



**diaconat protestant**  
DRÔME | ARDÈCHE

**C.H.R.S.U collectif et diffus**  
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale d'urgence  
**Le Teil - Montélimar**



**Rapport d'activité du**  
**01/01/2023 au 31/12/2023**

## SOMMAIRE

---

1.1	Présentation de la structure CHRUS collectif 07-26	Page 3
1.2	Présentation de la structure CHRUS diffus 07	Page 4
2	Statistiques générales hébergement d'urgence 07-26	Page 4
3.1	Les personnes accueillies en hébergement collectif	Page 8
3.2	Les personnes accueillies en hébergement diffus	Page 10
4.1	Les sorties d'hébergement collectif	Page 10
4.2	Les sorties d'hébergement diffus	Page 12
5	Les statistiques générales de sorties 07-26	Page 13
6.1	Vignettes d'accompagnements 2023	Page 15
6.1.1	L'accompagnement de Monsieur Farah	Page 15
6.1.2	L'accompagnement de Maria	Page 17
6.1.3	L'accompagnement de Mr BM	Page 18
6.2	Une illustration de participation collective : le CLTS	Page 19
6.3	Le groupe d'expression « viens avec ton idée »	Page 21
7	Vie institutionnelle et perspectives	Page 22
8	Focus santé CHRUS collectif	Page 25

## 1.1 - PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE CHRSU collectif 07-26

### LES OBJECTIFS

- Offrir un hébergement, un accueil temporaire selon la situation de chacun.
- Permettre aux personnes d'accéder à une solution d'hébergement ou de logement adapté à leurs besoins et possibilités d'insertion.
- Accompagner la mise en place d'un projet individuel visant à une insertion sociale.
- Établir les liens avec l'environnement local et les partenaires afin de construire un réseau.

### EN PRATIQUE

Les personnes sont orientées par le 115 Drôme ou Ardèche. Elles sont accueillies dans le centre d'hébergement collectif, avec une mise à disposition d'un espace personnel au sein d'une chambre simple ou double. Il leur est proposé des prestations d'accueil, d'hébergement, d'alimentation et d'hygiène. Elles s'acquittent d'une participation financière de 20 % de leurs revenus. L'accueil est conçu autour d'un séjour réglementé et individualisé de quelques jours à quelques mois. Il a pour objectif de permettre aux personnes de stabiliser leur situation et de les orienter vers un logement autonome ou une solution d'hébergement, dans le cadre de l'élaboration conjointe d'un projet personnalisé.

La structure dispose de 9 places Drôme et 9 places Ardèche, soit 18 places.

L'équipe est composée de 8 travailleurs sociaux, 2 veilleurs, 1 secrétaire, 1 agent d'entretien, 1 chef de service. Le CHRSU bénéficie de la présence d'une infirmière et d'un médecin qui interviennent au titre des dispositifs LHSS et ACT (ARS), les hébergés 115 devant être orientés vers le droit commun ou l'accueil santé. Cependant, nous y reviendrons, les problématiques santé des résidents et la conjoncture actuelle de notre système de santé nous confrontent souvent à de nombreuses limites.

Durant l'année 2023, 6445 nuitées ont été réalisées pour un total de 6570 nuitées réalisables, soit un taux d'occupation de 98 %.

	Nombre de nuits	Nombre maximum de nuits	Taux occupation
ARDECHE	3266	3285	99%
DROME	3179	3285	97%
TOTAL	6445	6570	98%

## 1.2 - PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE CHRSU diffus 07

Les principes de l'accueil d'urgence en hébergement diffus s'appliquent de la même manière qu'en collectif ou presque puisque la participation financière sollicitée se limite à 15% des revenus dans la mesure où le dispositif diffus ne comprend pas de prestation de restauration).

Les places d'accueil d'urgence en diffus se situent sur Montélimar et bénéficient d'un accompagnement social distinct du CHRS collectif. En effet, les personnes hébergées à ce titre sont accompagnées par l'équipe éducative de Montélimar.

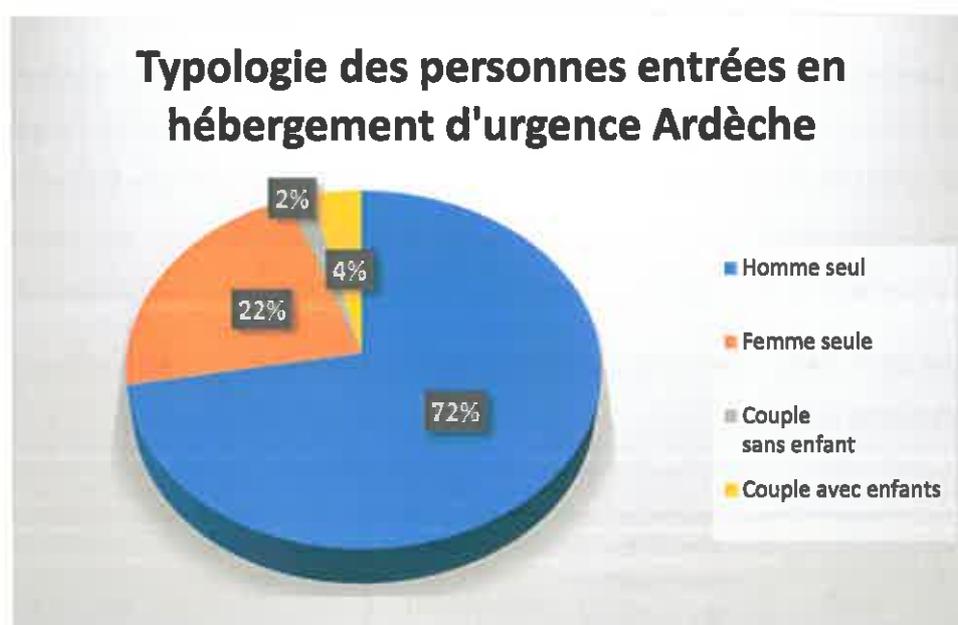
Durant l'année 2023, 1922 nuitées ont été réalisées en hébergement diffus pour un total de 1825 nuitées réalisables, soit un taux d'occupation de 105 %.

Nombre de nuits	Nombre maximum de nuits	Taux occupation
1922	1825	105%

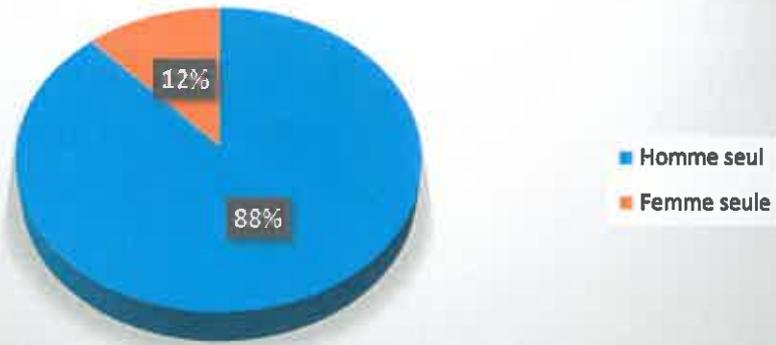
## 2 - STATISTIQUES GENERALES HEBERGEMENT D'URGENCE (collectif 07-26 et diffus 07 compris)

Les tableaux suivants présentent des données réparties par départements. Les statistiques Ardèche intègrent l'hébergement collectif et l'hébergement diffus.

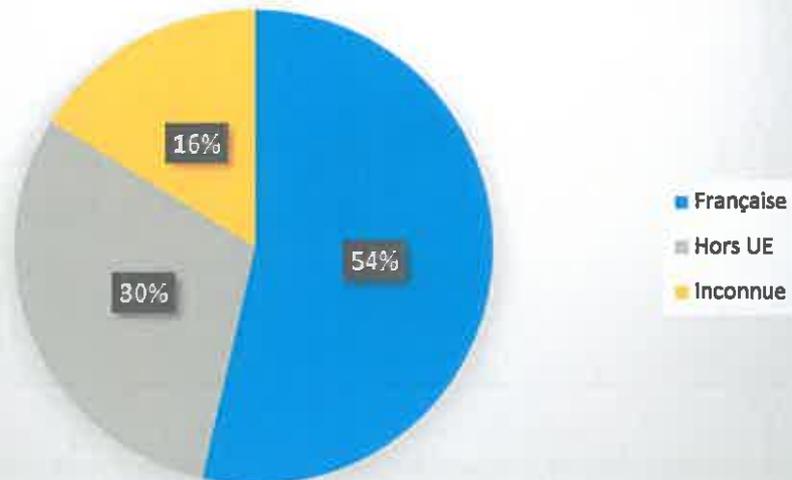
Nous aurons l'occasion de commenter les données de manière plus détaillée dans les chapitres suivants



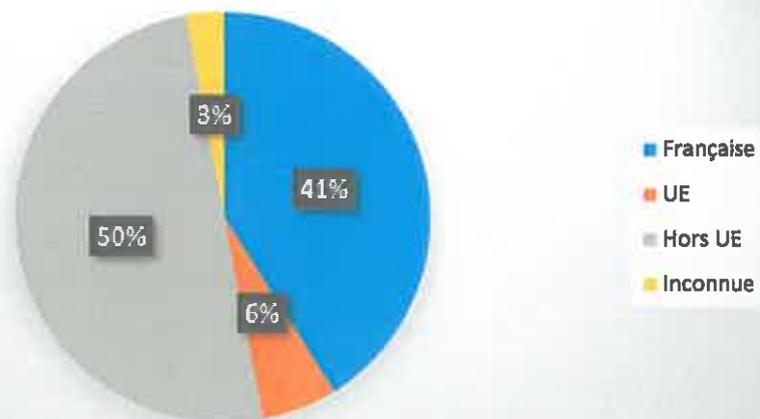
## Typologie des personnes entrées en hébergement d'urgence Drôme



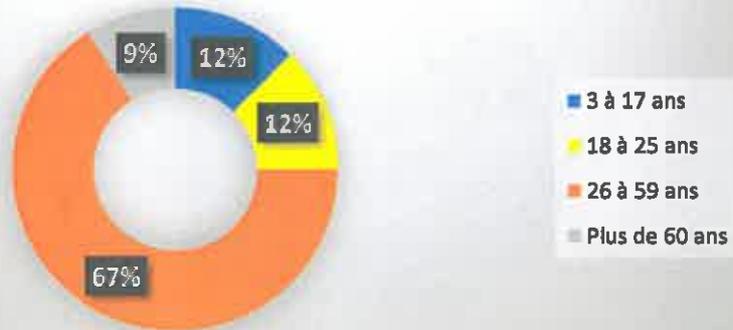
## Nationalités des entrants - Ardèche



## Nationalités des entrants - Drôme



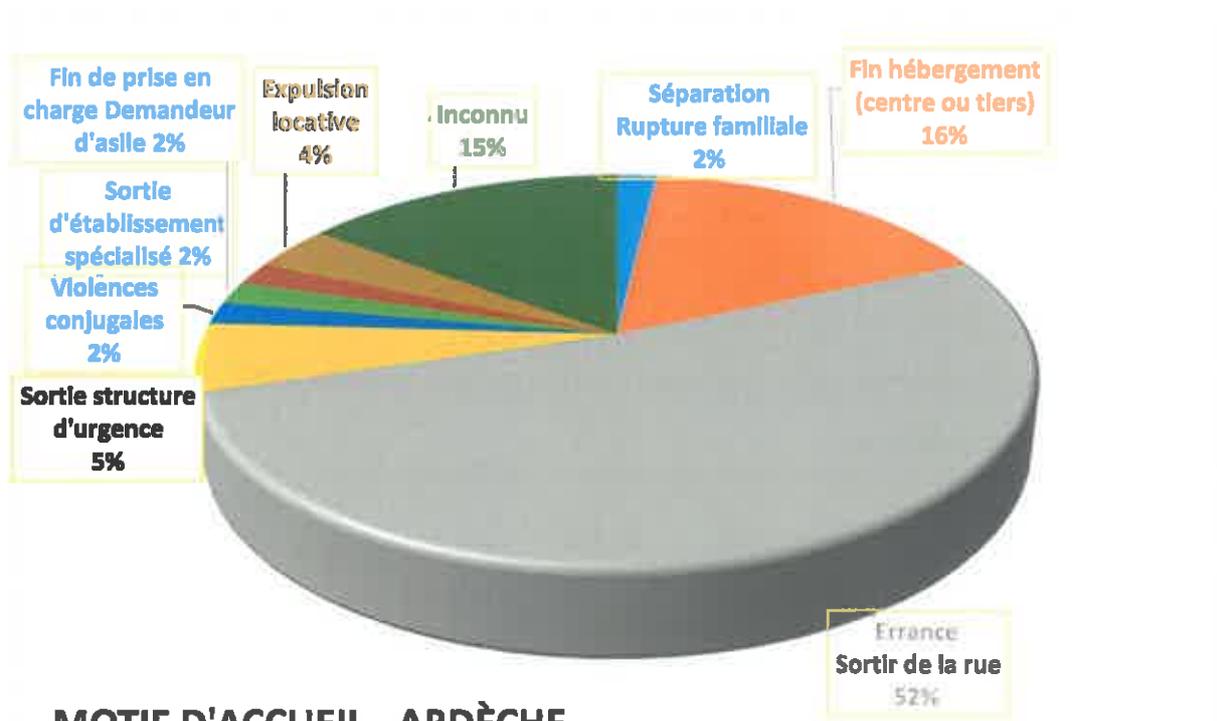
## Age des personnes entrées dans la structure - Ardèche



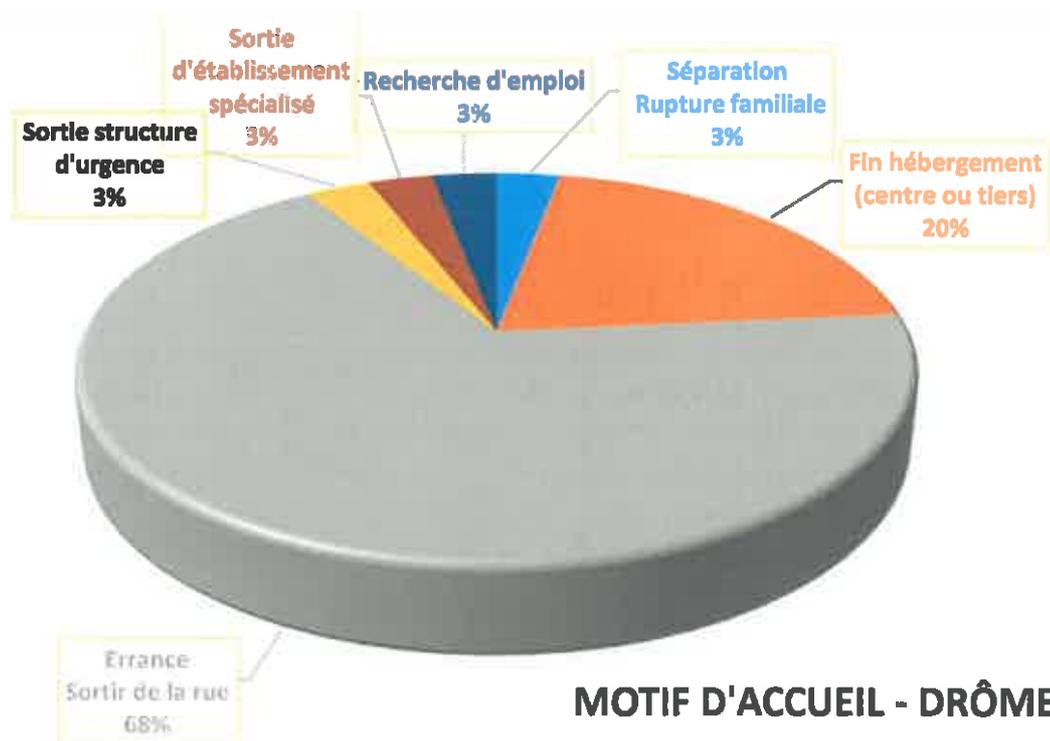
## Age des personnes entrées dans la structure - Drôme



Côté Drôme, les chiffres 2023 restent sensiblement identiques à ceux de 2022. Côté Ardèche, force est de constater un important rajeunissement du public, sans doute expliqué principalement par l'orientation de MNA (Mineurs Non Accompagnés) déboutés de leurs demandes de reconnaissance de minorité sur l'hébergement collectif et par l'accueil de 2 mineurs dans le cadre de l'hébergement de familles en diffus.



### MOTIF D'ACCUEIL - ARDÈCHE



### MOTIF D'ACCUEIL - DRÔME

L'importance de certaines données inconnues (notamment en Ardèche) s'explique principalement par des accueils très courts (errance, passage) qui ne permettent pas d'avoir le temps de recueillir l'ensemble des éléments de parcours.

### 3.1 - LES PERSONNES ACCUEILLIES EN HEBERGEMENT COLLECTIF

Les personnes accueillies sont majoritairement en situation de précarité ou d'exclusion. Certaines ont des problématiques complexes, par exemple : rupture familiale, isolement, difficultés administratives, addictions, handicap psychique ou encore victime de violences. Ces difficultés nécessitent d'être prises en compte par le biais d'un accompagnement pluridisciplinaire.

Au sein du CHRSU collectif, nous avons accueilli 82 personnes différentes en 2023 contre 77 en 2022, avec une répartition comme suit :

	Homme seul	Femme seule	Couple	
Ardèche	37	11	0	48
Drôme	30	4	0	34
TOTAL	67	15	0	82

La structure accueille une majorité d'hommes seuls mais veille, en fonction des besoins repérés par le 115 et des possibilités organisationnelles, à proposer la mise à disposition de trois ou quatre places à des femmes. Selon la nature des problématiques, la mixité n'est pas toujours simple à organiser. En effet, il convient de mesurer la pertinence de certains accueils au regard des problématiques (par exemple, l'accueil simultané de femmes victimes de violences conjugales et d'auteurs de violences est à proscrire).

Répartition par tranches d'âges :

	3 à 17 ans	18 à 25 ans	26 à 59 ans	Plus de 60 ans	Total
Ardèche	5	6	33	4	48
Drôme	0	5	26	3	34
TOTAL	5	11	59	7	82

**A noter** : l'accueil de 5 hébergés se déclarant mineurs non accompagnés (nous tenons compte de leurs dates de naissances déclarées) mais déboutés de leurs demandes de reconnaissance de minorité par le Département de l'Ardèche. Les démarches d'accompagnement administratif de ce public spécifique en CHRS consistent en la constitution de recours auprès du Juge des Enfants.

Outre cette observation vraiment significative, les données démographiques restent relativement stables entre 2022 et 2023.

Ce phénomène est cependant suffisamment important pour souligner une problématique territoriale constatée par d'autres partenaires. A titre indicatif, l'Association Espoir basée à Privas a formé une quarantaine de recours MNA depuis juin 2023.

### Nationalités des entrants :

	Française	UE	Hors UE	Inconnue	Total
Ardèche	22	0	17	9	48
Drôme	14	2	17	1	34
TOTAL	36	2	34	10	82

Le principe d'inconditionnalité de l'accueil en CHRS induit des variations importantes de typologies de publics en fonction d'éléments exogènes (impact des politiques publiques sur les parcours des personnes par exemple).

Ainsi, la moyenne d'accueil de ressortissants hors Union Européenne sur des deux départements est passée de 28% en 2021 à 33% en 2022 puis à 40% en 2023 (avec un pic à 50% pour la Drôme expliqué en grande partie par des orientations de sortants d'hébergement d'urgence étrangers).

De plus, on peut considérer que ces proportions d'origines hors UE pourraient être encore plus fortes si on avait connaissance des 9,5% (16% en Ardèche et 3% en Drôme) de nationalités inconnues.

Ces réalités impliquent des adaptations et changements de pratiques importants pour l'équipe éducative. En effet, les questions de droits des étrangers deviennent de ce fait des enjeux majeurs dans la formation du personnel accueillant.

### Motifs d'accueil en hébergement d'urgence collectif :

	Séparation Rupture familiale	Fin hébergement (centre ou tiers)	Errance Sortir de la rue	Sortie structure d'urgence	Violences conjugales	Fin de prise en charge Demandeur d'asile	Logement insalubre inhabitable
Ardèche	1	6	27	1	1	1	0
Drôme	1	7	23	1	0	0	0
TOTAL	2	13	50	2	1	1	0

	Sortie d'établissement spécialisé	Sortie plan grand froid	Expulsion locative	Recherche d'emploi	Inconnu	Total
Ardèche	1	0	2	0	8	48
Drôme	1	0	0	1	0	34
TOTAL	2	0	2	1	8	82

Pour 60% des personnes, le motif de l'accueil indiqué lors de l'arrivée sur la structure est l'errance. Il s'agit donc de personnes n'ayant aucune solution d'hébergement au moment de la demande. Ce chiffre était passé de 43 % en 2021 à 59 % en 2022. Il reste donc une constante assez élevée en 2023.

### 3.2 - LES PERSONNES ACCUEILLIES EN HEBERGEMENT DIFFUS (07)

#### Entrées :

Homme seul	Femme seule	Couple sans enfant	Couple avec enfants	Enfants	
2	1	1	2	2	8

#### Agés :

3 à 17 ans	18 à 25 ans	26 à 59 ans	Plus de 60 ans	Total
2	1	4	1	8

#### Nationalités des entrants :

Française	UE	Hors UE	Inconnue	Total
8	0	0	0	8

#### Motifs d'accueil :

Séparation Rupture familiale	Fin hébergement (centre ou tiers)	Errance Sortir de la rue	Sortie structure d'urgence	Violences conjugales	Fin de prise en charge Demandeur d'asile
0	3	1	2	0	0

Sortie d'établissement spécialisé	Sortie plan grand froid	Expulsion locative	Autre	Non renseigné	Total
0	0	0	0	2	8

### 4.1 – LES SORTIES D'HEBERGEMENT COLLECTIF

#### Typologie des personnes sorties en 2023 :

	Homme seul	Femme seule	Total
Ardèche	37	6	43
Drôme	26	6	32
TOTAL	63	12	75

**Âges des sortants :**

	3 à 17 ans	18 à 25 ans	26 à 59 ans	Plus de 60 ans	Total
Ardèche	4	5	28	6	43
Drôme	0	8	22	2	32
TOTAL	4	13	50	8	75

**A noter :** les 4 sortants de moins de 18 ans sont 4 MNA déboutés en 1<sup>ère</sup> instance par le Département de l'Ardèche et reconnus mineurs par le Juge des Enfants. Ils ont rejoint le Foyer de l'Enfance.

**Nationalités des sortants :**

	Française	UE	Hors UE	Inconnue	Total
Ardèche	21	1	17	4	43
Drôme	13	3	15	1	32
TOTAL	34	4	32	5	75

**Sorties vers :**

	Hébergement d'urgence	Hébergement de stabilisation	Hébergement d'insertion	Etablissement spécialisé	Retour vers la famille ou chez un tiers		
Ardèche	9	0	1	2	8		
Drôme	2	0	0	1	8		
TOTAL	11	0	1	3	16		
	Logement adapté	Logement autonome	Retour à la rue / errance	Autre	Inconnue	Total	
Ardèche	2	0	7	3	11	43	
Drôme	1	2	10	4	4	32	
TOTAL	3	2	17	7	15	75	

**Durées Moyennes de Séjour des sortants :**

	0 à 3 mois	De 4 à 6 mois	7 à 12 mois	13 à 18 mois	Plus de 18 mois	Total
Ardèche	31	9	2	1	0	43
Drôme	22	7	3	0	0	32
TOTAL	53	16	5	1	0	75

Le CHRSU collectif tend à respecter des Durées Moyennes de Séjour les plus courtes possibles de manière à orienter la personne le plus vite possible vers ses besoins, selon ses possibilités.

Cependant, quelques parcours complexes nécessitent une temporalité d'accompagnement plus longue. L'orientation trop rapide peut s'avérer périlleuse pour la personne la plus vulnérable. Certains étayages parfois un peu longs à mettre en place sont nécessaires pour sécuriser les parcours post-CHRS (voir vignette 6.1.1 page 15).

