plein	Association CASA (Collectif d'Action des Sans Abris), 5 bis Avenue du Blanchissage 84000 Avignon, Vaucluse	<ul style="list-style-type: none"> • CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale offrant des prestations de stabilisation), 24 places ; • Service de Médiation de Rue – Equipe Mobile Santé Social ; • Accueil et Halte de Nuit ; • Espace d'initiatives culturelles ; • GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle). 	Emploi occupé transversalement sur l'ensemble des services et de l'établissement.	Personnes en situation d'exclusion.
Du 3 septembre 2007 au 23 mai 2008	Chargée missions : développement de projets socio-culturels et artistiques	Temps plein	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés de Vaucluse, Quartier Les Gondonnets 84400 Apt, Vaucluse.	<ul style="list-style-type: none"> • Institut Médico-Educatif (I.M.E.) ; • Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.) ; • Foyer d'Hébergement (F.H.) ; • Section Occupationnelle (S.O.C.) ; • Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) ; • Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.). 	Maison d'Accueil Spécialisé, 29 personnes accueillies.	Personnes en situation de handicap.
Du 14 septembre 2005 au 27 juillet 2007	Aide-Médoco-Psychologique	Temps plein	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés de Vaucluse, Quartier Les Gondonnets 84400 Apt, Vaucluse.	<ul style="list-style-type: none"> • Institut Médico-Educatif (I.M.E.) ; • Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.) ; • Foyer d'Hébergement (F.H.) ; • Section Occupationnelle (S.O.C.) ; • Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) ; • Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.). 	Maison d'Accueil Spécialisé, 29 personnes accueillies.	Personnes en situation de handicap.

Période d'emploi	Emploi occupé (intitulé de ma fonction)	Temps plein / partiel (quotité)	Employeur (nom et adresse de la structure)	Activité principale de la structure	Service ou équipe d'affectation	Public visé
Été 1999 à 2006	Animatrice puis Directrice Adjointe - Econome	Temps plein	Association Grillons et Cigales, 1 Rue du Docteur RAFIN, CP 307, 69337 Lyon cedex 09, Rhône.	3 centres de vacances accueillant des enfants et jeunes adultes déficients visuels.	Centre de vacances pour les 16/20 ans.	Personnes en situation de déficience visuelle.
Année scolaire 2004 / 2005	Intervenante plasticienne	4h / semaine	Centre Social Intercommunal - Lou Pasquie, Place Pasquier, 84220 Roussillon, Vaucluse.	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de loisirs sans hébergement ; • Activités péri-scolaires ; • Activités de loisirs ; • Halte-garderie ; • Actions famille, jeunesse et senior ; • Point Information Jeunesse. 	Activités péri-scolaires ; Activités de loisirs ;	Toutes personnes résidentes du territoire d'intervention de l'inter-communalité.
Année scolaire 2003 / 2004	Professeur d'arts plastiques	Mi-temps	Collège Paul Valéry, 25 Rue Jean Moulin, 30150 Roquemaure, Gard.	Collège	Classes de la 6 ^{ème} à la 3 ^{ème} .	Enfants scolarisés.

3. – Mon parcours de formation

Période de formation	Intitulé de la formation	Durée totale en heure	Nom et adresse de l'organisme / établissement de formation	Attestation, certificat, diplôme obtenu(s) et année d'obtention
11 et 12 février 2013	Séminaire introductif : historique, concepts et enjeux du Logement d'Abord	14 heures	Association Régionale FNARS PACA-Corse-DOM, 56 Rue Paradis, 13006 Marseille, Bouches du Rhône.	Attestation de formation du 19 Mars 2013 (Annexe 1 - Attestation de formation du 19 Mars 2013)
Année scolaire 2007 / 2008	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS)	820 heures	IMF, 641 Chemin de la Verdrière, 84140 MONTFAVET et Formation continue, 1 Avenue Saint-Jean, 84000 Avignon, Vaucluse.	2008 (Annexe 2 – Diplôme CAFERUIS)
Année scolaire 2007 / 2008	Licence Administration Economique et Sociale (AES), option Développement Social	820 heures	Université d'Avignon, 74 Rue Louis Pasteur, 84029 Avignon, Vaucluse.	2008 (Annexe 3 – Relevé des résultats – Licence Administration Economique et Sociale)
Années scolaires 2000 / 2001 / 2002	Diplôme National Supérieur d'Expression Plastique (DNSEP) option Art	3 années scolaires	Arts Décoratifs de Strasbourg, 5 Rue de la Manufacture des Tabacs, 67000 Strasbourg, Bas-Rhin.	2003 (Annexe 4 – Diplôme du DNSEP)
Années scolaires 1998 / 1999 / 2000	Diplôme National d'Arts Plastiques (DNAP) option Art	2 années scolaires	Arts Décoratifs de Strasbourg, 5 Rue de la Manufacture des Tabacs, 67000 Strasbourg, Bas-Rhin.	2001 (Annexe 5 – Diplôme du DNAP)

4. - Expérience n°1

4.1.1 - Mon emploi

Nom : Association C.A.S.A., Collectif d'Action des Sans Abri, reprise en Juin 2013 par l'Association H.A.S., Habitat Alternatif Social.

Statut juridique : Associations loi 1901.

Activité principale : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Médiation de Rue / Equipe Mobile Santé Sociale, Lieu d'initiative culturelle, Accueil et Halte de Nuit, Groupe d'Entraide Mutuelle

Adresse : 5 bis Avenue du Blanchissage

Code postal : 84000

Commune : AVIGNON

Effectif : entre 8 et 15 ETP²

Intitulé de votre emploi: Coordinatrice puis Chef de Service

Date d'entrée dans l'emploi: 9 juin 2008

Date de fin d'emploi: 22 juillet 2016

Il s'agit d'un emploi à **temps plein** sur toute la période.

² ETP : Equivalent Temps Plein

4.1.2 - L'environnement institutionnel de ma structure

4.1.2.1 – Un environnement acteur et composant d'une création

Tout commence en 2001 lorsque qu'un groupe de personnes sans abri squatte un immeuble. Ces personnes réalisent cette démarche car elles ne trouvent pas de solution d'hébergement adaptée à leur situation. En effet, le contexte avignonnais de l'époque, ne permettait pas l'accueil et l'hébergement des personnes les plus fragilisées (personnes sous l'emprise d'addictions), les couples ainsi que les personnes accompagnées d'animaux. De plus, ces personnes avaient le désir de ne plus être prises en compte comme des « bénéficiaires » mais comme des « partenaires »³.

A partir de ce lieu squatté, les personnes qui y vivent (50 au plus fort de l'hiver) sont rejointes par de simples citoyens (certaines sont des travailleurs sociaux issus d'autres structures d'hébergement du secteur). Ce squat a duré une année et a permis au groupe d'expérimenter, de structurer un modèle possible de « lieu d'accueil inconditionnel ». Afin de faire perdurer cette expérimentation et d'asseoir leur organisation, ces personnes décident de créer une association : le Collectif d'Action des Sans Abri, en Juin 2001.

Les futurs partenaires, donneurs d'ordres et financeurs sont présents et acteurs dès l'époque du squat. Le terme d'acteur ne veut pas signifier que leur participation a toujours été favorable et constructive mais plutôt qu'ils ont toujours dû s'impliquer et se positionner. Avec la perspective de l'expulsion du squat, une délégation de l'association CASA est reçue à la DDASS⁴, afin de sortir au mieux de cet état de squat et d'engager les discussions concernant la création d'un « lieu d'accueil inconditionnel ».

C'est donc au moment de la genèse de ce « lieu d'accueil inconditionnel » que les acteurs rencontrent leurs futurs partenaires : les principales associations du secteur, la DDASS, la préfecture, la municipalité d'Avignon.

Lors de l'expulsion, fin Juin 2002, ses futurs partenaires ne le savent pas mais un nouvel acteur est né dans le secteur social avignonnais et cet acteur, à l'instant où la loi 2002-2 est promulguée, est très en avance sur eux. A un moment où l'Etat cherche à remettre « l'usager au cœur du dispositif », l'association CASA, créée par et pour des usagers (par définition : personne qui a recours à un service), propose d'envisager les usagers comme des acteurs d'une organisation. Ils n'auront plus « recours à un service » mais seront acteurs de la création et de l'organisation pensée par eux et pour eux.

Nous sommes ici dans un modèle de création d'une structure sociale qui peut sembler fonctionner à l'envers. Ce ne sont plus les politiques publiques qui dictent la création d'une structure ou d'un type d'établissement ou de service mais ce sont les personnes concernées qui vont créer leur propre réponse par rapport à leurs attentes, demandes et besoins et être acteurs du fonctionnement de cette structure.

L'association CASA propose donc à la DDASS, à la préfecture et à la mairie l'ouverture d'un « lieu d'accueil inconditionnel ». Après de nombreux projets de localisation, l'association CASA ouvre en décembre 2003, un « lieu d'accueil inconditionnel » dans des bâtiments préfabriqués dans la cour de l'ancien tri postal d'Avignon. La municipalité

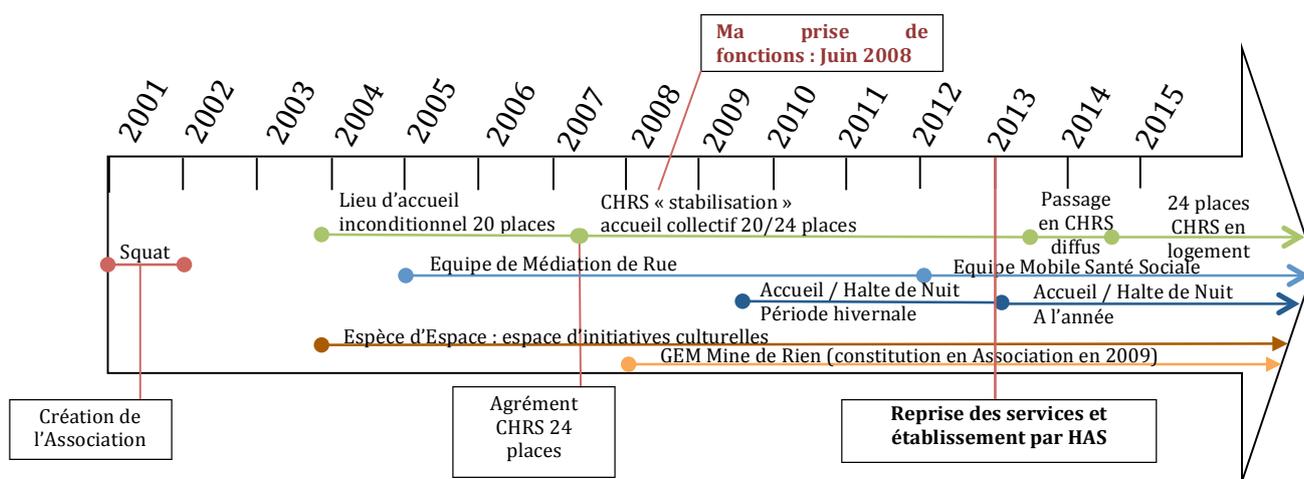
³ Annexe 6 : « projet et fondements d'un lieu d'accueil inconditionnel ».

⁴ Direction Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales du Vaucluse : les DDASS sont nées de la décentralisation de l'état. En 2009, les délégations territoriales de l'Agence Régionale de Santé (ARS) vont gérer une majorité de ses compétences précédentes mais l'hébergement d'urgence et les CHRS vont rester dans les compétences de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS). De ce fait, l'hébergement d'urgence et les CHRS sont séparés du soin, de la santé publique et du médico-social.

d'Avignon et la DDASS co-financent le projet de façon expérimentale (pour 6 mois, peut-être le temps de vérifier la validité du projet et la capacité de l'association CASA à gérer ce genre de lieu ?) et en attendant de pouvoir trouver des locaux pérennes. L'association CASA n'était pas pour cette solution temporaire, et trop précaire par ses conditions matérielles, mais l'ensemble des partenaires prennent l'engagement de chercher au plus vite une solution pérenne.

Cette solution « transitoire » va durer plus de 13 ans.

Entre décembre 2003 et juin 2013, année de la reprise des services et de l'établissement par l'association HAS, l'association CASA a tellement évolué qu'il me paraît plus pertinent de faire appel à la schématisation.



En Juin 2013, l'ensemble des services et de l'établissement gérés par l'Association CASA est repris par l'Association HAS. Cette reprise a été construite pendant plusieurs années et a été pensée par l'association CASA. En effet, les obligations de rapprochement entre associations pour réduire les coûts de gestion sont évoquées depuis plusieurs années. L'association CASA souhaite choisir avec qui elle va opérer ce rapprochement pour garder les spécificités de son projet et leurs modalités de mise en œuvre.

C'est avec ce souci que l'histoire de ce rapprochement commence en 2007 quand, dans le cadre d'un accompagnement par le cabinet PANAMA⁵ (financé par la FNARS dans le cadre d'un appel à candidature « accompagnement de projets de coopération entre associations du secteur de la lutte contre l'exclusion en région PACA), les associations CASA, HAS et Le Marabout⁶ « se rencontrent, croisent et confrontent leur expérience à la faveur de projets qu'elles mènent en commun.⁷ ».

⁵ Le cabinet Panama est spécialisé dans la conduite et l'évaluation de projets. Il intervient principalement dans les secteurs de la lutte contre l'exclusion, de l'habitat et du logement, de l'économie sociale et solidaire (extrait de la présentation <http://www.panama-marseille.com>).

⁶ L'association "Le Marabout du 46" est « un collectif citoyen, « logement-santé » qui a ouvert un squat en février 2007. Ce squat s'est d'entrée défini comme thérapeutique et accueillant des personnes vivant à la rue depuis longtemps et avec une expérience de trouble psychiatrique sévère. », <http://www.marssmarseille.eu/qui-sommes-nous/historique/le-marabout>.

⁷ Extrait de la « Charte de la coopération entre associations de lutte contre l'exclusion et leurs usagers », version 2 du 30/06/2010.

En 2010, une « Charte de coopération entre association de lutte contre l'exclusion et leurs usagers » est rédigée : « La présente Charte, rédigée par des administrateurs, des personnes en difficulté et des salariés, a pour ambition de donner un cadre éthique aux éventuelles mutualisations qui pourront se poursuivre entre nos associations. Il s'agit de structurer, produire et élaborer collectivement des réflexions, discours, études, savoir faire et réponses possibles qui constituent une contribution à la mise en œuvre de politiques sociales adaptées aux personnes les plus fragilisées.⁸ ».

Cette charte développe plusieurs grands principes :

- « Changer de regard sur les personnes à la rue ;
- Utiliser la rencontre pour produire du changement ;
- Agir à partir des besoins tels qu'exprimés par les personnes en situation de désaffiliation ;
- Co-produire les réponses avec les personnes concernées ;
- Créer les conditions de la coopération et respecter la temporalité de chacun ;
- Créer un contexte d'émergence des opportunités pour les transformer en projets d'actions. »⁸

Le processus de rapprochement est lancé. Il s'est poursuivi par un Dispositif Local d'Accompagnement⁹ mené par ESIA PACA entre 2011 et 2014 sur l'ensemble des aspects impactés par ce rapprochement à tous les niveaux de l'organisation (de l'organe politique associatif aux personnes accueillies et/ou accompagnées).

Au début de l'année 2013, un mandat de gestion provisoire est signé entre les deux associations et en Juin 2013, l'association HAS devient gestionnaire de l'ensemble des services et de l'établissement. Seul le GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle), constitué en association depuis 2009, reste administré par l'association CASA pour sa gestion budgétaire et de ses ressources humaines.

L'association HAS, créé en 1980, « a pour objet de défendre, par le droit au logement et le droit à la santé, la dignité des personnes fragilisées (art. 2 des statuts).

A cet effet, l'association se dote de tous les moyens concourant à cet objectif :

- La création et la gestion de tous les dispositifs et ou services favorisant l'insertion et offrant une alternative à la difficulté d'accès au logement ;
- L'acquisition et la gestion de logements mis à disposition des personnes fragilisées;
- Le soutien, le conseil, l'accompagnement des services publics ou privés dans leur politique d'insertion par le logement ;
- La recherche, l'organisation de manifestations, colloques, formations, séminaires, se rapportant à l'art 2 de nos statuts;
- La formation de professionnels et bénévoles sur les questions sociales liées à l'Habitat. »¹⁰

⁸ Extrait de la « Charte de la coopération entre associations de lutte contre l'exclusion et leurs usagers », version 2 du 30/06/2010.

⁹ « Le DLA accompagne le développement des structures d'utilité sociale. Créé en 2002 par l'État et la Caisse des Dépôts, avec le soutien du Fonds Social Européen, rapidement rejoints par le Mouvement associatif, le Dispositif local d'accompagnement (DLA) permet aux structures d'utilité sociale employeuses (associations, structures d'insertion par l'activité économique, coopérative à finalité sociale) de bénéficier d'accompagnements dans leurs démarches de création, de consolidation et de développement de l'emploi. C'est un dispositif public présent sur tout le territoire. », source <http://www.info-dla.fr>.

¹⁰ Extrait du site <http://www.has.asso.fr>.

A la reprise des services et de l'établissement de l'association CASA, une nouvelle organisation est opérée au sein d'HAS en 4 pôles :

- Pôle famille ;
- Pôle santé ;
- Pôle social ;
- Pôle Vaucluse.

Les anciens services et l'établissement gérés par l'association CASA deviennent donc le Pôle Vaucluse. Alors que les 3 autres pôles sont définis par leur typologie d'accompagnement (correspondant aux différents grands financeurs : Conseil Départemental, ARS et DDCS), le dispositif vauclusien est dénommé à travers son territoire d'intervention. D'emblée, l'avantage qui ressort de cette catégorisation différenciée réside dans l'idée que le dispositif implanté sur Avignon n'aura pas à spécifier de quel type d'accompagnement il relève mais pourra garder son modèle d'intervention et son idée de l'accompagnement global.

4.1.2.2 - D'acteurs d'une création à partenaires financeurs

L'ensemble des services et de l'établissement gérés par l'association CASA relève des politiques publiques de lutte contre les exclusions. Je développerai plus loin les différents grands textes qui régissent le secteur.

Dans le tableau, ci-dessous, j'ai développé, pour chaque établissement ou service, les partenaires financeurs et donneurs d'ordre ainsi que les relations établies avec chaque institution.

Texte

<p>CHRS « Villa Médicis » 20 puis 24 places</p>	<p>Partenaires financeurs / donneurs d'ordre</p> <p>A la création (décembre 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Municipalité d'Avignon sur un financement du Centre Communal d'Action Sociale pour la location des bâtiments prêtàbriqués ; • DDASS Vaucluse pour l'hébergement et le fonctionnement. <p>Passage en CROSMS¹¹, avis favorable du 6 Avril 2007, pour 24 places:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DDASS puis DDGS¹² Vaucluse pour l'hébergement et le fonctionnement. 	<p>Mes relations avec ces institutions</p> <p>Municipalité d'Avignon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation au conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD) ; - participation aux réunions avec la Police Municipale (élaboration des ordres du jour et des comptes rendus) ; - animation des comités de pilotage ; - lien direct avec les services de la mairie concernant les signalements, les subventions... <p>DDCS Vaucluse¹³ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation au dialogue de gestion ; - participation à la veille sociale ; - participation aux groupes de travail sur l'élaboration du PDAH1 et de ses fiches-actions ; - participation aux différents groupes de travail sur la mise en place du SIAO ; - participation à des rencontres thématiques. <p>ARS / PRAPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaboration des réponses aux appels à projet ; - réalisation des rapports d'auto-évaluation des actions, participation aux évaluations sur le terrain ; - réalisation des rapports d'activité du GEM en lien avec les animateurs et les adhérents ;
<p>Equipe de Médiation de Rue (création en 2005)</p> <p>puis Equipe Mobile Santé Sociale (en 2013)</p> <p>Espace d'Espace, lieu d'initiative culturelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Municipalité d'Avignon sur une mission prévention sécurité; • DDASS puis DDCS Vaucluse sur des crédits non reconductibles. <p>A partir de 2007, financement PRAPS¹⁴ dans le cadre d'une campagne de prévention qui finance des appels à projets: objectif "Favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins", objectif opérationnel "Favoriser le travail en réseau santé précarité"</p> <p>Lieu présent dès la création du CHRS mais financé depuis 2007 dans le cadre du PRAPS, objectif général "restaurer les compétences psychosociales et l'estime de soi des personnes concernées", objectif opérationnel " : une plus grande autonomie des personnes concernées dans l'accès aux soins et leur continuité"</p>	
<p>Accueil et Halte de Nuit (création en 2009)</p> <p>10 puis 12 places</p>	<p>Projet financé dans un premier temps sur les crédits hivernaux de la DDCS puis fonctionnellement à l'année depuis 2013 sur des "places d'accueil immédiat".</p>	
<p>GEM15 "Mine de Rien" (création en 2008 puis constitution en association en 2009)</p>	<p>Projet déposé auprès de la DDASS Vaucluse au Printemps 2008 et financé puis financé par l'ARS¹⁶ PACA¹⁷.</p>	

¹¹ Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

¹² Direction Départementale de la Cohésion Sociale : ses missions sont définies par l'article 4 du décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 : « La direction départementale de la cohésion sociale est compétente en matière de politiques de cohésion sociale [...] À ce titre, elle met en œuvre dans le département les politiques relatives :

- A la prévention et à la lutte contre les exclusions, à la protection des personnes vulnérables, à l'insertion sociale des personnes handicapées, aux actions sociales de la politique de la ville, aux fonctions sociales du logement, à la lutte contre les discriminations et à la promotion de l'égalité des chances ;
- A l'inspection et au contrôle des conditions d'accueil et de fonctionnement des établissements et services sociaux ; [...]
- Aux droits des femmes et à l'égalité entre les hommes et les femmes.

Elle concourt :

- A l'identification et à la prise en compte des besoins prioritaires de santé des populations les plus vulnérables et à la lutte contre les toxicomanies et les dépendances ; [...]
 - A l'insertion professionnelle des jeunes et des personnes vulnérables ;
 - A la formation, à la certification et à l'observation des métiers et de l'emploi dans les domaines des sports, de la jeunesse et de l'éducation populaire ainsi que dans le champ social. [...]
- ¹³ Ma prise de fonctions a quasiment coïncidé avec le passage de la DDASS à la DDCS. De ce fait, je développe ici mes relations avec la DDCS.
- ¹⁴ Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
- ¹⁵ Groupe d'Entraide Mutuelle
- ¹⁶ Agence Régionale de Santé
- ¹⁷ Provence-Alpes-Côte d'Azur

Pour ancrer ces relations dans des réalités économiques, voici le détail des subventions pour l'ensemble des services et de l'établissement sur l'année 2012.

	Structure / type d'action / type de subvention	Montant
CHRS Villa Médicis	DDCS – CHRS – BOP 177	371 341 €
	DDCS – reprise déficit 2010 – crédits non reconductibles	14 540 €
	DDCS – fusion HAS – crédits non reconductibles	15 803 €
Médiation de Rue – Equipe Mobile Santé Social	DDCS – cohésion sociale – crédits non reconductibles	65 075 €
	DDCS – niveau 2	4 900 €
	GRSP PRAPS – Accroche aux soins	21 000 €
	GRSP PRAPS – Accès aux soins	22 000 €
	Ville d'Avignon – mission prévention sécurité	25 000 €
Espèce d'Espace	GRSP PRAPS – Atelier	20 000 €
Accueil et Halte de Nuit	DDCS – Halte de Nuit – crédits hivernaux	86 226 €
GEM Mine de Rien	ARS – dotation annuelle	74 875 €
BUDGET TOTAL		720 760 €

J'ai choisi de vous présenter ce budget pour éclairer la complexité de l'environnement des différents services et de l'établissement de l'association CASA mais également pour souligner la partie non pérenne d'une grande partie des financements : seul le financement des 24 places CHRS est assuré annuellement – sur cet exemple de l'année 2012, 51% du budget global.

De ce fait, je le développerai plus précisément dans le tableau lié à mes activités, une grande partie de mon temps de travail était lié à cette recherche de financement : réponse aux appels à projets, réalisation des rapports d'activités, d'auto-évaluation, communication...

4.1.2.3 – Des partenaires opérationnels

A travers le tableau que vous trouverez en page suivante, je développe les différents partenaires opérationnels, transversaux et spécifiques, aux différents services et de l'établissement de l'association ainsi que les relations établies avec ceux-ci. Tous les partenariats opérationnels, développés dans ce tableau, conventionnés sont mentionnés. Les autres font partis d'une logique de réseau.

Le terme « partenaire opérationnel » définit l'ensemble des structures auprès desquelles nous sommes allés chercher des services, qui faisaient défaut à notre accompagnement ou qui étaient plus adaptés aux demandes, attentes et besoins des personnes accueillies et/ou accompagnées. Il est important de noter également que l'ensemble de notre accompagnement s'est souvent orienté vers l'inscription des personnes dans le dispositif de droit commun afin de ne pas développer une dépendance à l'association. Si la personne décidait de quitter son hébergement, elle ne quittait pas tout : ses ressources, son accompagnement.

L'ensemble des services et de l'établissement de l'Association CASA	
Partenaires opérationnels transversaux aux services et à l'établissement	Mes relations avec ces institutions
<ul style="list-style-type: none"> - CSAPA AVAPT / CAARUD Le Patio – Groupe SOS¹⁸ (<i>conventionné</i>) - AIDES (<i>conventionné</i>) - SAO puis SIAO¹⁹ du Vaucluse (<i>conventionné</i>) - Culture du cœur (<i>conventionné</i>) - Réseau Ferré de France (<i>conventionné</i>) - Club de Dressage d'Avignon (<i>conventionné</i>) 	<p>Elaboration, mise en œuvre et évaluation de la convention en lien avec la direction / délégation des structures concernées.</p> <p>Mise en œuvre et évaluation de la convention élaborée par l'association CASA.</p>
<p>Concernant l'habitat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cap Habitat ; - Autres structures d'hébergement (maison relais, CHRS, résidences sociales...); - Organismes de logements sociaux ; - Bailleurs privés. 	<p>Invitation des partenaires et animation des réunions de projets personnalisés.</p> <p>Rencontres partenariales autour des nouveaux dispositifs.</p> <p>Participation aux réunions concernant des personnes hébergées et/ou accompagnées.</p> <p>Contact et visite de logement avec des bailleurs privés.</p>
<p>Concernant les aspects socio-professionnels:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différents services RSA : CCAS, Imagine 84; - Structures de chantiers d'insertion ; - Pôle emploi. 	<p>Invitation des partenaires et animation des réunions de projets personnalisés.</p> <p>Rencontres partenariales autour des nouveaux dispositifs.</p> <p>Participation aux réunions concernant des personnes hébergées et/ou accompagnées.</p>
<p>Concernant les aspects administratifs et juridiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Services de la Mairie d'Avignon et de la Préfecture ; - Différents services RSA : CCAS, Imagine 84; 	<p>Invitation des partenaires et animation des réunions de projets personnalisés.</p> <p>Participation aux réunions concernant des personnes hébergées et/ou accompagnées.</p>
<p>Concernant les aspects sanitaires et médicaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier d'Avignon et Permanence d'Accès aux Soins de Santé; - Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet et Centre Médico Psychologique ; - ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie); - Médecins et infirmiers de ville ; - Services d'urgence (Pompiers / Police municipale et nationale). 	<p>Invitation des partenaires et animation des réunions de projets personnalisés.</p> <p>Participation aux réunions concernant des personnes hébergées et/ou accompagnées.</p> <p>Participation aux réunions avec les Polices Municipales et Nationales, élaboration des ordres du jour et des comptes-rendus.</p>
<p>Concernant les aspects socio-culturels:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maison des Jeunes et de la Culture ; Cinéma Utopia et Capitole. 	<p>Participation à l'organisation du Festival du Film Précaire (recherche de financements, communication...).</p>

¹⁸ CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) AVAPT (Accueil Vauclusien Aide et Prévention des Toxicomanies) / CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues).

¹⁹ SAO (Service d'Accueil et d'Orientation) : ce service, géré sur le Vaucluse par un collectif d'associations (Imagine 84) avait pour mission principale de gérer l'hébergement d'urgence notamment par le 115. Néanmoins, ce service avait déjà le souci de la continuité d'hébergement en favorisant l'accompagnement vers l'accès aux hébergements dits de stabilisation et d'insertion et/ou au logement autonome. La mise en place des SIAO (Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation), définis par la circulaire du 8 Avril 2010, s'est traduit sur le département du Vaucluse par une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs du secteur Accueil Hébergement Insertion mais également par la création d'un « SIAO logement ». « Il constitue une plateforme unique favorisant la transition de l'urgence vers l'insertion. Son objectif principal est de simplifier les démarches d'accès à l'hébergement et au logement et d'améliorer la fluidité hébergement-logement.

De par ses missions, il assure :

- L'accueil, l'évaluation, l'orientation des personnes en difficulté sur l'ensemble du territoire départemental,
- La coordination de l'attribution des places d'urgence, d'insertion et de logement adapté,
- La prévention des remises à la rue liées à l'exclusion des structures d'hébergement
- L'observation des phénomènes liés à la précarité. » (source <http://siao84.fr/>).