#### 4.2 – LES SORTIES D'HEBERGEMENT DIFFUS

##### Typologie des personnes sorties en 2023 :

Homme seul	Homme avec enfant	Femme seule	Femme avec enfant
0	1	1	0
Couple sans enfant	Couple avec enfant	Enfant	Total
2	0	2	6

##### Âges des sortants :

Moins de 3 ans	3 à 17 ans	18 à 25 ans	26 à 59 ans	Plus de 60 ans	Total
0	2	1	2	1	6

##### Nationalités des sortants :

Française	UE	Hors UE	Total
5		1	6

##### Durées moyennes de séjour des sortants :

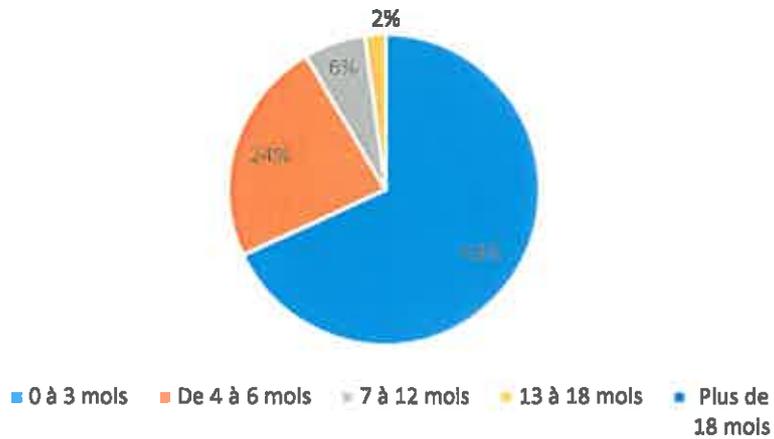
0 à 3 mois	De 4 à 6 mois	7 à 12 mois	13 à 18 mois	Plus de 18 mois	Non renseigné	Total
1	2	1	0	0	2	6

##### Sorties vers :

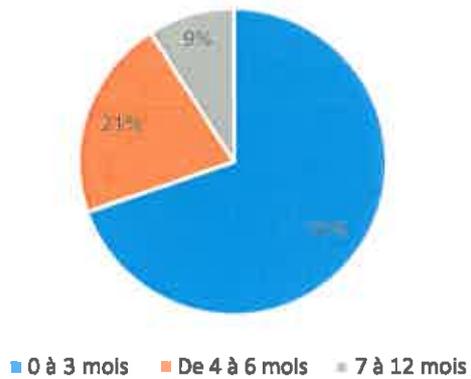
Non Indiqué
6

## 5 – LES STATISTIQUES GENERALES DE SORTIES (collectif 07-26 et diffus 07)

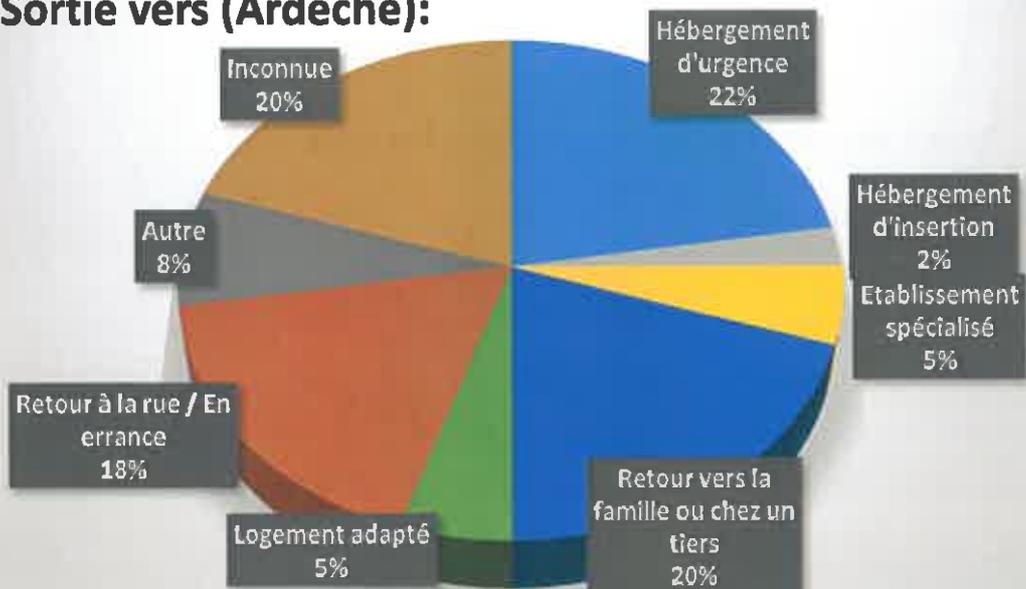
Durée moyenne de séjour - Ardèche (collectif et diffus)



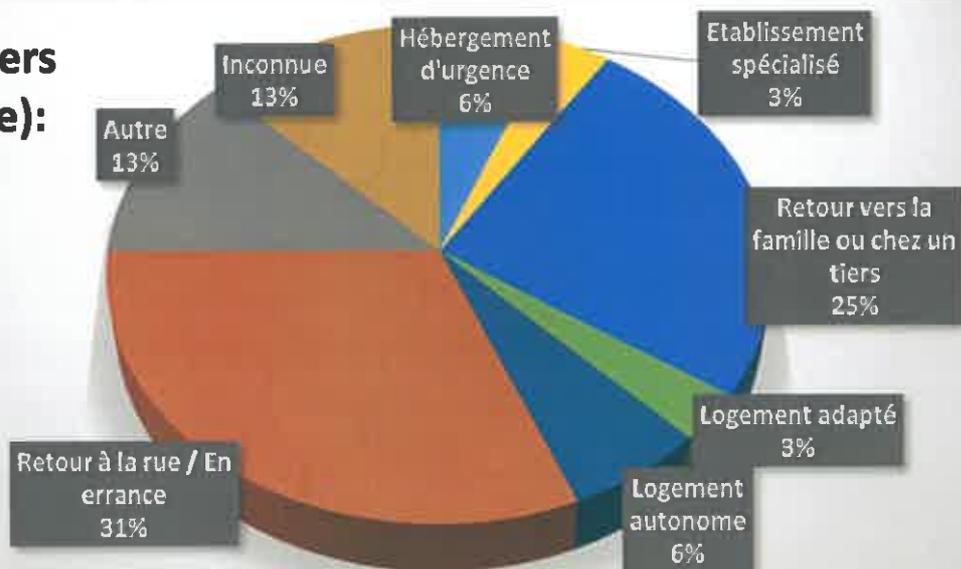
Durée moyenne de séjour - Drôme



### Sortie vers (Ardèche):



### Sortie vers (Drôme):



Près d'un quart des sortants de CHRS, soit 24,5% des sortants (18% pour l'Ardèche et 31% pour la Drôme) sont des retours à la rue ou en errance. Il est fort probable que les 16,5% de sortants vers l'inconnu fassent croître cette statistique. Cette augmentation significative s'explique par un nombre assez important de profils d'errance coutumière. Cela dit, outre ces deux items, il est à noter que 59% des sortants de CHRS sont orientés sur des solutions d'hébergement ou de logement. Parmi eux, seulement 6% sont orientés vers d'autres dispositifs d'urgence (contre 32% en 2022). Ceci s'explique par une très nette diminution des fins de prises en charges prononcées (exclusions et orientations sur d'autres structures d'hébergement d'urgence). Aussi, certains profils orientés en CHRS sont sans

solutions d'orientations dès lors que les droits sur le territoire ne sont pas acquis. L'augmentation massive d'orientations de personnes sans droits ni titres implique des sorties négatives, par manque de solutions.

On note un déséquilibre entre la Drôme et l'Ardèche au niveau des orientations en logement autonome. Outre le fait que les personnes accueillies en CHRSU sont souvent très éloignées du logement ordinaire, nous constatons qu'il y a pourtant du possible là où les outils d'étayage sont les plus opérationnels en sortie de séjour. En l'occurrence, en Drôme, nous pouvons nous appuyer sur les outils suivants pour sécuriser des parcours en sortie : Plateforme Logement d'Abord, service post-CHRS, EMSR... Côté Ardèche, les outils de liaison et d'accompagnement entre les dispositifs d'urgence et l'accès au logement ne sont malheureusement pas suffisamment développés.

## 6.1 – VIGNETTES D'ACCOMPAGNEMENTS 2023

### 6.1.1 - L'ACCOMPAGNEMENT DE MONSIEUR FARAH (nom d'emprunt)

#### L'accueil

Monsieur Farah âgé de 40 ans a été accueilli de septembre 2022 à février 2024 sur le CHRSU du Teil suite à une fin de prise en charge en CHRSI (insertion) où il était molesté par deux personnes. A son arrivée avec sa chienne, il s'est présenté comme une personne marginale et fragile qui a cumulé plus de 16 000 euros de dettes (loyers et amendes). Bénéficiaire de l'AAH, Monsieur Farah a une ALD et avait besoin de faire une demande de CSS. Il a également un traitement médical pour des addictions et disait continuer à consommer des dogues mais vouloir arrêter. Il a rapidement exprimé se sentir mieux au foyer qu'au CHRSI car le fait d'avoir la présence d'éducateurs en permanence le rassure. Monsieur Farah a un enfant placé en famille d'accueil qu'il souhaite récupérer quand il ira mieux. En attendant, il le voit un week-end sur deux et la moitié des vacances chez sa mère et souhaite accéder à un petit logement « une petite chambre » dans la même ville.

Sur le collectif Monsieur Farah était peu présent sur la structure au début, il partait tôt le matin et revenait tard le soir en évitant le contact avec les autres personnes hébergées. Il fallait le reprendre régulièrement pour l'exécution des tâches quotidiennes et ses rendez-vous. L'engagement dans la relation a été un défi au début car ce monsieur disait ne plus faire confiance aux travailleurs sociaux et était très méfiant.

### **L'accompagnement**

Tout au long de l'accompagnement, nous avons pu mettre en place divers outils afin de lui permettre de réapprendre à organiser son quotidien, à savoir se protéger mais aussi à prendre soin de lui et de son espace personnel. Niveau judiciaire, nous l'avons accompagné pour la réalisation d'un dossier de surendettement ainsi qu'à la mise en place d'une mesure de protection des majeurs (curatelle renforcée). Avec la richesse de nos partenaires, il a pu bénéficier d'un accompagnement addictologique et psychologique adapté à son rythme et ses besoins. Nous l'avons également soutenu à la parentalité en l'accompagnant dans son rôle de père tout en travaillant avec sa famille, en particulier sa mère. Un dossier SIAO et une demande de DALO ont été faits. Monsieur avait bénéficié d'orientations prioritaires sur deux pensions de familles, dont une qui n'est pas adaptée à la présence de son chien et l'autre se situe proche de la cité où il avait l'habitude de se fournir à une période et il craignait de replonger dans les consommations. Il a donc refusé ces orientations et au vu de son évolution positive au quotidien nous l'avons accompagné vers son premier projet, qui était de trouver un petit logement dans la ville où se trouve sa famille, tout en mettant en place divers étayages. En plus de créer un lien avec sa curatrice, nous avons fait une demande d'orientation EMSR (équipe médico-sociale renforcée) qui permettra de maintenir un accompagnement global dans son logement.

### **Sortie vers le logement**

En février 2024, monsieur Farah a pu intégrer un studio dans cette ville proche de sa famille, il a trouvé ce logement via une agence du parc privé. Il a payé son aménagement grâce à l'argent qu'il a réussi à mettre de côté avec sa curatrice et à arrêter ses consommations de substances psychotropes. Il a obtenu une orientation pour travailler en ESAT et continue à être accompagné par l'EMSR afin de prévenir toute rupture. Malgré un début dans son logement un peu difficile causé par la solitude, il dit aujourd'hui être bien dans ses baskets et accueillir de temps en temps son fils chez lui avec beaucoup de fierté.

Afin d'assurer une réinsertion sociale durable, l'accompagnement d'une personne peut prendre du temps au-delà de la période « d'urgence ». Ce qui permet de minimiser les risques de ruptures et un retour à la case « urgence ».

**Sophia A**

## **6.1.2 - L'ACCOMPAGNEMENT DE MARIA (nom d'emprunt)**

Accueillie sur la structure depuis le 21 juillet 2023, Maria est expulsée de son logement sur une commune d'Ardèche.

Dès le début de l'accompagnement Maria ne semble pas dans un rapport de confiance et ne se livre pas beaucoup dans son parcours.

Madame pleure beaucoup et semble dépassée de se retrouver dans un centre d'accueil pour personnes SDF. Cela peut paraître dégradant pour cette dame qui a toujours vécu en logement avec ses deux époux successifs tout en organisant le quotidien pour élever ses 4 enfants. Aussi je dois créer un lien de confiance tout en insistant sur le fait que personne ici n'est dans le jugement.

Nous accueillons diverses problématiques et notre devoir est la tolérance. J'insiste sur le fait que nous sommes là pour la soutenir et qu'elle va réussir à sortir de cette spirale négative.

Le destin de Maria aurait pu en être autrement si elle avait répondu aux opportunités de l'aide sociale qui était de la maintenir dans son logement.

Madame a été finalement orientée par le 115 sur le CHRS.

Maria a été admise et je l'ai encouragée à construire des objectifs qu'elle va mettre en œuvre : des démarches de santé et administrative pour s'extirper des pensées sombres qui la submergent depuis plus jeune.

L'humiliation de sa mère notamment qui « a saccagé son enfance, son adolescence »... Des souvenirs qui la hantent encore aujourd'hui à 58 ans.

Malgré cet ensemble de faits, Maria s'adapte à la vie collective. Sociable, serviable elle sait aussi être à l'écoute des autres. Maria a toujours un mot de réconfort pour ceux qui n'ont pas le moral. Elle voit régulièrement Pascale une infirmière spécialisée de L'EMPP qui vient le Jeudi, ce qui lui permet de discuter et de structurer ses souvenirs. L'EMPP (équipe médicale de précarité) vient tous les jeudi matin sur la structure pour s'entretenir avec les personnes accueillies. La parole leur permet de se libérer des poids de leur parcours de vie.

Ce partenaire lui permet d'avoir un rendez-vous avec un psychiatre qui va évaluer la situation car elle a conscience de sa difficulté à gérer son budget.

Cette évaluation va permettre à Maria une mise sous tutelle pour régler ses dettes. La curatrice gère aussi les papiers administratifs ce qui la décharge car elle a été dépassée, par exemple par ses problèmes avec son ancien employeur. Madame n'a ni démissionné ni été licenciée.

Madame n'ayant aucune ressource nous avons au mois d'août réalisé un dossier RSA ce qui l'a aussi soulagée.

Des soucis de sciatique et des problèmes de dos l'handicapent au quotidien, Madame souhaite que son dossier soit réactualisé.

Maria se sent émue par toutes les démarches administratives qui sont menées à travers son histoire. Etablir le dossier SIAO (service d'accueil et d'orientation) pourrait permettre l'attribution de logement en diffus avec un accompagnement par nos collaborateurs du CHRSI. Cet accompagnement devrait lui permettre de reprendre confiance dans un logement autour de l'organisation du quotidien et la fonction de « habiter sa demeure ».

En parallèle nous établissons des dossiers de logement social pour qu'un logement lui soit attribué là où elle souhaite.

Pendant son séjour Maria revoit ses enfants pour les fêtes de fin d'année et autres, ce qui la ravit.

Je lui explique les autres avantages de quitter Le Teil et de continuer sa vie ailleurs avec d'autres perspectives et une autre façon de se projeter.

Aujourd'hui Madame décide de quitter Le Teil et de se rapprocher du lieu du domicile de son fils à Aubenas.

Elle aspire à s'inscrire dans de nombreuses activités autant qu'elle participe aux activités au sein de la structure. Forte de propositions pour envisager des activités autres que celles du CHRS, je lui fais confiance pour s'intégrer dans les associations qu'offrent la ville.

Par ailleurs, Maria s'est investie très activement au sein du CLTS (Comité Local du Travail Social) de l'Ardèche.

Sophie C

### 6.1.3 - L'ACCOMPAGNEMENT DE Mr BM

#### Une Situation :

Nous accueillons Monsieur BM âgé de 79 ans arrivé par le biais du 115 Ardèche. Mr est d'origine étrangère. Il possède une carte de séjour valable jusqu'en 2025. la première fois que Mr est arrivé en France c'était en 1965.

Monsieur a travaillé 17 ans en France et faisait aller-retour entre l'Algérie et la France.

Mr est rentré en Algérie en 2005 et revenu en France le 23 novembre 2022, hébergé chez des amis à Chomerac puis à l'hôtel par le 115.

Sa femme et ses enfants sont en Algérie, isolé en France et il ne sait ni lire ni écrire.

Dans le cadre de la prise en charge, nous avons évoqué et accompagné monsieur au travers de diverses thématiques, inscrites dans son projet personnalisé : monsieur nous fait part de son besoin d'hébergement afin d'effectuer ses démarches administratives et surtout un appartement pour qu'il puisse amener sa femme.

#### Logement

La mission du CHRS U étant avant tout d'accompagner les personnes vers le logement, nous avons effectué sa domiciliation auprès de CCAS le Teil.

Avec Monsieur BM, nous avons constitué des dossiers de demande de logement auprès des offices publics et une demande logement ALT avait été faite auprès des SIAO Drome et Ardèche. Mr avait pu par ce biais-là visiter un logement et sa candidature a été retenue. Une mesure AVDL a été mise en place.

### **Impôt :**

Nous mettons à jour ses avis de non-imposition pour 2022 et 2023.

### **Santé :**

Nous avons refait une carte vitale et la CSS pour le permettre de s'occuper de sa santé (visite médicale ophtalmo et confection de lunettes de vue).

### **Ressources :**

Mr touchait 60 euros par mois de retraite car son dossier n'était pas à jour. Nous avons constitué son dossier retraite. Parallèlement, nous avons fait une demande de RSA dans l'hypothèse où il ne pourrait prétendre à des prestations.

Nous avons ouvert un compte bancaire à la banque postale.

Finalement Monsieur a obtenu l'ASPA (1000 euros par mois).

### **Partenariats :**

Durant la période d'accompagnement de Monsieur BM, nous avons travaillé en collaboration avec des partenaires (CMS, CCAS, France Service, EMPP, Zone 5, Centre socioculturel le Teil .....)

### **Conclusion :**

Mr est parti le 04.02.2024 du centre d'hébergement d'urgence après 9 mois d'hébergement, vers une solution de logement ALT à Privas et continue d'être accompagné pour ses démarches administratives et dans son projet au sein de l'association

Il habite à Privas avec une mesure AVDL qui a été mise en place avant son départ. L'accompagnement des personnes vieillissantes en CHRS implique une dimension temporelle importante, dans une prise en compte indispensable du rythme de vie de la personne.

**Nasser A**

## **6.2 – UNE ILLUSTRATION DE PARTICIPATION COLLECTIVE : LE CLTS**

**CLTS 07 : Comité Local du Travail Social de l'Ardèche.**



(par Sophia A)

Les CLTSDS (comités locaux du travail social et du développement social) ont été impulsés par le haut conseil du travail social (HCTS). Leurs enjeux sont de créer des espaces de ressources, d'échanges et de réflexions entre les différents acteurs en travail social et bénéficiaires de l'action sociale sur le

territoire national. Les objectifs sont de mieux comprendre l'évolution du travail social en lien avec les évolutions de la société, de développer de nouvelles pratiques et de donner une voix aux personnes concernées.

Le CHRS du Teil est pleinement impliqué dans ces rencontres et est membre actif au sein du CLTS (comité local du travail social) de l'Ardèche. Le CLTS de l'Ardèche est composé de personnes concernées, de travailleurs sociaux, d'élus, de travailleurs pairs, de bénévoles et d'étudiants qui travaillent à l'horizontalité afin d'établir différents programmes d'actions.

En 2023 nous avons participé à sept rencontres sur dix avec une totalité de huit personnes hébergées au CHRS. A noter que deux personnes sont devenues membres actifs indépendants même après leur hébergement au CHRS.

Sur l'année 2023, plusieurs ateliers de travail ont été mis en place afin de faire évoluer les pratiques avec toujours comme règle incontournable de mettre en avant la participation des personnes concernées. Notamment l'atelier « croisement des regards » qui consiste à croiser les points de vue des travailleurs sociaux d'un côté et des personnes concernées de l'autre sur un même mot ou sujet. Cet exercice permet de mieux connaître les attentes et besoins de chacun.

Suite à ces ateliers qui ont permis de prendre de la hauteur et du recul le CLTS de l'Ardèche s'est fixé plusieurs objectifs en fonction des problématiques locales soulevées. Le premier des objectifs de travail est de se consacrer à la réécriture des courriers administratifs souvent incompris par les personnes concernées, en s'accordant des temps de co-construction.

En plus des espaces d'échanges et de réflexions autour de la réécriture des courriers les membres du CLTS ont participé à diverses formations en 2023 qui ont permis d'élargir les connaissances et le potentiel de chacun. Notamment des formations autour du DPA (développement du pouvoir d'agir), participation à une journée écriture du livre blanc, rencontre avec les créateurs de l'exposition « les papiers casse-tête » de Grenoble et une formation en FALC (facile à lire et à comprendre).

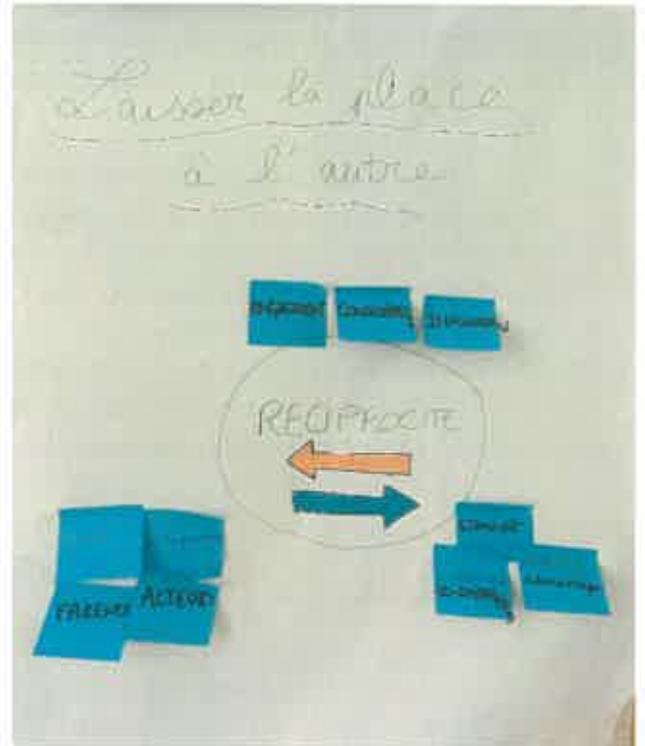
Le 18 octobre 2023, lors d'une agora nous avons présenté nos travaux aux chefs de services Insertions du département de l'Ardèche qui ont approuvés et donné leur aval pour les poursuivre. Toujours dans une démarche de participation, deux personnes hébergées sur le CHRS ont eu l'occasion ce jour-là de s'exprimer.

Le 28 mars 2024 le CLTS fête ses deux ans et le CHRS en tant que membre actif participe d'ores et déjà à l'organisation de cette journée. A travers divers stands et ateliers cette journée sera l'occasion de présenter le CLTS à un grand nombre de personnes ainsi que les travaux de 2023 et les projets pour cette année.

## Travaux d'un atelier croisement des regards autour du mot « participation » :



Groupe des personnes concernées



Groupe travailleurs sociaux

### 6.3 – LE GROUPE D'EXPRESSION « VIENS AVEC TON IDÉE » (VATI)

(Par Coralie G)

#### Rapport d'Activité de l'activité « Viens avec ton idée »

Nous avons créé le groupe « Viens avec ton idée » dans l'objectif de favoriser : « la participation des usagers à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui les concerne » en lien avec la loi de 2002. Les personnes hébergées au CHRS Urgence ont déjà toutes les semaines la possibilité de s'exprimer au Conseil d'expression. Seulement ils n'ont pas toujours le temps d'approfondir les thématiques de leur choix. Ainsi nous nous mettons d'accord sur un thème pour en débattre durant une heure en salle télé autour de gâteaux et café, dans la convivialité. Cet atelier est animé par deux éducatrices et nous rappelons toujours dès le début les règles de communication (s'écouter, ne pas s'interrompre, respecter les opinions de chacun).

Sur l'année 2023 nous avons réalisé neuf fois cette activité autour des thèmes suivants :

- La Santé/Le respect au foyer (6 personnes)
- Garder espoir et confiance en soi (3 personnes)
- L'intimité/ l'hygiène/ la cuisine (6 personnes)
- L'écologie au foyer (6 personnes)
- La gestion du temps et de l'attente (6 personnes)
- L'alimentation (5 personnes)
- Les consommations au sein du foyer (6 personnes)
- La gestion de l'espace extérieur (7 personnes)

### -La Chaleur/ propreté/ relations entre résidents/ sanctions (5 personnes)

A l'issue, un compte rendu est élaboré, certaines pistes d'amélioration sont proposées en réunion d'équipe. Par exemple, pour l'écologie : des poubelles de tri, matériel de nettoyage plus éco-responsable ont été achetés. Pour la canicule : des fontaines à eau ou bouteilles d'eau ont été mis en place.

Chaque thématique n'aboutit pas forcément sur des actions mais nous prenons le temps du débat, de la prise de recul et de l'analyse collective. Par exemple, sur les consommations, des incompréhensions sur certains comportements avaient été soulignés. Il est parfois nécessaire de travailler avec chacun les représentations présentes autour des addictions et d'échanger dans l'anonymat sur ses problématiques afin de gagner en tolérance sur la vie en collectivité. Ces activités nous donnent le sentiment de réduire l'écart entre professionnels et résidents par l'horizontalité et liberté d'expression dans les prises de parole. Chaque rencontre fait l'objet d'un compte-rendu écrit et affiché. Nous essayons de continuer cela 1 fois/mois.

## 7 - VIE INSTITUTIONNELLE ET PERSPECTIVES

- **Accueil de stagiaires :**

Le CHRS a l'habitude d'accueillir régulièrement des stagiaires travailleurs sociaux. Une alternante Monitrice Educatrice a obtenu son diplôme en 2023 et a été embauchée au sein du CHRSU collectif avec une référence complémentaire sur un dispositif d'accueil d'urgence Femmes Victimes de Violences (FVV). Ces aspects formatifs sont importants à double titre :

- Ils permettent à des étudiants d'accéder à des terrains de stage, dans un contexte que nous savons compliqué. Le Diaconat Protestant joue à ce titre pleinement son rôle de site qualifiant.
- Ils apportent au service des compétences supplémentaires et un regard nouveau sur les pratiques. Ainsi, les stagiaires portent souvent des regards critiques et constructifs sur la vie institutionnelle et sur les accompagnements. Ces regards permettent à l'équipe de se réinterroger en permanence sur les pratiques et de questionner les évidences.

- **Des temps de réunions :**

- Une réunion de service est organisée de manière hebdomadaire (le lundi de 13h30 à 16h30). Cette instance vise à organiser la vie institutionnelle (infos pratiques, organisation d'actions ou de projets, régulation technique...) mais aussi à offrir un espace de travail clinique sur les situations et les projets personnalisés des personnes hébergées.
- Une séance d'Analyse des Pratiques Professionnelles est organisée une fois par mois. Destinée aux travailleurs sociaux et animée par une psychologue clinicienne, elle vise à analyser l'action éducative en tenant compte des spécificités du public accueilli et à offrir un espace réflexif à l'équipe.