	Partenaires opérationnels spécifiques	Mes relations avec ces institutions
MDR / EMSS	<ul style="list-style-type: none"> - Mairie d'Avignon (<i>conventionné</i>) - Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet – Equipe Mobile Santé Précarité (EMSP) (<i>conventionné</i>) - HAPA, Hébergement d'Accueil en Pays d'Apt (<i>conventionné</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - participation au conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), animation des comités de pilotage, lien direct avec les services de la mairie concernant les signalements, les subventions... - élaboration, mise en œuvre et évaluation de la convention en lien avec la direction.
ADN / HDN	<ul style="list-style-type: none"> - Croix-Rouge Française – Pôle exclusion 13 et 84 (<i>conventionné</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - élaboration, mise en œuvre et évaluation de la convention en lien avec la direction.
GEM	<ul style="list-style-type: none"> - avec l'Association CASA puis HAS (<i>conventionné</i>) - IMCA (Institut des Métiers de la Communication Audiovisuelle) / convention de partenariat culturel et pédagogique (<i>conventionné</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - élaboration, mise en œuvre et évaluation de la convention entre le GEM et CASA puis le GEM et HAS.

4.1.2.4 – Un projet ancré dans des politiques publiques et des concepts clefs

Cadres législatifs de référence

Je n'entends pas ici faire un panorama exhaustif de tout le cadre législatif suivant chaque service et établissement de l'association mais plutôt mettre en lumière les textes de référence et ceux qui m'ont servi dans mon exercice.

Concernant le CHRS Villa Médicis

La loi 74-955 du 19 Novembre 1974 crée les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale. Puis la loi 75-535 du 30 Juin 1975 fait entrer les CHRS dans la catégorie des institutions sociales ou médico-sociales. La loi 98-657 du 29 Juillet 1998, d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, fera changer la terminologie de *Réadaptation* par *Réinsertion*. La mission de réinsertion est donc appuyée par cette loi.

La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, inscrit les CHRS dans une palette de structures et de services au service de l'utilisateur. La notion d'« évaluation continue des besoins et attentes » et celle de « prestations » sont développées dans son article 2. Les CHRS doivent donc adapter leur offre de services aux besoins, attentes et demandes des personnes qui y sont accueillies.

Mais il faut avant tout dire que le terme CHRS renvoie à un statut juridique au sein duquel on peut trouver toutes sortes d'établissements différents, souvent spécialisé par l'accueil d'un type de public : hommes, femmes, personnes sortant de prison...

En Mars 2005, dans l'objectif de clarifier les différentes prestations, le Ministère délégué à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion réalise un Référentiel National des prestations du dispositif d'Accueil d'Hébergement, Insertion. Celui-ci définit différentes prestations, dont les prestations de stabilisation. A noter qu'en Juin 2011, la DIHAL (délégation à l'hébergement et à l'accès au logement), la DHUP (direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages), et la DGCS (direction générale de la cohésion sociale) publie un nouveau Référentiel National des Prestations du dispositif Accueil, Hébergement Insertion : celui-ci est constitué de « deux référentiels visant à décrire et préciser les pratiques des professionnels de l'hébergement et du logement :

- le référentiel de l'accompagnement vers et dans le logement et de la gestion locative adaptée ;
- le référentiel national des prestations du dispositif « Accueil – hébergement – insertion ». ²⁰».

Notons également la loi DALO du 5 Mars 2007 instituant le droit au logement opposable et le plan d'action renforcé du dispositif d'hébergement et de logement des personnes sans abri (PARSA) de Janvier 2007. C'est d'ailleurs ce PARSA qui transforma les places dites d'hébergement d'urgence en places d'hébergement de stabilisation. C'est également par ce plan et sa circulaire du 19 Mars 2007 que sera instauré le « principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans abri ».

Viendra ensuite la mise en place des SIAO²¹ en 2009 et son principal changement : la mise en réseau de l'ensemble des places d'hébergement et de logement adapté, dans un premier temps puis jusqu'au logement autonome.

²⁰ Référentiel national des prestations du dispositif « accueil – hébergement – insertion », co-édition DIHAL, DHUP et DGCS, Juin 2011, page 2. Ce référentiel fait suite à la circulaire DGCS/1A n°2010-271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

²¹ Circulaire N°DGAS/LCE 1A/2009/351 du 9 décembre 2009 relative à la planification territoriale de l'offre d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile, en liaison avec la politique d'accès au logement ; « fiche technique relative

Concernant le service de Médiation De Rue et l'Equipe Mobile Santé Social

Les équipes mobiles font parties des « prestation de premier accueil » dans le référentiel AHI de 2005, au même titre que le 115, les services d'accueil et d'orientation, les accueils de jour et l'hébergement d'urgence. Ce référentiel définit cette prestation comme le fait « d'aller vers les personnes les plus désocialisées qui n'ont plus ou pas le désir et la capacité de demander de l'aide, quel que soit le lieu où elles sont. ²²».

La circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement, dans son annexe 1, développe la mise en œuvre d'équipes de maraude au sein de chaque département. Cette circulaire fait sortir les équipes de maraude de la logique du thermomètre. En effet, dans la partie "constats" de la circulaire, il est recensé 140 équipes sur l'ensemble du territoire français en précisant que certaines ne fonctionnent qu'en période hivernale.

Le terme « médiation de rue » relève quant à lui plus des actions développées, historiquement, par les politiques de la ville pour développer une présence sur les lieux de vie urbain dans un objectif de gestion de conflits, médiation entre riverains/riverains, riverains/commerçants...

Concernant l'Accueil et la Halte de Nuit

Ce dispositif relève, à sa création, de l'augmentation des capacités d'accueil lors de la période hivernale. Il est donc soumis, chaque hiver, aux circulaires de la DGCS²³ relatives aux mesures hivernales. Les places mises à disposition dans le cadre de l'accueil et de la halte de nuit sont soumises aux réglementations concernant les places d'hébergement d'urgence et sont dédiées au 115.

En Juin 2013, le dispositif ouvre à l'année suite à la circulaire interministérielle n°DGCS/SDA/DGALN/DHUP/DIHAL/2013/02 du 4 janvier 2013 ²⁴ relative aux premières dispositions pour 2013 issues de la conférence contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale en faveur de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées et aux projets territoriaux de sortie de l'hiver.

Ce projet est donc financé dans le cadre des places dites « d'accueil immédiat ».

Concernant la Plateforme d'Accompagnement

La plateforme d'accompagnement, au moment de sa création en 2013, n'est pas à proprement dit, un dispositif nommé en ces termes au sein des politiques publiques. Néanmoins, ce dispositif s'inscrit dans une série de réformes concernant l'accompagnement :

- "La possibilité de proposer un statut unique pour les structures d'hébergement et pour l'accompagnement, afin de mettre un terme à l'empilement des dispositifs et à la segmentations" (Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale – 21 Janvier 2013 – page 33) ;

à la mise en place du service intégré de l'accueil et de l'orientation », 16 décembre 2009 ; Circulaire DGCS/USH/2010 du 7 juillet 2010 relative au service intégré d'accueil et d'orientation ; Circulaire du 13 Janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord ; Bilan de la mise en œuvre des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) – rapport établie par inspection générale des affaires sociales.

Circulaire du 29 Mars 2012, relative à l'amélioration du fonctionnement des services intégrés d'accueil et d'orientation ;

²² Référentiel Accueil, hébergement, insertion, Mars 2005, page 31.

²³ Direction générale de la cohésion sociale.

²⁴ Au niveau du département de Vaucluse, 30 places d'accueil immédiat sont à développer.

- "...continuité de la prise en charge tout au long des parcours, notamment en s'appuyant sur la mise en place de référents personnels." (Circulaire relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) du 8 avril 2013) ;
- « ..., le ministère de l'Égalité des territoires et du Logement financera un appel à projets innovants visant à favoriser l'accès au logement et la prise en charge adaptée des personnes en situation de rupture. Le lancement de cet appel à projets constituera un soutien aux expérimentations innovantes menées par les associations sur les territoires. » (Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale – 21 Janvier 2013 – page 33) ;
- Accéder au logement sans passer par l'hébergement : que modifie l'accompagnement hors les murs à la pratique des CHRS ? – Guide de l'accompagnement hors les murs – Février 2014 – Préfecture des Bouches-du-Rhône – Direction Départementale de la Cohésion Sociale.

Concernant Groupe d'Entraide Mutuelle

La création des groupes d'entraide mutuelle est instituée par la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, notamment ses articles 4 et 11. La circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personne souffrant de troubles psychiques viendra préciser dans ses annexes :

- Annexe 1 : le cahier des charges d'un groupe d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques ;
- Annexe 2 : gestion du dispositif Groupe d'entraide mutuelle en 2005 ;
- Annexe 3 : Groupes d'entraide mutuelle et clubs thérapeutiques.

Les références théoriques et conceptuelles

- Les naufragés avec les clochards de Paris - Patrick DECLERCK – publication originale en 2001 : cet auteur est largement cité dans le « projet et fondement d'un lieu d'accueil inconditionnel²⁵ ». C'est bien la question du « vivre avec » qui va traverser longuement le projet d'accueil du CHRS. C'est également la question de l'inconditionnalité de l'accueil qui est mis en exergue dans cet ouvrage.
- Pourquoi le travail social ? Définition, figures et clinique – Saül KARSZ - publication originale en 2004 : c'est ici la question de la « prise en compte » qui est conceptualisé en lien avec la « charité et la prise en charge ». L'ensemble de nos pratiques professionnelles tendront vers « une prise en compte » de la personne accrue tout en étant conscient de devoir convoquer d'autres concepts à certains moments de l'accompagnement. Néanmoins, c'est bien la question de l'acteur, du partenaire que nous privilégierons pour parler des personnes que nous accueillerons et que nous accompagnerons. Volontairement, nous ne convoquerons jamais le terme « usager » ou « bénéficiaire » qui renvoie à une place passive et non d'acteur. Le Vendredi 12 Septembre 2008, Saül KARSZ est intervenu sur les locaux de l'Association lors de la journée thématique organisée par CASA : « Le travail social est-il encore utile, pertinent, nécessaire ? Pourquoi ? Comment ? ».

²⁵ Annexe 6: « projet et fondements d'un lieu d'accueil inconditionnel ».

4.1.3 – Ma structure

En Juin 2008, j'ai été recrutée en qualité de coordinatrice par l'Association CASA. En Avril 2010, mon poste a évolué en chef de service.

Mes fonctions ont toujours été exercées transversalement sur l'ensemble des services et de l'établissement gérés par l'association CASA puis par l'association HAS. De ce fait, je vais vous présenter, ci-dessous, l'ensemble des services et de l'établissement auprès desquels j'intervenais (hors GEM car sur mes dernières années de pratique, mon poste n'était plus financé par ce service et j'étais amenée à intervenir exclusivement comme un appui technique auprès de l'équipe d'animateur).

4.1.3.1 – Le CHRS « Villa Médicis »

Les missions générales des CHRS

Héritières de la charité chrétienne et humaniste, ou marquées par un combat plus politique, de nombreuses associations sont gestionnaires de Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

Les C.H.R.S. sont ainsi définis par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles : « Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse. »

Ces établissements doivent assurer **quatre missions essentielles** auprès des personnes en détresse : **l'accueil et l'orientation**, notamment en urgence ; **l'hébergement ou le logement**, individuel ou collectif, dans ou hors les murs ; **le soutien ou l'accompagnement social** ; **l'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle**.

L'élaboration du « référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement, insertion » (référentiel A.H.I.), présenté en mars 2005, répond à un objectif de clarification : « il s'agit de définir les différentes prestations, car cela constitue le préalable à une démarche d'harmonisation et de labellisation permettant des gains de qualité susceptibles d'être mesurés. Il vise à servir de référence au niveau territorial. »

Prestations de stabilisation

Elles sont à distinguer des prestations de premier accueil (intervention d'urgence) qui recouvrent tous les besoins primaires.

Le CHRS Villa Médicis offre des prestations de stabilisation. Celles-ci consistent à accompagner la personne, le plus souvent accueillie de façon récurrente dans des dispositifs d'urgence, « de se « poser », de reprendre des forces et de commencer à son rythme à faire émerger un projet même si ce projet n'est pas susceptible de mener à une complète autonomie²⁶. »

²⁶ Référentiel Accueil, hébergement, insertion, Mars 2005, page 42.

L'évolution du CHRS entre 2008 et 2015

Lors de mon arrivée, l'équipe composée de 4 ETP assurait principalement l'accompagnement à la vie collective et quotidienne. Cet accompagnement était très orienté sur le communautaire²⁷.

Par l'histoire associative, cette équipe a toujours été mixte entre travailleurs sociaux²⁸ et du secteur sanitaire²⁹ mais également des personnes nommés « travailleurs pairs ». Ces personnes, représentant en moyenne 1/3 de l'ensemble de l'équipe, sont des personnes qui ont une expérience de vie similaire à celles des personnes avec qui elles travaillent. Dans le cadre de l'association CASA, il s'agit d'expérience de rue et/ou d'addictions.

Cette notion de « travail pair » a émergé dans le champ du sans-abrisme au GIAP de Montréal (Groupe d'Intervention Alternative par les Pairs) dans les années 1990 et est aussi présent dans les projets de type « Housing First » ou « Un Chez Soi d'Abord » (dont HAS sera porteur d'une des expérimentations). Cette notion de travailleur pair a évolué au fil des années de pratique au sein de l'association CASA, beaucoup de modèles ont été expérimentés, des modèles singuliers, inventés au fil des rencontres de ces travailleurs pairs. Cette composante spécifique au sein d'une équipe d'accompagnement n'a pas été facile à cultiver tous les jours mais a été un élément atypique et éthique de ma pratique de gestion des ressources humaines.

Principes d'action

- inconditionnalité de l'accueil : « De manière générale, nous tendrons à éviter toute contrainte conduisant à limiter l'accès au lieu.³⁰ » ;
- prise en compte des addictions ;
- animaux de compagnie acceptés dans l'espace de vie privé ;
- lieu géré par une équipe restreinte et sans appuis de personnel technique, en réelle interdépendance avec les personnes accueillies ;
- auto-détermination des personnes recherchée : mener des actions « avec » et pas « pour » ;
- autonomie des personnes recherchée : inscription dans les dispositifs de droit commun.

Organisation

Le CHRS est passé de 20 places dans des bâtiments préfabriqués à 24 places CHRS en logement diffus et habitat regroupé. De ce fait, tout l'aspect « vie quotidienne » s'est orienté, au fur et à mesure des années, vers un accompagnement global de l'équipe centré sur un outil, le projet personnalisé, qui définit ces différents domaines spécifiques de l'accompagnement : aspects administratifs et juridiques, aspects sanitaires et médicaux, vie quotidienne, aspects socio-professionnels, habitat, aspects socio-culturels, expressions, loisirs et sports.

²⁷ Le communautaire a souvent été une réponse à l'exclusion. Néanmoins, cela ne garantit pas une inclusion dans la cité. Il est possible d'être inclus dans une communauté qui est elle-même marginalisée de la Cité.

²⁸ Educateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aide-médico-psychologiques.

²⁹ Aide-soignants et infirmiers diplômés d'état.

³⁰ Annexe 6 : « projet et fondements d'un lieu d'accueil inconditionnel ».

4.1.3.2 – Du service de Médiation de Rue à l'Equipe Mobile Santé Sociale

Les missions

Il s'agit pour cette équipe mobile d'aller à la rencontre des personnes sans-abri qui, éventuellement, ne sont pas en lien avec les structures existantes, et autant que cela est possible les y orienter. La mission de la médiation de rue comprend les «maraudes» en centre-ville d'Avignon, la médiation entre commerçants et riverains et personnes sans-abri, ainsi que l'accompagnement social et au soin (travail en réseau avec les services sociaux et sanitaires locaux). La création de relations durables et confiantes, et le “non abandon” des personnes sont essentiels.

Cette action s'inscrit dans une démarche et philosophie identique que celle du CHRS Villa Médicis: l'accompagnement et les relations s'établissant sur le registre de « la prise en compte ».

Publics visés

Le service de médiation de rue est missionné pour réaliser quotidiennement des maraudes pédestres, aller à la rencontre des personnes sans-abri, sur le centre ville d'Avignon et sur signalement sur l'ensemble de la COGA (Communauté d'Agglomération du Grand Avignon). L'équipe est également amenée à se déplacer, sur invitation des personnes, au sein de squat.

Prestations

- créer ou re-créeer du lien dans la rencontre avec chaque personne ;
- mise à l'abri (accompagnement pour un appel au 115, présentation des structures du département à l'aide d'une plaquette) ;
- information, orientation vers les structures adaptées aux demandes ou aux besoins : aucune aide matérielle n'est proposée directement ;
- accompagnement physique pour faciliter l'accès aux droits (soins, ressources...).

Moyens

- équipe pluri-disciplinaire (éducateur spécialisé, aide-soignant, travailleur pair) intervenant 6 jours / 7
- mise à disposition du véhicule de l'association pour se rendre sur les signalements et accompagner vers...
- bases de données regroupant le nombre de rencontres réalisées, les personnes rencontrées, les orientations/interventions proposées/ réalisées...
- Réunions d'équipes animées par moi-même 1 fois par semaine, réunions partenariales : réunion Porcelaine (instance qui regroupe l'ensemble des acteurs de première ligne dans l'intervention auprès des personnes vivant à la rue – je développe ma première situation de travail sur cette instance), réunion avec les Polices Nationale et Municipale, réunion du Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD), réunion avec l'équipe d'UMANISS (samu-social de la Croix-Rouge qui effectue des tournées alimentaires 5 jours/7)...

Modalités d'intervention

- Les maraudes quotidiennes : en intervenant au long cours, l'équipe recrée et maintient du lien social, prend ce support de rencontre pour faire émerger un désir et accompagne les personnes vers... les structures adaptées. Ces maraudes

ont aussi comme but de repérer les personnes les plus fragilisées et sont la base d'un observatoire de veille sociale.

- Les maraudes ciblées : suite à un signalement émanant de riverains par le 115, de partenaires ou membres du réseau, des services déconcentrés de l'état (DDASS, DDCS, Préfecture...), de la mairie d'Avignon, l'équipe se rend spécifiquement à la rencontre d'une personne. Ces interventions ponctuelles peuvent se renouveler si la personne exprime le désir de rencontrer l'équipe de nouveau.
- En période hivernale, l'équipe est également amenée à intervenir sur l'Accueil et la Halte de Nuit pour accompagner des personnes vers cette structure.

Réseau / Partenariat

L'équipe travaille en lien étroit avec les intervenants des autres services et de l'établissement de l'association CASA mais également plus généralement avec l'ensemble des acteurs du réseau AHI.

Les services du SAO/115 (puis SIAO/115) sont des partenaires privilégiés dans le cadre des prestations de premier accueil : orientation / accompagnement vers les structures répondant aux besoins primaires.

L'évolution du service

L'association CASA a défendu au printemps 2005 et obtenu à l'automne suivant la gestion d'un projet de médiation de rue en direction des personnes sans-abri.

Un co-financement est établi entre la ville d'Avignon et la DDASS de Vaucluse. Il assure la permanence de 4 salariés pour 2,25 ETP. Initialement la ville d'Avignon s'est engagée sur ce projet en y entrevoyant une contribution directe et efficace à la résolution du problème de la présence des personnes sans-abri, particulièrement sur le secteur de l'intra-muros.

En 2009, la ville d'Avignon tente de se désengager financièrement car estime que cette action, du fait de son public visé, relève des missions de l'État.

La circulaire du 5 Mars 2009 « pour la relance relative à l'hébergement », préconisant la création de 50 équipes de maraudes, l'association CASA dépose un projet CROSMS dans l'objectif de pérenniser un financement en demandant un agrément « CHRS hors les murs » (financement sur des places de CHRS Urgence). Sur le département, le SAO Urgence est déjà financé sur ce modèle. L'association CASA continuera néanmoins à solliciter la mairie d'Avignon sur un financement du fait que cette action se déploie essentiellement sur le territoire de la municipalité, mais aussi du fait qu'elle permet aux différents services municipaux (CCAS, Mission Prévention Sécurité, Police Municipale) de donner suite à tout signalement ou plainte formulées, d'accéder à une source d'information concernant ce public spécifique et encore de se doter de moyens de médiation, de prévention et de sensibilisation des riverains et des commerçants. De plus, dans la circulaire du 5 Mars 2009, l'Etat préconise une recherche de «co-financement des collectivités locales : une concertation doit être menée en particulier avec les communes, en vue de leur participation au financement des équipes mobiles agissant sur le territoire».

Le dossier CROSMS aboutira à un agrément technique mais sans engagement de financement opposable.

Conjointement à ce dépôt de dossier CROSMS, un partenariat est passé avec l'équipe de Médecin du Monde Marseille – Assistance Publique des hôpitaux de Marseille (MDM-APHM) pour un échange de compétences. L'artiste, intervenant sur les ateliers artistiques de l'Espace d'Espace, interviendra sur le squat « Le marabout » à Marseille 1 fois/semaine et MDM-APHM met à disposition 1 fois/ semaine une IDE habituée à réaliser du travail de rue. Ce temps d'intervention d'une IDE permettra la réalisation d'un diagnostic local en vue de la création d'une équipe mobile de santé mentale (psychiatrie/précarité). Ce diagnostic local sera le début de l'aventure de l'équipe mobile santé social dont je développerai la création dans ma situation 2 de travail.

En effet, en 2012, l'Association CASA lancera l'expérimentation d'une équipe mobile santé social suite à la réponse à un appel à projet de l'ARS dans le cadre du PRAPS : «assurer une réelle continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité ». Un des objectifs opérationnels, de notre réponse à cet appel à projet, est : « Favoriser le travail en réseau santé précarité ».

Sur cet appel à projet, mon poste est financé à 0,25 ETP. Sont également financé la création d'un poste d'IDE à 0,25 ETP.

Les autres acteurs du secteur sanitaires seront mis à disposition par les associations suivantes :

- AIDES : mise à disposition d'un salarié du CAARUD « La boutique », 3h tous les 15 jours ;
- AVAPT : mise à disposition d'un travailleur social ou IDE du CAARUD, 4h par semaine ;
- CHS : mise à disposition d'un IDE de l'Equipe Mobile Santé Précarité³¹, 4h par semaine.

A noter que ces partenaires étaient également financés dans le cadre du PRAPS pour ces mises à disposition et que cette mise en synergie des ressources présentes sur l'ensemble de ces structures était énoncée dans le cadre du financement de l'ensemble de ces acteurs.

Au cours de l'hiver 2012/2013, l'association CASA, dans le cadre des mesures de renfort hivernal, obtiendra le financement d'1 ETP d'éducateur spécialisé. Ce poste sera mis à disposition à 50% dans le cadre d'un partenariat avec l'HAPA (Hébergement d'Accueil en Pays d'Apt) et un temps de présence sera assuré 2 jours/ semaine sur le lieu d'hébergement pour notamment informer, orienter et instruire les demandes d'hébergement en vue d'un passage en Commission Territoriale d'Orientation du SIAO.

Toutes ces évolutions tendent à développer un service dont les actions seront de plus en plus orientées vers la mise en réseau d'acteurs de plusieurs structures du secteur sanitaire et social qui développeront des maraudes pédestres : aller vers les personnes les plus éloignées. En effet, l'association CASA n'a pas eu le désir de se substituer aux compétences déjà existantes sur le secteur social et sanitaire avignonnais mais plutôt de développer cette nouvelle pratique d'intervention « hors les murs » auprès de ses partenaires.

³¹ Avant la création de l'EMSS, la principale mission de cette équipe mobile santé précarité du Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet était de se déplacer au sein des CHRS (urgence/stabilisation/insertion) mais pas dans la rue.

4.1.3.3 -L'Accueil et la Halte de Nuit : une lumière dans la nuit, de la période hivernale à un fonctionnement à l'année

Une création de dispositif co-portée par des partenaires

A l'automne 2007, plusieurs partenaires (Accueil de Jour du Secours Catholique, SAO/115 / IMAGINE 84 et l'association CASA) constatent un manque au niveau du dispositif global de premier accueil sur la ville d'Avignon. Ce collectif décide, à titre expérimental, de travailler ensemble à l'écriture d'un projet d'une Halte de Nuit. Ce projet sera co-porté par l'ensemble des partenaires et ouvrira durant toute la période hivernale 2007/2008. Les conclusions positives de cette expérience feront ré-émerger le projet, porté seulement par l'Association IMAGINE 84 au cours de l'hiver 2008/2009.

Partant de l'expérience de ces deux années, les professionnels, qui ont constitué le comité de pilotage de cette action, ont préconisé d'une part, de prévoir un nombre de places d'accueil d'urgence supplémentaires pendant la période hivernale, d'autre part de prévoir l'ouverture à l'année d'un « lieu d'accueil à bas seuil d'exigence » pour une capacité d'environ 10 places. Cette seconde préconisation fut "naturellement" proposée à l'Association CASA. Au cours de l'hiver 2009-2010, l'Association CASA a expérimenté un modèle possible de cet Accueil de Nuit au sein des locaux du CHRS Villa Médicis. Cette expérimentation avait un double objectif : permettre un accueil des publics les plus éloignés des dispositifs d'Accueil d'Hébergement et d'Insertion mais également modéliser un projet de service qui serait ouvert à l'année lorsque l'Association CASA serait dans des locaux pérennes. En effet, le désir de l'Association était de pouvoir adjoindre ce service au CHRS Villa Médicis.

Les missions

L'Accueil de Nuit est un dispositif de mise à l'abri pour un public définit ci-dessous :

« Au-delà de la simple mise à l'abri, l'accueil des personnes qui ne fréquentent pas le dispositif le reste de l'année, doit être mis à profit pour réaliser un premier diagnostic de leur situation, vérifier leur accès effectif aux droits sociaux et enclencher une prise en charge adaptée.³² »

L'objectif de cette mise à l'abri est de pouvoir créer et/ou recréer du lien avec des personnes qui sont très éloignées des dispositifs d'hébergement classiques. L'Accueil de Nuit est un maillon supplémentaire dans l'offre de service du secteur de l'Accueil Hébergement Insertion.

L'Accueil de Nuit est un service d'accueil qui permet aux personnes de passer du temps dans un lieu avec un cadre sécurisant, de trouver réconfort matériel et possibilité d'échange avec une équipe et/ou entre pairs. L'accueil s'envisage dans un esprit de très grande tolérance face aux personnes qui vont se présenter. Cette tolérance se pense en terme de seuil d'accès. Il est tout à fait possible de pouvoir accueillir une personne sous l'emprise de l'alcool et/ou de toxique si son comportement est dans le respect du lieu, de son règlement et des autres personnes (équipe et personnes accueillies).

L'Accueil de Nuit ne se substitue pas à l'hébergement, de ce fait, toute personne qui se présentera pour demander un hébergement sera invitée à prendre contact avec le 115 (ouvert entre 8h et 23h) et/ou à passer au SAO/SIAO le lendemain.

³² Circulaire DGCS/1A/2010/375 du 15 Octobre 2010 relative aux mesures hivernales.

Publics visés

Le public ciblé pourrait se définir ainsi : les personnes ne formulant aucune demande d'hébergement parce qu'elles savent qu'elles n'auront pas de réponses (exclusion des structures, addictions trop prégnants, hébergement conditionné par le règlement d'une participation, règles de fonctionnement vécues comme trop contraignantes, présence de chiens...), pas d'adhésion à un accompagnement social, trop désocialisées (plus de désir).

Préalablement à chaque campagne hivernale de ce dispositif, le SAO et le Service de Médiation de Rue, du fait de leur connaissance du public, ont élaboré une liste, non exhaustive, des personnes ciblées par ce dispositif. Cela ne leur garantissait en aucun cas le fait de pouvoir être accueilli. Le but de cette liste était de pouvoir faciliter le travail d'évaluation de l'Equipe de l'Accueil de Nuit qui ne connaît pas forcément les personnes.

Prestations

L'accueil de Nuit ouvrait entre le 15 Novembre de l'année le 15 Mars de l'année suivant. Plusieurs modèles de plages horaires d'ouverture ont été expérimentés suivant les années : 20h / 8h, 20h / 2h... Ceux sont ces différents modèles d'expérimentation qui ont permis de faire émerger de projet d'adjoindre un accueil et une halte de nuit.

Sur le lieu de l'Accueil de Nuit, les personnes trouvaient :

- une équipe disponible et à l'écoute ;
- une boisson chaude (café, thé chocolat, soupe...) ;
- des sanitaires (douches et WC) ;
- une possibilité de laver son linge ;
- un lieu accueillant.

Moyens

Les moyens financiers et donc matériels ont été très fluctuants au cours des différentes campagnes hivernales. Néanmoins, l'association CASA s'est toujours positionnée sur le fait qu'il était nécessaire de toujours privilégier un binôme de professionnel pour intervenir sur ce service. De ce fait, en plus des recrutements de personnels en CDD pour la période hivernale, une mutualisation était toujours réalisée avec les professionnels du CHRS et du service de médiation de rue.

Les locaux d'accueil ont toujours été précaires : une campagne hivernale a été réalisée dans une partie du CHRS et les autres au sein de l'Espace d'Espace (espace d'initiative culturelle de 80 m²).

L'équipe disposait de tous les outils mis à disposition pour les autres services : bases de données regroupant l'ensemble des personnes rencontrées par la MDR, véhicule, ...

Une réunion d'équipe était animée par moi-même une fois par semaine ou tous les 15 jours suivant les projets.