- **Une équipe médicale :**

- Un médecin est présent au sein de l'établissement le mardi matin. Une infirmière intervient à temps partiel du lundi au vendredi (sauf le mercredi). Leurs missions sont orientées sur les personnes accueillies dans le cadre du dispositifs LHSS (2 Lits Halte Soins Santé). Il peut leur arriver d'accompagner des patients 115, à condition de temps suffisant.
- Les hébergés 115 ont accès à l'infirmerie du CHRS pour leurs prises de traitements (l'équipe éducative et les veilleurs sont habilités à leur donner accès dans le cadre d'un protocole établi). Pour les soins et confection de piluliers, des infirmières libérales interviennent. Les hébergés 115 ont aussi accès aux permanences de l'accueil santé sur

Montélimar (une navette hebdomadaire est organisée). Ils peuvent y trouver les services de l'infirmière, un médecin généraliste, un kinésithérapeute, un psychothérapeute et une sage-femme.

Un focus santé annexé à ce rapport d'activité illustre les difficultés et besoins relatifs à l'accompagnement santé pour les hébergés du 115 (chapitre 8 page 24).

- **Des instances participatives :**

Dans le cadre de la Loi 2002.2, le CHRS vise à promouvoir la parole des personnes accompagnées et à développer le pouvoir d'agir de chacun, dans un équilibre parfois sensible entre l'exercice des droits et libertés fondamentales et les contraintes liées à la vie en collectivité. Ainsi, deux instances internes existent :

- Un conseil d'expression hebdomadaire (le mercredi matin),
- Un groupe d'initiatives et de projets intitulé « viens avec ton idée ».

Au-delà de ces outils, le CHRS vise en permanence la participation et l'implication de chaque hébergé, tant dans le quotidien que dans le cadre du projet individuel.

En 2023, le CHRS a poursuivi son engagement au sein du CLTS (Comité Local du Travail Social), organisé par le Département de l'Ardèche et visant à développer le pouvoir d'agir des personnes en situation de précarité. Des premières réunions ont eu lieu entre professionnels et bénéficiaire de l'action sociale, dans une approche transversale et engagée. Huit personnes hébergées ont participé à ces premières rencontres en 2023. Certains, malgré leurs sorties du CHRS, ont poursuivi leur engagement au CLTS.

- **Des partenaires :**

- Une convention est établie avec l'EMPP (Equipe Mobile Précarité Psychiatrie) pour un partenariat de proximité. L'équipe mobile intervient une fois par mois sur une réunion de service et de manière hebdomadaire (le jeudi) sur la structure pour les hébergés.
- Une intervenante du CSAPA assure une présence mensuelle pour offrir un temps collectif ainsi que des entretiens individuels aux personnes concernées par des problématiques d'addiction.
- La Banque Alimentaire assure la livraison de denrées pour la structure, en complément des repas livrés par un prestataire (Plein Sud).
- Le Secours Populaire s'avère être un partenaire régulier et important qui permet à certains hébergés de subvenir à leurs besoins de manière complémentaire à l'action du CHRS. Une convention a été établie de manière à permettre certains financements d'engagements associatifs ou citoyens à des hébergés sans revenus.
- Des partenariats culturels locaux prennent formes avec : le Centre Social du Teil, le LOL (maison des jeux), l'association Zone 5, des partenaires du sport (CDOS, salle de muscu...), le TILT (tiers-lieu), médiathèque, cinéma... Les professionnels du CHRS sont associés aux (Cafés des projets » mensuels qui permettent aux acteurs locaux de se rencontrer une fois par mois).
- Des partenaires liées à l'emploi : Pôle Emploi, Mission Locale, associations ou entreprises d'insertion (Rebond, le Terreau...).
- Des partenaires liés à l'accès aux droits : PASS santé, Sécurité sociale, maison France services, asile.com...
- Des partenaires institutionnels importants : CMS, CCAS, CAF, MSA, services de mandataires judiciaires, bailleurs sociaux, communauté de communes ARC, Mairie du Teil...
- Les partenaires « logement » : SIAO, FULH, AVDL, IML, ASLL, Plateforme Logement d'Abord, Post-CHRS...

- Des partenaires de terrain : service de médiation, correspondants de nuit, police municipale, pompiers, gendarmerie nationale, comité de quartier, infirmières libérales...

Le CHRS s'inscrit dans une politique de développement social local où les dynamiques partenariales prennent une importance capitale pour le bon fonctionnement de la structure et son intégration dans le territoire.

- **Des accompagnements personnalisés et collectifs :**

- Sur un plan individuel, l'équipe accueille dans un premier temps de l'urgence (15 jours) puis prend le temps de formaliser des accompagnements individualisés pour lesquels des éducateurs référents sont nommés. Ces accompagnements prennent forme à travers des projets personnalisés qui fixent les objectifs pour chaque personne et qui font l'objet d'évaluations régulières.
- Sur un plan collectif, la vie de la structure s'organise autour du quotidien et du vivre-ensemble (organisation des tâches, vie quotidienne, repas, groupes participatifs...) mais aussi dans le cadre d'actions proposées (sorties, ateliers...).

Le CHRS organise la vie collective dans le cadre d'un projet d'établissement et d'un règlement.

Le CHRSU étant une structure d'hébergement temporaire, les orientations en vue de la sortie de la structure sont travaillées dès les prémices de l'accompagnement. Ainsi, l'identification des freins à l'orientation en logement permet une mise en action afin de les lever. Les démarches administratives permettant une orientation sont identifiées et travaillées avec la personne, afin de réaliser un dossier SIAO ou des demandes de logement. Tout cet accompagnement prend forme dans le cadre d'un projet personnalisé qui est réévalué régulièrement.

- **L'EVALUATION EXTERNE** de la structure a eu lieu en 2023 (conduite par le cabinet SOCRATE). Elle fait apparaître un bilan globalement très satisfaisant, notamment dans les aspects du respect des droits des personnes accompagnées ainsi que leur participation. Elle dessine des axes de progression, en l'occurrence autour des procédures d'accompagnement à la santé mais aussi en termes de recueil des plaintes et des réclamations des usagers ou de prévention et de gestion des risques. A travers des ateliers de Pôle transversaux, des réflexions d'équipes seront conduites en 2024 sur les aspects suivants :
  - Ethique et bienveillance
  - Participation, expression et représentation des personnes accompagnées
  - Gestion des crises et traitement des plaintes-réclamations
  - Fluidité et continuité des parcours (avant, pendant et à la sortie de l'hébergement)

Ces dynamiques réflexives prendront corps dans une articulation avec un travail sur les fiches-action du CPOM 26 (Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens) et permettront d'élaborer les nouveaux projets d'établissements.

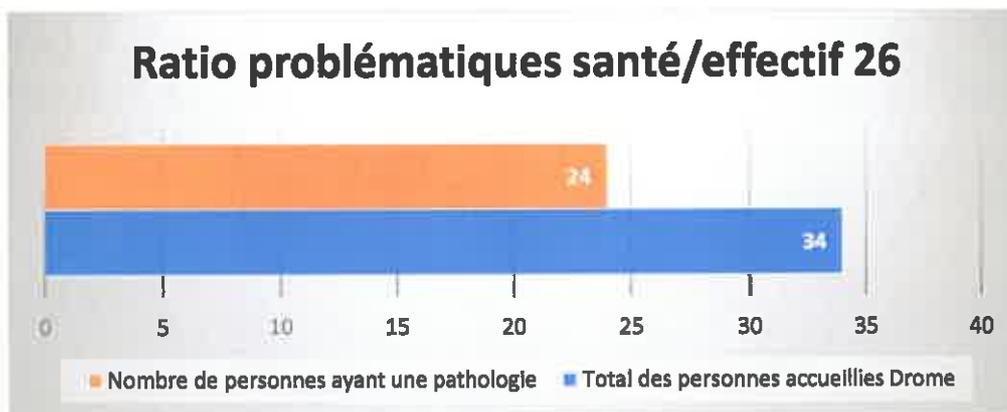
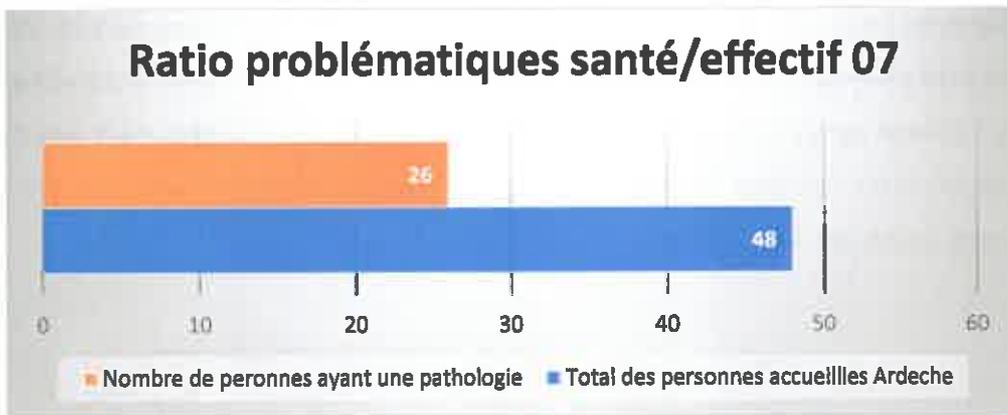
- Une fiche action du CPOM présente d'ailleurs un « projet d'humanisation » du CHRS dont l'objectif principal est d'améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement par une extension de bâtiment permettant la création de chambres individuelles (financement mobilisable de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat), en partenariat avec les services de la communauté de communes ARC.



## 8 – FOCUS SANTE CHRSU collectif

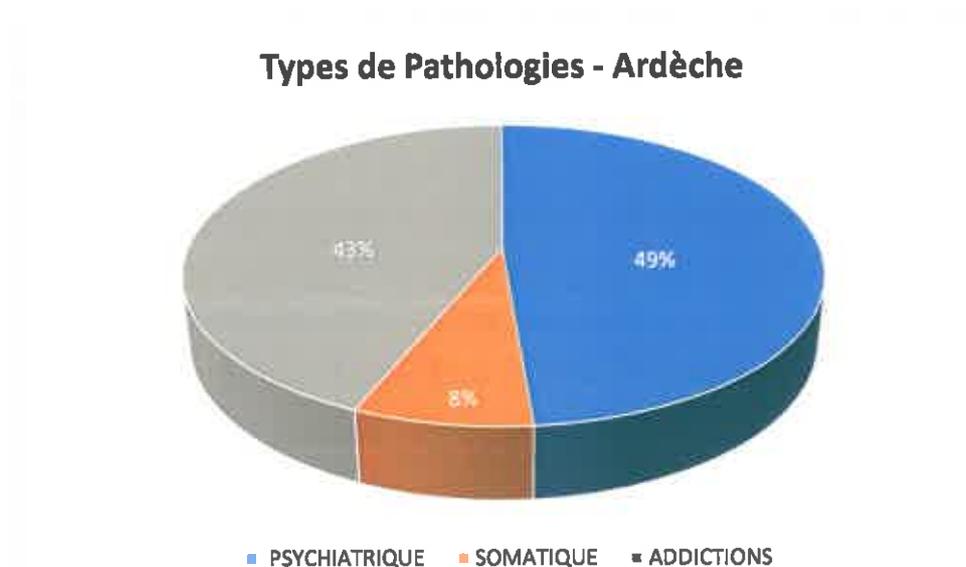
Nous constatons de manière claire une augmentation constante des problématiques santé des personnes accueillies en CHRS, sur tous les plans. Le personnel soignant du Teil, normalement mobilisé pour les dispositifs LHSS et ACT est régulièrement appelé à un dépassement de fonctions pour assurer soins et/ou coordination (en lien avec les infirmières libérales) au bénéfice des hébergés du 115. Les permanences de l'accueil santé de Montélimar ne suffisent pas à couvrir les besoins et la pénurie de médecins libéraux n'arrange pas le tableau.

Voici quelques données 2023 qui illustrent les besoins en termes de santé pour les hébergés 115 Ardèche et Drôme :

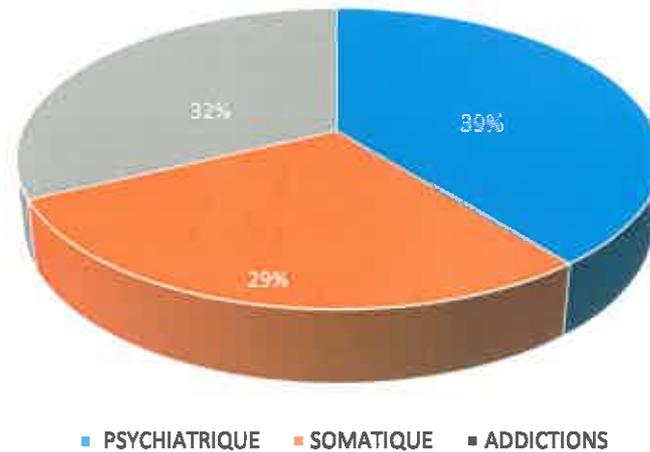


Sur les 82 personnes accueillies au titre de l'urgence en CHRS collectif en 2023, c'est donc 50 personnes qui ont été repérées en besoin d'accompagnement à la santé.

La typologie des besoins se répartie comme suit :



## Types de pathologies - Drôme



**Malgré des partenariats de qualité (EMPP, infirmières libérales de secteur, Accueil Santé, Association Addictions France, psychologue de Sainte-Marie, psychologue du CCAS, médiatrice santé, Pass Santé, service addicto, équipe de liaison, DAC 07-26, EMSR...), de nombreux hébergés connaissent des difficultés persistantes d'accès aux soins. La dégradation de l'état de santé est un facteur aggravant des freins à l'insertion ou à l'accès à l'autonomie.**

**Une réflexion avec nos partenaires sur les moyens d'accompagnement à la santé nous semble aujourd'hui prioritaire.**

Pour l'équipe du CHRSU,  
**FARALDI Vincent (Chef de Service)**

**Mars 2024**

# CHRS Entraide Montélimar



**Rapport d'activité du  
01/01/2023 au 31/12/2023**

## **I. Le mot du directeur**

Attentifs à la singularité de chaque parcours, nous proposons des réponses individualisées où chaque personne est actrice de son projet.

Les personnes sont placées en situation de faire des choix éclairés.

Le respect de la dignité de chacun doit nous amener à faire, avec ce que peut dire la personne de ses difficultés et l'amener à trouver les réponses adaptées.

Nous pensons notre intervention en coordination avec tous les partenaires et personnes ressources. Dans une dynamique de changement, en lien avec le plan logement d'abord nous réfléchissons aux solutions les plus adaptées pour faire évoluer nos dispositifs, nos pratiques et cela dans l'intérêt des personnes que nous accompagnons.

Nous promovons les compétences des personnes et recherchons une participation active des personnes accompagnées.

## **II. les missions**

La mission principale du CHRS est d'héberger des personnes en situation de précarité sans solution de logement, rencontrant des difficultés d'autonomie et d'insertion, offrir un accompagnement social, global, en lien avec le logement pour favoriser le retour vers l'autonomie et le droit commun.

Des entretiens individuels hebdomadaires sont prévus sous forme de rendez-vous, à domicile au bureau ou à la Ferme des Léonards. L'accompagnement s'appuie sur les besoins et problématiques de la personne identifiée à travers le projet personnalisé rédigé et signé pour six mois. Ce document permet d'évaluer les avancées des démarches et du bien-être de la personne, et de réajuster les orientations de l'accompagnement. Si l'objectif principal est de favoriser l'accès au logement autonome, nous accompagnons également les personnes sur d'autres volets : accès aux droits, aux soins, insertion socioprofessionnelle, soutien à la parentalité ...

Pour ce faire le travail en partenariat et en réseau est indispensable. Nos principaux partenaires sont : les bailleurs, le pôle logement du conseil départemental, les CMS, le SIAO, les hôpitaux, les services de soin, les services d'aide à domicile, les services de mandataire judiciaire à la protection des majeurs et autres partenaires sociaux du territoire de

Montélimar. Ce travail permet à la personne de se familiariser avec les acteurs du territoire tout en coordonnant de façon complémentaire son parcours.

L'entrée dans un logement autonome signifie la fin de l'accompagnement en CHRS. Les travailleurs sociaux facilitent cette période de transition en soutenant les personnes dans leur démarche d'emménagement. Les dispositifs « Post CHRS » et d'accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL via le SIAO) peuvent ensuite être proposé à la personne, si elle en exprime le besoin.

### III. Fiche d'identité de l'établissement

<b>N° FINESS</b>	<b>260007653 - 260019617</b>
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>CHRSI et CHRSU Montélimar</b>
<b>Association gestionnaire</b>	<b>DIACONAT PROTESTANT 26-07</b>

#### Les partenariats

Partenaires	Objectifs du partenariat	Modalités de coopération
<b>Centre Hospitalier Montélimar</b>	Accès facilité aux soins -d'urgence ou non- (plateau technique)	Relations de qualité qui facilitent le travail, notamment avec le service addictologie ; Convention signée en 2022 permettant d'instaurer des permanences mensuelles de la PASS à l'accueil santé de notre service.
<b>CHS St Marie</b>	Accès aux soins psychiques (CMP, hospitalisation)	Intervention des infirmiers de l'EMPP Permanences hebdomadaires
<b>Les professionnels de santé libéraux</b>	Accès et suivi des soins de droit commun	Accompagnements et rencontres
<b>Cabinet d'infirmier</b>	Intervention pour des soins en soirée et weekend notamment	Rencontre et échange sur situation
<b>TEMPO</b>	Santé (addiction)	Intervention éducateur

<b>Addictions France 26</b>	Accompagnement partagée autour des addictions. Actions de prévention alcool.	Rencontres, réunions, actions collectives.
<b>Permanence accueil santé de l'Entraide Montélimar</b>	Faciliter l'accès aux soins et mise en œuvre d'un parcours de soin avec l'objectif d'une prise en charge dans le droit commun.	Médecin, psychothérapeute, sagefemme, pédiatre bénévoles – infirmière – et les intervenants bénévoles présents
<b>BAILLEURS SOCIAUX</b>	Faciliter l'accès au logement autonome	Présence régulière d'un éducateur référent aux commissions Internes de Montélimar Agglomération Habitat. Contacts réguliers avec les autres bailleurs sociaux du territoire.
<b>ADLS</b>	Faciliter l'accès au logement autonome	Points de situation réguliers : état des lieux de la mise à disposition des logements ; présentation des situations socioéducatives.
<b>Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)</b>	Renforcer notre interconnaissance et partenariat au niveau du champ médical et médicosocial.	Notre service est devenu adhérent de la CPTS en 2021. Nous participons aux réunions pluridisciplinaires et réceptionnons la newsletter qui nous permet d'assurer une veille territoriale sur la thématique médicale.
<b>SIAO</b>	Etude des situations socioéducatives dans le cadre des orientations en CHRSI et CHRSU	Participation aux commissions complexes Partage du secret professionnel Suivi d'activité
<b>PLATEFORME DEPARTEMENTALE RENFORT CHRS</b>	Soutien des accompagnements en CHRS par le biais d'une équipe pluridisciplinaire : Infirmier, psychologue, CIP, agent locatif	Réunion partenariale Co-références éducatives

### Descriptif

L'entraide Montélimar est une structure composée de deux unités d'hébergement, urgence et insertion dont 9 places d'urgence se trouvent dans un collectif sur la commune du Teil (ville voisine).

<u>Décembre</u> <u>2023</u>	<u>Hébergement</u> <u>d'insertion en</u> <u>diffus</u>	<u>Hébergement</u> <u>d'urgence en</u> <u>diffus</u>	<u>Hébergement</u> <u>d'urgence en</u> <u>regroupé</u>	<u>Total</u>
<u>Places</u> <u>autorisés</u>	<u>28</u>	<u>17</u>	<u>9</u>	<u>54</u>
<u>Places</u> <u>installées</u>	<u>28</u>	<u>17</u>	<u>9</u>	<u>54</u>
<u>Places</u> <u>financées</u>	<u>28</u>	<u>17</u>	<u>9</u>	<u>54</u>

Pour accompagner les personnes dans les dispositifs d'hébergement diffus, soit 45 places, l'équipe est composée de 5 travailleurs sociaux, d'un agent administratif, d'un agent de maintenance, d'un directeur et d'un chef de service.

Les Travailleurs sociaux sont aussi sur les dispositifs d'Accompagnement vers et dans le logement (AVDL) et d'Accompagnement hors les murs (AHM).

Il y a 1 place d'AHM qui constitue 4 accompagnements.

Les 57 places CHRSI et CHRSU en diffus sont réparties sur 29 logements en diffus

	<b>Studio, T1, T1 Bis</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>T5</b>
<b>Logements</b>	<u>14</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>3</u>	<u>1</u>
<b>Places</b>	<u>14</u>	<u>10</u>	<u>14</u>	<u>14</u>	<u>7</u>

Les logements sont situés sur la commune de MONTELIMAR.

#### **IV. LE PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT EN CHRSI**

##### Synthèse des objectifs en CHRSI :

- Amener à une autonomie personnelle et sociale.
- Offrir un hébergement ponctuel et adapté.

- Etablir les liens avec l'environnement local et les autres acteurs de terrain pour des suivis spécifiques.
- Protéger et orienter les personnes accueillies.
- Accompagner la mise en place d'un projet individuel visant à une insertion sociale.

#### En pratique, étape par étape :

Les personnes sont orientées par le SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation). Elles sont accueillies dans des logements individuels meublés et entretenus par l'association. Elles s'acquittent d'une caution (300 euros échelonné) et d'une participation financière (loyer mensuel : 15% des ressources ou le résiduel du tiers payant CAF). Elles signent un contrat de séjour et un contrat de sous location de 6 mois renouvelable. Elles bénéficient d'une rencontre hebdomadaire avec un travailleur social référent afin d'élaborer leur projet individuel et de le faire évoluer progressivement au regard de la situation.

#### Le public :

Les personnes accueillies sont majeures (homme, femme, couple, avec ou sans enfant), sans logement.

Elles connaissent d'importantes difficultés diverses : sociales, économiques, familiales, de santé, d'accès aux droits ou encore victimes de violence. Elles ont besoin d'un accompagnement social global, régulier et fréquent.

## **V. L'activité générale sur l'année 2023 concernant les hébergements diffus**

### **CHRSI (18 logements) – 29 places Drôme**

10084 nuitées réalisées en 2023 pour un taux d'occupation de 98,67 %

20 entrées et 20 sorties

### **CHRSU (11 logements) – 28 places dont 10 pour l'Ardèche et 18 pour la Drôme**

5186 nuitées réalisées en 2023 pour un taux d'occupation de 83,53 %

10 entrées et 10 sorties

---

Il subsiste un problème d'adéquation entre les compositions des ménages et la typologie des logements. Ainsi, des personnes seules sont souvent orientées sur des logements susceptibles d'en accueillir au moins deux. Ce qui fait mécaniquement baisser le taux d'occupation.

Par ailleurs, nous avons parfois des logements rendus dans un état de dégradation avancé, qui nécessite un certain nombre de travaux, du nettoyage, et parfois même la présence de nuisibles qu'il faut impérativement traiter et désinfecter. Certaines tâches peuvent être effectuées par le technicien de maintenance mais il faut quelquefois faire appel à des artisans, dont les délais d'intervention sont souvent assez longs. Par conséquent, nous sommes contraints de « bloquer » l'accès à l'hébergement le temps de la remise en état.

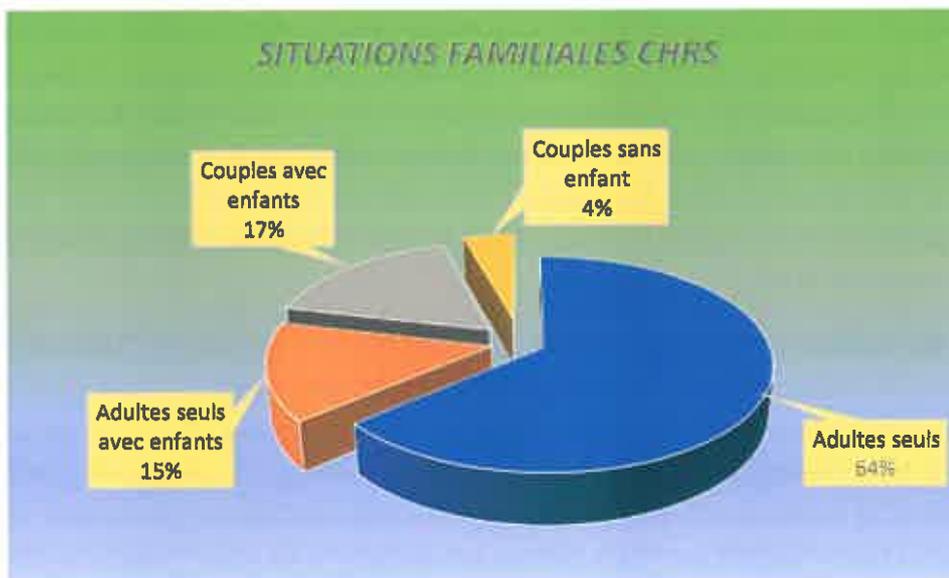
Il est également important de noter qu'entre les orientations du SIAO et l'entrée effective du ménage sur le logement, peuvent s'écouler plusieurs jours pour diverses raisons que nous ne maîtrisons pas. Cela est souvent lié aux difficultés de prises de contact avec l'utilisateur indisponible et/ou avec un rythme de vie décalé, parfois sans téléphone, n'habitant pas sur le secteur et n'étant pas forcément mobile. Certaines situations nous obligent parfois à réaliser les entretiens de préadmission à distance.

En outre, lorsqu'un départ est annoncé au SIAO, le temps d'orientation se mesure parfois en semaines. Il convient de prendre en compte le temps de la prise de contact avec le demandeur, les éventuels désistements, les changements de coordonnées ou les personnes dont la situation a changé ou évolué.