Modalités d'intervention

- **information en amont** : les personnes susceptibles de fréquenter ce dispositif étaient informées de l'existence de celui-ci par l'ensemble des acteurs du dispositif AHI (je rédigeais chaque année une fiche synthétique à destination de l'ensemble des partenaires afin que ceux-ci connaissent les spécificités de cette Accueil & Halte de Nuit) ;
- **orientation en aval** : j'ai présenté à l'équipe de l'ADN/HDN l'ensemble du dispositif AHI de façon synthétique avant l'ouverture du service. De ce fait, l'équipe avait une bonne connaissance du réseau qui permettait de faire des orientations pertinentes suivants les demandes du public. Si une personne était

en demande d'hébergement, l'équipe proposait d'appeler le 115 (ouvert jusque 23h). L'équipe invitait également chaque personne à faire le 115 dès le lendemain matin 8h (heure d'ouverture du 115) et/ou à passer au SAO. L'équipe pouvait également solliciter l'équipe de la MDR pour un accompagnement physique. Les personnes qui avaient des demandes d'accompagnement pour des démarches sociales, sanitaires ou autres étaient orientées par l'Equipe l'ADN/HDN sur les partenaires compétents;

- **accueil** : pour toute nouvelle personne se présentant à l'Accueil de Nuit, l'équipe avait pour mission première d'évaluer l'adéquation entre le service proposé et la demande de la personne. Une liste de personne relevant pleinement du dispositif ADN/HDN (non exhaustive et à visée d'information) avait été établie conjointement entre le SAO/115 et le Service de MDR. Après évaluation, la personne entrait dans le lieu et une lecture lui était faite des règles de fonctionnement. Le salarié communiquait également sur les services disponibles dans le lieu. L'équipe avait pour mission aussi de remplir une base de données. Les personnes pouvaient donner le nom qu'elles désiraient, en aucun cas il ne leur était demandé de se soumettre à un entretien administratif. L'accueil était une étape très importante. Le déroulement de celui-ci impacterait sur la suite des relations : du comportement de la personne à son mode de communication sur le lieu.

Réseau / Partenariat

Tous les acteurs proposant des prestations de premier accueil étaient des partenaires privilégiés mais également tous les acteurs de l'AHJ et les services d'urgence : pompiers, SAMU, PASS, polices municipale et nationale.

Le service de MDR était le maillon relais de la journée : 2 fois par semaines, l'intervenant social du Service de MDR était présent à 8h (les lundis et jeudis). L'aide-soignant pouvant orienter et/ou accompagner les personnes sur la dimension sanitaire, était présent tous les mercredis matin.

Notons également le Samu Social UMANISS qui accompagnait des personnes directement vers l'ADN/HDN et le SAO/115 qui était également souvent amené à informer de l'existence du dispositif faute de places d'hébergement d'urgence.

L'évolution du service

Les hivers de 2009 à 2013 : fonctionnement d'un accueil « bas seuil » ou plutôt « au seuil » de tolérance pour 10 à 15 personnes (niveau 2 du plan grand froid) simultanément dans le lieu. Versant nocturne de l'accueil de jour, les prestations offertes étaient:

- un lieu accueillant ;
- écoute / information / orientation ;
- collation, hygiène...

A l'année en 2013 : même fonctionnement que précédemment mais tout au long de l'année, couplé avec 2 places d'accueil immédiat en logement.

4.1.3.4 – D'une organisation par services et par établissement vers la plateforme d'accompagnement

En Juin 2013, lors de la reprise des services et de l'établissement par HAS, le Pôle Vaucluse est créé. Une feuille de route est établie par la direction générale. Celle-ci demande notamment :

- aller vers « le logement d'abord » + un habitat semi-collectif réduit ;
- mutualisation de toutes les équipes (hormis celle de l'Accueil et la Halte de Nuit) ;
- une référence collective (principe déjà présent par l'intermédiaire du projet personnalisé).

Cette réorganisation a donc donné lieu à la création de la plateforme d'accompagnement. Je développe longuement cette création dans ma situation 3 de travail donc je propose juste d'évoquer ce service de façon synthétique dans cette présentation.

Suite à la feuille de route établie par la direction d'HAS, nous (le binôme de cadre que nous formons avec mon collègue) décidons, à l'échelle du Pôle Vaucluse, de dissocier l'accompagnement en 2 versants mais de façon transversale sur l'ensemble des services et de l'établissement :

- **l'accompagnement à la vie quotidienne** : cela concerne le CHRS et l'ADN/HDN. De ce fait, une équipe de professionnels dont j'ai repéré les compétences sur ce versant, vont accompagner la vie quotidienne des lieux CHRS et ADN/HDN : prise en charge du lieu en lien avec les personnes accueillies (cuisine, entretien des locaux...), vivre ensemble... ;
- **l'accompagnement au projet personnalisé** : cela concerne tous les services et l'établissement de l'association (hors GEM). L'idée est de mettre en œuvre de façon expérimental un support de coordination des actions menées par les différents intervenants impliqués dans la réalisation des projets formulés et formalisés par les personnes, dans une logique d'accompagnement global rompant avec la logique de séjour, vu comme un processus d'accompagnement d'un parcours personnalisé de réinsertion: « ...continuité de la prise en charge tout au long des parcours, notamment en s'appuyant sur la mise en place de référents personnels³³. »

4.1.3.5 – l'Espèce d'Espace : un principe fort, la culture

La culture, notamment à travers le lieu « Espèce d'Espace », est à l'origine du projet de lieu d'accueil inconditionnel de l'association CASA. La culture n'a pas été pensée dans une hiérarchie des besoins, comme dans beaucoup d'organisation, mais comme partie indivisible d'un tout.

Les prestations d'accès à la vie sociale, à la culture et à la citoyenneté

Elles se définissent autour d'une « participation de chacun à la vie sociale³⁴ » notamment par « l'accès aux savoirs, à la culture et aux loisirs³⁴ ». Ces prestations se déclinent

³³ Circulaire relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) du 8 avril 2013.

³⁴ Référentiel Accueil, hébergement, insertion, Mars 2005, pages 63 et 64.

autour d'objectifs généraux et opérationnels. « La réalisation de ces objectifs passe notamment par le développement d'activités artistiques, culturelles et sportives, de formation et d'accès à la citoyenneté qui devront être adaptées et différenciées selon la nature des publics³⁵ ».

Ce sont les « actions favorisant une meilleure maîtrise de la langue et de l'expression et les actions favorisant l'accès à l'information, aux œuvres culturelles, aux loisirs et à la citoyenneté³⁵ ».

Tentative de définition de l'approche culturelle et artistique

L'approche culturelle et artistique dans une pratique sociale, et notamment auprès de publics en situation d'exclusion, se définit comme point d'accroche possible pour des personnes en rupture de liens sociaux. Ces approches peuvent se voir comme des possibilités alternatives d'entrer en lien avec la personne.

L'artistique définit dans le sens de créativité : produit purement humain, d'un être capable de sensibilité, et qui tente de représenter dans des formes et des structurations d'éléments interagissant une perception construite, réelle ou transcendante. D.W. Winnicot écrit dans *Conversations ordinaires* que la créativité « c'est donc conserver tout au long de la vie une chose qui, à proprement parler, fait partie de l'expérience de première enfance : la capacité de créer le monde. »

Le culturel définit dans son sens le plus large, est considéré comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.

L'espace d'espace : un espace d'initiative

Cet espace est apparu au même moment que la Villa Médicis comme « le volet culturel de l'accueil inconditionnel ». Pensé comme un lieu qui complète et dépasse l'hébergement, la définition de cet espace dans le projet CROSMS est celui-ci : « les initiatives lancées à partir de ce lieu sont autant d'espaces qui se veulent d'une part, une réponse alternative aux différentes propositions qui sont faites en matière de réinsertion, et d'autre part, une possibilité de s'engager dans une démarche personnelle à dimension culturelle et artistique favorisant une reconnaissance, une valorisation et une responsabilisation des participants. Notre ambition est d'ouvrir des espaces où les personnes se sentent en confiance, responsables, suffisamment posées afin d'élaborer, pour elles-mêmes et selon leurs désirs, des projets personnels ou collectifs. Dynamique nécessitant une re-mobilisation de connaissances et d'expériences passées et/ou l'acquisition de nouvelles compétences, ce qui induit l'échange de savoirs et la communication avec autrui. ».

A l'espace d'espace, il s'y passe...

Ce lieu est protéiforme. Toute la journée, du lundi au dimanche, des personnes et des actions se croisaient, se mêlaient parfois, essayaient de cohabiter l'une avec l'autre.

Le public visé par le projet de cet espace était l'ensemble des personnes des services et de l'établissement de l'association CASA/HAS et orientées par d'autres structures (conventionnées).

³⁵ Référentiel Accueil, hébergement, insertion, Mars 2005, pages 63 et 64.

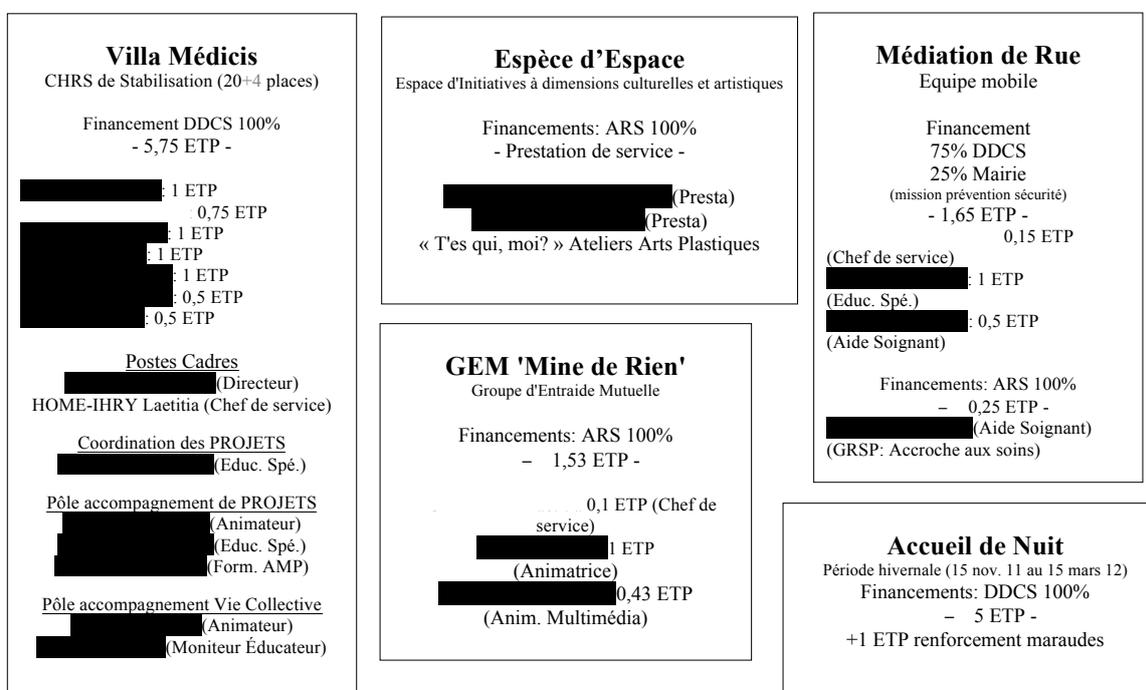
Les actions menées à partir de ce lieu étaient:

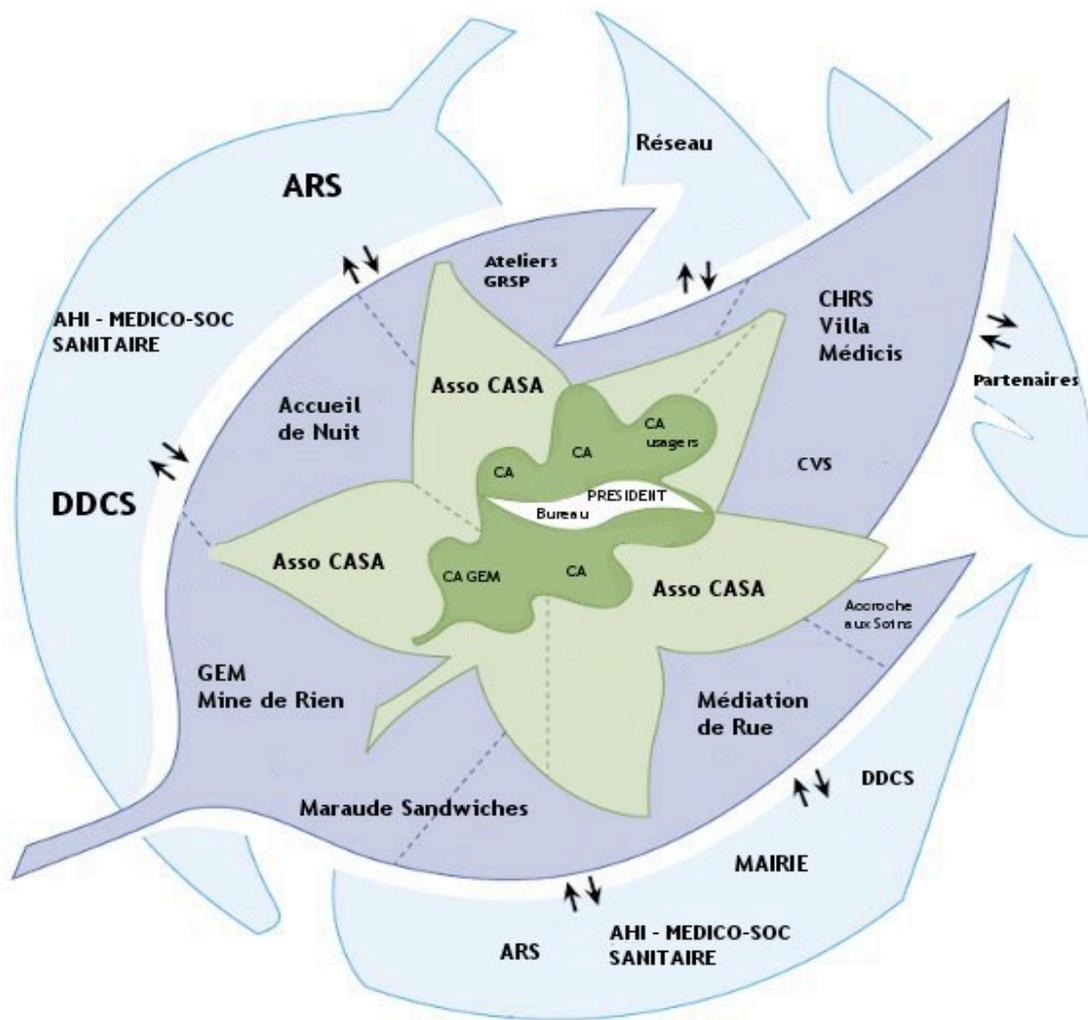
- Intervention et résidence d'artiste(s) ;
- T'es qui, moi?: atelier d'expression plastique animé par une artiste intervenante (financement GRSP) ;
- Atelier radiophonique: création bimensuelle d'une émission ;
- Ripailles : action mensuelle organisée en collaboration par l'équipe et les personnes accueillies du CHRS autour d'un temps de convivialité;
- Atelier informatique : mise à disposition de postes informatiques avec accès à internet ;
- Suivi de projet : en fonction des demandes de chacun, ce temps est transversal sur l'ensemble des services et de l'établissement;
- Atelier de pratique musicale: « orchestré » par un animateur de la structure ;
- L'habitat alternatif : l'accès au logement stéréotypé n'est pas forcément adapté à toutes les personnes. L'idée est de pouvoir réfléchir la notion d'habitat en rapport aux besoins, demandes, attentes et désirs. Le logement serait en quelque sorte adapté à chaque personne et à ses spécificités: c'est-à-dire un toit qui prendrait forme en fonction de chacun.

4.1.3.6. - L'association CASA - l'interdépendance entre ses services et son établissement

Afin d'illustrer ma présentation des différents services et de l'établissement, vous trouverez, ci-dessous, un **organigramme de l'équipe salariée en 2012** ainsi qu'une représentation de l'inclusion du système « Association CASA » dans son environnement.

Association CASA - EQUIPES SALARIÉES 2012





4.1.4. – Ma position dans cette structure

Au sein de l'Association CASA, j'ai d'abord occupé un poste de coordinatrice à mon arrivée (9 juin 2008) sur la structure puis mon poste a évolué et je suis devenue coordinatrice statut cadre puis Chef de service au 1^{er} avril 2010. Mes fonctions et responsabilités ont donc largement évolué au fil des années.

Mon poste a toujours été financé transversalement sur l'ensemble des services et de l'établissement de l'association CASA puis HAS. Le prorata sur chaque service a évolué au fil des années ou des périodes de l'année (en période hivernale avec l'ADN/HDN par exemple). Globalement, mon poste était financé à 75% sur le CHRS et à 25% sur MDR/EMSS, ADN/HDN, EE et GEM.

Sur la période 2008/2010, vers la professionnalisation d'une organisation:

La professionnalisation d'une organisation a motivé principalement l'association sur le choix de mon profil. En effet, l'agrément du CHRS suite au passage en CROSMS (6 avril 2007) sous-entendait un certain nombre d'évolutions au sein de la structure.

L'organisation était composée d'un directeur, d'une coordinatrice et d'équipes spécifiques au service de Médiation de Rue et du CHRS. J'étais donc sous la responsabilité hiérarchique du directeur avec des délégations et des responsabilités formalisées. Ma principale mission était la professionnalisation du CHRS. Celle-ci s'est traduite sous différents aspects :

- Elaboration et mise en place d'une partie des outils de la loi 2002-2 en lien avec l'équipe et les personnes accueillies :
 - Elaboration et mise en œuvre du règlement de fonctionnement, du contrat de séjour et du projet personnalisé : j'ai mené des groupes de travail avec des représentants de tous les niveaux de l'organisation concernés : représentants de l'association, de l'équipe salariée et des personnes accueillies;
 - CVS : après une tentative de mise en place d'un CVS « classique » qui n'a pas réussi à vivre du fait du peu de personnes accueillies, j'ai décidé de transformer notre réunion hebdomadaire en instance de participation. Celle-ci se déroulait hebdomadairement avec toutes les personnes accueillies, un membre de l'équipe salariée, un membre de l'association et était animé par le directeur ou moi-même.
- Mise en conformité avec la législation et réglementation du travail : dossiers du personnel, planification du travail, registre unique du personnel, procédures de recrutement...
- Elaboration suivant un principe participatif (des personnes accueillies au membres de l'équipe) de l'ensemble des rapports d'activités, demandes de subvention...

Au sein des autres services, j'ai réalisé :

- Médiation de Rue : élaboration en lien avec l'équipe du projet CROSMS, des rapports d'activités, des demandes de subvention et des rapports d'évaluation GRSP, prise de contact avec les polices municipale et nationale et mise en place d'une réunion trimestrielle...
- Accueil et Halte de Nuit : élaboration et mise en œuvre du projet de service, recrutement de l'équipe salariée...

Cette professionnalisation, dans son ensemble, ne s'est pas toujours réalisée de façon linéaire. Il a fallu élaborer diverses stratégies (notamment pour faire évoluer les plannings de travail de l'équipe) et convoquer un principe d'accompagnement personnalisé. Je pense avoir toujours été sincère envers mes valeurs dans cette période de ma fonction. Cette mise en conformité a été également beaucoup plus longue que je en le pensais : en effet, de nombreuses résistances au changement ont été développées notamment par les professionnels de l'équipe. Je me suis toujours appuyée sur les personnes accueillies en étant très claire sur les finalités du changement et ceux-ci ont toujours été force de propositions.

Sur la période 2010/2013, le développement d'actions autour du secteur sanitaire:

Cette période fut en quelque sorte l'« âge d'or » de l'association. En effet, l'organisation avait été développée pendant les années précédentes et était très opérante. De ce fait, cette période 2010/2013 fut tournée sur le développement. J'ai, à ce moment, eu comme mission d'anticiper les besoins de changement suite aux différentes réformes des politiques publiques qui s'annonçaient : mise en place du SIAO et donc de la mise en réseau des places d'hébergement. Pour exemple, l'association CASA avait déjà mis en place une commission d'orientation, dès l'agrément CHRS, composée d'acteurs du secteur sanitaire et social. Les demandes d'hébergement étaient étudiées lors de ces instances et les personnes orientées par cette commission.

Ce fut également le passage du service de Médiation de Rue à l'Equipe Mobile Santé Social (développé dans ma situation 2 de travail). Au delà d'un simple changement de dénomination, cette réorganisation de mise en réseau de partenaires afin de répondre aux besoins et attentes des personnes à la rue, prit tout son sens à l'heure de la mutualisation des moyens. C'est dans ce but que mon poste fut financé par le GRSP pour favoriser cette mise en réseau.

Sur la période 2013/2016, vers le « logement d'abord » et sa plateforme d'accompagnement:

Cette période débute au moment de la reprise par HAS des services et de l'établissement de l'association CASA (hors GEM). La reprise coïncide avec la mise en place des politiques du « logement d'abord » ainsi que la mise en place effective du SIAO sur le département du Vaucluse. De plus, l'association HAS ne cacha pas, dès le moment de la reprise, qu'elle désirait que nous sortions des hébergements collectifs pour aller vers l'hébergement en diffus et le semi-collectif (nous le nommerons : habitat partagé).

Période plus chaotique, les valeurs portées par l'association CASA furent mises à mal et il fallut reconstruire un sens à nos actions avec l'ensemble des acteurs présents. Ce sens fut trouvé dans la mise en place de la plateforme d'accompagnement. Je pilotais donc cette mise en place et tous les aspects matériels qui en résultaient : recherche de logement auprès de bailleurs publics et privés, redéfinition de l'accompagnement (l'équipe ne connaissait principalement que l'accompagnement au « vivre ensemble », il fallait donc réinventer une posture commune de l'accompagnement en logement).

Sur l'habitat partagé, j'ai créé un projet nommé « logement des anciens » pour les personnes vieillissantes³⁶ : habitat partagé par 3 personnes, ce projet s'autofinancait à moyen terme.

³⁶ Sachant que l'espérance de vie à la rue ne dépasse pas la cinquantaine d'années, nous nous retrouvons régulièrement avec des personnes « trop jeunes » pour entrer dans les dispositifs pour personnes âgées mais qui n'étaient plus dans une démarche d'insertion par l'activité économique.

4.1.5. – Mes activités

Mes activités ont évolué au fil des années au sein de l'Association CASA. Au delà du fait que je sois passée de Coordinatrice à Chef de Service, l'augmentation du nombre de services, les changements au sein du CHRS et la reprise des services et de l'établissement par HAS m'ont fait prendre de plus en plus de responsabilités et déléguer une grande partie de mes activités initiales pour me consacrer de plus en plus à des **activités de conception, développement, élaboration, conduite et évaluation d'actions et de projets.**

C'est pourquoi, je fais le choix, ici de réaliser une photographie sur mes activités sur la dernière année de ma fonction.

Mes missions de Chef de service / Association CASA/HAS + répartition de mon temps de travail en pourcentage	Activités
Elaboration, mise en œuvre et évaluation de projets / d'actions 25%	<ul style="list-style-type: none"> - élaborer et mettre en œuvre des méthodes et des outils opérationnels en lien avec l'équipe et les personnes accueillies ; - élaborer des projets à partir d'analyses, réalisation, suivi et évaluation – faisabilité technique et financière ; - élaborer des fiches-actions sur les différents projets spécifiques ; - organiser le recueil des données observées, recueillies par les équipes : formation sur l'utilisation de tableaux de recueil de données, sur l'utilisation d'Intelligence Associative (sensibilisation au choix des informations à recueillir, au respect des droits des personnes accueillies / accompagnées...); - répondre aux appels d'offre pour des projets spécifiques : élaboration d'analyses conjointes avec les acteurs concernés, élaboration d'objectifs généraux et opérationnels, évaluation des ressources internes / externes, de moyens ; - réaliser des rapports d'auto-évaluation dans le cadre des financements PRAPS. - Dans le cadre des dialogues de gestion, élaborer des notes synthétiques concernant les services et l'établissement, des actions spécifiques ; - organiser les moyens humains et techniques pour la réalisation de nouvelles actions.
Evaluation 10%	<ul style="list-style-type: none"> - piloter une évaluation : définir l'objectif, élaborer des critères et des indicateurs, réaliser une lettre de mission, une grille d'observation, un questionnaire, élaborer la communication auprès des acteurs partenaires / membres du réseau / personnes concernées, réaliser des recherches documentaires, recueillir des données / analyser des écarts et réaliser un rapport d'évaluation / organiser sa communication en interne et externe.

Mes missions de Chef de service / Association CASA/HAS + répartition de mon temps de travail en pourcentage	Activités
Partenariat/ réseau 10%	<ul style="list-style-type: none"> - mobiliser des compétences complémentaires en terme d'accompagnement en lien avec les besoins, attentes et demandes des personnes accueillies / accompagnées ; - développer des outils de communication et d'information sur l'offre de service disponible sur le secteur santé, social départemental ; - participer à des réunions de travail partenarial sur des thématiques, des accompagnements communs, Commission Territoriales d'Orientation du SIAO sur tout le département ; - réaliser de notes synthétiques sur des actions spécifiques ou des projets à visée de communication externe (partenaires / membres du réseau / personnes concernées) ; - déplacements réguliers pour représenter l'association et ses principes d'action au sein d'instances : FNARS, URIOPSS, formation...
CHRS 10%	<ul style="list-style-type: none"> - organiser le fonctionnement du collectif au quotidien, animer des entretiens avec les personnes accueillies ; - participer aux différents entretiens concernant la personne accueillie : admission, projet personnalisé...
Coordination d'équipe 10%	<ul style="list-style-type: none"> - organiser et animer des réunions de travail : réunions de fonctionnement, réunions de projet personnalisé (mobilisation des acteurs externes de l'accompagnement de la personne), groupes de travail thématique; - élaborer des ordres du jour (apports de connaissances sur d'éventuelles problématiques...) - réaliser des notes synthétiques sur des thématiques avec des éléments de définition, des apports conceptuels, des fondements juridiques... - repérer, valoriser et évaluer les compétences individuelles et collectives des acteurs de l'équipe ; - élaborer des feuilles de route sur des missions spécifiques / des consignes de travail ; - réaliser de notes synthétiques sur des actions spécifiques ou des projets ; - mettre en place la supervision d'équipe et choisir l'intervenant.

Mes missions de Chef de service / Association CASA/HAS + répartition de mon temps de travail en pourcentage	Activités
Coordination technique 10%	<ul style="list-style-type: none"> - organiser la mise en œuvre et l'évaluation des différents aspects de la loi 2002-2 : <ul style="list-style-type: none"> o Actualisation du règlement de fonctionnement (organisation de groupes de travail avec les acteurs concernés : personnes accueillies / salariés / administrateurs de l'association...); o Elaboration d'un dispositif PP : réalisation d'un doc de travail, d'une matrice, d'une fiche de suivi, d'une note concernant la mise en œuvre et le rôle et les fonctions du coordinateur de projet ; o Dossier unique de la personne accueillie ; o Instance de participation ; - coordonner la réalisation des différents rapports d'activités en lien avec les acteurs concernés ; - organiser la maintenance technique des locaux / fournisseurs / ...; - réaliser des notes d'information, des synthèses à destination des instances politiques associatives concernant les différents enjeux des services et de l'établissement, participation aux assemblées générales et à des conseils d'administration sur des thématiques précises ; - astreintes ;
Gestion des ressources humaines 10%	<ul style="list-style-type: none"> - organiser les recrutements, en vue d'une décision d'embauche prise par le directeur ; - élaborer les fiches de poste ; - élaborer les plannings de travail (gestion des absences, congés...); - organiser et superviser le travail des équipes / stagiaires - veiller au respect de la convention collective ; - mise à jour régulière du règlement intérieur ; - réaliser les entretiens annuels d'évaluation ; - participer à l'élaboration du plan de formation suite à l'évaluation des besoins de formation.
Coordination administrative 5%	<ul style="list-style-type: none"> - superviser les différentes caisses de fonctionnement des services et de l' / élaboration du tableau des paies / lien avec le service comptabilité ; - superviser les différents courriers / affaires courantes administratives en lien avec l'assistante de direction.
Remplacement du directeur en son absence 10%	<ul style="list-style-type: none"> - délégation de l'ensemble des ses activités pendant les temps de congés et d'absence.

4.1.6. – Le public accueilli et/ou accompagné par l'Association CASA / HAS

Caractéristiques générales

La dénomination de cette catégorie sociale a évolué au fil des siècles. « Traîneux, clochards, brigands et tordus » sont enfermés dans des hôpitaux généraux destinés à sérier la marginalité. Ensuite les dépôts de mendicités (établissements d'assistance et institutions pénitentiaires) accueillent des individus pris en flagrant délit de mendicité. Le concept d'exclusion a deux orientations. L'exclusion se définit comme incapacité de la société à assurer la cohésion sociale, donc à intégrer l'ensemble de la population qui la compose. Elle s'analyse également par les processus qui font passer une partie de plus en plus importante de personnes, d'une situation de vulnérabilité sociale, à la précarité puis à l'exclusion.

Caractéristiques spécifiques

L'association CASA, depuis sa création, a été connue et reconnue sur le secteur social Avignonnais comme accueillant et accompagnant les personnes que les partenaires et membres du réseau nommés : « incasables ». Par ce terme, ils entendaient dénommer les personnes qui ne trouvaient pas de réponse à leurs demandes dans les autres structures d'accueil et d'hébergement du Vaucluse.

Pour ma part, je pense que le public, que j'ai accueilli et accompagné, ne peut se désigner par ce terme trop réducteur. Ce « in », préfixe négatif, démontre bien que ce public a été pris en compte essentiellement autour de ses problématiques mais surtout par le fait qu'il ne rentrait pas dans les « cases » proposées par les règlements de fonctionnement des structures d'accueil et d'hébergement.

Dans le cadre de l'exercice de ma fonction, je n'ai jamais réellement essayé de définir un public type accueilli par l'association mais plutôt eu sans cesse le souci d'adapter les modes d'accueil et d'accompagnement aux personnes qui se présentaient à nous.

Le public accueilli et/ou accompagné est le plus souvent une personne rencontrée dans le cadre de l'exercice de la MDR/EMSS. Ces rencontres permettent de créer un lien, de se rencontrer, de se reconnaître, de se voir, se revoir et petit à petit, d'instaurer un lien de confiance. Dans ce lien de confiance, parfois des demandes peuvent émerger. Le fait de passer par un hébergement n'est pas une fin de soi et l'accompagnement commence souvent « hors les murs ». Parfois, le désir de se poser, de se reposer, sans réel projet est évoqué. C'est là tout le sens des prestations de stabilisation. Peu d'exigences sont posées en termes de règles lors de l'accueil sur le CHRS, c'est avant tout la configuration architecturale qui impose un minimum de vivre ensemble dans les pièces communes mais également la nécessité de s'investir pour les personnes (interdépendance entre l'équipe salariée et les personnes accueillies).

Néanmoins, dans le cadre des rapports d'activités, j'ai dû produire des analyses quantitatives des publics accueillis et accompagnés. Je vous en propose ici une moyenne de ceux-ci au cours de mes années d'exercice :

CHRS :

- 50 personnes différentes sont accueillies en moyenne sur l'année (pour 20 à 24 places d'hébergement) ;
- La moyenne d'âge est de 40 ans ;

- $\frac{3}{4}$ sont des hommes et $\frac{1}{4}$ des femmes. Chaque année, 3 à 4 couples sont accueillis ;
- 13 personnes, en moyenne, accueillies sont sans addiction ;
- avant d'être accueillies, la plupart des personnes viennent **de la rue ou de squats**.

MDR / EMSS :

- 30 nouvelles personnes vivant à la rue sont rencontrées chaque mois dans l'intramuros d'Avignon ;
- 100 personnes différentes sont rencontrées chaque mois ;
- les personnes rencontrées sont majoritairement des hommes (8 sur 10), entre 25 et 45 ans, sans revenus, sans-abri et en situation régulière sur le territoire français ;
- 20% des personnes rencontrées sont en présence d'animaux (personnes ne pouvant pas facilement solliciter un hébergement) ;
- les besoins principalement recensés par l'équipe sont : le lien/la relation, les soins physiques, l'hébergement/le logement puis vient le besoin d'accompagnement.

ADN/HDN:

Sur une période hivernale, l'ADN/HDN, c'est :

- 151 jours d'ouverture ;
- 632 personnes différentes accueillies ;
- 3809 demandes alimentaires ;
- les principales demandes sont : les demandes alimentaires, de soins et d'hygiène³⁷ ;
- 83 personnes différentes passent plus de 11 fois à l'Accueil de Nuit et 34 personnes différentes passent plus de 11 nuits à la Halte de Nuit.

L'ensemble de ces données quantitatives proviennent des bases de données mises en place au sein de l'association CASA.

³⁷ A noter que la ville d'Avignon avait fait le choix de fermer les douches municipales définitivement et que, de ce fait, seul 2 douches sur l'accueil de jour du Secours Catholique étaient accessibles pour les personnes sans-abri.

4.2. - Description de mes situations de travail significatives, en lien avec les fonctions du référentiel

4.2.1 - Ma première situation de travail

Pour chaque situation de travail présentée, j'introduirai par un tableau qui synthétise le contexte, l'action concernée et les activités mises en œuvre.

Services associatifs concernés	Equipe de Médiation de Rue puis Equipe Mobile Santé Social / CHRS Villa Médicis
Action concernée	<u>Réunion Porcelaine</u> : réunion de professionnels de l'accompagnement (acteurs du secteur sanitaire et social avignonnais) dont l'objectif est de partager autour des situations de personnes très fragilisées et sans-abri.
Années concernées	2008 à 2011
Activités mises en œuvre	<u>Expertise - conseil</u> : repérer et analyser des stratégies d'acteurs, participer à la conception et à la construction d'un dispositif de veille sociale, mener une action ayant une visée d'amélioration de la qualité en proposant des stratégies d'action et d'intervention. <u>Conception et développement</u> : formaliser et proposer des stratégies d'action en utilisant un des outils possibles : la fiche-action, concevoir, piloter, conduire et évaluer une action visant à proposer des réponses pluri-partenariales et personnalisées à l'accompagnement de publics, mobiliser des acteurs externes, analyser, évaluer, identifier les besoins de changement et conduire le changement en vue d'une amélioration de l'action. <u>Evaluation</u> : définir l'objet de l'évaluation, ses conditions et ses moyens (outils appropriés à l'objet de l'évaluation); organiser la participation des acteurs concernés à toutes les étapes de l'évaluation; communiquer les résultats de l'évaluation par l'intermédiaire d'un rapport final d'évaluation.

Contexte

Lors de ma prise de fonction, j'ai en charge la représentation du CHRS Villa Médicis et du service de MDR lors des réunions Porcelaine. De plus, je dois réaliser, alternativement avec la directrice du SAO (puis SIAO) la rédaction de comptes-rendus de cette instance.

La réunion Porcelaine - définition

L'action « réunion Porcelaine » a été initiée fin 2006 par l'équipe du SAO/115 et plus particulièrement par les écoutants 115, qui se trouvaient régulièrement en difficulté face à des demandes d'hébergement formulées dans le cadre de l'urgence ou de signalements de citoyens; sollicitations pour lesquelles il n'y a pas véritablement de réponse adaptée à proposer, tant le dispositif d'hébergement local ne semble parfois pas en capacité d'accueillir des publics présentant des difficultés multiples et avérées sur le

plan sanitaire (psychiatrique et somatique) - et sur le plan social. Face à cette difficulté, le SAO/115 a mis en place un temps de rencontre avec les acteurs de première ligne de l'intervention auprès des personnes sans-abri pour échanger sur les situations de ces personnes très fragilisées. Le service de MDR de l'Association CASA fut donc, dès la création de cette réunion, un acteur important.

Cette réunion se déroule sur une durée d'une heure, une fois toutes les 3 semaines.

Les acteurs présents en 2008 sont des professionnels des structures suivantes:

- SAO /115 – Imagine 84 ;
- PASS³⁸ du centre hospitalier d'Avignon ;
- Equipe Mobile de Santé Mentale du Centre hospitalier de Montfavet;
- CSAPA AVAPT / CAARUD Le Patio – Groupe SOS Habitat et soins & SOS Drogue International ;
- AIDES ;
- Accueil de jour du Secours Catholique ;
- CCAS d'Avignon ;
- Association CASA.

Le principe de la réunion était le suivant :

- en amont de la réunion (1 semaine avant la date programmée), un ordre du jour avec les noms des personnes proposées par les différents services était envoyé à l'ensemble des partenaires acteurs de cette réunion ;
- au cours de la réunion, le service qui avait demandé à évoquer la situation d'une personne, partageait ses observations, questionnements... L'ensemble des acteurs échangeait et des préconisations (terme apparent sur le compte-rendu) étaient formulées;
- un compte-rendu était réalisé alternativement par la directrice du SAO et moi-même et envoyé à l'ensemble des partenaires (celui-ci était anonymé, seul figuré les initiales des personnes concernées).

Constats et analyse de la réunion Porcelaine

J'ai donc participé à ces réunions pendant environ 6 mois. Constatant un certain nombre d'éléments posant des problèmes d'éthique, de fonctionnement et dans le but d'améliorer la qualité de cette instance, j'ai fait part de mes observations, constats et analyses à la Directrice du SAO :

- cette réunion semblait poursuivre plusieurs objectifs sans réellement en définir un seul :
 - repérer des personnes en situation de très grande précarité, vulnérabilité, profonde exclusion. Sur ce point, nous étions proche du comité départemental de la veille social³⁹ (institué par la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998 et dont le SAO, le

³⁸Permanence d'Accès aux Soins de Santé : créé par la loi du 29 Juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les PASS s'adressent aux personnes en situation de précarité. La PASS d'Avignon a une assistante sociale dédiée et des interventions des médecins présents sur le service des urgences.

³⁹ Sur le département du Vaucluse, depuis 2003, la DDASS puis la DDCS « réunit l'ensemble des acteurs et des intervenant en direction des publics en grande difficulté : associations, polices, gendarmerie, CCAS des 3 villes les plus importantes du département, PASS, centre hospitalier spécialisé... ». « Cette instance de concertation permet à l'ensemble des acteurs de connaître la situation départementale, de faire remonter les difficultés rencontrées sur le terrain, et de revoir l'information nécessaire de la part des instances » (source <http://www.vaucluse.gouv.fr>).

- 115, les accueils de jour et les maraudes font partis et défini par le référentiel Accueil Hébergement Insertion) ;
- permettre une coordination de l'accompagnement des personnes ;
 - créer un espace d'expression pour des professionnels en difficulté face à l'accompagnement d'une personne ;
- très voir, trop rarement, les personnes dont les situations étaient évoquées en réunion Porcelaine en étaient informées. Leur accord ne leur était pas demandé et donc leur propre solution n'était pas recueillie. De ce fait, nous étions très éloignés des recommandations de la loi 2002-2, de l'ANESM⁴⁰ mais également de ma propre éthique professionnelle. Il était bien là question de « consentement ».
 - lors de l'exposé de la situation de la personne par le professionnel, des informations à caractère médical étaient parfois divulguées ainsi que des anecdotes peu utiles étaient partagées ;
 - le terme de « préconisation » sous-entendait que les professionnels allaient « conseiller quelque chose, le recommander vivement » à quelqu'un qui n'était peut-être même pas informé que l'on avait parlé de lui, hors de son consentement et de sa présence ;
 - du côté des professionnels présents : certains venaient à cette réunion plus pour partager un temps informel avec des collègues partenaires que pour coordonner un parcours d'accompagnement. La directrice du SAO et moi-même ne nous sentions pas en position de légitimité pour recadrer des professionnels de structures partenaires concernant leur arrivée tardive et leur départ anticipé, ces allers et venues perturbaient les échanges.

Après avoir échangé sur ces différents points, il nous paraît opportun d'en référer au Groupe Réseau Santé Social Sans Abri d'Avignon (GR3S2A) car ses buts poursuivis sont en adéquation avec la réunion Porcelaine. De plus, les professionnels présents lors de cette instance font majoritairement parti des institutions représentées au sein de ce réseau. De ce fait, il sera sûrement plus aisé d'agir auprès des professionnels présents en passant par leurs responsables d'établissement.

Le Groupe Réseau Santé Social Sans Abri d'Avignon - un pilote naturel

En 2007, le Groupe Réseau Santé Social Sans Abri (GR3S2A) d'Avignon se constitue : il « mène une réflexion afin de trouver des modalités de coopération dans le but d'améliorer le service rendu aux usagers. Il s'agit notamment de mettre en place des articulations tendant à garantir une continuité d'actions pour des situations individuelles souvent complexes, marquées par des problématiques: de santé somatique, de santé mentale, de souffrances psychiques et psychiatriques, d'addictions, d'errance... qui appellent, pour une même personne, différentes réponses faisant intervenir tant les professionnels du secteur sanitaire que du secteur social.⁴¹ »

A sa création, ce groupe a été accompagné par une conseillère technique de l'URIOPSS pour animer le groupe de participants, conduire les réunions, formaliser les rédactions des ordres du jour et des comptes-rendus et proposer un appui technique si nécessaire.

Ce GR3S2A, mené sur Avignon, permet aux structures du secteur sanitaire et social de se rapprocher dans l'objectif :

⁴⁰ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé - ANESM - Décembre 2008 & La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre - Juillet 2008

⁴¹ Extrait d'une note d'opportunité rédigée par le GR3S2A.

- d'identifier les moyens présents sur le territoire en ayant une connaissance fine des actions déployées par chaque structure ;
- de partir de l'existant avant d'envisager des solutions nouvelles ;
- de mutualiser des moyens;
- de créer des projets concertés et validés par l'ensemble des parties prenantes.

En sont membres des structures du secteur social et sanitaire qui sont représentées par leurs responsables:

- SAO /115 – Imagine 84 ;
- Centre hospitalier d'Avignon ;
- Centre hospitalier de Montfavet ;
- SOS Habitat et soins & SOS Drogue International ;
- L'AHARP (Association pour l'Hébergement, l'Accueil et la Réinsertion en Provence) ;
- Imagine 84 ;
- Association Passerelle (CHRS) ;
- CHRS Croix-Rouge
- L'accueil de jour du secours catholique ;
- SOS Habitat et soins & SOS Drogue International ;
- Association CASA.

Méthodologie

Afin d'améliorer la qualité de l'instance « Porcelaine », j'élabore et conduit une partie des actions qui vont permettre cette amélioration. Ce programme va se dérouler en plusieurs étapes.

- **Partager mes observation, constats et analyses**

Au début de l'année 2009, lors d'une rencontre du GR3S2A, nous exposons nos observations, constats et analyses aux membres présents. L'objectif est de faire partager ceux-ci dans le dessein de valider la nécessité d'amélioration du fonctionnement de cette instance.

Suite à notre exposé, le GR3S2A nomme un observateur pour participer aux prochaines réunions programmées et vérifier nos propos. C'est le directeur de SOS Habitat et soins & SOS Drogue International qui est désigné.

Nous informons donc les participants des réunions Porcelaine de la présence d'un membre du GR3S2A lors des 3 prochaines réunions. Stratégiquement, il me semble plus pertinent de faire émerger le besoin de changement par une personne extérieur au fonctionnement des réunions. De plus, en impliquant les responsables des structures dont les professionnels sont salariés, il sera formellement plus aisé de reposer le cadre de leur présence par un membre de leur hiérarchie.

- **Construire et partager un document de travail commun**

Suite à ces 3 participations, nous organisons un temps de travail commun entre la directrice du SAO, moi-même et le directeur présent pour représenter le GR3S2A. Lors de celui-ci, nous élaborons un document à destination des membres du GR3S2A (Annexe 7 : « pour l'amélioration de la qualité des réunions Porcelaine »). Celui-ci a pour objectif de synthétiser nos différentes observations et de faire émerger des pistes de travail dans l'objectif d'améliorer la qualité des réunions Porcelaine.

Je reprends ci-dessous, les éléments du tableau présent dans ce document :

Objet	Observations	Pistes de travail
Approche globale		
Cadre de l'action	Absence de pilotage et de suivi « extérieur »...	Repositionnement en cours auprès du GRSSAA
Définition de l'action :	Absence de définition claire et précise de l'action....	Réactualisation, redéfinition du projet d'action...
Dimension opérationnelle		
Publics	« Publics les plus en difficultés en Avignon... »	Préciser... du point de vue de l'expérience...
Préalable : Place et rôle des usagers	Les usagers ne semblent pas (ou peu) informés et pas (ou peu) mobilisés...	Informier préalablement – au moins – recueillir le point de vue les attentes, et/ou susciter la participation des usagers
Objectif général	Centré sur : apporter des réponses à des situations d'urgence rencontrées par les publics ciblés	Améliorer le repérage et le suivi des publics ciblés
Objectifs spécifiques	Etablir pour chaque usager concerné une préconisation en matière d'hébergement et/ou de logement	Elaborer, de manière concertée, des plans d'action individualisée : - vigilance et/ou - accompagnement et/ou - orientation au profit des publics ciblés
Objectifs secondaires	Echange d'informations Essais (récents...) de coordination	Définir, de manière concertée, les modalités d'intervention : - qui intervient ? - comment ? quelle articulation ? - transmission des informations ? Quelle « référence » ? Suivi / Information sur l'évolution de la situation des usagers, réactualisation ...
Mise en œuvre		
Administration	A la charge du SAO 115 : Informations par mails, prise de notes, comptes-rendus et transmission	Confîées de manière partagée au SAO 115 et CASA
Animation	A la charge du SAO 115	Confîées de manière partagée au SAO 115 et CASA Modalités réactualisées
Respect du cadre	Quelques écarts sur : avis de présence ou d'absence, horaires de début et fin de réunion, apartés, digressions...	Rappel des bonnes pratiques

Objet	Observations	Pistes de travail
Participants	Très / trop nombreux Ratio contribution / présence peu élevé – Taux de présents mobilisés auprès des usagers peu élevé – Nombre de tiers extérieurs important (stagiaires)	A repreciser / 3 types : - participants « réguliers » : SAO 115, Médiation de rue, Accueil de jour du secours catholique, PASS, Equipe santé-précarité... - participants « intermittents », interpellés ou mobilisés par la situation de M. X ou Me Y / AVAPT, AIDES La Boutik... - participants « ponctuels », sollicités sur telle ou telle situation, problématique...
Origine	Le professionnel « demandeur » et les motifs de la « demande » ne sont pas (ou peu) explicites	Identification du « demandeur » et précisions sur les motifs... Et lien avec l'usager...
Contenu	Quelques carences sur : non jugement – neutralité bienveillante – position professionnelle – cadre de compétences...	Améliorer le contenu par une plus grande professionnalisation des interventions et des interactions Ouvrir des possibles questionnements...
Perspectives	Préconisations... ou – à défaut – veille...	Plan d'action individualisée (Cf. obj. spécifiques et secondaires / Reformuler et valider...)

Synthèse de nos observations, ce document a été communiqué à l'ensemble des membres du GR3S2A lors d'une de leur rencontre. Faisant suite à ce document, le GR3S2A a mandaté un groupe de travail sur l'articulation « Porcelaine / GR3S2A » auquel je participais.

• **Participer à un groupe de travail pour améliorer la réunion Porcelaine**

Ce groupe était composé de membres du GR3S2A volontaires :

- Directrice du SAO /115 – Imagine 84 ;
- Cadre socio-éducatif du Centre hospitalier d'Avignon ;
- Directeur de l'Equipe Mobile Santé Précarité du Centre hospitalier de Montfavet ;
- Directeur de l'AVAPT - SOS Habitat et soins & SOS Drogue International ;
- Directeur de l'accueil de jour du secours catholique ;
- SOS Habitat et soins & SOS Drogue International ;
- moi-même et le Directeur de l'Association CASA.

Ce groupe s'est réuni à 3 reprises (en Mars et Avril 2009). De ces temps de travail où les acteurs étaient volontaires sont ressortis les points suivants :

- le GR3S2A sera pilote de l'action Porcelaine ;
- le public ciblé par la réunion Porcelaine doit être défini ;
- la réunion Porcelaine doit permettre l'amélioration, le repérage et le suivi des publics ciblés.

De plus, ce groupe a décidé de réaliser une fiche-action qui définira des objectifs spécifiques et opérationnels et sera validé par l'ensemble des membres du GR3S2A.

En effet, la fiche-action me semble un outil adapté pour formaliser et proposer des stratégies d'action.

• **Participer à l'élaboration et la rédaction de la fiche-action réunions Porcelaine**

Cette fiche-action a repris l'ensemble des éléments recueillis lors de mes temps d'observation, de constats et d'analyse mais également la synthèse des éléments définis en groupe de travail. Elle a été élaborée et rédigée conjointement par la directrice du SAO et moi-même et validée par le GR3S2A.

J'en reprends ici les éléments saillants (document dans son intégralité en annexe 8) :

Origine	<ul style="list-style-type: none"> • Explicitation de l'origine de la réunion ; • Contextualisation de l'intervention du GR3S2A ; • Pourquoi cette fiche action ?
Préalable	le GR3S2A confie au SAO/115 et à l'Association CASA les fonctions d'administration courante et d'animation des réunions (fonctions assurées par la directrice du SAO/115 et moi-même).
Objectif général	Améliorer le repérage et le suivi des publics ciblés par les réunions « Porcelaine ».
Objectifs secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Optimiser la transmission d'informations entre les acteurs de terrain et la coordination de leurs interventions en faveur des publics ciblés. • Favoriser l'échange entre les acteurs de terrain et l'élaboration concertée d'un positionnement commun et/ou de perspectives d'intervention en faveur des publics ciblés.
Objectifs spécifiques	Permettre l'expression des difficultés auxquelles sont confrontés les acteurs de terrain face aux situations signalées, rencontrées et/ou évoquées.
Publics concernés	Les personnes dont les situations sont évoquées dans les réunions « Porcelaine » sont parmi les plus fragilisées, les plus marginalisées, tant sur le plan sanitaire que sur le plan social. La diversité et l'intensité des difficultés qu'elles présentent, comme l'instabilité de leur parcours, rendent indispensables le croisement des regards et le partage des informations entre les différents professionnels qui les rencontrent, afin de rester collectivement vigilants sur l'état de leur situation et, le cas échéant, d'articuler des interventions visant à leur évolution.

Modalités de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Principe d'action : en amont, information de la personne concernant les préoccupations et les difficultés inhérentes à sa situation, respect des droits des usagers lors des échanges, en aval, information du positionnement élaboré entre professionnels ; • Création de 3 catégories de participants : <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>les permanents</u> : représentants de structures qui sont quotidiennement en contact avec les publics ciblés ; ○ <u>les intermittents</u> : professionnels concernés par la situation et faisant partie d'une structure précédemment présente mais qui ne fait pas partie des permanents ; ○ <u>les invités</u> : autres professionnels inscrit dans l'environnement d'une personne dont la situation va être évoquée (ces invités seront sollicités par la directrice du SAO/115 ou moi-même) ; ○ <u>les stagiaires</u> : leur présence doit être ponctuelle et validée par la directrice du SAO/115 ou moi-même pour éviter un trop grand nombre de professionnels lors des échanges. • Mise en œuvre : 1h toutes les 3 semaines, respect du cadre horaire, respect du « secret partagé » lors de l'élaboration de l'ordre du jour ; • Respect et déontologie : rappel à l'ensemble des acteurs du respect du droit des usagers.
-----------------------------	--

- **Impliquer les acteurs de la réunion Porcelaine dans cette évolution**

Suite à la rédaction de cette fiche, la réunion Porcelaine du 23 Juin 2009 se déroula en présence de 3 membres du GR3S2A pour présenter cette fiche-action. Appui nécessaire, la présence de ces responsables de structure permettait de mettre de la distance et un tiers pour présenter ces nouveaux objectifs et moyens envisagés.

Globalement, l'ensemble des professionnels acteurs de la réunion adhéra aux éléments et axes de cette fiche. Ayant en charge l'administration et l'animation de cette réunion, je continuai avec cette nouvelle définition pendant 2 ans.

Il a fallu faire vivre cette fiche-action, notamment sur ses modalités de fonctionnement. En effet, il a été nécessaire de reprendre à plusieurs reprises la définition des différentes catégories de participants mais ce qui a été le plus complexe fut le respect des droits des usagers. En effet, je touchais l'aspect « éthique » de l'approche de l'accompagnement et de la prise en compte de la personne et il était parfois difficile d'impacter une réflexion à question d'1 heure toutes les 3 semaines. C'est pourtant l'aspect qui m'a tenu le plus en action en animant cette instance et également en souhaitant favoriser cette réflexion éthique par le biais de la mise en place d'une démarche d'évaluation 2 ans plus tard.

- **Evaluer les impacts de cette fiche-action 2 ans après**

Suite à deux années de fonctionnement sur les principes de cette fiche action, j'ai mené une démarche d'évaluation du dispositif Porcelaine. Ce travail a été conduit en lien avec la directrice du SIAO (à la fin de l'année 2009, sur Avignon, après plusieurs groupes de travail, il est décidé que le SAO actuel, porté par l'Association IMAGINE 84, porterait le

SIAO et ses nouvelles missions) mais j'en ai été l'instigatrice et la pilote dans toutes ces étapes.

Le contexte de cette évaluation

Outre le fait qu'il est toujours pertinent et nécessaire de procéder à l'évaluation d'un dispositif à intervalle régulier, cette démarche s'inscrit dans une réponse à un appel à projet de l'ARS dans le cadre du PRAPS : «assurer une réelle continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité ». Un des objectifs opérationnels de notre réponse à cet appel à projet est : « Favoriser le travail en réseau santé précarité ».

Sur cet appel à projet, mon poste est financé à 0,25 ETP.

Dans ce cadre, et en amont de la future création de l'équipe mobile santé social (dont je développerai le cadre de la création dans la situation suivante), j'ai mené une évaluation de la réunion Porcelaine sur 3 années d'activités.

Cette évaluation s'est déroulée en plusieurs phases :

- définition des objectifs de l'évaluation ;
- conjointement, j'ai mené :
 - o traitement et analyse des différentes bases de données quantitatives concernant les personnes dont les situations ont été travaillées lors des réunions Porcelaine ;
 - o élaboration d'un questionnaire à destination des différents participants définis dans la fiche action (profil GR3S2A, profil permanent, profil intermittent, profil invité), son test et sa distribution auprès des différents acteurs concernés.

Définition des objectifs et outils de l'évaluation adaptés aux objectifs

A travers cette évaluation, je souhaitais vérifier la validité des objectifs général, spécifiques et secondaires de la fiche action mise en place 2 années plus tôt mais également mesurer l'efficacité de ces « préconisations » et l'investissement des professionnels lorsque ceux-ci sont impliqués dans la coordination d'action. De plus, un point qui me paraissait central devait être requestionné : le droit des usagers. Sont-ils toujours informés, consultés, en accord avec l'exposé de leur situation...

Ceux sont l'ensemble de ces objectifs que j'ai souhaité traiter à travers **un questionnaire**, outil qui me semblait le plus approprié pour permettre aux professionnels de s'exprimer librement et également de pouvoir donner leur propre proposition de résolution : produire une connaissance sur un aspect résolutif des problématiques toujours présentes.

Dans un deuxième temps, j'avais observé de façon empirique qu'un certain nombre de personnes revenaient souvent dans les ordres du jour. En effet, nous pouvions constater que plusieurs structures différentes souhaitaient évoquer régulièrement la situation des mêmes personnes. En analysant les bases de données, j'allais pouvoir sortir de mes réflexions empiriques pour étayer celles-ci sur des données quantitatives autour des caractéristiques des personnes dont les situations étaient évoquées.

Le questionnaire

Chaque questionnaire a été élaboré suivant les profils concernés (professionnel permanent, professionnel intermittent, professionnel invité, membre du GR3S2A).

Néanmoins, j'ai élaboré un préalable commun présentant le contexte de cette évaluation :

« En Juin 2009, le GR3S2A a pris en charge le pilotage de ce dispositif. Suite à un temps d'évaluation, une fiche-action a été réalisée et a défini les modes opératoires de l'instance Porcelaine.

Aujourd'hui, forts de plusieurs années de fonctionnement, il semble nécessaire d'évaluer ces modes opératoires et les objectifs qui les définissent.

Ce questionnaire va donc être un support de l'évaluation qui va se passer à plusieurs niveaux :

- quantitatif à partir de critères autour de la typologie du publics et des différentes préconisations réalisées ;
- qualitatif auprès des professionnels présents lors de l'instance Porcelaine : membres permanents, intermittents, invités et représentants du GR3S2A. »⁴²

Ces questionnaires avaient pour objectif de mesurer l'efficacité des nouvelles modalités mises en place par la fiche-action Porcelaine mais également d'aller chercher auprès des acteurs concernés les freins et leurs pistes de résolution pour garantir une continuité d'action (accueil, soins et hébergement).

Les résultats de cette évaluation

J'ai élaboré une « note synthétique sur la démarche d'évaluation des réunions Porcelaine » (Annexe 10) pour communiquer les résultats de cette évaluation à l'ensemble des acteurs de la réunion Porcelaine ainsi qu'aux membres du GR3S2A.

Concernant les **aspects quantitatifs**, à travers l'analyse des bases de données, j'étudie et je donne des pistes de questionnement ou de résolutions sur plusieurs points :

- concernant le choix du terme « préconisation » : « C'est donc cette idée de « solution » qui est recherchée dans les préconisations. L'instance Porcelaine s'est construite sur cette représentation: l'hébergement semblait donc l'aboutissement d'une problématique. A ce jour, l'hébergement est un moyen possible d'amélioration des situations des personnes qui semblent de plus en plus complexes. Les personnes n'expriment pas nécessairement des demandes, une adaptation de ces dites « préconisations » est à envisager. Celle-ci doit passer par le changement de dénomination car c'est un processus d'élaboration et une mise en œuvre qui est à repenser.

Le terme de « préconisation », action de préconiser, se définit ainsi : « du latin *praeco*, -onis, crieur public, recommander avec force et insistance⁴³ ».

La place de professionnels œuvrant dans le secteur médico-social est-elle à ce jour de recommander ? ⁴⁴ ».

- concernant les « préconisations » : « Nous observons que la question de l'hébergement n'est plus aussi essentielle (21% des préconisations). Par contre, la question du soin (40% des préconisations) devient réellement un questionnement central pour l'ensemble des acteurs. Mais ne sommes-nous pas là à la croisée de l'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire ? C'est donc la question du Réseau Santé Social qui s'exprime ici. Cependant, certaines situations de personnes reviennent de manière récurrente lors des instances

⁴² Préalable commun à l'ensemble des questionnaires, Annexe 9.