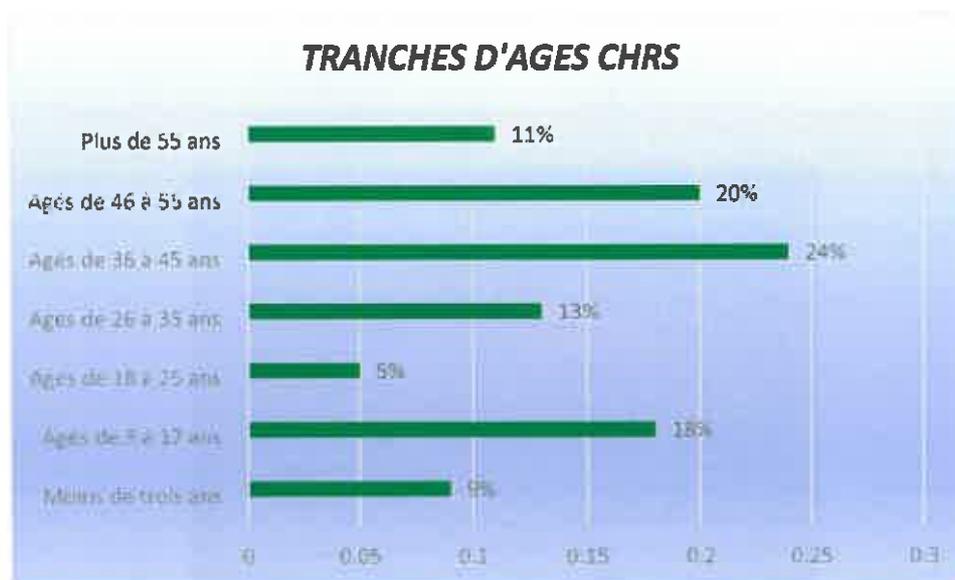
D'une manière plus générale, nous comptabilisons sur le CHRSU et le CHRSI une surreprésentation des hommes pour une proportion de 27% de femmes et 73% d'hommes.



En termes de composition familiale, on note que 32% des hébergées sont des adultes seuls ou en couple avec enfants. Ce qui nous permet de mettre en évidence que le soutien à la parentalité est l'un des axes importants de l'accompagnement global dont bénéficie les publics. Cela renvoie à un travail en partenariat avec les CMS et les services de l'ASE existant, et essentiel dans le cadre de la logique de « parcours socio-éducatif » dont nous sommes garant en CHRS. Malgré tout, la majorité des personnes accompagnées en 2023 sont des adultes seuls.

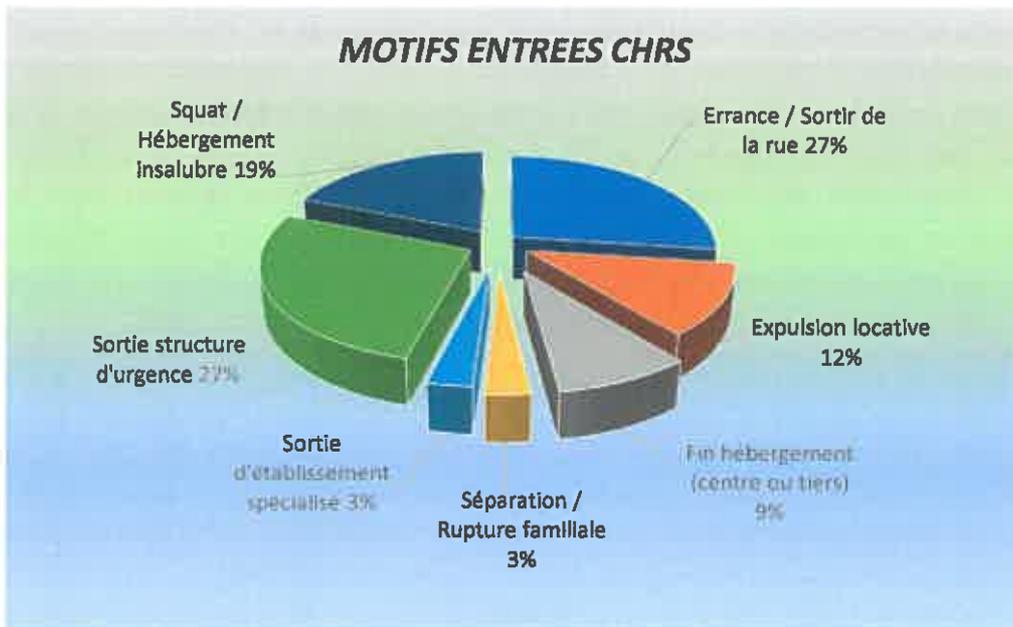


La différenciation par catégorie d'âge permet également de constater que plus d'un tiers des personnes hébergées sont des mineurs ou de jeunes adultes, c'est-à-dire des enfants de parents hébergés en CHRS. Ces enfants sont accueillis soit de manière permanente dans le logement, soit de manière temporaire lorsqu'il y a système de garde partagée entre les parents et/ou services de l'ASE.

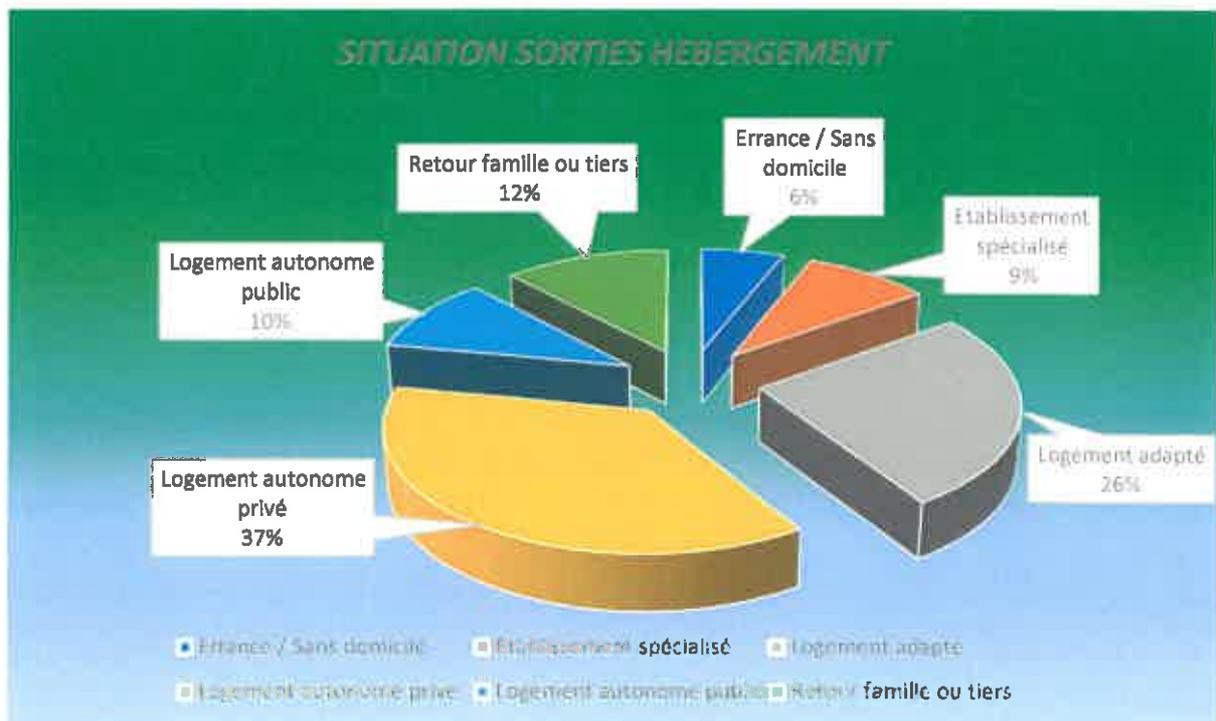


Cette dynamique familiale est systématiquement prise en compte dans le cadre de la recherche de logement autonome et tend donc à renforcer la recherche de logements aux superficies plus importantes que celles d'un T1.

C'est la catégorie d'âge de 36 à 45 ans qui est la seconde la plus représentée après celle des moins de 18 ans. En effet, 24% des personnes accompagnées ont entre 36 à 45 ans. De ce constat, nous pouvons supposer que ces publics hébergés ont un vécu socio-professionnel et économique qu'il est indispensable de prendre en compte, pour analyser et lever les différents freins qui peuvent limiter leurs capacités d'insertion.



Les personnes qui nous sont orientées pour être accueillies dans un logement diffus, sont avant leurs admissions en CHRS, 27% d'entre elles à « sortir de la rue » et 27 autres % à sortir d'un hébergement d'urgence. La sortie de « squats » ou d'hébergements insalubres et les expulsions locatives arrivent en seconde position des motifs d'admission. La sortie d'établissements spécialisés et les situations de rupture familiales sont quant à eux les motifs les plus rares d'entrée en CHRS.



Concernant les orientations post-CHRS, nous remarquons qu'en 2023, presque une moitié (47%), des personnes sortantes du dispositif ont accédé à un logement autonome public ou privé. Nous constatons par ailleurs une hausse des sorties d'hébergement sur du logement privé, au détriment du logement public. Cela peut s'expliquer par un renforcement des critères d'attribution des logements proposés par les bailleurs sociaux. Nous travaillons également en partenariat étroit avec la nouvelle pension de famille de Montéllmar, sur laquelle plusieurs personnes accompagnées en CHRS ont été orientées. Tel est le cas des sorties en logements adaptés (26%), ou en établissements spécialisés (9%).

*2022 - Nous notons que la catégorie intitulée « autre » représente une part non négligeable des sorties CHRS. Cette catégorie inclue en 2022, les 8 exclusions décidées par notre service du fait d'un non-respect répété du cadre éducatif, réglementaire et/ou financier. A titre indicatif la grande majorité de ces exclusions concernait des personnes hébergées sur le site de la ferme des léonards et dont leurs profils se caractérisaient soient par une approche multirécidivistes du milieu carcéral et/ou des personnes aux problématiques addictives importantes. Nous pouvons supposer que la cohabitation de ces profils sur un site aux particularités singulières tel que c'est le cas à la Ferme des Léonards (c'est-à-dire un semi-collectif de 9 studios dont le système et taux d'encadrement éducatif ne correspondent pas à celui d'un internat), doit faire l'objet d'un effort de mixité important dès le processus d'orientation.*

---

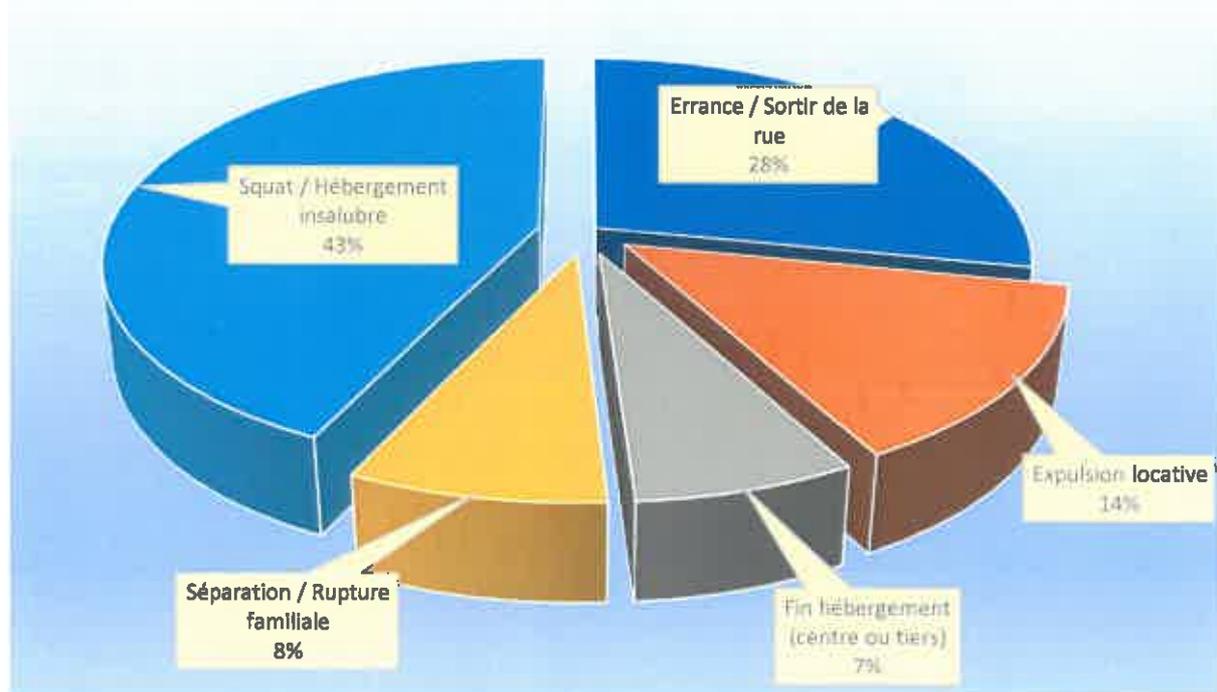
## **AHM** (4 places)

1388 nuitées réalisées en 2023 pour un taux d'occupation de 95,07 %

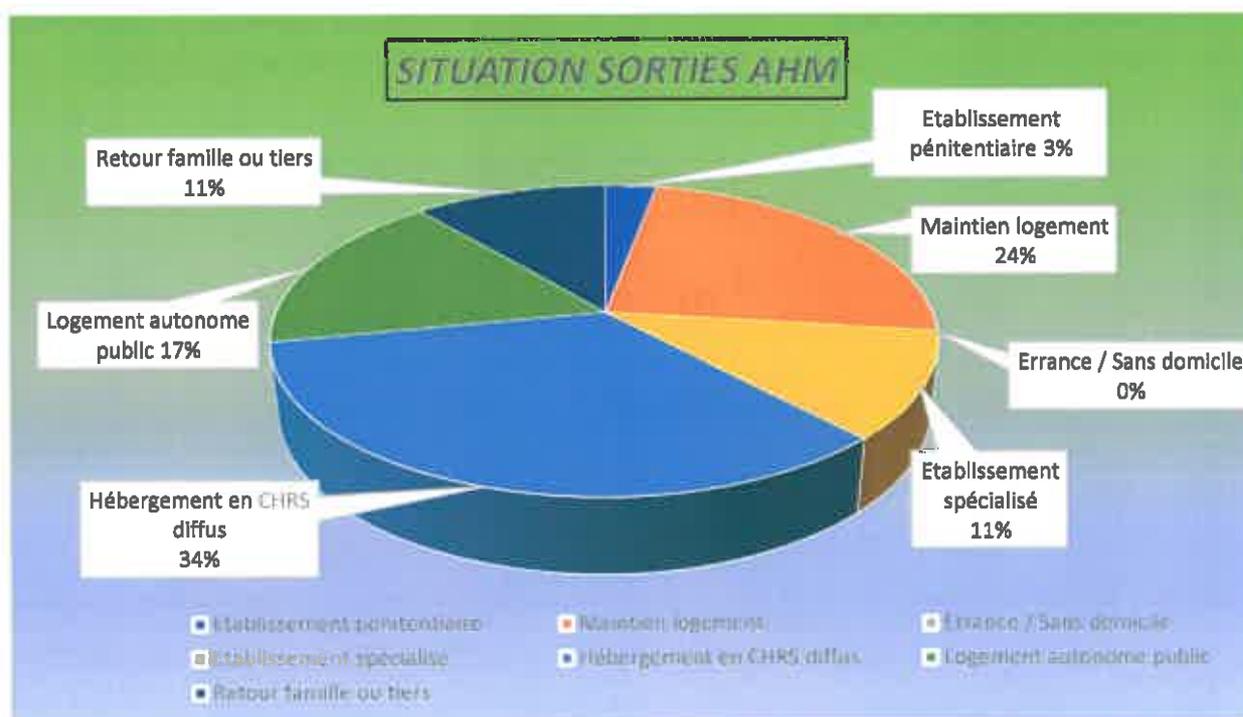
9 entrées et 7 sorties

La majorité des personnes orientées sur l'AHM sont en situation d'errance et/ou de squat, qui peuvent parfois découler d'expulsions locatives. Public qu'il est particulièrement difficile de « capter », d'accompagner ou de mobiliser, au regard du cumul des problématiques, et de l'instabilité de la situation en termes d'habitat. Il s'agit souvent de personnes en itinérance dont les objectifs sont difficiles à définir. Il est nécessaire d'adapter notre accompagnement au quotidien et de le faire évoluer constamment en fonction des profils et des situations.

### **MOTIFS ACCUEIL AHM**



Dans la majeure partie des cas, les suites données s'orientent vers l'accueil en CHRS diffus (34%), mais il est important de préciser qu'une partie importante des personnes accèdent directement au logement autonome public (17%). A noter également, une part non négligeable de maintien dans le logement (24%). Situations en lien avec un travail sur le budget et la mise en place de plans d'apurement auprès des différents créanciers. Nous constatons par ailleurs, qu'aucun retour à la rue ou au « sans-abrisme » n'est à déplorer cette année.



**VI. L'activité générale sur l'année 2022 concernant le CHRS collectif Drôme, concernant les 9 places en collectif au Teil.**

SUIVI D'ACTIVITE 2022 CHRS (en collectif) ENTRAIDE MONTEILIMAR	
Sorties réussies	3161
Non effectuées (délégation d'admission refusée)	50
Non effectuées (médicalisation refusée)	35

Nombre de personnes > 6 ans en CHRSU	6
Nombre de personnes de moins de 6 ans en CHRSU	95
Taux d'accompagnement	96.23 %
Nombre de personnes de moins de 6 ans en CHRSU	41
Nombre de personnes de moins de 6 ans en CHRSU	42

L'analyse comparative entre le CHRS diffus et le CHRS collectif qui incluent les 9 places en collectif sur le TEIL, permet d'un point de vue global de dire que les principaux constats sont similaires. En effet les surreprésentations et sous-représentations des catégories décrites ci-dessous conservent les mêmes tendances. Toutefois nous pouvons constater quelques distinctions qui permettent les interprétations suivantes :

- La catégorie des 26-35 ans est davantage représentée (17.67% CHRS collectif contre 9% CHRS diffus) lorsque l'on inclut les 9 places du collectif contrairement à la catégorie des moins de 25 ans qui est sous représentée. Cela s'explique naturellement par le fait qu'il n'y a pas d'approche familiale en collectif. Les plus de 55 ans représentent 9% contre 5% pour les CHRS diffus
- Les violences conjugales et les situations de squat sont légèrement plus représentées lorsque l'on considère les motifs d'entrées englobant les places en CHRSU du Teil.

## VII. Quelques exemples d'accompagnements socio-éducatifs en 2023 :

### **PORTRAIT SITUATION 1 (CHRSI)**

Monsieur M a été locataire d'un logement autonome pendant plusieurs années et il a bénéficié d'un accompagnement de type Inter Médiation Locative. Malgré l'accompagnement IML, Monsieur M a reçu un commandement de quitter les lieux pour impayés de loyers et troubles du voisinage. Ainsi, Monsieur M a intégré notre CHRS Insertion le 03/01/2023 sur un logement diffus en centre-ville de Montélimar.

Durant l'accompagnement en IML, une demande de MASP 2 a été sollicitée. Ainsi, l'UDAF exerce la mesure d'accompagnement d'aide à la gestion budgétaire et administrative. Nous avons travaillé en lien durant tout le temps de la prise en charge en CHRS.

Ainsi, les droits de Monsieur M ont été maintenus, les participations aux loyers honorées, un échéancier pour le remboursement de l'ancienne dette locative a été mis en place et quelques économies ont pu être réalisées.

Monsieur M a une injonction de soins. Par conséquent, il doit se rendre mensuellement au CMP pour recevoir son traitement ; il honore tous ses rendez-vous médicaux. Cette régularité permet à Monsieur M de s'investir sur d'autres projets d'insertion.

Monsieur M est bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapée. La notification de droit de la MDPH précise qu'il peut également bénéficier d'un accompagnement dans le cadre d'un SAVS et qu'il peut prétendre à un emploi dans un lieu de travail adapté.

Nous avons donc contacté l'entreprise MESSIDOR. Monsieur M a envoyé sa candidature pour un emploi dans le service « entretien des locaux ». Il a d'abord réalisé un stage de 15 jours qui a été positif puisqu'il a signé un CDD du 09/10/2023 au 01/03/2024. L'entreprise a tenu compte de sa pathologie et de l'avis du médecin psychiatre car elle a permis à Monsieur M de travailler uniquement les matins. Ainsi, Monsieur M a retrouvé un rythme quotidien et il se sent moins isolé socialement.

Ensuite, nous avons pris contact avec le SAVS de l'ADAPT. Après plusieurs mois d'attente, Monsieur M bénéficie d'un accompagnement social par cette structure.

En parallèle de ces démarches, nous avons poursuivi les recherches pour l'accès à un logement autonome. Après plusieurs sollicitations auprès des bailleurs sociaux, Monsieur M a obtenu une attribution de logement par Montélimar Agglomération Habitat. Il a ainsi intégré un logement de type 2, dans le centre-ville de Montélimar, le 18/12/2023.

Le travail de partenariat établi durant la prise en charge en CHRS perdure après l'entrée en logement autonome. Ainsi, il peut compter sur l'accompagnement social dans le cadre du SAVS et il peut compter sur l'aide à la gestion grâce à la MASP2. Nous pouvons affirmer que nous avons réalisé une sortie positive du CHRS vers le logement autonome et que l'étayage proposé permettra à Monsieur M de se maintenir dans le logement.

Pour Monsieur M, c'est l'insertion par le travail qui a favorisé et permis l'accès au logement autonome.

## **PORTRAIT SITUATION 2 (CHRSU)**

Monsieur L.M est âgé de 59 ans.

A la suite de sa séparation avec son ex compagne, ses deux enfants ont été placés en foyer et Monsieur s'est retrouvé sans logement. Il a connu des périodes d'errance et est allé dans différents CHRS sur les territoires de l'Ardèche et de la Drôme. Suite à une exclusion d'un CHRS, Monsieur est arrivé à l'Entraide.

Monsieur L.M a quelques connaissances sur Montélimar et notamment une personne ressource, F. qui l'aide dans ses démarches et le soutien.

Pendant cette période d'hébergement, les objectifs à travailler avec Monsieur était la mise à jour de ses droits, l'orientation vers les soins, le lien avec le foyer qui accueille ses enfants. Monsieur L.M a adhéré à l'accompagnement dès le départ et a su se mobiliser pour ses rendez-vous. Monsieur a pu indiquer rapidement qu'il souffrait de dépression et de solitude et souhaitait être en lien le plus possible. Il ne souhaitait pas, au départ, aller sur le plan de la santé, mais cela s'est imposé malgré lui car au vu de cela, un accompagnement physique pour ses rendez-vous médicaux s'est instauré. Le passage d'une infirmière à domicile s'est mis en place. En effet, Monsieur présentait plusieurs problèmes de santé, aux reins mais surtout pulmonaire. Ainsi, un dossier de demande d'AAH a été effectué et Monsieur a pu bénéficier rapidement de cette allocation ainsi que la mise en place d'une aide à domicile.

Monsieur a été transparent sur son addiction à l'alcool et a pu exprimer ses difficultés pour diminuer sa consommation. Monsieur était dans des conduites à risques, en effet, le traitement médicamenteux et la prise d'alcool simultanément ont pu mettre à mal Monsieur à plusieurs reprises, nécessitant une prise en charge médicale d'urgence. Monsieur a dû être hospitalisé en service de réanimation pendant plusieurs semaines puis en service gastrologie. Malgré l'indication du personnel soignant lui recommandant fortement l'arrêt d'alcool, car non compatible avec son traitement médicamenteux, Monsieur a baissé sa consommation sans la stopper.

La problématique soin a pris petit à petit toute la place dans l'accompagnement, et celui-ci étant omniprésent, une orientation sur les appartements de Coordination thérapeutique a pris tout son sens. Monsieur a pu accéder à un logement dans ce dispositif et pourra ainsi bénéficier d'un accompagnement soutenu sur le volet de la santé, avec la présence d'une infirmière et sur le plan social.

### **PORTRAIT SITUATION 3 (CHRSI)**

Monsieur H. est âgé de 38 ans. Monsieur a été accueilli en CHRS suite à sa sortie d'Incarcération. Auparavant, Monsieur a connu plusieurs périodes de détention ainsi que des périodes d'errance, peu d'expérience en logement autonome et avait séjourné une première fois au CHRS de l'Entraide. Sans nouvelle de Monsieur après quelques temps, nous avons appris qu'il avait été à nouveau incarcéré.

Monsieur H percevait l'allocation adulte handicapé. Suite à un suivi médical, il a été diagnostiqué atteint de schizophrénie et un traitement lui a été prescrit. A sa sortie d'incarcération, plusieurs obligations ont été instaurées : obligation de soin ainsi qu'un suivi

auprès d'un Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation. Monsieur était également en accord pour être accompagné par l'EMSR à sa sortie de détention.

Pendant le temps sur le CHRS, Monsieur a pu exprimer sa maladie en verbalisant son besoin de solitude, qu'il pouvait par moment avoir des comportements non adéquats avec le voisinage, c'est pourquoi il souhaitait rester éloigné d'eux.

Pendant cette période d'hébergement, la priorité à travailler avec Monsieur était le rétablissement de ses droits mais ce dernier étant absent un rendez-vous sur deux, les démarches n'ont pas avancées. Monsieur H n'a également pas su se mobiliser pour se rendre à ses rendez-vous auprès du CMP malgré un premier rendez-vous honoré avec l'Entraide qui a pu l'accompagner physiquement. Il n'a plus souhaité aborder le sujet par la suite.

Monsieur est ainsi resté quelques temps sans traitement et la mise en lien avec lui a été de plus en plus difficile pour finir par une rupture. Suite à une décompensation, Monsieur a fortement dégradé son logement et est parti sans donner de nouvelle.

Nous pouvons donc constater que l'absence de prise de traitement et de suivi médical pour des personnes ayant un trouble psychique rend complexe voir inaccessible un accompagnement que ce soit auprès d'un travailleur social, personnel médical ou judiciaire.

#### **PORTRAIT SITUATION 4 (AHM)**

Nous avons rencontré Monsieur M le 04/01/2023. Monsieur vit dans sa voiture depuis deux ans. Il fréquente quotidiennement l'accueil de jour l'Abri afin de bénéficier d'un repas chaud le midi, de la laverie et des douches.