⁴³ Le Petit Larousse, 2009.

⁴⁴ Extrait de la « Note synthétique sur la démarche d'évaluation des réunions Porcelaine », Annexe 10.

Porcelaine : **15 personnes** sur les 120 qui ont fait l'objet d'étude de situation, sont toujours considérées comme des **situations "Porcelaine"** - personnes très fragiles dont les situations sont régulièrement évoquées. Et avec ces personnes dont les situations reviennent de manière régulière, mettons-nous "en place des articulations tendant à garantir une continuité d'actions (accueil, soins et hébergement)⁴⁵" ? La continuité d'action est-elle présente lorsque à plusieurs mois d'intervalle, la situation d'une personne est évoquée, les pistes d'actions sont les mêmes car il n'y a pas eu entre temps d'action à proprement dit. ⁴⁶ ;

- **concernant la récurrence de certaines situations** : « **31 personnes** ont fait l'objet de **plusieurs études de situations** : 28 hommes et 3 femmes.

	Nb personnes différentes
2 fois à l'ordre du jour	18
3 fois à l'ordre du jour	8
4 fois à l'ordre du jour	4
5 fois à l'ordre du jour	1

Parmi ces 31 personnes, 4 sont actuellement hébergées au CHRS de stabilisation Villa Médicis, 6 y ont séjourné, 3 sont décédées, **9 sont toujours potentiellement des situations Porcelaine.**⁴⁶ ».

Concernant les **aspects qualitatifs**, recueil de données des questionnaires, « tous profils confondus, **83%** des personnes sollicitées ont répondu au questionnaire. Ce nombre important de réponse révèle un fort intérêt tant pour la démarche d'évaluation que pour l'instance Porcelaine en général.⁴⁶ ».

Sur les objectifs énoncés par la fiche-action, « La réunion Porcelaine semble, pour l'ensemble de ses niveaux d'organisation, acteurs de terrain et pilote, répondre aux objectifs énoncés dans la fiche action élaborée.

Cependant, pour une minorité, quelques écueils restent présents :

- l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social semble toujours difficile à se mettre en place (ce qui n'est pas nouveau sur le secteur Avignonnais) ;
- peu d'acteurs se sentent concernés par les situations des personnes hors des instances porcelaines. En effet, nous verrons dans la suite de l'évaluation qu'un nombre important de ce que nous nommons des "préconisations" et qui pourraient s'apparenter à des moyens et méthodes envisagés dans l'accompagnement des personnes, n'est pas suivi dans les actions menées. De ce fait, la situation de certaines personnes peut être évoquée à plusieurs reprises avec des "préconisations" similaires car celles-ci n'ont pas été suivies par les professionnels de l'accompagnement. Il n'est donc pas possible, par la suite, de pouvoir penser à d'autres pistes d'accompagnement.⁴⁶».

⁴⁵ Extrait fiche action Réunions « Porcelaines » - Eléments fondamentaux.

⁴⁶ Extrait de la « Note synthétique sur la démarche d'évaluation des réunions Porcelaine », Annexe 10.

Concernant l'objectif spécifique « Permettre l'expression des difficultés auxquelles sont confrontés les acteurs de terrain face aux situations signalées, rencontrées et/ou évoquées. ⁴⁷ », « Dans sa majorité, cet objectif spécifique semble atteint. Néanmoins, il est nécessaire de souligner qu'une marge des participants a signalé un « *manque d'intervenants concernés* » ainsi qu'un manque de « *temps consacré à la pratique et aux questions de veille sanitaire et sociale* ». Peut-on réellement conjuguer une continuité d'actions et une expression des difficultés des acteurs de terrain ?⁴⁸ ».

Concernant la mise en œuvre de la réunion Porcelaine, « nous mesurons là un écart entre l'objectif visé, qui est une meilleure coordination des interventions, et les moyens mis en œuvre qui ne semblent pas répondre aux attentes.

C'est l'observation empirique de cet écart que j'ai souhaité vérifier en réalisant cette démarche d'évaluation.

En effet, certaines personnes voient leur situation réévoquée régulièrement (le temps entre chaque exposé de situation est aléatoire). La situation de ces personnes est souvent toujours similaire : personne en situation de grande fragilité, de grande précarité... En tant que professionnels, nous avons bien conscience que le désir de changement ne doit et ne peut émaner exclusivement de la personne elle-même mais il est parfois nécessaire d'essayer des pistes de résolution avec la personne afin de susciter le désir le changement.

Il a été remarqué que les pistes d'accompagnement évoquées étaient parfois les mêmes mais que aucune continuité n'avait eu lieu dans l'action. De ce fait, le temps où l'ensemble des professionnels partage la situation d'une personne, tout le monde semble extrêmement à l'écoute. Par contre, une fois l'instance terminée, certaines situations ne semblent pas poursuivies dans leurs préconisations. ⁴⁸»

Concernant la coordination de parcours et le suivi des préconisations : « A cette question, une majorité de personnes ont répondu de manière positive. Il semble néanmoins qu'il y ait une vision contradictoire entre l'organe pilote (GR3S2A) qui est moins unanime sur cette question que les acteurs de terrains.

Néanmoins, il semble nécessaire à minima de questionner voir de repenser ce processus de continuité d'action auprès des publics dont les situations reviennent régulièrement.

Je développe ci-dessous quelques pistes de résolution possibles :

- les situations des personnes qui sont très fragilisées et dont la situation reste très inquiétante pourraient continuer à être évoquées lors des retours de situation à chaque porcelaine tant qu'une majorité de professionnels pensent que cela est nécessaire ;
- certaines personnes pourraient faire partie d'une liste de situation à évoquer systématiquement lors de chaque porcelaine, même en quelques mots afin de toujours conserver une "vigilance" de tous quant à leur situation ; ⁴⁸».

Concernant le principe d'action et le respect des personnes et de leurs droits et libertés : « nous pouvons mesurer un réel écart entre le principe d'action donné par la fiche-action et le respect des personnes et de leurs droits et libertés. Outre les problèmes d'éthique et de déontologie que ces écarts peuvent soulever, il semble que cela mette également en péril les politiques publiques concernant les droits et les libertés des

⁴⁷ Objectif spécifique notifié dans la fiche-action Réunions Porcelaine – Eléments fondamentaux, Annexe 8.

⁴⁸ Extrait de la « Note synthétique sur la démarche d'évaluation des réunions Porcelaine », Annexe 10.

personnes (cf. Charte des droits et des libertés de la personne accueillie selon l'Arrêté du 8 septembre 2003, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles). En effet, même si l'instance Porcelaine n'est pas soumise à cette charte, une majorité des établissements et services représentés par ces professionnels sont soumis aux dispositions de la loi 2002-2.⁴⁹ ».

Le rôle novateur de cette instance et de mon évaluation

L'ensemble de cette évaluation a permis de mettre en lumière des écarts entre l'instance projetée et l'instance réalisée. Cette démarche s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. L'analyse ainsi que les pistes de travail en émergent produites dans le rapport d'évaluation, validées par l'ensemble des acteurs de l'instance Porcelaine et par les membres du GR3S2A auraient pu permettre l'émergence d'un plan d'amélioration de la qualité à court et moyen terme.

Pourtant, cette démarche en est restée là. En effet, le GR3S2A ne s'est pas saisi de cette évaluation. La concurrence entre acteurs a fait se déliter des liens créés dans le cadre de ce groupe. De plus, les questions de financement des appels à projets du PRAPS ont souvent mis en concurrence des acteurs de ce groupe.

Le 9 décembre 2014 se tiennent les états généraux de l'urgence sociale en PACA « Urgence sociale et santé ». Entre 2011 et 2014, 3 années se sont écoulées, pourtant les constats, pistes de travail identifiées et les axes de projet sont en totale adéquation avec les pistes d'amélioration de mon évaluation.

En effet, lorsque l'évaluation souligne la prégnance de la question du soin pour les personnes en très grande vulnérabilité, cette question est également soulevée dans la présentation du territoire d'Avignon à travers l'identification d'« un médecin psychiatre référent au sein de la Commission Porcelaine⁵⁰ ».

Si l'évaluation souligne la nécessité d'une meilleure coordination et articulation entre les professionnels du secteur sanitaire et social, le constat est toujours le même « un manque d'articulation suffisante entre le secteur social et le secteur psychiatrique & Renouer des liens interinstitutionnels DDCS/DT ARS⁵⁰ ».

De plus, la nécessité de création d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité est également soulevée comme piste de travail identifiée. Cette question a toujours été centrale lors des réunions Porcelaine mais également dans la création de l'Equipe Mobile Santé Sociale dont je vais relater la création dans la situation suivante.

⁴⁹ Extrait de la « Note synthétique sur la démarche d'évaluation des réunions Porcelaine », Annexe 10.

⁵⁰ Extrait du rapport final des Etats généraux de l'urgence sociale en PACA « Urgence sociale et santé » - 9 Décembre 2014, page 10.

4.2.2. – Ma deuxième situation de travail

Services associatifs concernés	Equipe de Médiation de Rue puis Equipe Mobile Santé Social
Action concernée	<u>Equipe Mobile Santé Social</u> : mise en place d'une équipe mobile pluri-professionnelle (secteurs sanitaire et social) et pluri-partenaire afin de réaliser des maraudes pédestres sur la commune d'Avignon dans l'objectif de favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins.
Années concernées	2008 à 2014
Activités mises en œuvre	<p><u>Expertise – conseil</u> : participer à l'élaboration de constats partagés dans le cadre d'un partenariat aillant pour objectif de repérer et évaluer les besoins de soins en santé mentale pour le public rencontré par l'équipe de médiation de rue d'Avignon.</p> <p><u>Conception et développement</u> : élaborer une réponse à un appel à projet dans le cadre des finances PRAPS en prenant en compte la dimension partenariale de l'action, piloter la mise en place de l'action en mobilisant les acteurs internes et externes, élaborer des documents supports et outils du travail partenarial.</p> <p><u>Evaluation</u> : piloter une évaluation, définir l'objet de celle-ci, organiser la participation des acteurs concernés et définir les outils de l'évaluation, déléguer une partie de l'évaluation en missionnant un professionnel compétent, communiquer les résultats de cette évaluation aux acteurs concernés.</p>

Contexte : un partenariat pour étayer un projet

Lorsque je prends mes fonctions en 2008, un partenariat est en place entre le service de MDR et l'équipe mobile psychiatrie/précarité de Marseille (équipe elle-même montée sur un partenariat entre médecins du monde et l'assistance publique des hôpitaux de Marseille – MDM/APHM). L'association CASA et l'équipe mobile MDM/APHM se sont rencontrées en 2007 lors de l'ouverture d'un lieu de vie alternatif à Marseille : le marabout.

Ce lieu de vie a été ouvert en février 2007 suite à la création d'un collectif logement santé en décembre 2005 qui rassemblait des associations de première ligne travaillant avec des personnes en très grande précarité et vivant dans la rue, des citoyens, des soignants et des chercheurs en sciences sociales.

Pour soutenir ce lieu, une association a été créée : le « Marabout ». Ce nom renvoie d'une part à la tente des nomades et d'autre part au thérapeute. Ce lieu de vie alternatif a pour objectif d'accueillir des personnes vivant dans la rue et présentant des maladies psychiatriques et/ou somatiques graves. Pour résumer la genèse du Marabout, ce sont des personnes de la rue et des travailleurs de rue qui ont décidé d'ouvrir un lieu pour

pouvoir soigner des personnes malades "de la rue" jusqu'à la guérison, le rétablissement et/ou la stabilisation. Le lieu de vie est géré par les habitants. Le projet thérapeutique de chaque personne, élaboré par elle et pour elle, est rendu possible par un réseau diversifié animé avec une approche communautaire, par l'équipe mobile psychiatrie/précarité APHM/MDM.

Parallèlement, l'équipe de MDR fonctionne, depuis sa création en 2005, en partenariat avec le réseau de prise en charge sanitaire et social avignonnais. Néanmoins, celle-ci a constaté qu'une partie importante du public rencontré présentait une problématique de souffrance psychique. Elle a souhaité se donner les moyens d'affiner cette observation et d'envisager des modes d'action prenant en compte cette question.

C'est sur cette idée de complémentarité, d'échange de savoir-faire et de compétences entre deux équipes que s'est construit une convention de partenariat :

- le marabout et l'équipe mobile APHM/MDM : l'échange de pratique a pour objectif de vérifier les constats portés par l'équipe de MDR quant à la pertinence d'un travail à mener depuis la rue sur l'accès aux soins en santé mentale. « Pour ce faire une infirmière de l'équipe mobile de Marseille, qui connaît bien le secteur d'Avignon, est présente de 10h à 18h de manière hebdomadaire, le mercredi. En parfaite coordination avec l'équipe des Médiateurs de Rue, cette professionnelle de la santé mentale participe d'une part au travail de maraude et de suivi, en contact direct avec le public présent dans la rue, et d'autre part au renforcement du réseau que constituent les différents acteurs du sanitaire et du social. ⁵¹».
- l'association CASA transfère ses compétences en matière de « lieu à vivre » autour de l'approche communautaire, la notion de prise en compte et d'auto-détermination mais surtout dans l'objectif de développer un projet de création de liens sociaux par le biais de l'expression artistique (projet présent dès la création du lieu d'accueil inconditionnel au sein de l'association CASA par le biais de l'Espèce d'Espace). En effet, l'association CASA possède un véritable savoir faire dans ce domaine. Pour réaliser cet objectif, l'artiste intervenant sur l'Espèce d'Espace ainsi que l'éducatrice spécialisée de l'équipe de MDR vont se déplacer une journée par semaine sur le lieu de vie Le Marabout afin d'aider au développement d'un projet d'expression artistique.

Concernant le service de MDR, le partenariat donna lieu à la formalisation de constats partagés entre CASA et MDM dont vous trouverez le détail ci-dessous (extraits du document élaboré conjointement par les deux parties « objectif : repérer et évaluer les besoins de soins en santé mentale pour le public rencontré par l'équipe de médiation de rue d'Avignon »):

Accès à l'hébergement	
positif	à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> • CHRS • Halte de Nuit • Déplacement sur signalement d'une équipe du CHM sur les centres d'hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'adaptation des structures aux personnes malades

⁵¹ Extrait de la convention de partenariat : « travail de collaboration entre l'équipe mobile psychiatrie/précarité de Marseille (partenariat entre Médecins du monde et l'Assistante publique des Hôpitaux de Marseille) et l'équipe de médiation de rue de l'association CASA ».

Le maintien en centre d'hébergement s'avère difficile lorsqu'une personne est en phase de décompensation, par exemple, et que son comportement n'est plus adapté à la vie en communauté perturbant ou mettant en péril, la vie du groupe. Dès lors, cette personne risque de se retrouver à la rue, faute de structure adaptée, rendant l'accès aux soins d'autant plus difficile.

Accès aux soins	
positif	à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> • PASS bien fonctionnelle • Urgences générales • Urgences Psy • CMP : 3 intra-muros • projet de lit Haltes Soins Santé et équipe mobile de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Critères d'urgence à redéfinir (orienté sur médecin de ville) • Problème au niveau de l'orientation, pas de sectorisation fixe favorisant une continuité des soins, mais un tour de garde favorisant l'errance institutionnelle • Un seul s'occupe de l'accueil des personnes sans abris, longue attente pour RDV, peu de présence médicale, orienté sur urgences psy ou psy de ville

Il est difficile de créer une relation de confiance et d'amener la personne à accepter des soins. Donc lorsque l'institution à laquelle on s'adresse nous oriente vers une autre structure, il est fréquent que la personne se rétracte et refuse cette nouvelle prise en charge du fait d'avoir rencontré un obstacle supplémentaire (parfois difficilement surmontable selon sa pathologie ou ses moyens). Un fonctionnement plus efficace du réseau permettrait un parcours plus fluide de l'accès aux soins pour les personnes.

L'existence d'une équipe mobile serait un interlocuteur privilégié facilitant les modalités de prise en charge et, en développant un nouveau mode de sectorisation, permettrait des alternatives à l'hospitalisation en privilégiant les prises en charge ambulatoires.

Rue	
positif	à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de médiation de rue, sur le terrain, acteur de 1^{ère} ligne, contact direct, présence quasi-quotidienne disponibilité pour orientation et accompagnement, en contact avec les partenaires du réseau, repérage des troubles • Présence d'une infirmière psy une fois par semaine • Permanence d'un infirmier psy à l'Accueil de Jour du Secours Catholique une fois par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas suffisamment de fonctionnalité dans le réseau de l'accès aux soins • Marge d'action limitée • Présence soignante trop faible

L'équipe de médiation a repéré une vingtaine de personnes présentant des troubles psychiques sans suivi médical. La moitié de ces personnes ont été rencontrées et pré-évaluées par l'infirmière. Il apparaît que, pour la majorité de ces personnes, une prise en charge est nécessaire (qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire).

Personnes rencontrées	troubles psychiatriques	addictions	aide aux démarches administratives d'accès aux soins	orientations	suivi régulier travail collaboration réseau	IDE + accès à l'hébergement	décès
15	11	11	3	3CMP 4CHM 3PASS 4AUTRES	6	5	1

L'intérêt de la présence d'un infirmier psychiatrique au sein de l'équipe de médiation de rue :

- facilite l'accroche, le dialogue, parfois, dans un premier temps, sur l'aspect somatique, puis ouverture (assez rapide) sur le sujet des difficultés d'ordre psychique ;
- facilite l'orientation des personnes, bien qu'il y ait nécessité de travailler sur le réseau et le partenariat ;
- apporte la possibilité de mener une évaluation beaucoup plus précise des difficultés des personnes, pour autant cette évaluation ne peut se faire de manière affinée et précise que sur le long terme (avec une confirmation par avis médical) ;
- de plus l'échange de connaissances enrichit les deux associations et tend à créer une équipe pluridisciplinaire ;
- favorise un maintien dans le tissu sanitaire, social, associatif.

Constats étayés: une présence soignante incarnée par un IDE au sein du service de Médiation de Rue

Suite à l'étayage des constats de l'équipe de MDR, un certain nombre d'actions pour permettre la mise en place d'un temps IDE au sein de l'équipe de MDR a été entrepris mais n'a jamais abouti. Je reprends ci-dessous, les principales :

- courant 2008, le GR3S2A, dont j'ai développé la création et les objectifs dans ma situation 1 de travail, est sollicité par l'association CASA pour participer à 2 rencontres (où je suis présente et suis en charge de la rédaction des comptes-rendus). Ces rencontres font suite au partage des constats réalisés dans la cadre du partenariat CASA - APHM/MDM avec l'ensemble des acteurs du GR3S2A. Ceux-ci « ont reconnu l'importance du nombre de personnes atteintes de pathologies psychiatriques grave ou exprimant une souffrance psychique, vivant dans la rue, sans soin, sans hébergement, qui bien souvent mettent en difficulté les équipes de première ligne qui les accueillent et les rencontrent. ⁵² ». Le GR3S2A a donc chargé l'association CASA d'organiser les rencontres nécessaires à l'élaboration de ce projet d'équipe mobile de santé mentale. Ces rencontres s'adressent particulièrement aux acteurs suivants :
 - SAO/115 du Vaucluse ;
 - accueil de jour du Secours Catholique ;
 - AIDES ;
 - AVAPT - SOS Habitat et soins & SOS Drogue International ;
 - association MSV⁵³ ;
 - l'équipe mobile santé précarité du Centre Hospitalier Spécialisé de

⁵² Extrait du courrier envoyé par l'association CASA : « Constitution d'un groupe de travail portant sur l'élaboration d'un projet d'équipe mobile de santé mentale intervenant dans la rue ».

⁵³ Association Migration Santé Vaucluse qui intervenait dans l'accompagnement global des publics migrants mais qui ne fut plus financé dans ses actions à partir de 2010.

- Montfavet ;
- la PASS de l'hôpital général ;
- l'équipe mobile santé mentale de l'APHM/MDM de Marseille ;
- l'équipe de médiation de rue de l'association CASA.

Majoritairement, l'ensemble des acteurs sollicités va être présent lors de ces rencontres. Néanmoins, l'équipe mobile santé précarité du Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet, acteur important de cette future création, ne se déplacera pas. De ces deux rencontres (comptes-rendus en Annexe 11), aucune présence de personnel IDE dans la rue ou de constitution d'équipe mobile santé mentale ne suivra. En effet, les secteurs sanitaire et social avignonnais sont encore très éloignés dans le cadre de leurs interventions et l'équipe mobile santé précarité du Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet intervient exclusivement au sein des CHRS et ne désire pas intervenir dans la rue.

- Entre 2008 et 2012, l'association CASA fera plusieurs autres démarches auprès du CHS de Montfavet pour envisager un partenariat à visée d'intervention d'un IDE dans la rue. Aucune n'aboutira.

Chaque année, l'association CASA était financée dans le cadre d'un appel à projet PRAPS sur l'intervention d'un aide-soignant auprès des publics du CHRS et de l'équipe de MDR. L'intitulé du projet était : « Assurer une réelle continuité des soins et favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité. ». Ce projet faisait partie du programme 19 et son objectif opérationnel du PRSP⁵⁴ était « Faciliter l'accès aux soins, les soins et les accompagnements pour les démarches d'accès aux droits et aux soins (visite médicale, prise de rendez-vous...) pour les publics les plus en difficulté (nombreux freins notamment psychologiques ou culturels, très grande précarité...). Cette subvention finançait 0,2 ETP d'un poste d'aide-soignant + 0,05 ETP de mon poste de chef de service + 0,05 ETP du poste de direction. Néanmoins, cette subvention ne permettait pas de prendre en compte l'intervention d'un IDE et les limites de la fonction d'un aide soignant étaient souvent constatées dans les échanges avec le secteur sanitaire.

En 2012, l'association CASA répond à un appel à projet dont l'objectif de l'action est « favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins » et l'objectif opérationnel « favoriser le travail en réseau santé précarité ». Le Programme Régional de Santé est élaboré pour 5 ans (2012-2017) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les démunies est un outil des 8 priorités du plan stratégique régional de santé de réduction des inégalités de santé. Les mesures du PRAPS s'articulent autour de 3 axes dont celui de « favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité dans l'ensemble de la région. ». Le 1er Juin 2012, l'ARS notifie à l'association CASA un financement supplémentaire de 21 000 €.

Ce financement est accompagné d'un avis technique : « Deux nouveaux projets (CHM de Montfavet et L'AVAPT) visent à renforcer le volet soignant de l'équipe de médiation de rue avec l'intervention d'un IDE psychiatrique et d'une IDE de l'AVAPT. Les trois promoteurs, ayant le même objectif devront se coordonner. Il est convenu de renforcer les intervenants sanitaires spécialisés (CHM, CSAPA de l'AVAPT et ANPAA), CAARUD (AIDES et AVAPT) et PASS du CHA pour l'accès aux soins somatiques en formalisant des

⁵⁴ Plan Régional de Santé PACA.

conventions avec ces structures spécialisées (à ce jour, une seule convention signée). Le nombre de conventions formalisées et signées entre CASA et les différents partenaires sanitaires fera l'objet d'un indicateur de suivi obligatoire (Objectif opérationnel n°4.2.3.4). Pour asseoir le partenariat avec les structures du champ sanitaire et médico-social un temps de coordination est nécessaire sur CASA à hauteur de 0,20 ETP d'IDE + temps de coordination pour les réunions. ».

Mettre en place une Equipe Mobile Santé Social dans l'objectif de favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins

C'est à partir de cette réponse technique que je vais piloter concevoir et mettre en place des actions visant à renforcer le volet soignant de l'équipe de MDR. Dans cet objectif, je vais piloter une évaluation, concevoir et mettre en place le projet de l'Equipe Mobile Santé Social (EMSS), négocier et conduire l'élaboration des conventions de partenariat et faire vivre ce projet en animant notamment des groupes techniques et comités de pilotage.

Première étape du projet : piloter une évaluation

⇒ Définir l'objet de l'évaluation

Dans l'objectif d'évaluer l'efficacité de l'accès aux soins des personnes sans-abri à Avignon intra-muros, j'ai piloté une évaluation. Quatre années s'étaient écoulées entre les constats réalisés dans le cadre du partenariat avec l'APHM/MDM et il semblait important de pouvoir également mesurer l'efficacité et l'accessibilité des dispositifs de soins existants pour les publics vivant à la rue. De plus, cette évaluation me semblait un outil pertinent de la mise en œuvre du projet en organisant la participation des acteurs au processus d'évaluation : futurs professionnels concernés par la mise en place de l'EMSS et public visé par celle-ci.

« Cette mission d'évaluation a pour objet de recueillir des données tant quantitatives que qualitatives sur la question des besoins, attentes et demandes d'accès et de continuité de soins (somatique et psychique) des personnes vivant à la rue. ⁵⁵».

⇒ Réaliser des recherches documentaires pour étayer ma démarche

Avant de mettre en œuvre celle-ci et d'en définir les moyens, j'ai réalisé des recherches documentaires concernant :

- la santé des personnes sans domicile : bulletin d'information en économie de la santé, N°13 – Juillet 1998, CREDES, Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Sante, « Vie et Santé des personnes sans domicile à Paris » ;
- l'accès aux soins / aux droits :
 - « l'accès aux soins des plus démunis en 2011, journée internationale du refus de la misère 17 Octobre 2011 » - la santé n'est pas un luxe, dossier de presse, Médecins du Monde ;
 - « l'évolution du rôle des services : les obstacles qui entravent l'accès des personnes sans domicile aux services de santé », face au sans-abrisme en Europe, novembre 2006, FEANTSA Fédération Européenne d'Associations

⁵⁵ Extrait du rapport d'évaluation questionnaires que j'ai élaboré dans le cadre de la mission d'évaluation « Accès aux soins des personnes sans chez soi vivant dans l'Intra-Muros d'Avignon », Annexe 15.

Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, Observatoire Européen sur le Sans-Abrisme ;

- « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », article de Philippe Warin, 1^{er} Juin 2010, lavedesidees.fr ;
- « l'accès aux droits à une couverture maladie – mémo récapitulatif à l'usage des professionnels de santé, Juin 2012, FNARS.
- des études réalisées concernant les personnes sans-abri :
 - « Mortalité des personnes sans abri à Marseille » - Janvier 2009, MDM – APHM ;
 - « Vie et santé des personnes sans domicile, à Paris », enquête INED, Paris, février-mars 1995, Caractéristiques sociodémographiques et modes de vie : Jean-Marie Firdion, Maryse Marpsat – INED, Santé et recours aux soins : Thérèse Lecomte, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi – CREDES, Juin 1998.

Ces recherches m'ont permis d'étayer mon propos plus généralement dans le contexte national et européen de l'objet de ma recherche et de produire de la connaissance auprès des équipes concernées : le mémo récapitulatif réalisé par la FNARS a été communiqué à l'ensemble de l'équipe de MDR.

⇒ Définir les conditions et moyens de cette évaluation

Conjointement, je fais deux choix dans la mise en œuvre de cette évaluation :

- l'équipe de MDR sera le support pour aller à la rencontre des personnes concernées. En effet, les professionnels, connu des publics, vont faciliter la mise en relation lors du recueil de données ;
- je décide d'adjoindre des compétences à cette équipe en missionnant une IDE habituée au travail auprès des publics de l'association CASA (IDE libérale qui intervenait depuis 5 années auprès des publics de l'association CASA dans le cadre de prescriptions médicales). « Cela allait permettre de confronter les points de vue entre l'équipe du Service de MDR (accompagnement global) et l'IDE (qui intervient exclusivement sur les problématiques de santé).⁵⁶ ». Je souhaitais également, lors des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé des structures d'accompagnement et/ou d'accès aux soins pour les publics vivant à la rue, permettre à ceux-ci de s'exprimer face à un professionnel qu'il reconnaîtrait plus facilement et permettre donc un dialogue plus aisé et des apports plus pertinents.

Concernant l'IDE en charge de la mission d'évaluation, j'ai réalisé à son intention une « lettre de mission » contenant : le contexte, l'objet, les engagements du prestataire, la date et durée ainsi que les lieux de réalisation de cette mission.

J'ai choisi 3 outils de l'évaluation pour confronter les points de vue et permettre une récolte de données optimale pour baser l'élaboration du projet :

- des **entretiens** réalisés par l'IDE, missionnée sur cette évaluation, auprès des professionnels de santé des dispositifs d'accompagnement au soin ou de soins ;
- des **questionnaires** à destination du public repéré par la MDR ;

⁵⁶ Extrait du rapport d'évaluation : questionnaires - mission d'évaluation « Accès aux soins des personnes sans chez soi vivant dans l'Intra-Muros d'Avignon », Annexe 15.

- des **grilles d'observation** qui seront conjointement remplies sur le versant social et sanitaire par l'équipe de MDR et l'IDE.

⇒ **Choisir les acteurs de l'évaluation**

J'ai fait le choix d'associer des acteurs experts lors d'une rencontre ayant pour objectif :

- l'exposé des objectifs de l'évaluation ;
- la création des critères et des thématiques de questions pour le questionnaire auprès des usagers ;
- la définition des structures dans lesquelles l'IDE missionnée allait effectuer les entretiens.

Cette rencontre du 27 Juin 2012 a regroupé l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire (des IDE principalement), des structures suivantes : CHRS de la Croix-Rouge, Equipe Mobile Santé Précarité, Lits Haltes Soins Santé et CHRS du CHS de Montfavet et moi-même. Associer les futurs acteurs de l'EMSS à cette évaluation me semblait pertinent : ils allaient être acteurs de cette évolution et donc adhérer plus facilement à la mise en place de cette nouvelle équipe. Il me semblait, à cette étape, que agir pour le changement pouvait éviter de nombreux freins.

⇒ **Elaborer les outils de l'évaluation**

Les entretiens : suite à la rencontre du 27 Juin 2012 au cours de laquelle nous avons défini les structures dans lesquelles l'IDE allait réaliser les entretiens, j'ai élaboré un courrier à l'intention des responsables de ces structures. Dans celui-ci, je situe le contexte de cette évaluation, son objet ainsi que la mission de l'IDE (Annexe 12: Lettre aux responsables de structures).

Le questionnaire : suite à la rencontre du 27 Juin 2012, je réalise avec l'équipe de MDR et l'IDE en charge de la mission, un questionnaire à l'intention des personnes sans chez soi vivant dans l'intra-muros d'Avignon. Je soumetts ce questionnaire aux acteurs de la rencontre. Ensuite, une phase de test du questionnaire est réalisée dans la rue par l'IDE et l'équipe de MDR. Après réajustements, le questionnaire, outil de base au recueil de données, est finalisé (Annexe 13 : questionnaire).

La grille d'observation : cette grille sera conjointement renseignée par l'équipe de MDR et l'IDE. Elle a été pensée en complément des éléments donnés par la personne elle-même lors du remplissage du questionnaire (Annexe 14 : grille d'observation).

⇒ **Recueillir, traiter et analyser les données**

J'ai élaboré un tableau Excel pour recueillir les données des questionnaires et des grilles d'observation afin de pouvoir traiter et analyser celles-ci.

Parallèlement, j'ai demandé à l'IDE, en charge de la mission d'évaluation, de réaliser un commentaire écrit autour des questionnaires et grilles d'observations réalisés.

Tous ces apports m'ont permis d'élaborer un rapport intermédiaire (Annexe 15 : rapport d'évaluation : questionnaires - mission d'évaluation : accès aux soins des « personnes sans chez soi » vivant dans l'Intra-Muros d'Avignon).

⇒ **Communiquer les résultats de cette évaluation : élaboration d'un rapport intermédiaire et final d'évaluation**

Ce rapport intermédiaire d'évaluation a été communiqué à l'ensemble des acteurs ayant participé à cette évaluation.

Ce rapport intermédiaire devait être le point de départ des entretiens réalisés avec les acteurs du secteur sanitaire des structures de premier accueil du secteur AHI.

Ces entretiens n'ont pu avoir lieu. Je me suis encore confrontée à la complexité du travail en réseau et partenariat du secteur avignonnais. En effet, plusieurs responsables de structures avaient questionnés la pertinence de ces entretiens et leur nécessité.

De plus, l'IDE en charge de la mission d'évaluation a dû se désengager de ces fonctions et donc, la mission d'évaluation s'est arrêtée là.

Deuxième étape du projet: mettre en place des maraudes couplées avec les structures de l'avis technique de l'ARS

⇒ **Rédiger une note « Equipe Mobile de Santé Social – Expérimentation »**

Fort de cette première expérience, lors de la mission d'évaluation, j'ai souhaité modifier mes pistes d'action et ai décidé de mettre en place ces maraudes avec des professionnels des structures partenaires citées dans l'avis technique de l'ARS. En préalable, j'ai élaboré et rédigé une note pour permettre de transmettre les valeurs portées par l'association CASA mais également envisager une inclusion dans les pratiques de l'équipe de MDR actuelle (Annexe 16: Equipe Mobile de Santé Social - Expérimentation).

Au-delà des structures citées dans l'avis technique de l'ARS, j'ai également transmis cette note à l'ensemble des acteurs de première ligne avec lesquels nous avons l'habitude de travailler avec l'équipe de MDR. En effet, le service de MDR était en mutation et il fallait communiquer ces modifications à l'ensemble des acteurs.

Le service de MDR a également, lors de maraudes pédestres réalisées, communiqué auprès des personnes rencontrées, autour d'une modification du service proposé. Au-delà de la présence nouvelle de partenaires, il fallait prendre en compte que ces partenaires avaient des horaires de travail principalement en journée. De ce fait, il était obligatoire de modifier les temps de présence dans la rue des maraudes pédestres.

⇒ **Elaborer un planning du service de l'EMSS et des interventions partenariales**

Les premières interventions partenariales auprès de l'équipe EMSS en construction ont eu lieu en novembre 2012. A ce stade de l'expérimentation, l'équipe se composait ainsi :

- 1 ETP d'éducateur spécialisé + 0,6 ETP d'aide soignant salariés de l'association CASA (le mi-temps d'IDE financé par l'association CASA était en cours de recrutement, je développe ce point ci-dessous) ;
- 0,04 ETP (soit 3h tous les 15 jours) d'intervention d'un chargé d'action de AIDES ;
- 0,11 ETP (soit 4h par semaine) d'intervention d'une IDE du CSAPA-CAARUD de l'AVAPT – Groupe SOS ;
- 0,11 ETP (soit 4h par semaine) d'intervention d'un IDE de l'Equipe Mobile Santé Précarité du CHS de Montfavet.

Ci-dessous, vous trouverez la planification type de l'équipe de l'EMSS et de ses actions.

Horaires Médiation de Rue / Equipe Mobile Santé Social jusqu'au 15 Avril 2013 inclus

	9h - 10h	10h - 11h	11h - 12h	12H - 13h	13H - 14h	14H - 15h	15h - 16h	16h - 17h	17H - 18h	18h - 19h	19h - 20h	20h - 21h	21h - 22h	22h - 23h
Lundi	EE et accompagnement	Maraude à l'Accueil de Jour du Secours Catholique	EE et accompagnement	EE et accompagnement	Réunion de fonctionnement, 1semaine/2		Maraude							
Mardi	Temps de présence d'un Travailleur Social sur HAPA													
	Accroche aux soins, Aide Soignant								Maraude (avec une IDE du Cap 14 1 semaine/2)			Accueil de Nuit		
	EE et accompagnement				EE et accompagnement									
Mercredi	EE et accompagnement				Maraude avec IDE du CHS de Montfavet									
Jeudi	Commission SIAO "Grand Avignon"				EE et accompagnement				Maraude avec Cap 14 1 semaine/2					
	EE et accompagnement				EE et accompagnement				Maraude avec AIDES une semaine/mois		Accueil de Nuit			
Vendredi	Temps de présence d'un Travailleur Social sur HAPA													
	EE et accompagnement par un IDE				EE et accompagnement par un IDE				Maraude		Accueil de Nuit			
Samedi					Maraude									
Dimanche									Maraude 1 dimanche/2			Accueil de Nuit		

	Temps de présence à l'Espèce d'Espace / accompagnement sur l'expérier: RDV pour évaluation SIAO, pour accompagnement dans des démarches d'orientation vers..., tenue des bases de données...
	Maraude: aller à la rencontre des personnes directement dans les rues d'avignon intra-muros et sur signalement dans le Grand Avignon
	Aller vers les personnes hébergées dans le cadre de l'urgence à l'HAPA à Apt : 2 journées par semaine entre 10h et 19h (transport compris) : temps consacré à travailler les sorties des personnes hébergées dans le cadre de l'urgence vers de l'hébergement, logement adapté ou logement ordinaire... Orientation vers... suivant les demandes, attentes et besoins des personnes, fiche d'évaluation SIAO...
	Présence à la commission territoriale "Grand Avignon " pour notamment soutenir les demandes qui viendraient du Service de Médiation de Rue - Equipe Mobile, du CHRS Villa Médicis et/ou de l'HAPA.
	Présence à l'Accueil de Nuit: accompagner des personnes vers l'accueil de nuit, de l'accueil de nuit vers les centres d'hébergement, faire du lien, échanger avec les équipes d'accueillant...

Parallèlement à cette nouvelle organisation, je réalisais une démarche auprès du Directeur Général du Centre Hospitalier Henri Duffaut d'Avignon (CHA d'Avignon) afin de demander la mise à disposition d'un infirmier hospitalier à raison de 0,5 ETP que l'association CASA financerait au CHA d'Avignon.

L'idée de mutualiser du personnel avec le CHA semblait renforcer cette idée d'EMSS et de sa mise en réseau de partenaires acteurs du secteur sanitaire. De plus, il semblait plus pertinent de faire appel à une personne ayant une connaissance fine des services de santé de l'hôpital général d'Avignon afin d'en faire connaître le fonctionnement à l'ensemble des acteurs de l'EMSS. La réponse de la Direction du CHA fut : « Malgré la pertinence incontestable de ce projet, j'ai le regret de vous indiquer que le Centre

Hospitalier d'Avignon n'est pas en mesure de détacher le temps infirmier requis pour contribuer à la création de cette équipe. ».

J'entrepris donc un recrutement d'un IDE par nos processus habituels. Celui-ci prit ses fonctions en Novembre 2012.

⇒ Documenter cette expérimentation

Je réalisais également différentes recherches afin de m'informer sur d'autres expériences que celle que nous connaissions bien à Marseille (équipe santé mentale MDM- APHM).

Mes recherches m'amènèrent à m'informer sur l'équipe mobile sociale et de santé présente à Toulouse : partenariat entre le CHU de Toulouse et le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Toulouse. Un rapport d'évaluation, réalisé en 2002 sur l'équipe mobile sociale et de santé a nourri ma propre réflexion sur la mise en place de l'EMSS d'Avignon.

⇒ Elaborer des outils communs

Lors de la mise en place des maraudes communes avec les partenaires, l'équipe m'interpella rapidement sur la nécessité d'élaborer des outils communs de recueil de données au delà de la base existante basée sur un tableau Excel de l'équipe de MDR. En lien avec l'ensemble des intervenants, lors d'un groupe technique (dont je développe l'objet ci-dessous), nous élaborons une « fiche maraude » qui regroupe l'ensemble des personnes rencontrées, leur lieu de rencontre, leurs besoins et demandes, les éventuels soins infirmiers réalisés ou nécessaires, le matériel de réduction des risques distribué⁵⁷ ainsi que les orientations.

Du plus, lors d'un groupe technique, en lien avec les IDE intervenants sur l'EMSS, nous élaborons un contenu commun de la trousse que ceux-ci emportaient lors des maraudes. Il semblait nécessaire de réaliser cette concertation sur l'apport de matériel pour éviter les incohérences entre les différents intervenants.

⇒ Elaborer les conventions partenariales avec les acteurs cités dans l'avis technique de l'ARS

Conjointement à la mise en place des maraudes communes avec les structures citées dans l'avis technique de l'ARS (AIDES, AVAPT, Equipe Mobile Santé Précarité du CHS de Montfavet), j'entrepris de rencontrer chaque responsable de structure afin d'élaborer les conventions partenariales ayant pour objet les interventions de personnel de santé sur les maraudes pédestre.

Suite à ces rencontres, je formalisais une convention pour chaque structure et la soumettais aux acteurs concernés. Celle-ci était ensuite soumise au responsable de l'association CASA et des structures partenaires pour signature. (Annexe 17 : pour exemple, convention de partenariat Association CASA et Centre Hospitalier de Montfavet)

⇒ Faire vivre cette équipe : animer des groupes techniques et des comités de pilotage

Afin de faire vivre ces partenariats et cette équipe mobile santé social, je décidais d'instaurer deux instances afin de piloter et d'organiser le fonctionnement de ceux-ci : le comité de pilotage et le groupe technique.

⁵⁷ L'AVAPT et AIDES, du fait d'avoir un CAARUD au sein de leur structure, proposait du matériel de RDR (réduction des risques) lorsque le public en exprimait le besoin.

Le comité de pilotage regroupait l'ensemble des responsables des structures partenaires et se réunissait trimestriellement suite au groupe technique. Son objectif était de piloter l'EMSS.

Le groupe technique regroupait l'ensemble des acteurs participants aux maraudes pédestres partenaires de l'EMSS et se réunissait tous les 2 mois au début de la mise en place de l'EMSS et tous les trimestres par la suite (en amont des comités de pilotage). Avant chaque groupe technique, chaque structure préparait un recueil de leurs données collectées ainsi que des points à questionner.

J'animais ces deux instances, en réalisais les ordres du jour, la synthèse des recueils de données et les comptes-rendus (Annexe 18 : Compte-rendu du Groupe technique Equipe Mobile Santé Social du Mercredi 20 Février 2013 – ce compte-rendu présente, en première partie, un recueil de données collectées par l'Association CASA).

La mise en place de cette équipe, croisant deux acteurs majeurs (sanitaire et social) du secteur de l'inclusion, a mis plusieurs années. Convaincue de la pertinence de ce projet, j'ai œuvré pour tenter de permettre un « aller vers » pluri-professionnel pour une approche globale de l'accompagnement des personnes. Cette mise en place a été concomitante avec les réformes du SAO en SIAO et la nécessité des demandes d'hébergement aux regards croisés lors des commissions territoriales d'orientation (CTO) mises en place sur le département du Vaucluse. Cette expérimentation a permis de réaliser des diagnostics avec des regards croisés concernant des personnes dont les problématiques étaient complexes et interdépendantes entre les aspects sociaux et sanitaires. Néanmoins, j'ai toujours eu le soucis de garder cette approche forte dans l'éthique, et portée par l'association CASA, en associant un maximum la personne lors de la réalisation de ces diagnostics. En effet, très rapidement lors de la mise en place des CTO sur le Vaucluse, l'association CASA a questionné la place des personnes accompagnées et potentiellement accueillies. Plus qu'une question de participation ou de représentation, nous avions le désir d'inclusion de ces personnes au sein des organes de décision qui les concernaient. Très rapidement, nous nous sommes heurtés aux habitudes de pratiques et à cette forme de pouvoir décisionnel des travailleurs sociaux. Cependant, cela ne nous a pas empêché de continuer à être force de proposition et de persuasion : lors de l'élaboration des fiches diagnostics, nous avons insisté sur la nécessité de signature des personnes concernées. En effet, signer un document implique sa lecture et donc nécessite l'adhésion de la personne engagée.

Cette EMSS, support d'interventions complémentaires et croisées entre le secteur sanitaire et social allait être une première expérience de travail partenarial qui allait se poursuivre dans le cadre de la mise en place de la Plateforme d'Accompagnement (développé dans la situation suivante). Cet accompagnement « hors les murs », sans se soucier du lieu de vie des personnes, allait souvent commencer dans la rencontre avec l'EMSS.

4.2.3. – Ma troisième situation de travail

Services associatifs concernés	Tous les services et l'établissement anciennement gérés par l'Association CASA
Action concernée	<u>Mise en place d'une Plateforme d'Accompagnement</u> : dans le cadre de la reprise des services et de l'établissement de l'association CASA par l'association HAS, construire une réponse innovante à des enjeux institutionnels en prenant en compte les mutations engendrées par les politiques publiques du logement d'abord.
Années concernées	2013 à 2015
Activités mises en œuvre	<p><u>Expertise – conseil</u>: repérer et analyser les enjeux liés à la transformation de services et de l'établissement en Pôle en lien avec une évolution des modes d'accompagnement liée à la prochaine mise en place des politiques publiques dites du logement d'abord, proposer au représentant de l'état dans le département un modèle possible d'organisation en vue de réaliser une expérimentation du logement d'abord.</p> <p><u>Conception et développement</u>: concevoir, piloter et négocier auprès des financeurs et conduire la mise en place d'un projet de réorganisation institutionnel en prenant en compte l'évolution des politiques publiques ; mobiliser des acteurs en interne et en externe, communiquer auprès des membres du réseau et du partenariat, étayer ce projet en capitalisant les pratiques individuelles et collectives de l'organisation, susciter le changement en amont d'une obligation réglementaire, le faciliter et l'organiser.</p>

Contexte : la reprise des services et de l'établissement par HAS comme point de départ

En Juin 2013, après plusieurs années d'élaboration autour de ce rapprochement (développé dans la présentation de ma structure), les services et l'établissement précédemment gérés par l'association CASA, sont repris par l'association HAS.

Cette reprise est l'occasion pour HAS de mettre en œuvre une **réorganisation globale de ses établissements et services en Pôles**.

Lors d'un staff cadre, le 4 juin 2013, cette nouvelle organisation est annoncée à l'ensemble des cadres présents. HAS a choisi une organisation par aspects de l'accompagnement des publics. Ces aspects correspondent aux principaux financeurs pour chaque Pôle :

- **Pôle social** - CHRS : principalement financé par la DDCS 13 ;

- **Pôle Santé** – ACT et expérimentation 1 chez soi d'abord⁵⁸ : principalement financé par l'ARS ;
- **Pôle Familles** : principalement financé par le conseil départemental des Bouches du Rhône ;
- **Pôle Vaucluse** : regroupe les services et l'établissement anciennement gérés par l'association CASA (hors GEM). Seul le Pôle Vaucluse est une organisation par territoire du fait des financements qui émanent certes d'une même région mais pas d'un même département.

Suite à ce staff, lors d'une réunion d'équipe sur le Pôle Vaucluse, le directeur de l'association HAS vient nous présenter notre « **feuille de route HAS Vaucluse** ».

Celle-ci a pour objet de nous donner les orientations annuelles pour notre Pôle.

Les grandes orientations de cette feuille de route sont :

- **l'adaptation** : « le modèle du CHRS collectif est dépassé ici et ailleurs.⁵⁹ ». Ce point développe le modèle du « logement d'abord » et la nécessité de devoir changer nos méthodes de travail concernant le CHRS Villa Médicis. Pour l'association HAS, « ce lieu ceint de grilles et basé sur le collectif possède une vision si ce n'est obsolète au moins inadaptée à sa survie. ⁵⁹ » ;
- **les transformations de structure** : nos locaux basés dans des préfabriqués depuis 10 années, dans la cour de l'ancien Tri Postal de la ville d'Avignon, ne sont « plus adaptés, très chers et indignes⁵⁹ ». Des négociations ont été engagées avec Réseau Ferré de France (RFF) afin de reprendre globalement le bâtiment de l'ancien Tri Postal pour réaliser des lieux d'habitat, des bureaux associatifs et des espaces à vocation culturelle. Ce projet à moyen terme (estimé à 3 années dans cette feuille de route) nécessite d'envisager un changement pour nos activités à court terme. Il nous est demandé, avant Janvier 2014, de loger 14 personnes minima du CHRS en logement diffus et de garder sur la cour de l'ancien Tri Postal un habitat semi-collectif de 8 à 10 personnes dans des mobiles-homes achetés. Concernant les locaux de l'ADN/HDN (qui fonctionne à l'année depuis Juin 2013), il est envisagé de rénover le rez de chaussée de l'ancien bâtiment du Tri Postal en sollicitant des crédits d'humanisation (coût estimé de 100 000 €) et une aide de la Fondation Abbé Pierre pour l'achat de mobiles-homes (coût estimé de 30 000€) ;
- **vers le « logement d'abord »** : il nous est demandé de réduire la DMS (durée moyenne de séjour) pour le CHRS. « Il ne peut pas être question d'accepter dans le contexte qu'une personne séjourne plus de 18 mois en espace collectif.⁵⁹ ». Pour ce faire, le CHRS doit s'adapter sur un hébergement en diffus avec un accompagnement renforcé. « Cette orientation majeure va de pair avec une ré-organisation du travail, notamment d'une référence collective et d'une non spécialisation des tâches. Tous doivent faire du partenariat et du réseau, tous doivent faire du suivi en appartement et de la médiation.⁵⁹ ». Seul l'ADN/HDN conservera une équipe spécifique. Il est également demandé à l'équipe de « sortir d'une présence 24h/24 auprès des personnes hébergées, afin de potentialiser

⁵⁸ Ce programme de recherche est basé sur 4 villes en France : Marseille, Lille, Toulouse et Paris. Coordinné nationalement par la DIHAL, ce programme met en œuvre le « logement d'abord » (modèle ayant fait ses preuves aux USA et Canada sous le terme « Housing First ») pour des publics sans-abri présentant des troubles psychiques sévères, des addictions et des besoins en accompagnement soutenus. L'accès au logement est direct depuis la rue et sans condition de traitement et/ou d'arrêt de consommation de substances psychoactives. Ce dispositif est basé sur un partenariat entre HAS, l'APHM (mise à disposition d'équipes médicalisées) et le PACT 13 (intermédiation locative).

⁵⁹ Extrait de la « feuille de route HAS Vaucluse – Juin 2013 – orientation annuelle » rédigée par le directeur de l'association HAS.

notre (sa) présence sur l'accompagnement à l'autonomie.⁶⁰ ». Les moyens donnés pour atteindre ces objectifs sont : la formation thématique et pratique au logement d'abord et l'immersion dans un dispositif de type logement d'abord. Il est également demandé à l'équipe d'étudier collectivement toute situation de personne séjournant plus de 5 mois sur le CHRS Villa Médicis ;

- **la référence collective** : l'équipe devient le référent unique de chaque personne. Chaque intervention auprès des personnes doit être menée en binôme et le chef de service (moi-même) doit s'inclure dans cette référence collective ;
- **un habitat semi-collectif réduit** : celui-ci fait référence aux personnes qui vont rester en mobiles-homes sur la cour de l'ancien Tri Postal. Ces personnes hébergées seront en situation d'autonomie la nuit et le week-end et un salarié de l'équipe de l'actuel CHRS sera logé sur un logement de fonction et exercera une fonction d'hôte. Une astreinte téléphonique sera en place 24h/24.

Concernant la répartition des rôles entre le directeur et moi-même :

- le « Directeur du Pôle HAS Vaucluse, sera le garant de la mise en place de cette feuille de route. Il mettra en place les moyens nécessaires en collaboration étroite avec le Directeur d'HAS. Il aura par ailleurs la responsabilité de développer le Pôle HAS Vaucluse. ;
- Laetitia HOME IHRY, chef de service, sera au quotidien l'animatrice des équipes, des réunions quotidiennes et de l'évolution des équipes sur la phase des 3 années.⁶⁰ ». Le Directeur du Pôle Vaucluse me délégua la conception et l'opérationnalité de cette réorganisation afin qu'il puisse se consacrer au développement du Pôle Vaucluse par l'intermédiaire de la création d'un lieu à vocation culturelle et associative en travaillant sur la réhabilitation du Tri Postal.

Donner du sens à cette réorganisation: mise en place d'une plateforme d'accompagnement

⇒ Le projet personnalisé comme outil et les constats partagés par une équipe d'accompagnement concernant ses limites

Depuis plusieurs années, j'avais mis en place sur le CHRS le dispositif « projet personnalisé », suite à une méthodologie participative de l'élaboration de l'outil support de la coordination des actions de l'équipe. L'équipe était donc habituée à coordonner ses actions auprès des personnes accueillies et accompagnées sur le CHRS. Néanmoins, un certain nombre d'obstacles émergeaient :

- **il était parfois complexe de détacher la question de l'hébergement et de l'accompagnement** : en effet, les publics accompagnés pouvaient faire de nombreux allers-retours entre la rue et le CHRS Villa Médicis. De ce fait, cette contractualisation de l'accompagnement était difficile à faire vivre une fois que la personne n'était plus hébergée sur le CHRS Villa Médicis. Nous envisagions de plus en plus régulièrement le « projet personnalisé » comme détaché de la question de l'hébergement. De ce fait, celui-ci était parfois travaillé directement dans le cadre de l'accompagnement de l'EMSS et pouvait se poursuivre, si la personne était hébergée sur le CHRS Villa Médicis. Par contre, l'équipe avait l'impression de perdre tout le bénéfice de la relation et de l'accompagnement engagé lorsqu'une personne intégrait un hébergement ou un logement accompagné par une autre association. ;

⁶⁰ Extrait de la « feuille de route HAS Vaucluse – Juin 2013 – orientation annuelle » rédigée par le directeur de l'association HAS.

- **difficulté d'accès au logement pour les publics que nous accompagnons et qui n'étaient pas forcément dans des processus d'insertion au sens classique du terme** (insertion par l'activité économique...) : en me basant sur les rapports d'activité de 2007 à 2012 (j'ajoute l'année 2013 pour étayer mon propos dans ce tableau), j'avais observé une baisse croissante de la sortie en logement des personnes hébergées sur le CHRS Villa Médicis :

Année concernée	Sortie CHRS : logement parc public	Sortie CHRS : accès au logement parc public
2007	9 personnes	
2008	10 personnes	
2009	6 personnes	
2010	0 personne	2 personnes
2011	0 personne	1 personne
2012	2 personnes	1 personne
2013	0 personne	2 personnes

De plus, l'équipe me faisait partager ses difficultés croissantes concernant l'acceptation de nos publics, tant par les bailleurs privés que publics. J'avais moi-même pu constater celles-ci lors des comités de pilotage et groupes de travail sur le logement d'abord organisés par la DDCS.

⇒ **La DDCS comme pilote d'une expérimentation « Logement d'abord »**

A ces instances autour de la thématique du logement d'abord participaient :

- des représentants des personnes accueillies ;
- des représentants des CHRS et logements adaptés ;
- des représentants des fédérations et collectifs ;
- des représentants du Conseil Général ;
- des représentants du logement du parc public ;
- des représentants de la santé ;
- des représentants de l'emploi ;
- des représentants du CCAS.

Ceux-ci ont débutés au printemps de l'année 2012. Après 3 rencontres, certains points sont soulevés :

« Inquiétudes et questionnements des bailleurs publics quant à la mise en œuvre du « Logement D'abord », notamment pour un public en grande difficulté, précarité : quelles garanties en cas de problèmes (solvabilité, comportements et environnement....) compte tenu des contraintes et difficultés de gestion du parc locatif ?

Premier point concernant les inquiétudes et interrogations des bailleurs :

- ⇒ Impayés de loyer liés à des problèmes de solvabilité et/ou à un comportement inapproprié (refus de s'acquitter du loyer...)
- ⇒ Comportements inadaptés qui engendrent des problèmes de voisinage
- ⇒ Problèmes de comportements liés à la santé psychique des personnes
- ⇒ Inquiétude liée à la méconnaissance de la situation et de la capacité à habiter des personnes susceptibles d'être relogées dans le cadre du « Logement D'abord »

Les bailleurs expliquent la difficulté pour eux de gérer ces situations et les conséquences : mesures d'expulsion, dégradation des logements, départ des locataires en raison des problèmes de voisinage, d'environnement dégradé... ⁶¹».

A l'issus de groupe de travail du mois de Septembre 2012, il est décidé par l'ensemble des acteurs de « mettre en place l'expérimentation du « Logement D'abord » : « il semble important de s'accorder sur un certain nombre de préalables.

- ⇒ Le public retenu doit correspondre aux critères énoncés dans la circulaire : « apporter une réponse durable et efficace aux difficultés rencontrées par les personnes sans abri ou risquant de l'être... aux personnes privées de logement personnel. »
Il s'agit donc d'un public très fragilisé, précarisé.
- ⇒ La commission SIAO est l'instance appropriée pour évaluer les demandes de logement des personnes et les situations relevant du « Logement D'abord » : capacité à habiter avec un étayage social adapté à la problématique, au parcours de l'usager
- ⇒ Il nous semble important que cette expérimentation s'adresse à un public large : hommes, femmes, familles, situations et parcours divers...
- ⇒ Elle doit concerner l'ensemble des territoires du département⁶¹ ».

Cette expérimentation, à l'échelle du département du Vaucluse, va concerner 6 ou 7 ménages. Il s'agira de les accompagner tout au long d'une année afin de réussir l'accès et le maintien dans le logement.

L'association CASA va, dès le moins de Novembre 2012, présenter la situation d'une personne afin d'accéder à cette expérimentation. En décembre 2012, nous présenterons également une deuxième situation en lien avec un partenaire (réfèrent RSA - Imagine 84).

Cette expérimentation n'aboutira pas à l'accès et l'accompagnement de ménages en logement. De ce fait, soutenus par l'association HAS avec laquelle nous élaborions les conditions de la reprise, il a été décidé d'envisager notre propre expérimentation en lien avec les différents constats évoqués ci-dessus.

⇒ **l'articulation avec les politiques publiques**

Dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions (21 Janvier 2013), un des 3 grands axes de la réforme est : Venir en aide et accompagner vers l'insertion. Une des mesures à expertiser est : « la possibilité de proposer un statut unique pour les structures d'hébergement et pour l'accompagnement, afin de mettre un terme à l'empilement des dispositifs et à la segmentation, sera également à étudier à moyen terme.⁶² ».

L'autre point central est la mise en place des référents personnel SIAO. En 2009, Benoit APPARU alors secrétaire d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme, élabore une « Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées - 2009-2012 ». 20 propositions sont partagées dont la proposition 1 : mettre en place un service intégré de l'accueil de l'évaluation et de l'orientation des personnes sans-abri ou

⁶¹ Extraits du compte-rendu du groupe de travail « logement d'abord », séance du 11 Septembre 2012.