Monsieur M est accompagné par une assistante sociale du Centre Médico-Social. Il a ainsi réalisé une demande de logement social et la mise à jour de son dossier SIAO pour une demande de CHRS Insertion. Monsieur informe qu'il ne souhaite pas être hébergé sur le site de la ferme des Léonards. Par conséquent, l'attente d'une place en logement diffus est plus longue. Durant ces deux années, Monsieur M n'a eu aucune proposition de logement social.

Monsieur M a des problèmes de santé qui l'empêchent de retrouver du travail. Il doit subir une intervention chirurgicale au niveau des pieds. Mais pour que celle-ci ait lieu, il faut que Monsieur M soit dans un endroit où il puisse bénéficier de soins post-opératoires et qu'il soit aidé dans un premier temps dans les gestes du quotidien.

Ainsi, nous avons constitué un dossier pour qu'il soit pris en charge dans le cadre des Lits Halte Soins Santé (LHSS). Une fois sortie d'hospitalisation, il est pris en charge par ce service et peut bénéficier d'un hébergement avec des soins infirmiers et médicaux adaptés. Monsieur M a intégré ce dispositif dans un premier temps sur le CHRS Saint Didier à Valence puis dans un

deuxième temps, lorsqu'une place s'est libérée, sur le CHRS Urgence du Teil. Il a été transféré sur ce site, à sa demande.

Durant cette convalescence, nous avons travaillé en lien avec l'équipe du CHRS du Teil afin de poursuivre les recherches de logement. Un dossier DALO a été constitué et nous avons sollicité à nouveau les bailleurs sociaux.

Son dossier a été accepté par Montélimar Agglomération Habitat et il a obtenu une attribution de logement sur la commune de La Bégude de Mazenc en novembre 2023.

L'accompagnement proposé dans le cadre de l'AHM a été positif pour Monsieur M. La mobilisation de plusieurs équipes a été nécessaire et la coopération de Monsieur M indispensable. A travers cet accompagnement, nous pouvons constater que l'accompagnement proposé en AHM est un accompagnement global qui prend en compte l'ensemble des problématiques de la personne accompagnée.

La situation de Monsieur M a pu s'améliorer uniquement lorsqu'il a eu un toit décent. La politique du logement d'abord doit être développée et renforcée car sans toit, il n'y a pas de possibilité d'insertion.

#### **REFERENTS EDUCATIF**

Flora MAHTEU – Delphine ALIAS – Gilles DEVORT

#### **CHEFFE DE SERVICE**

Julia BETHOUX

**Annexe : Analyse comparative de l'approche quantitatives selon le type de CHRS**



**diaconat protestant**  
DRÔME | ARDÈCHE

# MISSION RENFORT ET POST-CHRS

## Entraide Montélimar



**Rapport d'activité du**  
**01/01/2023 au 31/12/2023**

# SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>P. 3</b>
<b>I. LES OBJECTIFS GENERAUX ET LE CADRE D'INTERVENTION OPERATIONNELLE .....</b>	<b>P.3</b>
<b>II. LA DIMENSION EQUIPE ET PARTENARIALE.....</b>	<b>P.4</b>
<b>III. LES OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION .....</b>	<b>P.4</b>
<b>IV. APPROCHE QUANTITATIVE DE L'ACTIVITE EN 2022.....</b>	<b>P.5</b>
<b>&gt; ANALYSE COMPARATIVE : avant, pendant et après la mission post-CHRS....</b>	<b>P.5</b>
<b>a) Evolution du montant des ressources.....</b>	<b>P.6</b>
<b>b) Evolution du type d'habitat .....</b>	<b>P.6</b>
<b>c) Evolution de la situation professionnelle.....</b>	<b>P.6</b>
<b>d) Synthèse analytique du parcours d'accompagnement global.....</b>	<b>P.6</b>
<b>&gt; <u>LES PRINCIPAUX PARTENAIRES AVEC LESQUELS NOUS AVONS COLLABORE.....</u></b>	<b><u>P.8</u></b>
<b>V. APPROCHE QUALITATIVE.....</b>	<b>P.9</b>
<b>• Exemple de situation : Mme M .....</b>	<b>P.9</b>
<b>• Exemple de situation : Mme B . et Mr S. ....</b>	<b>P.9</b>

## PRÉAMBULE

En 2021, la DDETS de la Drôme a établi avec l'association « Diaconat Protestant – CHRS EMLT » une convention relative au dispositif d'accompagnement renforcé des personnes sortantes de CHRS vers le logement.

Cette convention s'inscrit dans le cadre de la politique publique nationale du Plan pour le logement d'abord.

En tant qu'opérateur de l'action sociale, cette mission doit prioriser un accès au logement et rechercher une fluidité de l'hébergement.

Deux travailleurs sociaux sont spécifiquement dédiés à cette mission : un coordinateur d'action social et une Technicienne en Intervention Sociale.

Cette convention et donc la mission qui en découle est conclue pour l'année 2021.

## I. LES OBJECTIFS GENERAUX ET LE CADRE D'INTERVENTION OPERATIONNELLE

### • Les objectifs généraux

- Travailler l'autonomie des usagers en vue de leur intégration dans le logement autonome.
- Faciliter le maintien dans le logement autonome.

### • Typologie des publics

- Personne/couple/famille hébergé dans un CHRS et dont son accès au logement est envisagé dans un court terme (entre 2-4 mois).
- Personne/couple/famille sortie d'un hébergement CHRS et qui vient d'accéder à un logement autonome.

### • Périmètre géographique

- Accompagnement pendant l'hébergement : CHRSI et CHRSU des services de l'Entraide Montélimar-Le Teil.
- Accompagnement post-CHRS : personne en logement autonome au sein du secteur de la communauté de communes et ses alentours.

### • Durée de l'accompagnement :

- Accompagnement pendant l'hébergement : 3-4 mois avant l'accès au logement.
- Accompagnement post-CHRS : 3-4 mois après l'accès au logement (renouvelable 1 fois).
- Accompagnement pendant CHRS EMLT avec une poursuite d'accompagnement post CHRS mais en dehors du secteur (exemple Privas) : prise en charge seulement à l'entrée du logement et veille sociale sur une durée limitée (1-2mois).

- **Mode opératoire de l'intervention sociale**

- Entretien multipartite
- Entretien individuel
- Visite à domicile (selon le référentiel interne de l'équipe CHRS de l'Entraide Montélimar).
- Actions collectives thématiques (atelier repas, atelier réduction des énergies, sorties socialisantes sur le territoire d'habitation...).
- Accompagnement extérieur individuel (administratif, course, visite logement ...)
- Diagnostic et évaluation sociale pour un relais de situation aux partenaires.
- Maintien et création de relations partenariales.

*La mission renfort ne se cumule pas avec une mesure d'accompagnement socioéducatif (AVDL, ASLL, AHM...). Sauf exception et dans le cadre d'un diagnostic établi sur une durée définie et limitée.*

## **II. LA DIMENSION EQUIPE ET PARTENARIALE**

- **Travail en binôme :**

- TISF et coordinateur social
- Educateur référent et un membre de la mission renfort

- **Travail en équipe CHRS pluridisciplinaire**

- Temps de réunion et groupe de travail éducatif entre travailleurs sociaux engagés dans des AHM, AVDL et accompagnements en CHRSI et CHRSU.
- Travail réflexif et point de suivi régulier entre la cheffe de service et la mission « renfort CHRS »

- **Travail partenarial**

- Coordinateur social est celui qui est largement investi dans le maintien et développement des relations partenariales dédiées aux champs de : l'insertion professionnelle (pôle emploi, chantier d'insertion, intérim social...), de l'accès au logement (bailleurs sociaux, propriétaire privé, LOCAPASS, AIVS...) et de la mobilité.
- La TISF au plus près du quotidien de la personne accompagnée sera investie essentiellement auprès des partenaires dédiés aux champs de la protection à la personne et aide à domicile.

⇒ Dans une logique de cohérence, le binôme pourra ponctuellement intervenir ensemble auprès d'un même partenaire.

## **III. Les outils de suivi et d'évaluation (Cf. annexes)**

- **Contrat d'engagement** post CHRS (4 mois renouvelable)
- **Fiche d'entretien**
- **Projet personnalisé** post CHRS
- **Tableau quantitatif** : Les formes d'accompagnements
- **Tableau de suivi de l'accompagnement** : avant, pendant et après la « mission renfort ».
- **Référentiel interne VAD**

## IV. APPROCHE QUANTITATIVE DE L'ACTIVITE EN 2022

Nous avons constaté que le public rencontré dans le cadre de cette mission était confronté à des difficultés qui sont la plupart du temps multiples : violence, alcoolisme, toxicomanie, passif d'errance et carcéral, problèmes familiaux, surendettement, isolement, problématiques de santé physiques et mentales... L'objectif général du dispositif POST CHRS est d'éviter autant que possible des « aller-retour » à répétition, c'est-à-dire d'éviter les ruptures de parcours en renforçant l'accès et le maintien dans le logement à la sortie du CHRS

### • Typologie des ménages

Nous sommes rentrés en contacts avec 33 ménages identifiés par les éducateurs des CHRS drômois en 2023, afin de présenter le dispositif et compléter selon les besoins le travail d'accompagnement des éducateurs référents ou encore dans le cadre d'actions et de projets collectifs. C'est 5 de plus qu'en 2022. Parmi ces ménages :

- 4 sont des femmes seules, soit 12,12%
- 18 sont des hommes seuls, soit 54,54 %
- 2 sont des couples soit 6,06%
- 9 sont des familles monoparentales avec un ou plusieurs enfants, soit 27,27%

### • Les ressources

La nature de leurs ressources varie, les ménages pouvant cumuler plusieurs sources de revenus :

- 12 sont bénéficiaires du RSA
- 9 sont bénéficiaires de l'AAH
- 7 perçoivent un salaire
- 5 perçoivent des indemnités Pole Emploi

Sur les 33 ménages identifiés 31 perçoivent les APL.

## ➤ **ANALYSE COMPARATIVE : avant, pendant et après la mission post-CHRS**

Pour analyser les données, nous avons fait le choix de réduire le nombre de ménages à ceux qui ont eu un parcours d'accompagnement global dans le cadre de cette mission. Sur 33 ménages identifiés et rencontrés, 16 ont été accompagnés dans le cadre de cette mission. Pour 3 d'entre eux l'accompagnement est encore en cours en 2024. L'analyse porte donc sur 13 ménages.

Il nous a semblé intéressant de comparer les 3 étapes : « Avant » « Pendant » « Après » pour comprendre l'évolution des situations.

### **a) Evolution du montant des ressources**

Nous constatons essentiellement un maintien du niveau des ressources pour les 13 ménages accompagnés. 4 ont des revenus supérieurs à 1000 euros. 4 bénéficient de l'AAH et ne peuvent espérer une augmentation de leurs revenus car sont en situation de handicap physique ou psychique, et 5 sont restés bénéficiaires du RSA avec des freins importants encore à lever (troubles psychiques, addictions élevées,...) pour accéder à l'emploi et espérer une augmentation de leurs ressources

### **b) Evolution du type d'habitat**

Sur les 13 ménages accompagnés, 1 est resté en CHRS, 5 ont accédé à un logement social, 5 ont occupé un logement adapté et 2 un logement dans le parc privé. Sur les 13 ménages accompagnés, 10 se sont maintenus dans leur logement. Le ménage hébergé en CHRS a quitté la région et s'est installé chez un tiers. Un ménage a été exclu du logement adapté qu'il occupait pour des faits de violence et après avoir été hébergé chez un tiers a été hospitalisé en psychiatrie. Un ménage est passé enfin d'un logement adapté à un logement privé et a pu bénéficier d'un accompagnement de type IML.

### **c) Evolution de la situation professionnelle**

Parmi les 13 ménages accompagnés, 1 s'est maintenu dans son emploi, 1 a signé un CDD d'insertion, 1 est entré en formation et pour les autres, leur situation est restée à l'identique, c'est-à-dire inactif car dans l'incapacité de travailler en raison d'une situation de handicap ou encore avec des freins lourds à lever pour accéder à l'emploi.

### **d) Synthèse analytique du parcours d'accompagnement global**

L'évolution des 13 ménages accompagnés par le binôme renfort, pendant la recherche du logement et après le CHRS pour le maintien dans le logement autonome.

- Insertion professionnelle : Identique 12/ Améliorée 1
- Santé : Identique 13
- Ressources : Identique 10/ Améliorée 2/ Dégradé 1
- Intensité de l'accompagnement : Maintien 6/ Diminution 7/ Augmentation 0
- Habitat : Identique 3/ Améliorée 9/ Dégradé 1
- Situation globale : Identique 2/ Améliorée 9/ Dégradée 2

### Commentaires sur les données chiffrées :

13 ménages ont pu bénéficier sur l'année écoulée d'un accompagnement global de la mission renfort post CHRS et dont la prise en charge a pris fin avec l'accord de la personne et après évaluation partagée.

- Cinq de ces ménages se trouvaient en situation de handicap soit physique, soit psychique et étaient donc dans l'incapacité de travailler et de voir évoluer leurs ressources. Ils bénéficiaient de l'AAH.
- Sur les huit autres, l'un s'est maintenu dans son emploi et a renouvelé son CDD pour une période de 3 ans. Un autre, bénéficiaire du RSA, a signé et renouvelé son contrat à durée déterminée d'insertion. Un autre encore, après avoir terminé son contrat d'apprentissage, s'est lancé dans une formation rémunérée avec une perspective d'embauche. Leurs revenus se sont donc soit maintenus, soit ont été augmentés. Les cinq autres présentaient soit des pratiques addictives très ancrées, soit des troubles psychiques qui représentaient des freins encore trop importants pour accéder à un emploi. Il s'est agi là de maintenir au moins la situation et d'éviter qu'elle se dégrade en maintenant les droits aux allocations Pole Emploi ou au RSA. Pour un ménage, la situation s'est dégradée puisque malgré quelques tentatives avortées de retour à l'emploi, les droits à Pole Emploi ont pris fin et le ménage n'a pu prétendre à bénéficier au RSA car il ne pouvait justifier de 5 années sans interruption de titres de séjour sur le sol français.
- Sur le plan de la santé, les situations des ménages sont restées globalement stables, avec notamment des parcours de soins et des suivis relatifs à des pratiques addictives qui se sont maintenus et/ou améliorés. Trois ménages présentaient des troubles psychiques. Un important travail partenarial a été mis en place et/ou a été maintenu avec le CMP local et avec l'hôpital Sainte Marie de Privas pour que ces ménages soit accèdent aux soins, soit s'y maintiennent.
- Sur le plan de l'habitat, neuf ménages ont vu leur situation s'améliorer. Ils ont quitté un hébergement pour accéder à un logement autonome, soit social pour quatre d'entre eux, soit adapté pour deux d'entre eux, soit privé pour deux d'entre eux, soit adapté puis privé pour l'un d'entre eux. Deux ménages se sont maintenus dans leur logement adapté pour l'un, social pour l'autre. Et deux ménages ont vu leur situation se dégrader. L'un a quitté son hébergement et la région pour se rendre chez un tiers. L'autre s'est fait exclure de son logement adapté pour des faits de violence et a été hébergé chez un tiers avant d'être hospitalisé en psychiatrie. L'accès au parc locatif ou à un logement adapté reste tout de même tendu sur le bassin montilien pour le public CHRS.
- L'intensité de l'accompagnement proposé par la mission renfort post CHRS auprès des treize ménages s'est quasi à part égale soit maintenue, soit a diminué. Elle s'est

maintenue lorsque les besoins des ménages étaient toujours prégnants et dans l'attente, soit que des partenaires prennent le relai sur certains volets de l'accompagnement, soit que d'autres dispositifs d'accompagnement se mettent en œuvre auprès des ménages. Elle a diminué, soit lorsque les besoins des ménages se sont dissipés et que ces derniers ont gagné en indépendance et en autonomie, soit en raison d'une perte d'adhésion des ménages à l'accompagnement proposé.

- Globalement, neuf ménages ont vu leur situation s'améliorer, deux se stabiliser et deux se dégrader. Un ménage a quitté le dispositif CHRS et la région sans avoir accédé à l'emploi, ni avoir trouvé une solution de logement. Un autre a été exclu de son logement adapté pour des faits de violence avant d'être hébergé chez un tiers, puis hospitalisé en psychiatrie. Le relai a été assuré auprès de la professionnelle du service en charge du dispositif d'accompagnement au RSA.

L'équipe mission renfort post CHRS intervient autant dans l'accompagnement au quotidien des ménages, que dans l'évaluation de leurs besoins, la réalisation de diagnostics sociaux, la sollicitation, mobilisation de partenaires locaux et/ou la préconisation, l'orientation vers des dispositifs d'accompagnement qui ont vocation à assurer une continuité de suivi dans le parcours de vie des personnes accompagnées.

## ➤ LES PRINCIPAUX PARTENAIRES AVEC LESQUELS NOUS AVONS COLLABORE

### a) Aides à la personne et association sociales, culturelles

Centre municipal de santé, centres socioculturels de Montélimar, Emmaus, Croix Rouge, Secours Populaire, Associations portage des repas (Fringalette, Les Menus services, Sodexo), EOVİ – AESIO, la Ressourcerie, les Trompes d'Eustache, Maison des associations, Mobilité 26-07, association Wake UP, Accueil de jour L'Abri, associations d'aide à domicile (AIDE ET MAIN TENIR A DOMICILE, AVI), lien avec les équipes SAMSAH et SAVS, services de tutelles (associations Pari et UDAF), associations de protection l'enfance (Sauvegarde 26)

### b) Logements et hébergements

Bailleurs sociaux (SDH, DAH, dont des participations régulières aux réunions internes de MAH), Pensions de famille, ADLS, agences immobilières privées (Les Allées, Nestenn), CHRS Diaconat protestant, Services d'hébergement de l'ANEF, Plateforme Logement d'Abord, SIAO.

### c) Services publics

CCAS, CMS, PMI, Pôle emploi, CAF, services des impôts, services de la préfecture, SPIPP, ASE, Mairies de la Communauté de Communes de Montélimar

### d) Les structures de l'IAE : agences intérimaires sociales (Juby intérim,), chantiers d'insertion (APPTE, Drôme insertion, XP2I), référents du dispositif « Territoire Zéro Chômeur Longue Durée ».

- e) **Services de santé CPAM, MDPH, CMP – Infirmiers mobiles et infirmiers libéraux, Accueil santé de l'Entraide, médecins généralistes et spécialistes, hôpital psychiatrique de Privas hôpital public de Montélimar, Clinique Kennedy**

## V. APPROCHE QUALITATIVE

- **Exemple de situation : Mme M.**

Mme M est originaire de République Démocratique du Congo. Elle est arrivée sur le sol français seule avec ses deux enfants aînés en 2010. Elle a d'abord été accueillie et hébergée en région parisienne. Une fille cadette est née. Puis, Mme M. et ses trois enfants ont fui la région parisienne et se sont retrouvés sur le bassin montilien. Ils ont été hébergés plus d'une dizaine d'années sur le dispositif CHRS de l'Entraide. Durant cette période, un quatrième enfant est né au sein du foyer.

Mme M. bénéficie d'une carte de résident valable 10 ans jusqu'en 2030. Elle travaille en contrat déterminé qui est régulièrement renouvelé pour la Ville de Montélimar. Sa situation administrative, professionnelle et financière s'étant largement améliorée et stabilisée, elle a bénéficié au début de l'année 2023 d'un glissement de bail. D'un statut d'hébergé, elle est passée à celui de locataire de son appartement auprès d'un bailleur social.

L'intervention de la mission renfort post CHRS a consisté à soutenir Mme M. à mettre en place des prélèvements mensuels pour le règlement de ses loyers, à ouvrir ses compteurs d'énergies et à instaurer des prélèvements automatiques pour le règlement de ses factures d'énergies.

La mission renfort post CHRS a également soutenu Mme M. dans la réalisation de certaines de ses démarches administratives notamment pour ses enfants auprès de la préfecture (renouvellement demande de DCEM) ou de la collectivité locale (demande de carte d'identité).

La mission renfort est aussi intervenue pour essayer de démêler la situation assez inextricable de Mme M. vis-à-vis de la CAF. En effet, cette dernière ne perçoit des allocations que pour ses deux enfants les plus jeunes, nés sur le sol français, et elle doit même rembourser auprès de la CAF une dette pour trop perçus d'allocations qui lui ont été versées à certaines périodes pour ses deux enfants aînés.

La situation vis-à-vis de la CAF n'étant pas résolue et face à la complexité des démarches que Mme M a parfois à mener auprès des administrations françaises, la mission renfort, après 8 mois d'intervention, a orienté et passé le relai à une assistante sociale de secteur.

- **Exemple de situation : Mme B. et Mr S.**

Mme B. et Mr S. se sont rencontrés lorsqu'ils ont fréquenté le CHRSU collectif du Teil (07). Mr S. a été ensuite hébergé en diffus sur Montélimar. Mme B. et Mr S. ont officialisé leur relation. Le couple a été hébergé une courte période dans l'appartement qu'occupait Mr S. avant qu'ils n'accèdent à un logement dans le parc privé sur Montélimar dans le courant de l'été 2023.

C'est à ce moment-là que la mission renfort post CHRS est intervenue avec leur accord auprès d'eux.

Mr S. présente des troubles psychiatriques. Il était en rupture de soins depuis plusieurs mois. Il travaillait au sein d'un chantier d'insertion depuis près d'un an. Il bénéficiait d'une mesure de protection, mais qu'il rejetait complètement et qui n'était pas encore mise en œuvre. Mme B. était à la recherche d'emploi et bénéficiait d'allocations Pole Emploi. Elle avait engagé des démarches auprès du juge des affaires familiales pour que la question de la garde de sa fille de 12 ans avec son ex compagnon soit étudiée. Dès le mois de septembre, Mr S. a commencé à présenter quelques éléments délirants dans son discours. Il a interrompu subitement son contrat de travail, puis a décompensé psychiquement. Le couple a alors traversé une période de fortes agitations pendant plus de 2 mois.

La mission renfort post CHRS a œuvré pour que Mr S. se fasse hospitaliser en psychiatrie, accède et se maintienne dans le soin. La mission a ainsi été très en lien avec l'hôpital psychiatrique de Privas et l'EMPP du CMP de Montélimar.

La mission a aussi soutenu Mme B. durant toute cette période et l'a incitée à se diriger vers un soutien psychologique assuré par des professionnels de santé.

La mission est également entrée en médiation avec le propriétaire privé de l'appartement du couple pour traiter de la question des retards et des impayés de loyers avant que le service curateur de Mr S. ne prenne le relai.

Après la sortie d'hospitalisation de Mr S., la mission a œuvré pour que ce dernier adhère à la mesure de protection et qu'elle se mette en œuvre. L'objectif a été atteint.

La mission a également soutenu Mme B. dans sa fonction parentale auprès de sa fille et dans les démarches qu'elle avait initiées auprès du juge des affaires familiales.

L'accompagnement de Mr S. et de Mme B. se poursuit aujourd'hui, avec des objectifs de maintien dans le soin pour Mr S. et un retour espéré vers l'emploi à moyen terme., de soutien à la parentalité pour Mme B. et également d'accès à l'emploi, et enfin de maintien dans le logement dans un premier temps, puis d'envisager de nouvelles solutions de logement ou d'hébergement pour l'un et pour l'autre, car le couple a annoncé son intention de se séparer.

**Renaud GRIFFON**

Coordinateur social

**Julia BETHOUX**

Cheffe de service



## Rapport d'activité

### FULH 2023

#### **I - PRESENTATION DE L'ASSOCIATION :**

**RAISON SOCIALE association Diaconat Protestant – Service Entraide Montélimar Le Teil**

**Objet de l'Association :** *Lutte contre l'exclusion et réinsertion sociale.*

**Adresse – Siège Social :** 97 rue Faventines

**Code postal :** 26000 - **Ville :** VALENCE

**Tél :** 04 75 78 29 30

**Fax :** 04 75 56 77 58

**@:** [accueil@diaconat26-07.org](mailto:accueil@diaconat26-07.org)

**N° Siret:** 779 469 691 00249

**Membres du Bureau :**

**Président :** Jean-Jacques BOSC

**Trésorier :** Guy SERRE

**Secrétaire :** Jocelyne STEHLY

**Responsable salarié de l'Association :**

**Nom :** Michel GALIANA

**Adresse :** 18, chemin de Géry 26200 MONTELIMAR

**Tél :** 06.70.31.17.66

**@ :** [m.gallana@diaconat26-07.org](mailto:m.gallana@diaconat26-07.org)

**Référents :**

**Nom :** MELIS Ludivine - SILLAC Christelle – DUTANG Jean-Marie

## **II - INTITULE DE L'ACTION :**

### **FULH – Fond unique logement habitat**

#### **DÉFINITION :**

**Date de début : 01/01/2023    Date de fin 31/12/2023**  
**Lot 5 / Secteur Montilien / 60 mesures en file active**

Action individuelle :

Entrées/Sorties permanentes

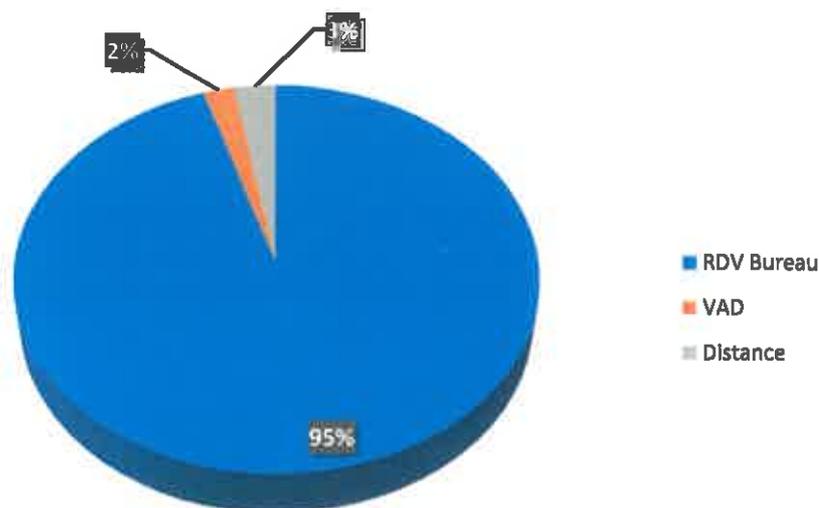
### **III- Nombre de demandes :**

	<b>Nombre de demandes 2023</b>	<b>Nombre de demandes attendues</b>
<b>Nombre de rendez- vous honorés</b>	921	
<b>Nombre de rendez- vous non honorés</b>	187	
<b>Total</b>	<b>1108</b>	<b>1175</b>

Le nombre total de demandes à l'année est de 1108 face à une estimation de 1175 prévue par le marché public. Nous remarquons une nette progression en comparaison avec l'année 2022 (952 demandes totale). Cette tendance tient compte de la révision du règlement du FULH qui limite à une seule demande d'aide à l'énergie dans l'année. Malgré ce nouveau cadre le nombre de demande à augmenter entre 2022 et 2023. Nous constatons par ailleurs que le nombre de demandes attendues n'a pas été modifiés suite à cette révision du règlement.