⁶² Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions, 21 Janvier 2013, page 33.

risquant de l'être dans chaque département. Dans la circulaire du 8 Avril 2010 relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO), une des 4 missions définies est le « soutien à l'accompagnement personnalisé » : « Le SIAO doit veiller à la continuité de la prise en charge tout au long des parcours, notamment en s'appuyant sur la mise en place de référents personnels. ». L'instruction interministérielle du 4 mars 2011 relative à la mise en place de la fonction de référent personnel dans les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) vient cadrer « la mission d'accompagnement des personnes accueillies ou hébergées » et « la fonction de référent personnel au sein du SIAO » en déclinant « les objectifs poursuivis », « le contenu de la fonction », « les modalités de mise en œuvre ». Ce texte réaffirme la mission d'accompagnement développé et décrite dans le référentiel AHI de Juin 2011 notamment « accompagner vers l'autonomie en prenant en compte la personne dans toutes ses dimensions ». Il est précisé qu'il s'agit notamment de « garantir le suivi et la cohérence du parcours en permettant à chaque personne d'avoir un référent :

- en s'assurant que toute personne bénéficie d'une orientation la mieux adaptée possible à sa situation et à ses besoins, sans parcours obligé, et de l'effectivité de cette orientation aux différentes étapes de son parcours ;
- en suivant la personne sur l'ensemble de son parcours, jusqu'à l'accès au logement autonome pour garantir la continuité du parcours de la rue vers le logement ;
- en appliquant le principe de non-abandon ;
- en incluant le droit au recommencement ».

⇒ **une expérimentation comme point départ**

Afin d'explicitier notre propos et dans le dessein de défendre ce projet lors du dialogue de gestion avec la DDCS en Avril 2013, je réalise une note concernant ce projet « expérimentation : plateforme d'accompagnement ». Ce document est annexé dans son intégralité en Annexe 19 et j'en reprends ici les éléments saillants me permettant d'éclairer les objectifs poursuivis et les modes d'accompagnement.

Afin de donner toute son ampleur à la coordination de ces actions d'accompagnement, nous avons imaginé de dissocier ce qui relève des aspects de la vie quotidienne sur le CHRS ou dans les logements et des aspects de la simple relation qui se crée et s'entretient dans la rue, de ce qui pourrait relever des aspects liés à l'accompagnement de ces personnes. En ce sens nous souhaitons mettre en œuvre et expérimenter ce qu'il conviendrait d'appeler une plateforme d'accompagnement : *“La possibilité de proposer un statut unique pour les structures d'hébergement et pour l'accompagnement, afin de mettre un terme à l'empilement des dispositifs et à la segmentations”* (Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale – 21 Janvier 2013 – page 33).

D'une surface minimum, cette plateforme serait un support de coordination des actions menées par les différents intervenants impliqués dans la réalisation des projets formulés et formalisés par les personnes, dans une logique d'accompagnement global rompant avec la logique de séjour, vu comme un processus d'accompagnement d'un parcours personnalisé de réinsertion: *“...continuité de la prise en charge tout au long des parcours, notamment en s'appuyant sur la mise en place de référents personnels.”* (Circulaire relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) du 8 avril 2010).

Ce travail s'inscrit dans le droit fil des réflexions menées par le comité de pilotage 'Logement d'Abord', et veut donner suite à la notion d'expérimentation que ce comité s'était proposé de mettre en œuvre à partir de situations concrètes de plusieurs ménages en demande de logement : « ..., le ministère de l'Égalité des territoires et du Logement financera un appel à projets innovants visant à favoriser l'accès au logement et la prise en charge adaptée des personnes en situation de rupture. Le lancement de cet appel à projets constituera un soutien aux expérimentations innovantes menées par les associations sur les territoires. » (Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale - 21 Janvier 2013 - page 33). Nous nous proposons de mener à bien cette expérimentation, en prenant le parti d'accompagner les personnes dont les situations sont les plus complexes, ne trouvant pas de réponses sur les dispositifs classiques d'insertion suite aux passages en commission SIAO. En prenant ce parti, nous tentons de garantir une certaine accessibilité de ces nouveaux dispositifs de logement et logements adaptés, mais aussi de garantir un accompagnement personnalisé à chaque situation.

Pour mener à bien cette expérimentation et au-delà du travail complémentaire de réseaux nécessaire, nous souhaitons nous associer à un acteur associatif qui a une expertise auprès d'un autre public (parents isolés et familles) et qui a, comme l'association CASA, participé activement aux comités de pilotage « Logement d'abord » : l'association AHARP.

A partir d'un 1 ETP, cette plateforme d'accompagnement, dans le cadre de son expérimentation, est basée sur un diagnostic des attentes, demandes et besoins des publics dont les demandes d'hébergement et/ou de logement (adapté ou non), ne trouvent pas de solution sur le territoire Avignonnais. C'est donc à partir des situations, dont la commission territoriale Grand Avignon ne trouvera pas de solution, que celle-ci prendra ses fondations.

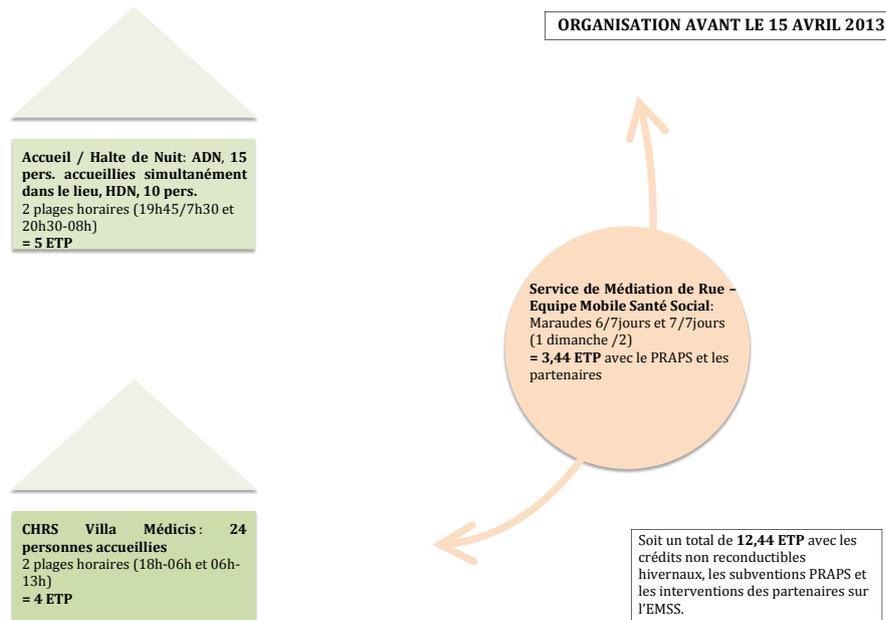
Tout au long de ce processus, une évaluation quantitative et qualitative sera réalisée pour permettre de rendre un rapport d'évaluation territorial de cette expérimentation en Décembre 2013. C'est sur ces bases que sera envisagé l'ouverture de cette expérimentation à l'ensemble des personnes qui réalisent des demandes auprès des acteurs du réseau avignonnais via les commissions territoriales Grand Avignon.

⇒ **exposer et défendre ce projet lors du dialogue de gestion d'Avril 2013**

Le dialogue de gestion avec la DDCS est un temps de négociation pour les crédits de l'année en cours.

Pour l'année 2013, nous demandons, dans le cadre de cette expérimentation, le financement d'1 ETP supplémentaire au sein de l'équipe d'accompagnement. De plus, l'ADN/HDN allait ouvrir à l'année suite aux mesures liées au plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. De ce fait, il fallait expliciter clairement cette année de grand changement pour les services et l'établissement de l'association CASA, qui devenaient le Pôle Vaucluse d'HAS.

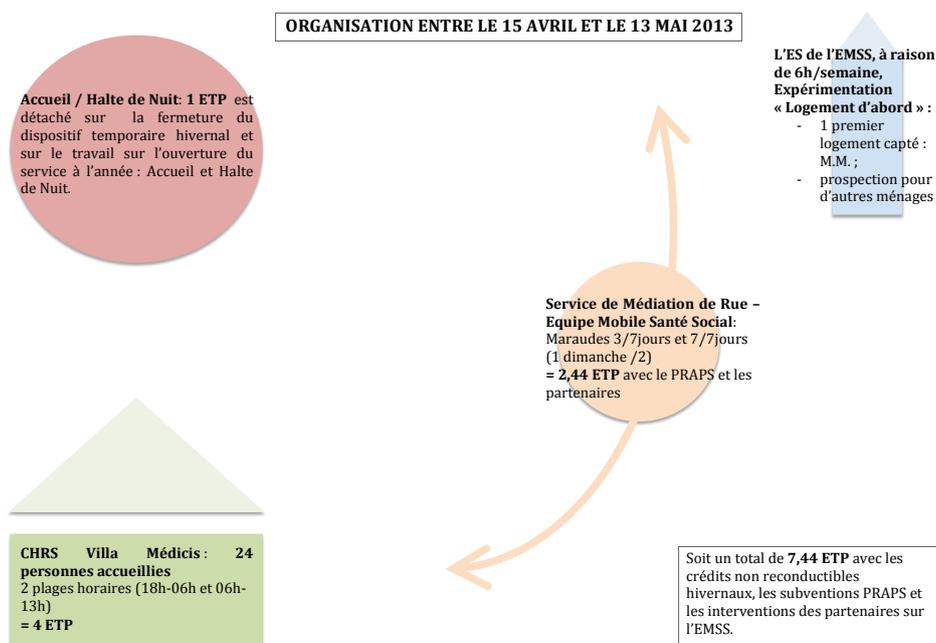
Dans cet objectif, je produisais, au delà de la note explicative sur la plateforme d'accompagnement, des représentations pour schématiser ce changement et ses étapes :



Ce premier schéma représentait l'organisation de l'équipe salariée, hors fonctions cadres et fonctions supports (assistante de direction et gestion comptabilité géré sur le siège d'HAS). 6 ETP supplémentaires nous avaient été alloués dans le cadre des crédits hivernaux non reconductibles :

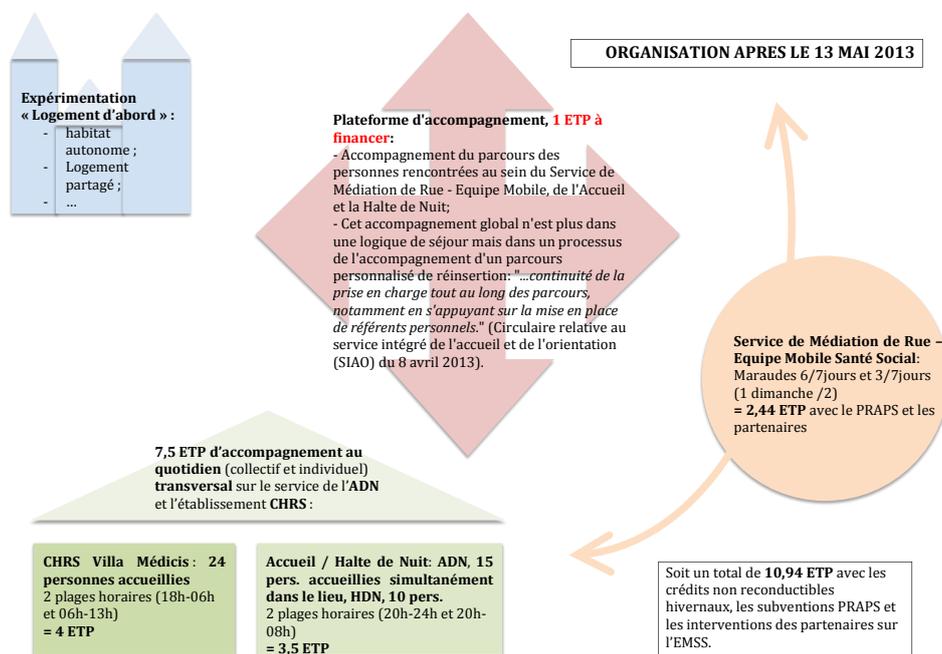
- 5 ETP sur l'ADN/HDN ;
- 1 ETP sur l'EMSS : 0,5 ETP pour renforcer les maraudes pédestres et 0,5 ETP détaché sur HAPA dans le cadre du partenariat que nous avons établi avec cette structure de la ville d'Apt.

Hors ces crédits hivernaux, seulement **6,44 ETP nous étaient financés à l'année** dont 0,2 ETP étaient mis à disposition par les partenaires dans le cadre du projet de l'EMSS.



Ce deuxième schéma représentait l'organisation de l'équipe dans l'espace temps nécessaire à la mise en place de l'ADN/HDN à l'année. HAS et CASA avaient fait le choix

de conserver 1 ETP (sans assurance de financement par la suite) qui était mis à disposition pour aménager les espaces du futur AHN/HDN à l'année.



Ce troisième schéma projetait l'organisation de l'ensemble des services et de l'établissement en prenant en compte l'ouverture à l'année de l'ADN/HDN, la mise en place de l'expérimentation « plateforme d'accompagnement » et la mutualisation de l'équipe sur les aspects de l'accompagnement demandé par la feuille de route d'HAS.

Ma stratégie établie était de conjuguer les orientations de la politique associative établies par la feuille de route du Pôle Vaucluse et les orientations des politiques publiques nationales, déclinées au plan départemental par le souhait de la DDCS d'expérimenter le « logement d'abord ».

Concernant le CHRS, les 24 places allaient être réparties ainsi :

- 12 places seraient conservées sur l'hébergement semi-collectif dans la cour de l'ancien Tri Postal ;
- 12 places seraient en logement autonome accompagnées par ce que nous nommons « Plateforme d'accompagnement ».

Suite à ce dialogue de gestion, la DDCS finança à coût constant le CHRS, les places d'accueil immédiat (ADN/HDN) et l'EMSS. Le renfort par 1 ETP de l'équipe pour mettre en place l'expérimentation « logement d'abord » par le biais de la plateforme ne fut pas financé mais la DDCS nous demanda de réaliser cette expérimentation sur le financement d'une partie des places CHRS.

⇒ **Communiquer sur ce projet auprès des partenaires et membres du réseau**

Dans ce but, j'ai modifié la note « Expérimentation Plateforme d'accompagnement » précédemment produite pour la DDCS en la complétant avec une définition des mots clefs utilisés dans celle-ci:

- Plateforme ;

- Accompagnement personnalisé ;
- Projet personnalisé ;
- Réunion de projet personnalisé ;
- Coordination (Annexe 20 : « Expérimentation : “Plateforme d’accompagnement ”).

En Juin 2013, lors d’une commission territoriale d’orientation du territoire du Grand Avignon⁶³, je présentais ce projet et donnais l’exemple de la première personne qui avait accédé au logement. Cette personne, plus que connue du dispositif AHI Avignonnais, était exclu de l’ensemble des structures du territoire du Grand Avignon et tous les acteurs présents, lors de son orientation vers ce dispositif expérimental, s’accordaient pour dire qu’il n’y avait plus de solution sur le département.

En Septembre 2013, 8 ménages avaient accédé au logement :

- 3 hommes seuls avec 2 chiens ;
- 3 hommes seuls ;
- 1 homme seul avec droit de visite de son enfant ;
- 1 couple avec un chien.

En sus de ces ménages logés, j’ai développé un habitat partagé pour personnes vieillissantes. 3 places étaient regroupées dans un logement autonome (maison avec jardin dans la proche périphérie d’Avignon) au sein de laquelle 3 personnes, ayant eu un long parcours de rue et n’étant plus, du fait de leur état de santé général plus que de leur âge⁶⁴, dans des processus de réinsertion. Ce projet était auto-financé sur la question du logement (APL + participations financières des personnes hébergées) et l’accompagnement était assuré par la Plateforme d’Accompagnement.

⇒ **Mettre en place une organisation d’équipe et des outils adaptés à cette plateforme d’accompagnement**

La mise en place de cette plateforme d’accompagnement sous-entendait une réorganisation globale de l’équipe. Le découpage entre l’accompagnement à la vie quotidienne et l’accompagnement autour des autres aspects exigeait qu’une partie de l’équipe soit affectée à la **vie quotidienne** (CHRS et ADN/HDN soit **7,5 ETP**) et l’autre à **l’accompagnement** (plateforme et EMSS soit **2,44 ETP** avec les partenaires).

Cette réorganisation impacta fortement mes fonctions. L’année 2013 fut principalement consacrée :

- au **logement**: de la recherche à la signature des baux en passant par un aspect primordial, le lien avec les bailleurs lorsque les personnes occupent le logement ;
- à **l’organisation de l’équipe salariée** : nombreux recrutements, trouver une organisation du travail permettant d’assumer tous les aspects de l’accompagnement ;

⁶³ Lors de la mise en place du SIAO, le département fut découpé en 4 territoires (le Nord Vaucluse, Carpentras, le Grand Avignon et le Sud Vaucluse). Chaque territoire avait sa propre CTO mensuelle, bi-mensuelle ou hebdomadaire. Sur le territoire du Grand Avignon, celle-ci était hebdomadaire et regroupait des représentants des CHRS, du logement adapté, du CCAS d’Avignon, de la DDCS, des résidences sociales et du SIAO/115.

⁶⁴ En effet, comme évoqué dans la présentation de la structure, les personnes ayant eu un long parcours de rue, ont une espérance de vie estimée à 30 ans de vie en moins que la moyenne nationale.

- à **l'accompagnement au changement** au plus près des acteurs des différents niveaux de l'organisation: des personnes accueillies / accompagnées aux anciens acteurs associatifs de l'association CASA mais également auprès des partenaires.

J'ai donc attendu 2014 pour organiser des outils et des instances de coordination de cette équipe. De plus, sur les premiers mois de l'année 2014, j'ai eu la chance de travailler en binôme avec une stagiaire CAFERUIS en formation.

⇒ **De l'urgence du changement à la stabilisation**

La totalité des outils de la loi 2002-2 furent fournis par HAS. En effet, HAS avait fait le choix d'uniformiser ceux-ci sur l'ensemble des établissements et services de l'association.

Pour le Pôle Vaucluse, nous conservions notre trame support des projets personnalisés et de leur coordination mais informatisons une partie de nos communications autour des actions par l'intermédiaire du logiciel Intelligence Associative (commun à l'ensemble de l'association).

En janvier 2014, les évolutions demandées par la feuille de route d'HAS étaient effectives dans leur intégralité :

- le collectif restant sur la cour de l'ancien tri postal avait une présence quotidienne d'accompagnement de 7h ;
- le reste de l'équipe était entièrement dédié aux fonctions d'accompagnement incarnées par la plateforme d'accompagnement et les missions de l'EMSS. Cette équipe, composée de 9 professionnels, intervenait entre 9h et 23h du lundi au vendredi et entre 13h et 23h le week-end, toujours en binôme.

Ce grand nombre de professionnels nécessitait une coordination régulièrement et je décidais, sur un modèle éprouvé dans le cadre de l'expérimentation « 1 chez soi d'abord », de réaliser un point de coordination quotidien (du lundi au vendredi), de 13h à 14h. Ce temps, basé sur une trame (Annexe 21 : organisation planning type semaine plateforme d'accompagnement) de toutes les tâches à réaliser dans la journée, serait l'occasion de :

- traiter les « urgences » arrivées entre la veille 14h et le jour 13h ;
- faire un retour sur les visites à domicile (VAD) du même jour de la semaine précédente afin de pouvoir élaborer les objectifs de la VAD de ce jour ;
- organiser les différents lieux de la maraude pédestre du jour (signalements...).

Après plusieurs mois d'expérimentation, ce temps de travail en commun quotidien, qui aurait pu paraître chronophage de prime abord, s'est avéré très productif. La cohésion de l'équipe a en été très vite renforcée et l'échange autour des connaissances, compétences, savoir-faire et savoir être dans l'accompagnement a permis une mutualisation des pratiques. Dans un premier temps, j'animais, alternativement avec la stagiaire CAFERUIS, ces points de coordination. Rapidement, l'équipe s'est saisie de cet outil et je l'animais lorsque mon emploi du temps me le permettait ou lorsque l'équipe me sollicitait.

De plus, pour permettre une inclusion dans la Cité, l'équipe fit des démarches auprès de structures accueillant du public afin de réaliser des rencontres (réunions de projet personnalisé par exemple) dans l'environnement immédiat de la personne hébergée en logement. Pour ce faire, je réalisais un courrier à l'intention des responsables de

structures pour introduire la démarche de l'équipe (Annexe 22 : courrier à destination de partenaires pouvant proposer des lieux de rencontre avec les personnes accompagnées dans un objectif d'inclusion dans la Cité)

⇒ **De la stabilisation à l'inclusion incarnée par le projet de pôle**

Le début de l'année 2014 fut également marqué par une demande de la part de l'association HAS : rédiger un projet de Pôle.

Avec mon collègue cadre, dont les fonctions s'étaient essentiellement orientées vers la question de l'ancien Tri Postal, nous décidions de séparer ce projet en deux parties interdépendantes :

- Chapitre 1 : la question foncière, ressource et support de l'activité : ce chapitre reprendrait les grandes étapes de l'association CASA, sa création, ses recherches de lieu jusqu'au projet actuel du Tri Postal ;
- Chapitre 2 : la question sociale : ce chapitre développerait la mutation : des services et de l'établissement gérés par CASA au Pôle Vaucluse d'HAS.

J'étais donc en charge de la rédaction du chapitre 2. Cette rédaction me permit, en quelque sorte, de mesurer le chemin parcouru depuis le début de l'année 2013, d'en mesurer les enjeux, les étapes et surtout la capacité au changement qu'avait pu montrer tous les acteurs (en Annexe 23, vous trouverez le Chapitre 2 : la question sociale, sans ses annexes).

⇒ **La plateforme d'accompagnement, ce n'est pas « accéder au logement sans passer par l'hébergement ? »**

En Février 2014, la Préfecture des Bouches du Rhône et la DDCS réalisent un guide de l'accompagnement hors les murs intitulé : « Accéder au logement sans passer par l'hébergement : que modifie l'accompagnement hors les murs à la pratique des CHRS ? ». Ce guide totalement en adéquation avec beaucoup de principes mis en œuvre sur le Pôle Vaucluse, vient également faire un clin d'œil à la notion « hors les murs » que nous avions déjà soutenu lors du passage en CROSMS du service de Médiation de Rue.

Pendant ces 7 années de pratique, je me suis inscrite dans les grandes évolutions du secteur. J'ai su les anticiper, les interpréter afin de conserver et conjuguer mes valeurs et les valeurs associatives.

Ce projet de Plateforme d'Accompagnement incarne une immatérialité de l'accompagnement avec son « aller vers », sa « prise en compte » et sa « personnalisation », ses notions de « relations », « rencontres »... Plutôt que de définir un lieu, un endroit, qui pour beaucoup, n'aura été que un passage...

4.2.4 – Ma quatrième situation de travail

Services associatifs concernés	CHRS Villa Médicis
Action concernée	<u>Participation au groupe de cotation dans la procédure d'élaboration des recommandations de l'ANESM sur « les attentes de la personne et le projet personnalisé »</u> : cotation et participation aux journées d'échange organisées par l'ANESM. Mise en perspective de cette participation avec l'élaboration, la mise en place et l'évaluation du dispositif Projet Personnalisé sur le CHRS Villa Médicis.
Années concernées	2008 à 2012
Activités mises en œuvre	<p><u>Conception et développement</u>: concevoir, élaborer, mettre en place et évaluer un dispositif projet personnalisé adapté aux personnes accueillies et/ou accompagnées en prenant en compte les potentialités et les freins inhérents à chaque situation, organiser la participation des personnes accueillies et/ou accompagnées à chaque étape du projet, prendre en compte les compétences individuelles et collectives présentes dans l'organisation, susciter l'évolution des pratiques professionnelles en lien avec le projet personnalisé.</p> <p><u>Evaluation</u>: par l'intermédiaire de ma participation au groupe de cotation de l'ANESM, repérage des différentes fonctions et positionnements des acteurs respectif (équipe projet, groupe de pilotage, groupe de cotation, groupe de lecture) ; concernant le dispositif projet personnalisé mis en place au sein du CHRS Villa Médicis: mettre en place une évaluation du dispositif en organisant la participation de tous les acteurs concernés, définir les moyens appropriés à l'évaluation.</p>

Contexte

Lors de ma prise de fonctions en 2008, un de mes principaux objectifs est de mettre en œuvre le dispositif « projet personnalisé » au sein des services et de l'établissement de l'association CASA. Cet objectif est à la croisée de la demande associative (mettre en place les outils de la loi 2002-2 – principale raison qui a abouti à mon recrutement), des politiques publiques en places, de la DDASS mais cela fait également parti des principes qui guident mon action : la personnalisation de l'accompagnement des publics.

Très rapidement, je partage cet objectif avec le Directeur et avec l'équipe. Pourtant, un certain nombre de chantiers doivent être entrepris en amont : l'adéquation du planning de présence salariée avec la législation du code du travail, différents recrutements sur

l'équipe d'accompagnement, la sollicitation de financements pour étayer les services et l'établissement existants... Effectivement, l'élaboration du dispositif et la mise en place de l'outil projet personnalisé, avec l'ensemble de l'équipe et des personnes accueillies et accompagnées sur le CHRS, débutera en Août 2009.

Néanmoins, à l'Automne 2008, l'association CASA est sollicitée par l'ANESM pour faire parti du « groupe de cotation » des « recommandations de bonnes pratiques professionnelles » sur « les attentes de la personne et le projet personnalisé ». Naturellement et suite à mes intérêts sur le thème, partagé avec le Directeur et l'association, je suis désignée pour représenter l'association CASA au sein de ce groupe (Annexe 24 : page 3 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Les attentes de la personne et le projet personnalisé – ANESM).

Participer à un groupe de cotation dans la procédure d'élaboration des recommandations de l'Anesm

La cotation fait partie de la procédure d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. C'est une des phases qui est définie ainsi: « Lorsque la méthodologie du consensus formalisé a été retenue les propositions de recommandations élaborées par le groupe de travail sont soumises à un groupe de cotation. Le groupe a pour mission de donner son avis sur les bonnes pratiques exposées en précisant son degré d'accord ou de désaccord. La cotation se déroule en deux étapes. Dans un premier temps, les cotateurs notent individuellement chaque recommandation sur un support élaboré par les services de l'ANESM, selon une échelle graduée.

Dans un second temps, les cotateurs peuvent se réunir pour échanger et re-coter en séance (de manière anonyme) les recommandations n'ayant pas fait apparaître de consensus. A l'issue de cette réunion, une nouvelle version de la recommandation est rédigée.⁶⁵ ».

La cotation permet de mesurer un niveau, une qualité. C'est un critère. Cela permet de mesurer, de la manière la plus objective possible (même si nous savons que l'objectivité absolue n'existe pas).

Dans un premier temps, j'ai donc rempli une échelle graduée que j'ai retourné, en amont des journées de rencontre qui se déroulaient au siège de l'ANESM.

Partager des valeurs et une expertise

Les participants à ce groupe de cotation ont été choisis pour représenter l'ensemble des secteurs d'intervention concernés par ces recommandations. Ce groupe s'est réuni pendant 2 journées et a travaillé principalement sur la partie II des recommandations : « la participation de la personne tout au long de la démarche ».

L'association CASA, par sa création et l'implication des personnes accueillies et accompagnées au fonctionnement de l'établissement a été reconnue par l'ANESM pour son expertise sur la question de la participation et de la prise en compte de la personne dans les différentes étapes du projet personnalisé. J'allais donc participer à l'élaboration de méthodes sur des questions de politiques sociales. Mon rôle, par ma présence dans ce groupe, allait être de produire une expérience, une connaissance au regard d'un public spécifique.

⁶⁵ Procédure d'élaboration des recommandations – ANESM.

Forte de mon expérience en Maison d'Accueil Spécialisé (dans mon emploi précédent en qualité de « chargée de missions : développement des projets sociaux-culturels et artistiques ») et de mes quelques mois sur l'association CASA (en qualité de stagiaire CAFERUIS puis en emploi), mes échanges avec le groupe furent très orientés sur la participation à l'ensemble des étapes du projet personnalisé. Cette participation ne devait pas s'envisager que sur son principe éthique. Nous étions bien au cœur de notre métier d'accompagnement et d'élaboration de principes concrets de prise en compte de la personne dans ce processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation.

Nous devons envisager le moyen de mobiliser la personne accueillie et/ou accompagnée avec tous ses potentiels mais également prendre en compte toutes ses limites : accès au langage parlé, accès à la lecture...

Pour ma part, il me semblait important que la personne accompagnée puisse intervenir sur ce projet personnalisé. Dans le cadre de l'association CASA, nous accompagnions des personnes en capacité d'écrire et donc cet outil devait également être adapté aux personnes dans sa transcription matérielle. Il fallait, de ce fait, penser celui-ci, pas uniquement comme un outil de coordination de l'accompagnement pour des professionnels, mais également comme une trace du parcours de la personne, investi par elle et pour elle.

Pour exemple, dans le paragraphe 7. « La rédaction du projet personnalisé », j'ai eu à cœur que figure cette phrase : « Les personnes, éventuellement avec l'aide de leurs proches, pourront être invitées à formaliser par écrit leurs attentes et contributions, si elles le souhaitent et le peuvent.⁶⁶ ».

L'autre point, qui m'a fortement mobilisé, est la question de l'essai. En effet, il me semble plus aisé de pouvoir essayer quelque chose pour savoir si cela convient ou non. De ce fait, au sein du document, en point 3.5 « Encourager des essais », il est notifié : « La meilleure manière de permettre aux personnes de jouer un rôle actif dans le projet personnalisé est encore de leur permettre de faire leurs propres expériences. Aussi les mises en situation seront recherchées pour permettre aux personnes d'affiner leurs analyses, et de réajuster des représentations (sur elles-mêmes, sur les activités proposées, sur l'accompagnement, sur l'environnement...).