<b>MISE EN ŒUVRE DES INSTRUCTIONS</b>			
<b>RDV Bureau</b>	<b>VAD</b>	<b>Instruction à distance</b>	<b>TOTAL</b>
636	14	19	<b><u>669</u></b>

## Mise en oeuvre des instructions



	Aboutis 2023	Aboutis 2022	Non aboutis 2023	Non Aboutis 2022	Second RDV 2023	Second RDV 2022
<b>Janvier</b>	36	60	3	2	2	0
<b>Février</b>	51	33	12	4	1	7
<b>Mars</b>	54	64	11	1	7	2
<b>Avril</b>	46	106	6	1	0	1
<b>Mai</b>	42	105	11	2	6	1
<b>Juin</b>	47	68	3	2	1	1
<b>Juillet</b>	35	50	9	1	1	1
<b>Août</b>	37	45	1	1	0	1
<b>Septembre</b>	53	68	5	3	0	2
<b>Octobre</b>	102	57	11	2	0	1
<b>Novembre</b>	43	43	7	2	0	3
<b>Décembre</b>	37	56	5	1	0	1
<b>Total</b>	<b>583</b>	<b>755</b>	<b>84</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>21</b>

Nous avons pu honorer 669 rendez-vous sur l'année 2023 ce qui nous fait une moyenne de 56 rendez-vous par mois.

Nous pouvons constater une forte augmentation de dossiers non aboutis car nous avons tenu une fonction de veille et de médiation entre les usagers et les fournisseurs, compte tenu de la révision du règlement du FULH passant de la possibilité pour les ménages d'effectuer plusieurs demandes d'aides à l'énergie, sur 12 Mois à une.

## **IV- ÉVALUATION :**

Le FULH est pilier du « Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées » (PDALHPD) pour les aides financières et l'accompagnement social des drômois confrontés à des difficultés de logement, que ces personnes soient locataires, accédants à la propriété ou propriétaires occupants.

Le FULH s'intègre dans l'offre de service de l'action sociale départementale et dans une action globale de prévention et d'insertion associant les bailleurs, les services sociaux, la caisse d'allocations familiales, les fournisseurs d'eau et d'énergie, ainsi que les associations concernées par les problèmes de logement.

### **Conclusion de l'année 2023**

#### **La nature des aides :**

Si les aides du FULH constituent un droit au sens de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, leur montant est décidé par le Président du Conseil départemental avec un maximum déterminé par le règlement.

Les situations sont appréciées au regard des critères du règlement et en cas de besoin, d'une évaluation sociale, effectuée par le service instructeur. Les aides financières se présentent sous forme

:

- De prêts ou de secours financiers pour l'accès au logement
- Des garanties de loyers résiduels et charges, sous forme d'avances remboursables sans intérêts si elles sont mobilisées, nommées GARANTIE FULH
- Des secours financiers pour le maintien du loyer et/ou des charges locatives
- Des secours financiers visant à favoriser le maintien de la fourniture d'eau et d'énergie

#### **L'ORIGINE DES DEMANDES DE FULH :**

Le fonds peut être saisi directement par toute personnes ou familles en difficultés et, avec son accord, par toute personne ou organisme y ayant intérêt ou vocation. Il peut également être saisi par la Commission de Coordination des Actions de Prévention de l'Expulsion (CCAPEX), par l'organisme payeur de l'aide au logement ou par le représentant de l'État dans le Département. Les demandes sont présentées à l'aide d'un formulaire adressé aux pôles logement. La saisine directe par les demandeurs doit répondre aux critères des procédures simplifiées. Dans le cas contraire, les demandeurs seront réorientés vers les services sociaux habilités.

#### **CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS FULH :**

##### **FULH Accès :**

**Les aides à l'accès dans le logement :**

- Les aides à l'accès dans le logement comprennent, les prêts, les secours et les garanties de loyer.
- Les aides sont applicables, qu'il s'agisse d'une location, d'une sous-location ou d'un logement temporaire.

#### Les modalités d'attribution des prêts et secours :

Les demandes doivent être faites au plus tôt un mois avant la signature du bail et à défaut dans un délai maximum de deux mois après l'entrée dans les lieux. En cas d'accord, l'aide sera versée sous réserve de l'envoi du bail au pôle logement. Le diagnostic de performance énergétique (DPE) pourra être demandé par le service instructeur ou par le pôle logement.

Les prêts ou les secours sont limités à 350 € pour une personne + 50 € par personne supplémentaire, avec un maximum de 600 € par période de 18 mois.

Les prêts à l'accès sont accordés aux ménages dont les ressources se situent entre 1,2 RSA et 2,3 RSA (hors forfait logement). La durée de remboursement ne doit pas excéder 36 mois.

Les prêts donnent lieu à l'établissement d'un échéancier de remboursement adapté aux capacités contributives du bénéficiaire. Les prêts peuvent couvrir jusqu'à 100% du dépôt de garantie.

Les secours sont accordés aux ménages dont les ressources sont inférieures ou égales à 1.2 (hors forfait logement). Ils sont limités à 80% du dépôt de garantie.

L'Instruction des demandes d'aides pourra faire l'objet d'une procédure simplifiée si les 4 conditions suivantes sont remplies :

- Aucune aide à l'accès durant les 18 mois précédant la demande
- Aucune dette FULH en cours (défaut de remboursement de prêt accès ou engagement d'une garantie)
- La moyenne des ressources des trois derniers mois doit être comprise entre 0,8 RSA et 1,1 RSA
- Taux d'effort inférieur à 30 %
- Taux d'effort =  $(\text{loyer net} - \text{AL/APL}) / \text{moyenne des ressources des 3 derniers mois hors AL/APL}$

Le rejet peut être prononcé dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- Dépassement du plafond de ressources
- Taux d'effort > 35 %
- Aide maximale déjà perçue dans les 18 derniers mois

#### FULH Energie :

Les aides sont plafonnées à 325 € par personne, 350€ pour deux personnes et 50 € par personne supplémentaire, avec un maximum de 650 € par période de 12 mois à compter de la dernière attribution.

Une attention particulière sera portée aux dossiers estimés en surconsommation énergétique. Un pré-diagnostic pourra être sollicité au domicile du ménage afin d'en déterminer l'origine (cf. article 11). Le solde de la dette fera l'objet d'une proposition de plan d'apurement avec le fournisseur.

#### Les aides préventives énergie :

L'aide préventive individuelle est considérée comme une aide énergie, dont le montant est limité au même niveau. Le total « des aides préventives » et « des aides curatives » ne peut être supérieur à ce niveau.

Ces aides visent à couvrir quelques mensualités d'un échéancier, de manière ponctuelle et anticipée. Le versement de l'aide est versé en priorité au fournisseur. Le versement direct au bénéficiaire doit être très exceptionnel.

### **FULH Eau :**

Les aides sont plafonnées à 80 € par personne + 50 € par personne supplémentaire, avec un maximum de 300 € par période de 12 mois.

Seront pris en compte : les dettes, les factures en cours, les incidents de paiement concernant des prélèvements automatiques dans le cadre d'une mensualisation.

Les aides allouées peuvent prendre la forme d'abandons de créances consentis par les distributeurs. Les critères d'attribution et les montants accordés sont identiques, que ce soit pour des abandons de créances ou des secours.

Les aides du FULH pour le paiement des factures d'eau et d'énergie ont vocation à intervenir lorsque les ménages ont mis en œuvre tous les moyens pour participer eux-mêmes au paiement de leurs charges et pour réduire ces dernières.

L'Instruction des demandes d'aides au maintien de l'eau et de l'énergie pourra faire l'objet d'une procédure simplifiée sans rapport social, si les 6 conditions suivantes sont remplies :

- Conditions de ressources : la moyenne des ressources des trois derniers mois doit être inférieure à 1,1 RSA
- Taux d'effort\* inférieur à 35 %
- La demande d'aide doit porter sur une dette\* et non une facture. (\*Une dette correspond à une facture dont l'échéance est dépassée ou une facture intégrant un report.)
- Le montant de la dette ne doit pas dépasser 500 €
- Le nombre d'aides cumulées, quel que soit le motif (loyer/charges, eau, énergie) dans les 12 derniers mois, ne peut excéder 4.
- Pas de défaut de remboursement d'un prêt à l'accès ou de mise en jeu d'une garantie.

Un rejet est prononcé dans les cas suivants (non cumulatifs) :

- La moyenne des ressources des trois derniers mois supérieurs à 2,3 RSA.
- Aide maximale déjà accordée dans les 12 derniers mois.

### **Les bénéficiaires :**

Sont éligibles aux aides du FULH, l'ensemble des ménages visés par le Plan Départemental d'Actions pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) :

- Les personnes dépourvues de logement
- Les personnes menacées d'expulsion
- Les personnes hébergées ou logées temporairement
- Les personnes en situation d'habitat indigne ou d'habitat précaire ou occupant des

locaux impropres à l'habitation

- Les personnes en situation de surpeuplement manifestent dans leur logement
- **Les personnes confrontées à un cumul de difficultés sociales et financières**
- Les personnes nécessitant un logement adapté au titre du handicap

Le FULH peut s'adresser aux jeunes de moins de 25 ans (étudiants ou autres) que s'ils bénéficient de ressources permettant de garantir un projet logement viable.

### Difficultés rencontrées :

- Le délai de 12 mois à compter de la commission, et non de la dernière demande (rendez-vous), peut-être problématique. Cela a pour effet de décaler de deux mois les demandes suivantes.  
⇒ Par exemple, une personne qui vient demander un FULH en Décembre 2022, dont la décision serait rendue en janvier 2023 n'aurait la possibilité de refaire une demande qu'en janvier 2024. Nous constatons que le délai entre le rendez-vous et la date de commission repousse chaque année la date à laquelle la personne pourrait prétendre à une nouvelle aide.
- Le cumul de problématiques des personnes rencontrées (financières, administratives, sociales, santé mentale...) est de plus en plus important. Les personnes sont souvent envahies par un ensemble de problématiques et expriment le besoin d'en parler, de se confier et de rechercher du soutien. Le temps d'instruction, qui inclut une phase de diagnostic, ne permet pas de réponse à ces besoins d'écoute et d'accompagnement global. Cette charge psychoaffective représente une difficulté accrue pour la mise en œuvre des instructions dans un temps et cadre imposés. Cette charge agit également sur la difficulté pour les personnes à regrouper toutes les pièces à fournir pour avoir un dossier complet
- Un certain nombre de ménages se mobilisent tardivement : lorsque leur dette passe au service recouvrement, ou contentieux, ou ont des réductions voire des coupures d'énergies.
- Les liens avec certains fournisseurs sont parfois compliqués.
- L'envoi papier des dossiers entraîne un surplus d'utilisation de papier, d'encre et de timbre (donc un coût financier) ainsi que de temps car cela nécessite une copie et un scan des dossiers (nécessité de stockage).
- Après la prise de contact nous envoyons directement un mail, un courrier ou un sms aux personnes avant leur RDV, pour leur confirmer celui-ci et rappeler précisément la liste des pièces justificatives à rapporter pour que l'instruction soit possible. Nous assurons 48h avant le rendez-vous, l'envoi d'un sms de rappel du RDV et pièces à apporter. Malgré cette rigueur de procédure interne nous avons eu cette année un grand nombre de rendez-vous non honorés sans annulation préalable. Ce créneau est donc perdu car il ne peut être donné à un autre ménage étant donné l'absence injustifiée et imprévue au RDV. Ces impondérables ont un impact sur l'organisation interne du service et de fait sur le taux d'activité. En effet nous faisons un premier filtre et une première orientation lorsque les ménages nous contactent, afin de n'inscrire que ceux qui peuvent prétendre à un FULH. Ensuite le temps que nous prenons pour étudier le profil du ménage et anticiper l'instruction est lui aussi perdu. Par ces propos, nous voulons mettre en lumière le fait que pour tout rendez-vous non honoré, le travail effectué en amont de l'instruction relève de la même qualité et quantité de travail qu'un RDV honoré.

- La révision du FULH concernant l'aide à l'Énergie, les usagers qui avaient pour habitude de venir plusieurs fois par an, ne peuvent dorénavant venir qu'une fois par an. En 2022, c'est 44 ménages qui ont pris minimum deux rendez-vous.

## LE PARTENARIAT :

Pour répondre à l'ensemble des problématiques rencontrées, nous travaillons en partenariat avec :

- Le CMS.
- Les bailleurs sociaux (liens et négociations) et privés.
- La Mission locale.
- France travail
- La CAF/ MSA
- Services d'hébergement et logement : HUDA, HU, CADA, Pension de Famille...
- Le CCAS
- Services hygiène de la ville de MONTELIMAR.
- Les fournisseurs d'énergie, préciser cadre conventionnel EDF et ENGIE.
- Le CEDER qui nous permet d'orienter les personnes vers des diagnostics énergétiques.
- Le service de l'EMLT de Montélimar (équipe ASLL, service RSA, équipe CHRS, AIVS, ...).

### ÉVALUATION DES FULH TERMINEES AU 31/12/2023 :

#### PARTICULARITES LOCALES :

On ne distingue pas un nombre de FULH plus ou moins important selon le type de quartier au sein de Montélimar, il y a donc une absence de distinction géographique du lieu d'habitation. Nous pouvons constater une sur-représentation des demandes liées à Montélimar plutôt que celles liées aux zones rurales, péri-urbaine.

Immanquablement, la Drôme va être confrontée à un enjeu autour du vieillessement de sa population et autour de la précarité de manière plus globale :

Concernant les familles, nous constatons qu'elles sont nombreuses à être allocataires d'une prestation familiale.

Il est à noter que malgré une croissance de la création d'emplois, la Drôme connaît un fort taux de chômage. La précarité est donc bien réelle.

Pour les personnes âgées, selon l'INSEE, les personnes bénéficiaires de l'APA ont augmenté de près d'un tiers ces dernières années.

Sur le volet du handicap, le nombre de demandes déposées à la MDPH est supérieur à la moyenne nationale. On constate également que la part des bénéficiaires de la PCH est supérieure aux moyennes nationales et régionales.

Nous sommes en collaboration étroite avec les différentes équipes internes au service de l'EMLT et à l'échelle associative : AIVS, ASLL, CHRS, RSA, ... Renforcement du partenariat local avec les bailleurs publics et privés locaux, ADOMA en particulier. Nous avons de bon lien avec SOS IODAS et les fournisseurs EDF et ENGIE.

L'espace de travail et dynamique et l'équipe agréable.

## CONCLUSION

Le FULH est un service proposé en faveur des personnes se retrouvant en difficulté financière dans le but d'éviter ou de limiter les dettes liées à l'accès ou au maintien dans le logement. La demande de cette aide financière par la personne peut être une ouverture sur un accompagnement dans le but de prendre en charge ses différentes problématiques.

Nous assistons à une hausse significative de nouvelles demandes et de difficultés financières grandissantes, malgré la diminution du nombre de demandes possibles par ménage. Cela met en lumière que le dispositif est bien repéré, par les usagers, comme les partenaires, mais aussi que plus de ménages sont en difficulté et que la majorité des bénéficiaires ne voyant par leur situation évoluer reviennent chaque année.

Dans ces conditions nous pouvons nous imaginer une hausse constante plus particulièrement pour les FULH énergie et eau.

Bilan élaboré par l'équipe éducative et la Direction.

31.01.2024  
J.BETHOUX  
Cheffe de service





**diaconat protestant**

DRÔME | ARDÈCHE

## **Entraide Montélimar**

# **A.V.D.L**

## **Accompagnement Vers et Dans le Logement**

### **RAPPORT D'ACTIVITE**

**01/01/2023 au 31/12/2023**

#### **I. les missions**

- **Le but de l'accompagnement vers le logement et lors du relogement est essentiellement de permettre aux personnes en difficulté d'accéder à un logement public ou privé et de bien y vivre en respectant les droits et les obligations des locataires.**
- **Celui de l'accompagnement dans le logement est de prévenir ou de contribuer à régler d'éventuelles difficultés.**
- **La durée de l'accompagnement devra tenir compte des situations individuelles. Au service gestionnaire de l'action d'évaluer la durée. (Pas de durée imposée dans les textes)**

#### **II. Fiche d'identité de l'établissement**

<b>N° FINESS</b>	<b>260007653 - 260019617</b>
<b>Nom de l'établissement</b>	<b>AVDL Montélimar</b>
<b>Association gestionnaire</b>	<b>DIACONAT PROTESTANT 26-07</b>

### Les partenaires :

- Service de PASS, centre hospitalier de Montélimar. Convention signée en 2022 permettant d'instaurer des permanences mensuelles de la PASS à l'accueil santé de notre service, facilitant l'accès aux soins et l'instruction de demande d'ACSS.
- Acteurs de l'insertion professionnelle : Pole emploi, Mission Locale, JUBY Intérim, Drome Insertion, Messidor, APPTÉ... Nous pouvons également positionner des personnes sur des chantiers d'insertion et sommes en lien avec les partenaires.
- TEMPO, ANPAA et service addictologie du Centre Hospitalier de Montélimar.
- Permanence Accueil Santé de l'Entraide Montélimar avec orientations vers des spécialistes si nécessaires.
- Bailleurs sociaux : MAH, DAH, VRH...
- ADLS de Montélimar et Valence.
- SIAO
- CMS
- HU26

### Descriptif

**Accompagnement vers et dans le logement :** aider les ménages fragiles dans la recherche d'un logement adapté à leur situation. La diversité et la complexité des filières d'accès au logement imposent en effet souvent la présence d'un tiers en capacité de leur expliquer le fonctionnement du système, d'orienter les personnes vers une solution possible et d'assurer une mission d'interface. Accompagner et prévenir les freins éventuels à l'accès à un logement adapté.

**Accompagnement lors du relogement :** faciliter l'installation dans le logement et son environnement. Cela constitue un moment essentiel dont dépend souvent la réussite du processus et concerne aussi bien le suivi des démarches administratives (assurance, compteur, ouverture des droits APL...), que l'installation dans le logement et son appropriation ou encore la maîtrise de l'environnement (services publics et équipements de proximité...).

**Accompagnement dans le logement :** prévenir ou gérer les incidents de parcours, qui peuvent apparaître suite à un retard de paiement de loyer et/ou de charges liées au logement afin d'éviter la spirale de l'endettement, ou à des troubles de voisinage avant le déclenchement de manifestation de rejet. Accompagner dans « le mieux vivre chez soi » et l'appropriation de son espace afin de maintenir son logement adapté.

### III. LE PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT EN AVDL

Nous avons actuellement 22 mesures AVDL.

Les personnes sont orientées par le SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) suite à une préconisation « accompagnement » effectuée par un travailleur social partenaire : CMS, HU26, mesure de protection, etc.

Elles sont reçues à un entretien préalable afin d'expliquer la mesure d'accompagnement et vérifier l'adhésion des personnes. Le contrat est signé lors de cette rencontre et l'accompagnement commence à ce moment-là.

Au cours du second entretien, les objectifs sont fixés avec la personne : recherche de logement, maintien dans le logement, gestion budgétaire et/ou administrative, accès aux soins, etc. Un projet personnalisé est ainsi construit et défini avec les personnes.

#### Le public :

L'action AVDL est destinée à toute personne nécessitant un soutien à l'accès puis au maintien dans un logement. Les ménages sont orientés par le SIAO Drôme.

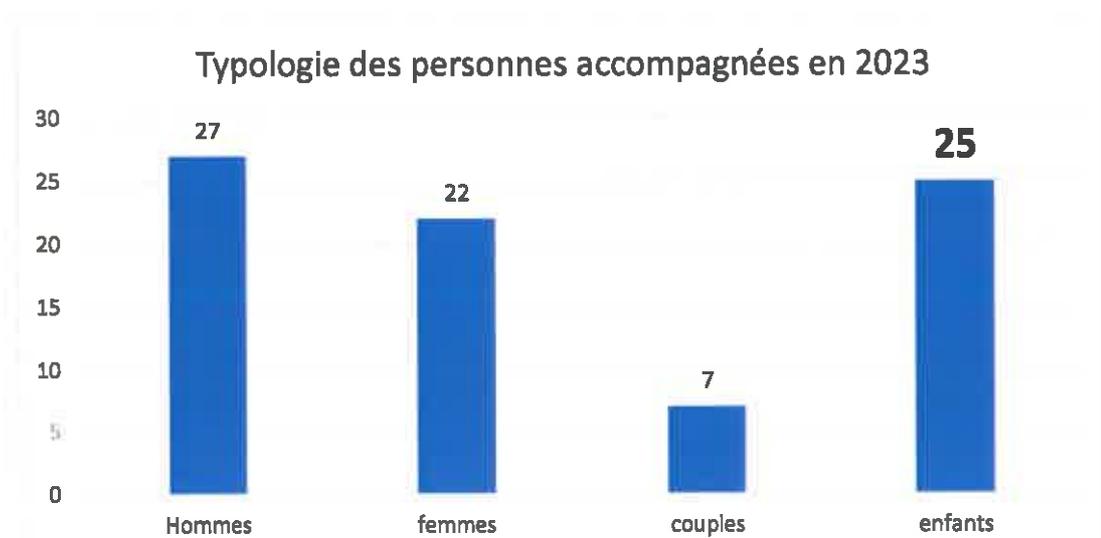
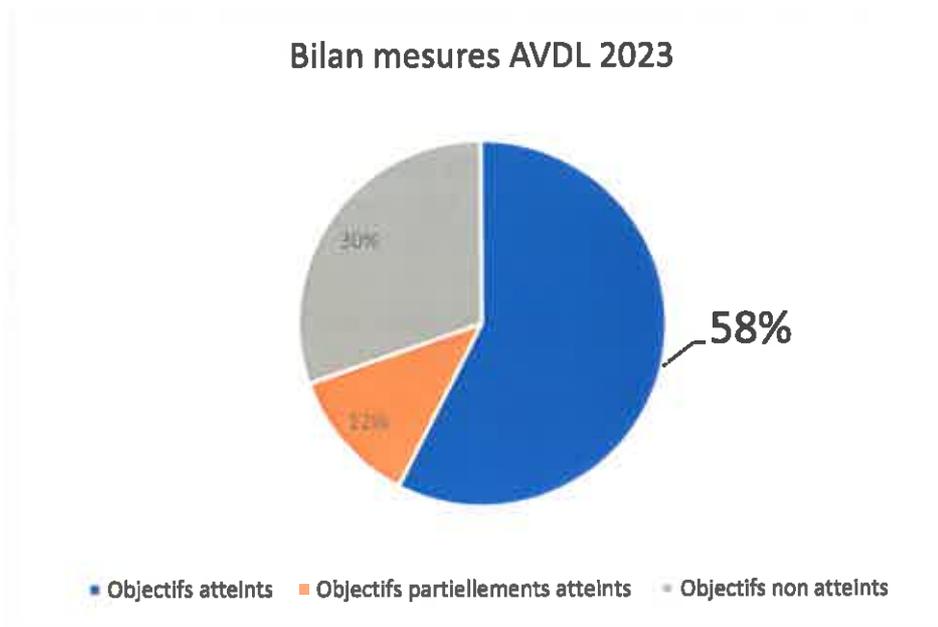
- Personnes vivant dans la rue, squat ou encore hébergées chez des tiers (y compris membres de la famille)
- Personnes vivant en logement autonome dans le parc locatif public ou privé

Les personnes accueillies sont majeures (homme, femme, couple, avec ou sans enfant), généralement sans logement et en recherche sur le secteur. Mais certaines personnes accompagnées peuvent également accéder à un logement adapté en début de mesure et celle-ci permet de sécuriser le maintien dans le logement.

Les principaux prescripteurs AVDL sont : l'HU26, l'HUDA, le CMS et le SIAO.

Les personnes accompagnées connaissent d'importantes difficultés diverses : sociales, économiques, familiales, de santé, d'accès aux droits ou encore victimes de violence. Elles ont besoin d'un accompagnement social global, régulier et fréquent. Pour un AVDL renforcé, les rencontres s'effectuent une à plusieurs fois par semaine, en fonction du besoin et pour un AVDL dit « classique », nous sommes à une rencontre tous les 15 jours.

#### IV. L'activité générale sur l'année 2023

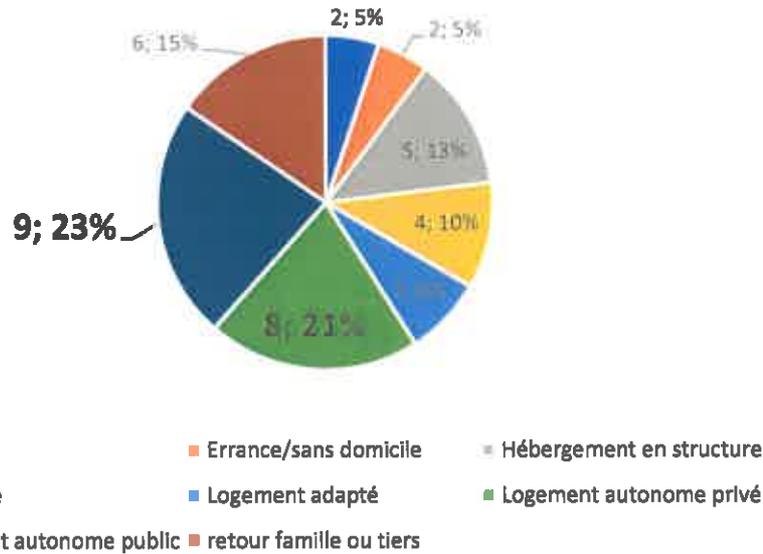




Nous constatons qu'une grande partie des orientations et accueil de personnes en 2023 concernent une fin d'hébergement en centre ou chez des tiers. L'HU26 étant notre principal partenaire (prescripteur) pour les orientations AVDL. Des points et rencontres sont fait régulièrement avec les prescripteurs afin d'avancer ensemble et conjointement sur la situation des personnes accompagnées :

- HU26 : réunions mensuelles
- CMS : mise en place du dispositif référent parcours qui regroupe l'ensemble des intervenants (une fois tous les deux mois).
- EMPP : points téléphonique et/ou physiques.
- ASTI : points téléphonique et/ou physiques.
- UDAFF : points téléphonique et/ou physiques.

### Situation logement/hébergement à la sortie



Sur Montélimar, nous travaillons en étroite collaboration avec les bailleurs sociaux et l'ADLS, permettant ainsi un taux important de sorties positives en logement adapté et parc public.

### V. Quelques exemples d'accompagnements socio-éducatifs en 2023 :

#### **PORTRAIT SITUATION**

Mme B vit dans une caravane avec ses enfants.

Avant cela, la famille habitait en logement parc privée, mais le loyer étant excessivement cher, elle a décidé de le quitter. La famille est installée sur l'air de voyage de Montélimar, mais se retrouve sans électricité suite à une panne non réparable de son boîtier de courant.

La situation actuelle ne pouvant perdurer, elle souhaite accéder à un logement autonome afin de mettre ses enfants à l'abri et au chaud. Dès son ouverture de mesure d'accompagnement (en partenariat avec l'ASNIT et le CMS), madame a entrepris le nécessaire pour trouver un logement adapté afin de pouvoir accueillir ses enfants dans de bonnes conditions : instruction d'une demande de logement social, inscription SYPLO afin d'être prioritaire sur le positionnement de logement en contingents préfectoraux, dossier DALO validé, recherche dans le parc privé, etc. Depuis septembre 2023, madame bénéficie d'une mesure d'Accompagnement Vers et Dans le Logement afin de la soutenir dans ses démarches administratives et ses recherches de logement autonome. Cette mesure

perdurera suite à l'accès à un logement autonome afin de sécuriser sa situation administrative et financière.

Au cours de l'accompagnement, nous sommes en lien étroit avec les différents partenaires afin de régulariser la situation sociale et administrative de madame. Ouverture et/ou maintien des droits ACSS, CAF, demande de logement social, positionnement sur des logements contingents préfectoraux, etc.

Depuis le début de l'AVDL, sa demande de logement social est actualisée et mise à jour régulièrement, elle a étendu cette demande sur le secteur de Valence et Romans, nous avons renouvelé sa demande ACSS et l'avons positionné sur plusieurs logements via SYPLO et l'ADLS. Une gestion budgétaire a également été nécessaire afin de sécuriser son accès au logement autonome.

**REFERENTS EDUCATIF**

Caroline MATHON

**CHEFFE DE SERVICE**

Julia BETHOUX



## Rapport d'activité

### ASLL 2023

#### PRESENTATION DE L'ASSOCIATION :

**RAISON SOCIALE** Association Diaconat Protestant – Service Entraide Montélimar Le Teil

**Objet de l'Association :** *Lutte contre l'exclusion et réinsertion sociale.*

**Adresse – Siège Social :** 97 rue Faventines

**Code postal :** 26000 - **Ville :** VALENCE

**Tél :** 04 75 78 29 30

**Fax :** 04 75 56 77 58

**@ :** [accueil@diaconat26-07.org](mailto:accueil@diaconat26-07.org)

**N° Siret :** 779 469 691 00249

**Membres du Bureau :**

**Président :** Jean-Jacques BOSC

**Trésorier :** Jacques BOURQUIN

**Secrétaire :** Christian BONNET

**Responsable salarié de l'Association :**

**Nom :** Michel GALIANA

**Adresse :** 18, chemin de Géry 26200 MONTELIMAR

**Tél :** 06.70.31.17.66

**@ :** [m.galiana@diaconat26-07.org](mailto:m.galiana@diaconat26-07.org)

**Référents:**

**Nom :** KOLCZAK Alexandra - LLORET Céline - MELIS Ludivine / SILLAC Christelle

## INTITULE DE L'ACTION :

### ASLL - ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIE AU LOGEMENT

#### DÉFINITION :

L'accompagnement social lié au logement vise à favoriser l'accès, la recherche, le maintien ou la veille dans le logement des personnes accompagnées, dans une perspective d'insertion durable dans le logement.

Cet accompagnement est avant tout centré sur le ménage dont il vise à développer les capacités d'autonomie et d'intégration afin de se maintenir ou d'accéder à un logement adapté. Il est subordonné à l'adhésion et à la coopération du ménage. C'est une action sociale complémentaire entre l'accompagnement des instructrices ASLL et celui des travailleurs sociaux (généralement les AS du CMS). C'est un dispositif qui active et renforce la coopération partenariale du territoire (acteurs du logements, de l'insertion, de la santé, aides à domicile, CMS, Pole logement CD26...).

Date de début : 01/01/2023 Date de fin 31/12/2023  
Lot 6 / Secteur Montillen

Action individuelle :



Entrées/Sorties permanentes



#### I.CONDITIONS DE LA MISE EN ŒUVRE DU MARCHE PUBLIC

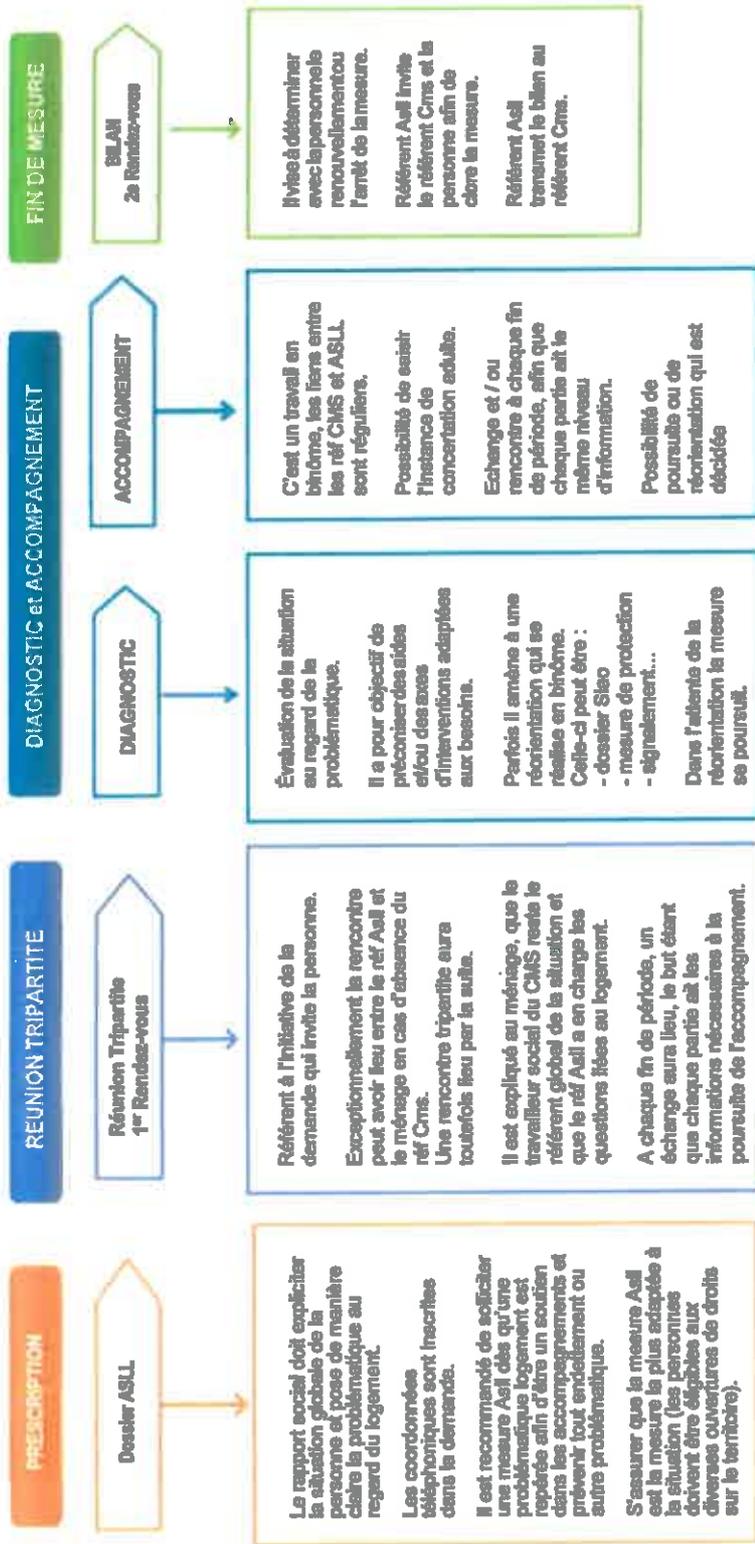
a) **L'ORIGINE DES DEMANDES D'ASLL** : Pour une grande majorité, les travailleurs sociaux de secteur prescrivent les mesures. Le service FULH, à l'occasion d'une demande d'aide financière, peut préconiser un accompagnement ASLL. La demande d'ASLL est donc (généralement) rédigée par un travailleur social après avoir déjà réalisé plusieurs entretiens avec la personne. Entretiens qui doivent permettre d'évaluer la situation globale de la personne à un instant T et d'évaluer le besoin particulier de l'ASLL. Si la personne est d'accord pour réaliser cet accompagnement, on lui présente la charte d'engagement de l'ASLL qu'elle signe avant de débiter cette dynamique. Le pôle logement Drôme Provençale (DP) envoie depuis l'année 2023, un bon de commande (avec un numéro par mesure) auprès de notre service (l'EMLT). Nous avons développé un partenariat privilégié avec le Centre Médico-Social, en coconstruisant des nouveaux outils d'engagement et parcours d'accompagnement. Toutefois, aujourd'hui nous avons le recul suffisant pour affirmer que malgré ces outils d'engagements l'implication régulière et assidue des personnes restent très difficiles sur les périodes estivales et les congés scolaires. Cela a un impact considérable sur notre gestion d'activité.

*Ci-dessous ces nouveaux outils :*



# LE ROLE DES REFERENTS DANS L'ASLL

Un accompagnement en binôme qui se décline en 4 étapes.



## Moyens mis à disposition pour l'ASLL

- Une équipe de travailleurs sociaux qualifiés et un travail en partenariat constant.
- Des entretiens réguliers au domicile, dans nos locaux et des accompagnements physiques dans les démarches quand la situation le justifie
- Rappel des différents types de mesure : ACCES 6 mois / RECHERCHE 4 mois / MAINTIEN 6 mois renouvelable 1 fois.



Direction Des Politiques Territoriales  
Services Habitat Tourisme  
Territoires Pôle Logement Déplacements  
REP DPT - SMT - DR - Juin 2022

DOCUMENT ANNEXE A LA DEMANDE ASLL

Nom .....

Prénom .....

Je souhaite être accompagné pour :

- chercher un logement
- accéder à un logement
- rester dans mon logement
  - être aidé dans la gestion de mon budget
  - être aidé dans mes démarches administratives

Je m'engage à :

- être présent aux RDV proposés
- effectuer les démarches nécessaires
- accepter des visites à mon domicile
- à signer la feuille d'émargement à chaque entretien.

signature

LE DÉPARTEMENT DE LA DRÔME  
MAYENNE DU DÉPARTEMENT, 23 AVENUE DU PAROISSIEN, 26000 VALENTIGNEY P. TEL : 04 75 79 26 26  
[www.drôme.fr](http://www.drôme.fr)

**b) LA PHASE DE DIAGNOSTIC :** Elle débute par la rencontre tripartite organisée par le prescripteur qui prend contact avec l'EMLT et le ménage, pour présenter l'action, le cadre de l'accompagnement (notamment l'adhésion) et les objectifs de la mesure. Cette rencontre permet le passage de relais et de clarifier le rôle de chacun. Le travailleur social prescripteur fait donc un état des lieux des difficultés. Cette phase de diagnostic est indispensable pour permettre au ménage de formuler ce qu'il souhaite et ce qu'il est possible de faire, réajuster les désirs des personnes à la réalité, **définir avec elles les objectifs et les moyens pour les atteindre**. L'organisme social à l'origine de la demande d'accompagnement reste informé de la situation tout au long de la mesure d'accompagnement par la transmission des différents documents par mail, par des appels téléphoniques ou des rencontres physiques. Les interventions sont coordonnées dans le respect des missions de chacun.

La phase de diagnostic de deux mois est finalisée par un **bilan à échéance du Diagnostic ASLL** transmis au Pôle Logement pour validation de la **préconisation**. Ce bilan va établir la nécessité d'une poursuite ou non vers une mesure d'accompagnement.

A l'issue du diagnostic, nous avons préconisé une poursuite de mesure en fonction de la problématique logement repérée, qui peut-être de la **recherche, de l'accès ou du maintien**.

30.01.2024

Le travailleur social réalise un accompagnement social et régulier tous les 15 jours ou plus, à domicile ou au bureau selon les besoins. Depuis le 1 janvier 2022, **2 rencontres mensuelles minimums sont obligatoires.**

Elles se déroulent une fois sur deux à domicile ou au bureau.

**Une fiche d'émargement mensuelle est mise en place pour chaque situation et doit être retournée au Pôle Logement à la fin de chaque mois pour comptabiliser le nombre de rencontres et souligner l'investissement des personnes.**

L'accompagnement social consiste à :

- Aider la personne à maîtriser son budget et traiter les difficultés financières.
- Soutenir le ménage dans ses démarches administratives.
- Permettre les ouvertures de droits.
- Conseiller sur la gestion du quotidien, informer et orienter si nécessaire.
- Veiller à l'appropriation du logement et à son entretien ainsi qu'au respect du contrat locatif.
- Favoriser l'intégration sociale et professionnelle avec un rôle de médiation si besoin.
- Apporter une écoute active et confidentielle.

## **II. CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTES MESURES :**

### **a) ASLL RECHERCHE :**

L'objectif de cette mesure est d'accompagner les ménages en les aidant à acquérir les outils nécessaires à la recherche d'un logement. Cela passe par une aide dans les choix à faire concernant le type de recherche à effectuer (type de logement, secteur, budget...). **Les motifs de la recherche de logement peuvent être de plusieurs ordres : loyers et charges trop élevés (logements énergivores), séparation, décès, changement du montant des ressources, changement du secteur géographique, logement inadapté lié à l'âge et enfin, expulsion locative.** Une aide à la recherche sera menée avec le **dépôt d'une demande de logement social systématique** qui permettra l'inscription des ménages au fichier des familles mal logées s'ils relèvent de ce dispositif. Contact avec les agences, bailleurs privés, accompagnement de visite de logement, instruction FULH accès, les ouvertures de compteur, changement d'adresse et assurance habitation. Les difficultés rencontrées lors de la recherche sont liées à l'absence de garant, des ressources modestes et/ou précaires et un manque d'information sur les démarches. On note également des difficultés dans l'organisation du déménagement et pour le versement du dépôt de garantie avant la signature du bail. Enfin, il est vraiment compliqué, pour les familles de 3 enfants et plus, de pouvoir trouver un logement dans le parc public (une chambre pour chaque enfant est indispensable pour certains bailleurs. Bien souvent, ce n'est pas la demande de la famille.)

### **b) ASLL ACCES :**

L'objectif de cet accompagnement est de soutenir les ménages éprouvants des difficultés d'ordres divers (premier logement, rupture familiale, souci de santé et d'âge, fragilité budgétaire...) à accéder dans de bonnes conditions au logement. Mais la problématique ne réside pas uniquement dans l'accès mais également dans toutes les **démarches administratives qui sont pour la majeure partie dématérialisées** (changement d'adresse sur impôt. Gouv), et pour les demandes d'aides financières.

Les principaux objectifs de cette mesure sont :

- Le soutien à la gestion locative qui se traduit par un accompagnement à la signature du bail, être présent lors de la réalisation de l'état des lieux, une aide à l'ouverture des compteurs d'énergies, assurance habitation, changement d'adresse ...
- L'appropriation du logement qui va de l'aide à l'apprentissage de l'entretien d'un logement, l'aménagement de celui-ci, l'utilisation des équipements, mais aussi favoriser le lien social avec l'environnement proche (voisin, associations de quartier) afin de permettre au ménage de se sentir bien dans son lieu de vie

- Amener à une gestion autonome des charges au travers d'informations données sur la gestion des flux, de conseils de bonne utilisation des équipements et la mise en place de prélèvements automatiques des charges.
- Accompagnement budgétaire, demande de prêt à la CAF uniquement pour les familles, sollicitation des associations caritatives, orientation vers le référent RSA pour une allocation d'insertion. Parallèlement, un travail est mené sur l'apprentissage de la gestion budgétaire. Quelquefois les situations sont tellement dégradées qu'il est envisagé une orientation vers une mesure de protection de type : curatelle, tutelle, MASP.
- Demande de SIAO : en fonction de la situation des personnes, notamment pour celles qui sont expulsées, il n'y a pas d'autres solutions que de faire une demande d'hébergement auprès du SIAO, **en partenariat avec le CMS**. Cette démarche pourra permettre à la personne de bénéficier d'un logement et d'un accompagnement adapté. Elle pourra se poser et mettre à plat sa situation budgétaire. Le problème est le délai de réponse du SIAO.

#### **c) ASLL MAINTIEN :**

L'objectif de l'ASLL maintien est de permettre aux ménages de régler leurs difficultés afin de prévenir entre autres un fort endettement, des coupures d'énergie, les expulsions ou si cela est déjà le cas de permettre une résolution complète ou partielle de ces difficultés.

Pour cela nous avons plusieurs modalités d'interventions :

- Travailler sur le budget : nous aidons le ménage à établir un budget en tenant compte de ses ressources, des charges fixes mensuelles. Nous évaluons aussi les dépenses liées à l'alimentation, à l'hygiène et aux consommations afin d'être au plus juste de leurs dépenses quotidiennes. Nous intervenons aussi dans la régularisation des dettes de loyer en améliorant les relations avec le bailleur, en proposant un plan d'apurement et en amenant une vigilance sur l'importance du respect du paiement du loyer courant. Mais nous constatons que la dette locative est souvent révélatrice d'autres dettes, il s'agira de les traiter et si leurs nombres et leurs montants sont trop élevés, de déposer un dossier de surendettement.
- Prévenir et/ou accompagner à l'expulsion : cette question du maintien du logement est quasi systématiquement abordée. En fonction des situations, nous allons mettre en œuvre des actions diverses : médiation avec le bailleur, demandes d'aides financières, demande d'apurement, dépôt d'un dossier de surendettement, accompagnement au tribunal, diagnostic de la situation pour la CCAPEX, voire même dépôt d'un dossier SIAO en cas d'expulsion pour éviter la mise à la rue...

À noter que les dettes peuvent être symptomatiques d'autres difficultés telles que des problématiques familiales, de santé (addiction, maladie mentale) et d'âge ...

#### **d) ASLL VEILLE :**

L'objectif de l'ASLL Veille est de poursuivre un accompagnement à l'attention des ménages qui ne sont plus éligibles ni à une nouvelle mesure ASLL recherche, Accès, Maintien, ni à aucune autre mesure d'accompagnement et pour lesquels aucun relais n'est possible. En revanche l'autonomie administrative et budgétaire demeure fragile et nécessite une intervention « restreinte » mais s'inscrivant dans la durée et la régularité.

Sur le terrain, nous constatons que le terme « restreint » n'est pas toujours adaptable aux situations et qu'il peut s'agir d'un accompagnement régulier et soutenu en termes de visites et de démarches.

Effectivement et notamment pour les personnes âgées dont l'état de santé peut évoluer rapidement et demander des réajustements constants en termes de besoins (APA, Hospitalisation à domicile, portage de repas etc..), la temporalité n'est pas la même.

Enfin, dans d'autres situations la veille permet d'éviter une répétition des problématiques traitées dans l'ASLL précédent et une rupture sociale, familiale et professionnelle. Notons que les demandes d'ASLL Veille sont

limitées au nombre de 10 par an et cela n'est pas toujours adapté aux besoins. Nous notons aussi un écart entre ce qui est écrit sur le marché public (possibilité de renouvellement sur plusieurs années) et les réponses négatives aux demandes de renouvellement ou de prolongation.

### **III. LE PUBLIC :**

Le public visé par l'ASLL concerne tout ménage, sans critère de ressources, éprouvant des difficultés particulières à accéder à un logement ou à s'y maintenir. Ces personnes cumulent souvent diverses problématiques : isolement, surendettement, logement inadapté, addictions, difficultés familiales, santé, problèmes de comportement (psychiatrie), et de plus en plus un public vieillissant. Elles sont généralement accompagnées et orientées par des assistantes sociales de secteur.

Cela fait quelques années que le constat reste identique. La majeure partie de nos accompagnements se composent de familles monoparentales et de personnes isolées. Nous constatons que ce public est majoritairement féminin. L'ASLL couvre une large mixité générationnelle puisque nous avons accompagné des personnes âgées de 18 à 89 ans. La problématique du logement n'a pas d'âge, ni de genre et concerne une population de plus en plus large. Effectivement on constate chaque année, l'accentuation de la précarité des ménages orientés.

**Nous partageons les constats publiés dans le rapport 2024 de la Fondation Abbé Pierre :**

*« Effondrement de la production de logements (dont la production de logements sociaux et très sociaux), mobilité résidentielle en berne, hausse des taux d'intérêt et des coûts des travaux, factures d'énergie insoutenables, raréfaction des terrains à construire : de nombreux indicateurs sont au rouge, et laissent craindre que les effets sociaux de cette crise se fassent sentir pendant des années. Pour les personnes mal logées, dans un contexte de montée de la pauvreté et des inégalités, cette réalité prend un tour dramatique »*

**Nous souhaitons, comme dans le rapport mettre l'accent sur l'habitat indigne, « l'un des reflets de la crise du logement et phénomène en renouvellement permanent, à la rencontre entre la dégradation d'un bâti et la vulnérabilité d'un ménage ».**

### **IV. EXPOSE D'UNE SITUATION :**

*Je vois Monsieur C. pour la première fois lors de la rencontre tripartite avec l'assistante sociale référente du centre médico-social au département. Monsieur a 62 ans, il est divorcé et d'origine portugaise. Il vit dans un logement du parc privé et a une dette de loyer. Il est bénéficiaire de l'allocation retour à l'emploi et doit très bientôt être à la retraite. Monsieur est malade et a une pathologie. Lors de ma visite à domicile je constate que Monsieur vit dans un entrepôt qui a été « réhabilité » en logement. Je me suis mise en lien avec le service hygiène et sécurité de la ville de Montélimar afin de prendre un rendez-vous. Nous échangeons sur les différentes procédures à mettre en place. Nous remplissons ensemble un signalement et un fichier familles mal logées. J'ai contacté tous les bailleurs sociaux en les alertant de l'urgence de la situation. Nous travaillons ensemble avec Monsieur C. sur les objectifs que l'on se fixe. Le premier étant de se reloger en urgence.*

*Nous avons ensemble déposé un dossier auprès de l'AIVS (Agence Immobilière à Vocation Sociale), un fichier DALO (Droit Au Logement Opposable), mais aussi j'ai pu suivre le budget en lien avec l'assistante sociale et vérifier qu'il n'y a pas de rupture de ressources, relancer les bailleurs publics pour un logement.*

*Je reçois un appel d'un bailleur afin de proposer un logement à Monsieur. Je l'accompagne pour la visite et la signature du bail.*

*Nous nous revoyons avec Mr C. pour l'état des lieux. Mr récupère les clés de son logement. Il va voir auprès de son fils pour organiser son déménagement. Il me donne des devis, il a pu se déplacer. Je vérifie les montants. Tout me semble correct. Je lui fais signer tous les documents relatifs aux différentes demandes.*

*Je propose à Monsieur de venir le visiter dans quinze jours et de faire un point sur ses besoins, les demandes d'aides et sur son budget. e revois régulièrement Monsieur (2 fois par mois) et actuellement la mesure d'ASLL est toujours active. A ce jour, Monsieur a investi son logement mais une fragilité psychologique est présente. Je travaille en lien très étroit avec son assistante sociale car nous souhaiterions aborder avec Monsieur C, une mesure de protection.*

## **V. LE PARTENARIAT ET LES PARTICULARITES LOCALES :**

Pour répondre à l'ensemble des problématiques rencontrées, nous travaillons avec une pluralité d'acteurs locaux et départementaux :

- CMS : nous avons développé un partenariat privilégié. Vous trouverez en pièce jointe un schéma explicatif concernant nos relations professionnelles
- CCAS (aides alimentaires et financières)
- Bailleurs sociaux (liens et négociations)
- ADLS
- Mission locale
- Pôle emploi, chantiers d'insertion
- CPAM (gestion dossiers CSS et questions diverses)
- Associations diverses : Service Fulh de l'EMLT, Fond social de l'EMLT Action logement, Cap emploi, APTE et Drome insertion, CLCV, services à la personne dans le cadre PCH (par exemple), Secours Populaire, Centre de ressources, UFC Que choisir...
- La CAF
- DAC 26
- CMP, infirmiers EMPP, SAVS, Infirmières libérales, ANPAA, TEMPO, accueil santé de l'Entraide.
- Pôles asiles (Diaconat, asile.com.)
- Le SLIME
- TEMPO et France Addiction
- Les municipalités et communautés d'agglomération (notamment la CIL) du « lot 6 Montilien ».