Insister sur le caractère d'essai relativise l'échec éventuel, qui devient un « problème à résoudre ensemble », et non pas l'échec de la personne malgré toute l'aide apportée.

Cet essai s'inscrit alors dans la mise en œuvre des objectifs du projet personnalisé.⁶⁷ ».

Cette question de l'essai, j'avais pu la mettre en œuvre dans le cadre de mon emploi en MAS. En effet, il semblait plus aisé pour les professionnels de l'accompagnement d'observer la personne en réalité d'essai pour pouvoir étayer une validation ou non d'un projet, d'un objectif et des moyens mis en œuvre pour atteindre celui-ci.

Durant ces deux jours, l'ensemble des participants a pu débattre dans un espace dédié à la co-construction. Cet espace a pu se faire rencontrer des savoirs spécialisés⁶⁸, des éthiques et valeurs différentes, des approches conceptuelles complémentaires, le tout,

⁶⁶ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – ANESM - Les attentes de la personne et le projet personnalisé - Décembre 2008, page 31.

⁶⁷ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – ANESM - Les attentes de la personne et le projet personnalisé - Décembre 2008, page 26.

⁶⁸ « Les professionnels sont, dès lors, porteurs d'un « savoir spécialisé » à même d'éclairer la concertation de choix politiques raisonnés et acceptables. », page 21 – Construire une démarche d'expertise en intervention sociale – Akim Guellil – Sandra Guitton-Philippe – ESF éditeur – 3^{ème} édition – Mai 2014.

dans un but commun : prendre en compte toutes ces expertises pour construire un document le plus participatif possible.

Mettre en perspective cette participation à un groupe de cotation

Fort de cette expérience, à mon retour en poste, j'ai pu piloter l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du dispositif projet personnalisé et de ses outils.

Celle-ci s'est déroulée en plusieurs étapes :

- **élaboration d'un document de travail nommé « Le Projet personnalisé »** (Annexe 25): ce document avait pour objet de produire des connaissances autour du projet personnalisé, ses fondements juridiques, la différence entre contrat de séjour et projet personnalisé, la définition du projet et la place de la personne accueillie et/ou accompagnée, les fondamentaux et étapes du projet personnalisé et le dispositif à définir avec les acteurs concernés, ses étapes et sa méthodologie. Cette production de connaissance entraine en résonance avec les questions soulevées par l'exposé de ma démarche auprès de l'équipe d'accompagnement ;
- **définition des étapes et de la méthodologie** : au cours de réunions thématiques sur le dispositif projet personnalisé, j'ai mis au travail des membres volontaires, acteurs de l'accompagnement et personnes accompagnées, pour définir la mise en œuvre, la coordination et le suivi du projet personnalisé ainsi que sa forme matérielle ;
- **élaboration du document « Méthodologie du projet personnalisé »** (Annexe 26): ces rencontres thématiques ont été le support de l'élaboration de ce document sur la méthodologie du projet personnalisé. Ce document en définissait : les étapes de l'élaboration du projet, son suivi et son évaluation ;
- **élaboration de l'outil (matrice et fiche de suivi) projet personnalisé** (Annexe 27): après la définition des différents aspects de l'accompagnement avec tous les acteurs concernés (professionnels et personnes accompagnées), j'ai réalisé une matrice du projet et de sa fiche de suivi que j'ai soumis aux participants des groupes thématiques ;
- **élaboration d'un document concernant le coordinateur de projet personnalisé** (Annexe 28): conjointement et toujours suite aux réunions thématiques, j'ai élaboré un document qui définit le coordinateur de projet : sa définition générale, son sens global et son rôle.

Toute cette méthodologie s'est ancrée dans les recommandations de l'ANESM mais également dans l'éthique et les valeurs associatives ainsi que les grands principes qui guident mon action.

Après 3 années de mise en place du projet personnalisé sur le CHRS, ce dispositif, et ses étapes ont été évalués auprès des différents acteurs de l'organisation concernée (personnes accueillies et professionnels). Cette évaluation avait pour objet la mesure des écarts entre le dispositif pensé et sa réalisation. De plus, je souhaitais mettre en lumière les pistes d'amélioration possibles.

A la suite de cette évaluation, plusieurs améliorations ont été apportées, notamment dans le cadre du projet de plateforme d'accompagnement qui commençait à émerger.

Inclure les personnes que nous accompagnons dans une démarche projet personnalisé demande à chacun un changement de paradigme : la question de l'expertise, autrefois détenue par des professionnels est peut-être à requestionner.

Pour ma part, j'ai souhaité déplacer chaque professionnel par la mise en place de ce dispositif. Ce déplacement, cette nouvelle posture et ses positionnements en découlant, a demandé du temps, de l'explicitation et un accompagnement tout au long de la mise en place et de la mise en œuvre de chaque étape du processus.

Mais, je crois avoir requestionné cette expertise professionnelle. En effet, je pense qu'il y a également une expertise détenue par la personne accompagnée elle-même et celle-ci doit pouvoir se conjuguer avec celle du professionnel. Il est parfois plus aisé de s'essayer à la propre solution évoquée par la personne pour ensuite envisager une évaluation et un réajustement de l'objectif et des moyens en prenant en compte d'autres pistes de solution.

A travers cette reconnaissance d'une forme d'expertise détenue par la personne accompagnée, j'ai favorisé une organisation permettant un pouvoir d'agir (empowerment) et une inclusion à travers une réelle place d'acteur : personne qui participe activement à une organisation, qui joue un rôle effectif.

4.3.1 – Mes principes d'action et objectifs

Tous les principes d'action que je développe ci-dessous sont interdépendants et interagissent entre eux dans chaque action menée. Néanmoins, cela peut ressembler parfois à de l'utopie⁶⁹ de toujours vouloir les respecter dans une pratique professionnelle. Mais cette utopie me fait avancer et motive mon désir constant d'impulser un changement, une modification, une amélioration. Cette amélioration est dans un premier temps tournée autour de ma pratique professionnelle mais également autour d'un système, qui m'accueille et dont je fais partie. Tout changement s'impulse de l'intérieur et se manage avec tous les acteurs composant l'organisation.

Le collectif comme support des actions

Très attachée à la notion de collectif, de faire ensemble, dans un projet commun, un but précis, négocié et partagé par tous, l'association CASA m'a fait découvrir de l'intérieur la notion de communautaire, ses forces mais également ses travers. Ce communautaire peut également très rapidement se montrer comme un système fermé si on ne prend pas la peine de l'ouvrir, de le partager et donc, de le questionner.

L'action communautaire doit s'entendre ici comme une recherche de solution collective à un besoin commun. Cette action est participative, elle vise une décision collégiale et favorise l'autonomie de chacun. Je souhaite également convoquer les termes d'empowerment (dans le sens où la personne est active dans son parcours – tend vers le rétablissement) et de pouvoir d'agir.

La prise en compte

Le concept de prise en compte est à éclairer avec celui de charité et de prise en charge. Ces trois concepts sont développés par Saül KARSZ dans son ouvrage « Pourquoi le travail social ? ».

Le travail social est issu de la charité. Encore aujourd'hui, il ne peut renier ses origines et cette notion est encore présente dans les institutions. Autrefois, elle appelait des serviteurs, témoins dans une idée de don de soi. Aujourd'hui, elle convoque des bénévoles, héritiers des représentants religieux, qui peuvent être salariés.

Derrière l'idée de charité se cache un enjeu majeur : « rendre leur humanité à tous ceux qui en sont actuellement dépouillés, à tous ceux à qui l'essentiel fait défaut.⁷⁰ ».

« En fait, la charité témoigne des idéalizations des praticiens...⁷¹ » L'idéalisation des praticiens, comme dit Saül KARSZ, me renvoie à une forme de projection : ce qui est bon pour moi, est donc bon pour toi. La charité moderne est soulignée par une certaine morale et un humanisme.

La prise en charge convoque des professionnels, acteurs d'une politique sociale, de missions institutionnelles et d'orientations. C'est typiquement le mode le plus répandu d'intervention. La prise en charge répond aux besoins, demandes et désirs des publics. Cette idée semble donc la pratique associée aux politiques sociales actuelles. « Des leitmotivs l'énoncent : épanouissement, autonomie, solidarité, intégration citoyenneté... »⁷² Ces mots résonnent dans les esprits comme des termes très présents dans nos lois actuelles : 2002-2, 2005... C'est également l'idée de la prise en charge globale de la personne, avec toutes ses problématiques : « intervention visant à

⁶⁹ En septembre 2014, j'ai été amenée à intervenir dans le cadre d'un festival à Grenoble nommé : « Vivre l'utopie » organisé par l'association Entropie. Au-delà du clin d'œil, cette intervention, en lien avec 3 personnes accueillies et accompagnées, a permis de faire partager la complexité de cette organisation visant l'autogestion.

⁷⁰ S. KARSZ. Pourquoi le travail social ? Dunod. Paris, 2004, 154 p., page 75.

⁷¹ Ibid., page 77.

⁷² Ibid., page 96.

s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique d'une personne ayant des incapacités.⁷³ ».

Le terme de personne est mis en avant dans ces pratiques. C'est le mode d'intervention qui convoque des projets personnalisés, des moyens, des harmonisations des pratiques professionnelles... C'est le côté professionnel du travail social.

Saül KARSZ met en avant l'idée que la personne, dans la prise en charge, est l'objet des pratiques professionnelles.

La prise en compte, elle, est la pratique « du statut de sujet ⁷⁴ ». Le professionnel prend le statut d'intervenant. Le sujet est au cœur du dispositif, pas comme agent passif mais comme actif vers un devenir. Cette pratique induit la prise en compte de tous les acteurs d'un système. Le sujet n'est pas seul acteur de sa problématique mais celle-ci résulte d'un ensemble complexe. C'est prendre en compte l'existant dont le sujet est porteur pour potentialiser vers un avenir. C'est le principe qui est peut-être le plus difficile à définir.

Une pratique ne se fait donc plus au regard d'une population mais en fonction d'une rencontre, d'une personne, à un temps donné, dans un contexte, une place et un environnement déterminés. C'est en quelque sorte une somme de faits qui modélise l'intervention.

L'idée de prise de risque semble également inhérente à ce mode d'intervention. Prendre un risque dans le sens d'expérience. L'idée même d'expérimenter donne la possibilité de s'éprouver et donc d'être pour le sujet dans l'essai et l'erreur.

Pour les intervenants, c'est en quelque sorte interroger toujours ses pratiques, s'adapter, accepter de ne pas avoir le tout savoir, ne pas toujours pouvoir donner une réponse mais essayer et essayer encore. C'est sûrement une pratique du mouvement, de l'évolution, de la variation, du progrès, du changement, du vivant et celle qui peut être la plus adaptée à la vie dans tout ce qu'elle a d'instabilité et de variable.

Personne, sujet ou acteur mais toujours source de potentialités

J'ai toujours eu comme principe de m'appuyer sur les potentialités des personnes. Trop souvent caractérisées par leurs manques, handicaps ou difficultés, j'ai toujours envisagé les personnes accompagnées comme personnes source de possibles, porteuses de désirs. L'intervenant social étaye son action sur ces potentialités.

Je pense pouvoir parler de développement social : s'appuyer sur les capacités des personnes et leur permettre de participer aux projets les concernant. Cela ne sous-entend pas de nier les difficultés mais plutôt de les reconnaître, les connaître, les nommer pour en être conscient dans chaque action entreprise.

Autonomie / auto-détermination

La notion d'autonomie, d'un point de vue de l'analyse sociologique et de l'intervention sociale, se définit par l'aptitude d'une personne à s'intégrer de manière individuelle dans la société. Cette notion se veut en opposition à une situation d'assistance de la part de tiers et des pouvoirs publics.

Autonomie, du grec *autonomos* (auto, élément savant signifiant « soi-même, lui-même » et *nomos* : « nom, loi, ordre structure ») signifie, en philosophie morale, la faculté d'agir par soi-même en se donnant sa propre loi. Trop souvent, l'autonomie est posée en opposition à la dépendance alors que son antonyme est l'hétéronomie, par sa racine

⁷³ M. BLOUIN et C. BERGERON. Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : terme intervention et d'aides techniques. Québec : les publications du Québec, 1997, 164 pages, p. 60.

⁷⁴ S. KARSZ. Pourquoi le travail social ? Dunod. Paris, 2004, 154 p., page 110.

hétéro : « autre, différent », se comprend dans sa relation avec anomie (du grec an- : absence de). Si je définie ces trois termes, c'est que ceux-ci m'ont fortement interrogé dans la visée d'auto-détermination portée par l'association CASA. J'ai expérimenté cette auto-détermination comme une visée, avec tous les obstacles qui la jalonne mais je pense m'être plutôt approchée de la notion de « co », avec.

Co-organisation, co-responsabilité, co-production, co-gestion, coordination, dans une inter-dépendance réelle

La spécificité de l'ensemble des services et de l'établissement de l'association CASA est qu'ils sont en co-construction permanente et de façon historique. C'est ce "co", "avec" que j'ai tenté de faire vivre malgré une institutionnalisation qui s'est opérée au fil des années. Il était nécessaire de conserver cette essence, ce vivre ensemble, qui a fait émerger l'idée de la co-construction de ce lieu de vie.

Lieu de vie, vivre avec, lieu de vivre avec

Je pense que mon intérêt pour les lieux de vie est visible, en filigrane, dans cet écrit. Genèse de mon intérêt pour le social, cette notion de « vivre avec » me porte dans mon action quotidienne. Cela se traduit notamment par une recherche de participation au-delà des outils promus par le législateur. En effet, je pense avoir pris le risque, à plusieurs reprises, d'adapter des outils, un environnement pour permettre une participation qui tend vers une inclusion.

Dans la visée d'un système inclusif, j'ai adapté un fonctionnement et des moyens dans l'objectif d'inclure tous ses composants et leur permettre de vivre ensemble.

4.3.2. – Mes sources d'information et de documentation

Mes sources d'information et de documentation sont en lien étroit avec les projets que je conduis. Je me mets en recherche lorsque je conceptualise, j'élabore des projets, des actions, des évaluations... Ces sources sont plurielles mais basées sur ces grands piliers :

- Politiques publiques : lois, décrets, circulaires, recommandations de l'ANESM, référentiel Accueil, Hébergement, Insertion... ;
- Expériences similaires : partage d'expérience, évaluation de dispositifs existants ;
- Textes élaborés par des fédérations : FNARS, l'URIOPSS... ;
- Ouvrages spécialisés sur les concepts, sujets abordés lors des projets, actions, évaluation, méthodologie... ;
- Journaux spécialisés : ASH, Lien Social...

Ces sources sont soit matérielles (livres, journaux..) soit immatérielles (sites internet spécialisés, d'informations...).

Une autre composante entre dans mes recherches. J'accompagne et je suis jury sur le diplôme CAFERUIS et dans ce cadre, j'ai le souci de rester informée des grandes évolutions de chaque secteur d'intervention.

4.3.3. – Ma participation au fonctionnement collectif de la structure

Au-delà de ma fonction de Coordinatrice puis de Chef de service, j'ai été reconnue rapidement comme un professionnel ayant le désir de faire évoluer le fonctionnement de sa structure dans un objectif d'amélioration des actions proposées. Dans cet objectif, j'ai été force de proposition sur différents points d'amélioration (organisation du travail, mise en place des outils 2002-2, amélioration des qualités matérielles d'accueil et

d'hébergement...) et j'ai conduit divers projets afin de développer des actions complémentaires aux actions conduites par l'association CASA lors de mon arrivée.

L'organe politique de l'association CASA m'a laissé prendre une part active à la transformation de mon activité ainsi que l'association HAS par la suite. Mon poste a donc évolué avec des prises de responsabilités de plus en plus grandes.

Concernant les instances institutionnelles internes, dans un premier temps, j'animais exclusivement les réunions des personnes accueillies en hébergement et/ou accompagnées ainsi que les réunions d'équipe. Suite à la mise en place du dispositif Projet Personnalisé, j'ai animé les réunions de projet, en interne et en externe.

Ma place prise, dans le fonctionnement partenarial et de réseau de l'association, m'a permis d'organiser et d'animer des réunions pluri-partenariales, des groupes de travail sur des thématiques spécifiques et des comités de pilotage. Par la suite, j'ai également participé aux rencontres concernant les évolutions institutionnelles et les budgets (dialogues de gestion avec la DDCS, évaluations avec l'ARS...).

Pendant toutes ces années d'exercice, j'ai fait évoluer l'association CASA et celle-ci m'a permis de m'essayer à de nouvelles compétences complémentaires de ma formation initiale. Dans cette évolution, j'ai toujours eu le souci de prendre en compte l'organe politique de l'association ainsi que mon supérieur hiérarchique en ayant des délégations claires et définies mais également en rendant compte de mes actions à intervalles réguliers. Cette posture de développement s'est conduite dans une prise en compte de tous les acteurs de l'organisation et dans le dessein de produire une amélioration de la qualité au bénéfice des personnes accueillies et accompagnées.

4.3.4. – Mon degré d'autonomie et d'initiative

L'organisation dans laquelle j'ai évolué, au cours des années concernées par les situations présentées dans ce livret, est une organisation, qui dans sa genèse, a laissé une grande place à l'autonomie et l'initiative des personnes accueillies et/ou accompagnées. Cette autonomie et cette initiative s'appliquaient également à l'équipe salariée. A mon arrivée sur la structure, peu de personnels s'en étaient saisi. De ce fait, cet environnement favorable m'a permis également d'initier cette possibilité auprès des équipes accompagnantes mais également des personnes accueillies.

Il semble également important de souligner que toutes les organisations ne pensent pas un « espace d'initiative culturelle » (l'Espace d'Espace) dans leur fonctionnement. De ce fait, il n'y avait pas de hiérarchisation des besoins et donc des projets dans l'organisation. J'ai pu, de ce fait, être encouragée et soutenue dans l'ensemble des initiatives proposées.

J'ai eu la possibilité de m'auto-saisir de problématiques (tant en interne qu'en externe) en tenant compte des contraintes statutaires. En délimitant ma marge d'autonomie, j'ai pu évoluer de façon claire pour l'ensemble des acteurs de l'organisation mais également pour les partenaires et membres du réseau ainsi que les partenaires financeurs.

La qualité de relation avec la Direction, tant au sein de l'association CASA qu'au sein de l'association HAS m'a permis de développer une relation de confiance mutuelle.

Très rapidement, j'ai demandé une délégation claire de mes activités afin de pouvoir mesurer mon degré d'initiative possible. A partir de ce cadre clair et défini, j'ai pu négocier auprès de décideurs en interne (Conseil d'Administration et Président Associatif) mais également en externe (élaboration de conventions de partenariat, proposition d'actions communes, réunions auprès de la DDCS...). J'ai pu donc manier ces délégations.

La reprise des services et de l'établissement par l'association HAS a rajouté un niveau dans la hiérarchie de notre organisation. Je devais rendre compte directement au Directeur de Pôle mais était amenée, à de nombreuses reprises à négocier également avec le Directeur Général et la Directrice Adjointe (chargée de la gestion administrative et budgétaire).

Les limites hiérarchiques que j'ai pu rencontrer se situent dans les relations avec les partenaires et membres du réseau. Dans le cadre des situations de travail consacrées à la réunion Porcelaine et à l'EMSS, j'ai pu élaborer une stratégie afin de permettre l'adhésion ou d'envisager un recadrage de l'action par l'institution concernée.

4.3.5. - Evaluation de mon intervention

Comme développé dans mes situations de travail, je conçois l'évaluation comme un processus participatif qui a une visée d'amélioration. Dans les phases d'analyse et de mesure, je recherche une objectivité en ayant conscience que celle-ci sera toujours impactée par de la subjectivité. Pour mon intervention, j'œuvre de la même manière.

J'ai souvent eu le souci d'évaluer les actions que j'ai pu mettre en place (fiche-action Réunions Porcelaine, dispositif Projet Personnalisé...) afin de pouvoir mesurer l'efficacité de celle-ci mais également recueillir un regard critique sur mon mode de mise en place.

Au niveau des équipes, j'ai eu également le souci de recueillir les pistes possibles d'amélioration de l'organisation, dans des cadres formels comme les réunions d'équipes, l'élaboration participative des rapports d'activités mais également lorsque je conduisais les entretiens annuels d'évaluation. J'ai recherché une posture de facilitateur lorsque des professionnels ou des personnes accueillies et/ou accompagnées souhaitaient prendre une part active dans les actions, projets mis en place.

Je souhaite mettre en lumière un extrait du décret 2007-975 du 15 Mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux : « l'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse ».

Si je me place dans une focale plus personnelle, j'ai conscience que cette expérience professionnelle a un aspect extra-ordinaire (dans le sens où cela est en dehors de l'ordinaire). C'est une rencontre qui m'a permis de m'essayer, d'expérimenter et d'acquérir un savoir-faire, savoir-être et de pouvoir parler aujourd'hui de compétences acquises dans le cadre de cette VAE. Cette rencontre est composée de plusieurs acteurs mais également d'un environnement associatif bienveillant et soucieux d'une qualité de l'accompagnement. Mais ce contexte doit aussi se situer au niveau politique : la mise en place de nouveaux modes d'accueil et d'accompagnement lié aux politiques du logement d'abord m'a demandé une adaptation. Portée sur la question du collectif et du communautaire, il a fallu que je trouve mon propre sens à cette mutation de l'accompagnement vers le logement individuel mais également que nous trouvions un nouveau sens commun à nos pratiques d'accompagnement d'équipe.

C'est dans ce contexte, ce système, que je me suis incluse et positionnée comme un intrant nécessaire mais non subsidiaire à son fonctionnement.

J'envisage la mesure de la réussite de mon action en lien avec les indicateurs et critères de l'évaluation de l'action elle-même. De ce fait, notamment dans le cadre de la fiche-action Porcelaine et également de la mise en place du dispositif projet personnalisé, j'ai pu apprécier que j'avais une forte exigence envers mes collaborateurs et que parfois, les

moyens envisagés lors d'une action n'étaient forcément adaptés aux compétences développées par l'équipe d'accompagnement et/ou les professionnels mobilisés à l'externe.

En lien avec ce constat, j'envisage une amélioration du repérage des besoins, attentes et demandes des professionnels en termes d'information et de formation afin de pouvoir, dans un exercice futur, faire passer également des valeurs d'accompagnement et des méthodes envisagées par des tiers qui auraient, à certaines étapes d'un projet, une légitimité accrue.

4.3.6. – Compétences mises en œuvre

Tout d'abord, je souhaite souligner que les compétences que je vais développer ci-dessous sont pour moi des compétences que j'ai construites grâce à un certain nombre d'éléments: mes formations initiales (DNAP, DNSEP, CAFERUIS, Licence AES); mes connaissances acquises au cours de mes exercices professionnels, celles-ci sont d'ordre techniques et également relatives à une posture; l'environnement professionnel qui m'a permis de m'essayer à ces nouvelles activités, qui pour certaines ont produit de la compétence mais également le fait que la compétence est toujours une reconnaissance établie à travers le regard d'un tiers. De ce fait, celles que je vais développer ci-dessous sont forcément une représentation, un construit de ma pratique professionnelle.

Concernant la production de connaissances :

- réaliser des rapports d'activités élaborés de manière collective ;
- réaliser des comptes-rendus de rencontres partenariales ayant des objets variés ;
- réaliser l'analyse d'actions existantes, des recherches documentaires et produire de la connaissance à travers ces évaluations ;
- mettre en place des entretiens et des questionnaires dans l'objectif de construire une connaissance sur l'institution ;
- mobiliser des informations dans le cadre de la Réunion Porcelaine dans l'objectif de participer à un dispositif de veille sociale.

Concernant la conception et conduite d'action:

- Proposer et formaliser une stratégie d'action par l'intermédiaire de la fiche-action Réunion Porcelaine ;
- Développer des projets ancrés dans un contexte institutionnel, de réseau et de partenariat, de politiques publiques en prenant en compte tous les acteurs concernés (personnes accueillies et/ou accompagnées, professionnels, membres associatifs et membres institutionnels des structures financières concernées) ;
- Piloter des démarches évaluatives dans le cadre de la Réunion Porcelaine, de la mise en place de l'Equipe Mobile Santé Social et du dispositif Projet Personnalisé ;
- Evaluer les ressources nécessaires à de nouveaux projets dans le cadre des réponses aux appels à projet dans le cadre du PRS et de la DDCS ;
- Développer des outils communs dans le cadre du partenariat mis en place lors de la création de l'EMSS.

Glossaire des sigles et acronymes

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
ADN : Accueil De Nuit
AES : Administration Economique et Sociale
AHARP : Association Hébergement Accueil et Réinsertion en Provence
AHI : Accueil Hébergement Insertion
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APHM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Actualités Sociales Hebdomadaires
AVAPT : Accueil Vauclusien Aide et Prévention des Toxicomanies
BOP 177 : Budget Opérationnel Programme 177 « Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables »
CA : Conseil d'Administration
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CAFERUIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsabilité d'Unité d'Intervention Sociale
CASA : Collectif d'Action des Sans-Abri
CCAS : Centre Communal d'Actions Sociales
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CHA : Centre Hospitalier d'Avignon
CHM : Centre Hospitalier de Montfavet
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLSPD : Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CMP : Centre Médico-Psychologique
COGA : Communauté d'Agglomération du Grand Avignon
CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
CROSMS : Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTO : Commission Territoriale d'Orientation
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DALO : Droit Au Logement Opposable
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DEIS : Diplôme d'Etat d'Ingénieur Social
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DHUP : Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages
DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DLA : Dispositif Local d'Accompagnement
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DNAP : Diplôme National d'Arts Plastiques
DNSEP : Diplôme National Supérieur en Expression plastique
DT ARS : Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
EE : Espèce d'Espace – espace d'initiatives culturelles
EMSP : Equipe Mobile Santé Précarité
EMSS : Equipe Mobile Santé Social
ETP : Equivalent Temps Plein
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FEANTSA : Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri
FH : Foyer d'Hébergement
FNARS : Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GIAP : Groupe d'Intervention Alternative par les Pairs
GR3S2A ou **GRSSAA** : Groupe Réseau Santé Social Sans-Abri du grand Avignon
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAPA : Hébergement et Accueil en Pays d'Apt
HAS : Habitat Alternatif Social
HDN : Halte De Nuit
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IMCA : Institut des Métiers de la Communication Audiovisuelle
IME : Institut Médico-Educatif
INED : Institut National d'Etudes Démographiques
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDM : Médecins Du Monde
MDR : Médiation De Rue
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PARSA : Plan d'Action Renforcé du dispositif d'hébergement et de logement des personnes Sans-Abri
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PP : projet personnalisé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
RFF : Réseau Ferré de France
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAO : Service d'Accueil et d'Orientation
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SOC : Section Occupationnelle

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale et Organismes Privées Sanitaires et Sociaux

VAD : Visite A Domicile

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Bibliographie et sources documentaires

Ouvrages lus

Patrick DECLERCK - Les naufragés avec les clochards de Paris – publication originale en 2001.

GUELLIL A. – GUITTON-PHILIPPE Sandra - Construire une démarche d'expertise en intervention sociale – ESF éditeur – 3^{ième} édition – Mai 2014.

KARSZ S. - Pourquoi le travail social ? Définitions, figures, clinique - Paris : Éditions DUNOD, 2004.

Sources web

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.vaucluse.gouv.fr>

www.developpement-durable.gouv.fr

<https://www.cairn.info>

http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/SIAO_complet_cle7f25d2.pdf

<http://www.imagine84.fr/exclusion.html>

<http://siao84.fr>

<http://www.federationsolidarite.org>

<http://www.marssmarseille.eu>

<http://www.panama-marseille.com>

<http://www.uniopss.asso.fr>

<http://www.casa-avignon.fr>

<http://www.info-dla.fr>

<http://www.has.asso.fr>

<http://www.oscarsante.org>

<https://www.paca.ars.sante.fr>

Sources documentaires

Bulletin d'information en économie de la santé, n°13 – Juillet 1998, Questions d'économie de la santé – CREDES

« l'accès aux soins des plus démunis en 2011, journée internationale du refus de la misère 17 Octobre 2011 » - la santé n'est pas un luxe, dossier de presse, Médecins du Monde

« l'évolution du rôle des services : les obstacles qui entravent l'accès des personnes sans domicile aux services de santé », face au sans-abrisme en Europe, novembre 2006, FEANTSA Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, Observatoire Européen sur le Sans-Abrisme

« Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? », article de Philippe Warin, 1^{er} Juin 2010, laviedesidees.fr

« Vie et santé des personnes sans domicile, à Paris », enquête INED, Paris, février-mars 1995, Caractéristiques sociodémographiques et modes de vie : Jean-Marie Firdion, Maryse Marpsat – INED, Santé et recours aux soins : Thérèse Lecomte, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi – CREDES, Juin 1998

« l'accès aux droits à une couverture maladie – mémo récapitulatif à l'usage des professionnels de santé, Juin 2012, FNARS

Textes législatifs et réglementaires

Référentiel Accueil, hébergement, insertion, Mars 2005 – réalisé par le Ministère délégué à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion.

Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions, 21 Janvier 2013.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – ANESM

Les attentes de la personne et le projet personnalisé – ANESM – Décembre 2008

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – Juillet 2008

Référentiel

Référentiel de compétences D.E.I.S.

Référentiel d'activités D.E.I.S.