Nous tenons à souligner le travail en étroite collaboration avec l'équipe du pôle logement et celle du CMS. Les secrétaires du pôle logement : nous pouvons les interpellier en cas de difficultés administratives, telles qu'un bon de commande ou une date de renouvellement. Nous souhaitons mettre en avant le partenariat riche et soutenu avec les assistantes/ assistants sociaux du CMS et leur direction.

### **I. PARTICULARITES LOCALES**

Bien que la pauvreté se concentre majoritairement dans le centre urbain, elle ne se cantonne pas à ce territoire. **Les inégalités territoriales se creusent et entraînent une fracture sociale dans les quartiers prioritaires.**

Le centre ancien, Nocaze et les quartiers Ouest sont paupérisés et entraînent un sentiment d'exclusion des habitants de ces zones et de rejet à cause de l'insécurité et des représentations sociales collectives liées à ces quartiers. **Le milieu urbain et le milieu rural constituent 2 dimensions géographiques très contrastées obligeant une offre de service public très disparate.**

Immanquablement, la Drôme va être confrontée à un enjeu autour du vieillissement de sa population et autour de la précarité de manière plus globale. Concernant les familles, nous constatons qu'elles sont nombreuses à être allocataires d'une prestation familiale. Nous sommes en difficulté pour loger les familles de plus de trois enfants. En effet, l'offre de logements n'est pas adaptée à cette composition. De plus les bailleurs nous informent que le nombre de pièces par résidence principale doit être en adéquation avec le nombre de personnes vivant au foyer. Une chambre par enfant est obligatoire pour respecter les critères des bailleurs sociaux. Il est à noter que malgré une croissance de la création d'emplois, la Drôme connaît un fort taux de

chômage. La précarité est donc bien réelle. Pour les personnes âgées, selon l'INSEE, les personnes bénéficiaires de l'APA ont augmenté de près d'un tiers ces dernières années.

Sur le volet du handicap, le nombre de demandes déposées à la MDPH est supérieur à la moyenne nationale. On constate également que la part des bénéficiaires de la PCH est supérieure aux moyennes nationale et régionale.

La diversité des aides rend possible l'adaptation et l'aménagement des logements des personnes âgées et des personnes handicapées. Pour autant, la tendance à l'augmentation des besoins par l'avancée en âge des personnes handicapées et l'augmentation du nombre de personnes très âgées renforcent la nécessité de développer et de soutenir les dispositifs de prévention de la perte d'autonomie et d'accompagnement de la dépendance.

#### **IV- DIFFICULTES RENCONTREES**

##### **a) Les outils et cadre d'accompagnement.**

- Bon de commande : plusieurs numéros pour une même personne, délais courts à respecter pour l'ouverture de la mesure.
- Fiche d'émargement avec obligation de signature : souvent 1 seule personne dans le couple s'investit dans l'accompagnement. Selon les problématiques (physiques et psychoaffectives), la demande d'une signature est inadaptée à la situation.
- Le diagnostic sans suite peut correspondre à un temps d'expertise sociale de 2 mois et pourtant facturé qu'un seul.
- La mesure Veille : il est défini dans le marché que l'accompagnement peut être réalisé pour une période de 6 mois reconductible, sur une durée maximum de 4 ans. Toutefois dans les faits, les mesures veilles ne sont pas renouvelées plus de 2 fois.

##### **b) Les pratiques et représentations**

- VAD compliquée selon certaines situations (personnes hébergées, habitat indigne, encombrés, infectés, personnes agressives, malades...)
- Les personnes accompagnées, pour reprendre leur terme, ressentent le nouveau marché public comme « plus contraignant » : notamment pour les usagers qui bénéficient d'une ASLL recherche avec l'obligation de visites à domicile une fois sur deux. Effectivement, ils sont bien souvent hébergés et/ou dans un habitat exigu et ne souhaitent pas nous recevoir car ils ressentent une certaine gêne/honte. C'est la même chose dans le cadre des expulsions locatives ou le logement représente pour eux un lieu de souffrance.
- Le temps de travail est plus conséquent pour les personnes vivant en milieu rural : le temps d'y aller, le temps du rendez-vous souvent plus long à domicile, le temps du retour au bureau, le temps du travail administratif à réaliser (scan, photocopies, mails, lien partenaires, envois postaux...).
- Les accompagnements ont évolué au regard de l'accentuation de la précarité : les problématiques sont multifactorielles et la conjoncture défavorable tant au niveau économique, social et administrative (Cf. Rapport 2024, fondation Abbé Pierre).
- L'analyse de la situation en amont de l'ASLL : quelquefois les demandes d'ASLL sont instruites à l'issu d'un seul entretien et l'évaluation reste très subjective quant à la situation de la personne.
- La réforme de la CAF en 2021 a généré des délais de traitement plus longs, des calculs de droits erronés et a eu des incidences sur nos accompagnements. Les mesures requièrent un temps supplémentaire pour le rétablissement des ressources et la prise en compte des allocations logement pour les nouveaux locataires.
- Un plan d'action morcelé en plusieurs mesures et bons de commande : perte de sens éducatif et exhaustivité du travail administratifs. La logique du parcours d'accompagnement (via un Projet personnalisé et plus de distinctions entre des mesures et bons de commandes) serait intéressante à mettre place, car au plus près des rythmes, besoins et moyens des personnes accompagnées.

## **II. ACTION COMPLEMENTAIRE MENEES PAR NOS SERVICES :**

En lien avec notre **équipe de bénévoles** et la **banque alimentaire** notre service l'EMLT propose et prépare des colis alimentaires hebdomadaires aux personnes accompagnées. Cela se fait sur prescription du travailleur social référent (selon un coefficient établi en interne). Nous orientons aussi régulièrement les personnes accompagnées auprès de l'équipe bénévole et pluridisciplinaire de l'Accueil santé (médecin, pédiatre, infirmière, psychothérapeute, sagefemme...) de l'EMLT.

Cette année, nous avons organisé tous les mois des réunions socioéducatives d'ASLL en interne, notamment sur l'analyse des situations les plus difficiles. Nous nous rencontrons aussi une fois par semaine entre **Instructrices pour maintenir l'organisation rigoureuse qu'exige la cadre du marché** (répartition des nouvelles mesures-bons de commande, évaluations des plans d'actions, gestion tableau d'activité organisation réunion tripartite...)

Nous comptons également sur les **équipes éducatives (RSA, FULH, IML...)**

L'accompagnement au quotidien nous confronte à rencontrer des personnes de plus en plus isolées et en manque d'interaction. Alors, pour égayer l'année 2023, nous les avons conviés à la **fête de l'été** avec la participation d'un groupe de musique, une paëlla réalisée sur place et offerte par le Diaconat, des ateliers jeux et maquillage. A l'automne un **vide-dressing** a été organisé et proposé à des prix très modiques, et en fin d'année, une **fête de Noël** avec l'intervention d'un magicien et la présence du Père Noël pour la distribution de cadeaux aux enfants. Femmes et hommes étaient présents avec une grande mixité générationnelle. Cette transversalité a permis de faire émerger des propositions en termes d'entraide, de mobilité et de parrainage. Les personnes souhaitent renouveler ces échanges de façon ludique.

Nous démarrerons l'année 2024 avec une **galette des rois** offerte à toutes les personnes accompagnées dans le cadre de l'ASLL.

*« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite »*

Henri Ford

Bilan élaboré par l'équipe éducative et la Direction.

31.01.2024  
J.BETHOUX  
Cheffe de service



30.01.2024

## **BILAN FINAL DES ACTIONS LOCALES DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE**

### **PRESENTATION GENERALE DE L'ACTION**

<b>Nom du promoteur</b>	<b>DIACONAT PROTESTANT 26-07 Etablissement Entraide MONTELIMAR-LE TEIL</b>
<b>Intitulé de l'action</b>	<b>Médiation santé et Accueil Santé 14, chemin de Géry 26200 MONTELIMAR</b>
<b>Année de déroulement de l'action</b>	<b>2023</b>
<b>Montant de la subvention octroyée par l'ARS</b>	<b>119 805 € pour la totalité de l'action du Diaconat Protestant</b>
<b>Rappel du numéro de dossier</b>	<b>2019-PPS-326</b>
<b>Date de saisie de la fiche bilan</b>	<b>31/03/2023</b>

## RESULTATS DES INDICATEURS DE PROCESSUS INSCRITS DANS LE DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION

### 1- L'action a-t-elle démarré comme prévu ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- date de début des actions (respect du calendrier)	Continuité de l'action démarrée en 2019 sur 2022	Action menée toute l'année 2023

### 2- Les actions réalisées se sont-elles déroulées selon les modalités prévues ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- type d'intervention (sensibilisation, formation, atelier collectif, soutien individuel, ...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter l'accès aux soins</li> <li>- Faciliter l'accès aux droits</li> <li>- Réaliser un accompagnement aux soins</li> <li>- Mettre en lien et orienter vers le droit commun</li> <li>- Réaliser des actions de prévention et de sensibilisation</li> <li>- Permettre un accompagnement psychologique</li> </ul>	<p>L'accueil des patients est inconditionnel. Nous priorisons malgré tout, les personnes exclues et en grande grande précarité, sans droit à l'assurance maladie.</p> <p>La présence de bénévoles disponibles dès l'accueil aide à construire un lien stable avec la personne, en prenant le temps d'une écoute et d'un discours confidentiel et préventif sur les questions de santé et vie sociale.</p> <p>Les actions principales de l'accueil santé sont la médiation en santé et la prévention.</p> <p>L'accueil santé est un lieu pluridisciplinaire. On y vient pour voir un médecin ou autre praticien selon ses besoins de santé mais aussi pour poser des questions,</p>

demande de conseils, se rassurer, comprendre des courriers, des documents, des résultats d'examens en rapport avec la santé au sens de large (Cf : définition de l'OMS). Les patients viennent également pour obtenir une aide à la prise des RDV médicaux sur le territoire (car rendue quasi impossible pour les patients allophones), ainsi que pour savoir où s'orienter dans son parcours de soins.

Nous permettons aux patients de s'approprier les informations utiles sur la santé, les maladies, les traitements, les moyens de prévention. Nous sensibilisons et éduquons de manière préventive aux questions de santé (sexualité, addiction, contamination, enfance....)

Nous les aidons à utiliser de manière optimale les services de santé, à s'impliquer dans les choix relatifs à leur propre santé.

La transmission des informations s'effectue à l'oral, par la distribution de flyers ou de brochures (santé publique France, santéBD, IREPS), par l'affichage de prévention en santé en salle d'attente et dans les bureaux (hépatites, VIH, déterminants de la santé, compétences psychosociales, violences conjugales...)

Action sur la réduction des risques en mettant à disposition du

matériel de prévention (préservatifs, brosse à dent et dentifrice, kit d'arrêt du tabac ...) ou en orientant vers une structure qui en distribue.

Notre but est de donner une place d'acteur à chacun dans leur accompagnement, avec au premier plan les notions de participation et de construction collective.

Autrement dit, il s'agit de promouvoir une démarche axée sur l'autonomisation de la personne, et attentive aux contextes sociaux, aux environnements dans lesquels s'inscrivent les individus.

Toute l'équipe s'accorde à adopter une posture d'accompagnement qui consiste à faire avec la personne et non à sa place, sans jugement, en s'appuyant sur ses ressources et en valorisant celles-ci (savoirs, savoir-être, savoir-faire).

Nos interventions sont multiples :

- 1 permanence par semaine avec l'infirmière pour assurer la consultation médicale en binôme et les soins locaux chaque mardi de 14h à 17h + 3 heures pour la coordination des parcours de soins complexes, gestion des DASRI et du matériel, commandes et gestion de la PHI, gestion du planning et des tâches administratives (création de documents de travail, statistiques...). Intervention sur d'autres plages horaires si nécessaire pour les accompagnements

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 permanence par mois (depuis août) d'un de nos médecins bénévoles au centre de vaccination publique en partenariat avec le département de la Drôme</li> <li>- 1 permanence kinésithérapeute</li> <li>- 1 permanence sage-femme</li> <li>- 1 permanence psychothérapeute</li> <li>- 1 permanence PASS (aide administrative d'accès au droit commun et santé publique)</li> <li>- 2 permanences médicales</li> <li>- 1 permanence pédiatre</li> <li>- actions collectives ponctuelles par une conseillère conjugale du centre de santé sexuelle</li> </ul>
<p>- nombre d'interventions</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 permanences par semaine sans RDV avec les 2 médecins généralistes bénévoles le mardi de 14h à 17h et le mercredi de 09h à 12h</li> <li>- 1 permanence par semaine sur RDV avec la pédiatre bénévole le jeudi de 14h à 17h</li> </ul> <p><b>File active pour les médecins : 385 personnes.</b></p> <p><b>Consultations médicales (pédiatre inclus) : 792 consultations.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-1 à 2 permanence par mois (depuis août) d'un de nos médecins bénévoles au centre de vaccination publique en partenariat avec le département de la Drôme :</li> </ul>

		<p><b>74 personnes vaccinées en 5 consultations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 permanence par semaine avec l'infirmière pour assurer la consultation médicale en binôme et les soins locaux chaque mardi de 14h à 17h</li> <li>- 2 permanences par semaine avec la kinésithérapeute le lundi de 14h à 17h et le jeudi de 9h à 12h :</li> </ul> <p><b>135 séances</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 permanence par semaine avec la sage-femme chaque jeudi, sur RDV de 9h à 10h et sans RDV de 10h à 12h :</li> </ul> <p><b>20 patientes suivies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 permanence par semaine avec la psychothérapeute chaque lundi de 14h à 17h, à l'accueil santé ou à son cabinet à Montélimar :</li> </ul> <p><b>19 patients suivis et 72 consultations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 « permanence délocalisée » de la PASS du GHPP de Montélimar chaque 1<sup>er</sup> mardi du mois de 14h à 16h :</li> </ul> <p><b>16 patients reçus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- plus de secrétaire depuis janvier 2022</li> </ul>
<p>- nombre de lieux d'intervention</p>	<p>Accueil santé 14 chemin de Géry 26200 Montélimar</p>	<p>Le lieu reste inchangé et s'avère peu adapté au nombre de personnes reçues. Il ne propose pas de véritable salle d'attente ni de lieu dédié à la confidentialité nécessaire des patients reçus par les bénévoles accueillantes.</p>

### 3- Le public ciblé a-t-il été touché ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
<p>Participation des usagers à l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les bénéficiaires de l'action ont-ils été inclus dans le montage du projet ?</li> <li>- nombre de bénéficiaires ayant participé au montage de l'action et rôle(s)</li> </ul>	<p>L'accueil santé adossé aux services de l'entraide Montélimar-Le Teil permet de prendre en compte les besoins exprimés par les personnes fréquentant le lieu.</p>	<p>Les listes d'attente sont toujours effectives concernant la kinésithérapie et la psychologue.</p> <p>Nous sommes régulièrement sollicités par différentes associations concernant les visites primo arrivants. Arrivée prévue pour 2024 d'un nouveau médecin et d'une infirmière bénévole pour la création d'une équipe « primo arrivants » afin de reprendre ces consultations en lien avec l'HUDA de Montélimar</p> <p>Le souhait évoqué par les usagers est de bénéficier de soins bucco-dentaire car il est impossible d'obtenir des rendez-vous chez un dentiste sur le bassin montilien</p> <p>⇒ <b>Perspectives 2024</b> : accueil d'un nouveau bénévole chirurgien-dentiste si l'on accède à un local adapté, d'un 3<sup>ème</sup> médecin généraliste bénévole et d'une 2<sup>ème</sup> infirmière bénévole.</p>

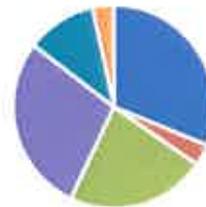
- typologie des  
bénéficiaires ciblés

Personnes en grande  
précarité sans domicile  
ou précaire économique  
ou  
Etrangers déboutés du  
droit d'asile.  
Les personnes  
rencontrées souffrent de  
pathologies physiques  
et/ou psychiques.

Nous rencontrons de plus en plus de  
personnes qui viennent par défaut en  
raison des difficultés d'accès à un  
médecin traitant.

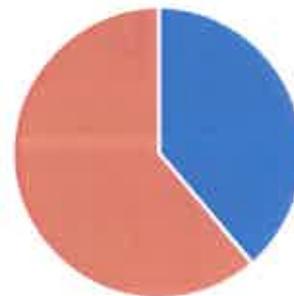
Nous constatons que depuis l'arrivée de  
la pédiatre, plus le fait que la PMI n'a  
pas eu de médecin cette année, la  
tranche d'âge majoritaire est celle des  
moins de 15 ans (31%). L'Accueil Santé  
est malgré tout fréquenté par toutes les  
générations. Nous maintenons  
l'obligation pour les mineurs d'être être  
accompagnés par un adulte.

Ages



■ moins de 15 ans ■ Entre 15 et 18 ans  
■ Entre 19 et 30 ans ■ Entre 31 et 50 ans  
■ Entre 51 et 64 ans ■ Plus de 65 ans

Sexes



■ Femmes ■ Hommes

		<p>Nous constatons toujours une majorité de personnes venant de la zone hors union européenne, ce qui nous amène à recourir très fréquemment à l'interprétariat par téléphone via ISM interprétariat</p> <div data-bbox="853 459 1380 1041"> <p style="text-align: center;"><b>Nationalités</b></p> <p>■ Française ■ Union européenne</p> </div>
<p>- nombre de bénéficiaires touchés lors des interventions</p>		<p><b>File active 385 personnes pour les seules consultations médicales</b></p> <p><b>792 consultations médicales au total pour 3 demies-journées de permanences médicales par semaine (médecins généralistes + pédiatre)</b></p> <p><b>Il a été réalisé 135 séances de kinésithérapie</b></p> <p><b>20 femmes ont pu bénéficier d'un suivi sage-femme</b></p> <p><b>19 personnes ont pu bénéficier d'un suivi psychothérapeutique</b></p>

- degré de satisfaction des bénéficiaires	Développer l'adhésion à l'offre de soins	Chaque permanence se prolonge quasi systématiquement hors horaires de fermeture et nous voyons refuser des patients à chaque permanence médicale.
---	--	---

#### 4- Le(s) territoire(s) visé(s) a(ont)-t-il(s) été touché(s) ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- nom des territoires bénéficiaires de l'action	Bassin de vie de Montélimar	Bassin de vie de Montélimar

#### 5- Le partenariat prévu a-t-il été respecté ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- nombre de partenaires impliqués dans l'action	Développement du partenariat	25 partenaires
- liste des partenaires ayant participé à l'action et étape de mise en œuvre de la collaboration	- Infirmier EMPP - CMP - Association France Addiction - TEMPO	GHPP de Montélimar Service PASS de Montélimar Service ELSA GHPP Montélimar Centre Hospitalier Spécialisé Sainte-Marie à Privas EMPP et CMP de Montélimar

	<p>- CH de Montélimar et PASS</p>	<p>Association France Addiction  TEMPO  Centre médico-social de Montélimar  CCAS  Cabinet IDEL  Centre de santé sexuelle  Centre médical de santé  Centre social Colucci  ADOMA  CIDFF  CPTS Portes de Provence  Croix-Rouge  DAC 26  HUDA  Foyer Matter  Groupe Marcel Pagnol  CLS Montélimar  Accueil de jour l'Abri  PMI  Restos du cœur  Samu social  Collectif santé précarité  CPAM</p>
<p>- valeur ajoutée du/des partenariats</p>	<p>- Développement de l'offre de soins par la collaboration auprès de partenaires portant des valeurs similaires</p> <p>- reconnaissance de la structure</p> <p>-Facilitation de l'accès aux soins par un accompagnement de proximité rassurant pour le partenaire et le bénéficiaire</p>	<p>L'accompagnement pluri-professionnel, inconditionnel, sans jugement, coordonné avec les acteurs de la santé du territoire permet aujourd'hui d'amener une partie du public à l'adhésion aux soins.</p> <p><u>Le lien étroit avec les équipes éducatives de notre association HUDA, L'EMLT, Les ACT, LHSS...)</u> nous permet de renforcer l'approche préventive du soin et d'adopter une forme de médiation dans le cadre du secret partagé entre salariés d'une même association.</p> <p>L'accès aux rendez-vous est également facilité.</p>

6- Une communication autour de l'action a-t-elle été menée ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
<p>- type de communication réalisée autour de l'action</p>	<p><b>Au niveau des usagers :</b>                      -Affichage                      -Rencontres et échanges</p> <p><b>Au niveau des partenaires :</b>                      -Affiche                      -Rencontres                      -Réseaux</p>	<p><b>Pour les usagers :</b></p> <p>-Les dates de consultations font l'objet d'un affichage dans les locaux de l'EMLT et sur la porte de l'accueil santé de Montélimar.</p> <p>- actualisation régulière des flyers</p> <p><b>Pour les partenaires :</b></p> <p>-création d'une fiche partenaire qui regroupe toutes les prestations de santé</p> <p>Création d'un répertoire partenaire et mail-List</p> <p><u>C'est au cours des réunions, invitations et participations aux manifestations de réseaux</u> que l'infirmière peut présenter la structure et ses actions, solliciter un partenariat efficient. Cela permet de développer et d'identifier de nouveaux partenaires aux compétences complémentaires.</p> <p>Participation au COPIL de la PASS de Montélimar                      Réunion CPAM 26 avec mise en place de « l'espace partenaires »                      Participation aux portes ouvertes du nouveau CMP</p>
<p>- dans quelle mesure cette communication a-t-elle valorisé votre action ?</p>		<p>L'affichage non seulement permet l'information mais aussi une démarche autonome de la part de l'utilisateur qui peut solliciter des RDV lors des permanences, par téléphone ou encore par mail.</p>

**7- Le budget prévu a-t-il été consommé ?**

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- niveau de consommation du budget  -présence de co-financements		Pas de co-financement Voir compte de résultat annexé

**8- Une réunion de cadrage (ou comité de pilotage) a-t-elle été organisée pour planifier et suivre le déroulement de l'action ?**

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- nombre de réunions de cadrage (ou comité de pilotage)		- 4 réunions d'équipe « accueil santé » avec la cheffe de service dont 1 réunion avec la DG
- date de la(des) réunion(s) de cadrage (ou comité de pilotage)		21/02 16/06 20/10 14/12
- composition des membres de la réunion de cadrage (ou comité de pilotage)		Tous les bénévoles participants à l'action + cheffe de service + directeur+ infirmière salariée + éducatrice référente santé salariée.

- apports issus de cette/ces réunions		Diagnostic partagé, mise en mouvement, plan d'action coconstruit, définitions d'axes de travail prioritaires. Harmonisation et/ou mutualisation des outils, élaboration de protocoles, mise en commun des ressources.
---------------------------------------	--	---

### 9- Autres indicateurs suivis par l'opérateur

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
--------------------------	----------------------------	-----------------------------------

## ANALYSE GLOBALE DE L'ACTION

Chaque permanence médicale se prolonge souvent hors horaires de fermeture et nous nous voyons refuser de nombreux patients.

Les listes d'attente sont toujours effectives concernant la kinésithérapie et la psychologue.

La problématique bucco-dentaire et l'impossibilité de trouver un dentiste sur le bassin montilien mettent en exergue la problématique de l'antibiorésistance, stratégie nationale 2022-2025 du ministère des Solidarités et de la Santé.

Nous avons rencontré plusieurs bénévoles dont 1 médecin généraliste et 1 chirurgien-dentiste qui souhaiteraient s'impliquer au cours de l'année 2024.

Nous espérons qu'ils pourront agrandir très prochainement notre équipe afin de proposer différentes compétences dans le domaine de la santé.

### Points négatifs / à améliorer

Fréquence des réunions internes et partenariales

Absence de temps de travail secrétariat

Difficulté d'orienter les personnes vers un médecin traitant au regard de la pénurie. Celle-ci touche davantage encore les spécialistes, ce qui ne favorise pas l'accès aux soins dentaires (qui par ailleurs sont devenus quasiment inaccessibles) et de plus en plus dans d'autres domaines (infectiologie à Valence). Les délais pour les rendez-vous sont nettement allongés, ce qui rend compliquée l'adhésion aux soins de personnes qui ont un rapport au temps et à l'urgence différents de la norme des professionnels et qui, le plus souvent, relève de réelles urgences.

Des locaux exigus au regard du nombre de personnes fréquentant les lieux qui freine le recrutement de nouveaux bénévoles et le développement de l'accueil santé. De plus le manque de salle d'attente ne permet pas de respecter la confidentialité des échanges.

Une charge de travail pour l'infirmière qui augmente. L'infirmière gère des situations complexes par des actions de coordination, de médiation en santé et d'accompagnement physique afin d'atteindre l'objectif essentiel de réinscrire les usagers dans un parcours de soins.

Infirmière formée aux Tests Rapides d'Orientation Diagnostique mais le Diaconat n'a pas l'habilitation pour la mise en œuvre des dépistages.

### Points positifs

Rencontres avec plusieurs bénévoles médecin et chirurgien-dentiste qui souhaiteraient s'impliquer au cours de l'année 2024

**La proximité de soins en plein centre-ville.**

**La reconnaissance et la sollicitation des partenaires qui identifient parfaitement la structure aujourd'hui du fait du travail de médiation de l'IDE.**

**La bienveillance et la solidarité de l'équipe bénévole.**

**Perspectives envisagées pour votre action (dans l'hypothèse d'une demande de reconduction de votre action)**

- Poursuivre l'action actuelle en espérant le déménagement des locaux et plus de temps de travail salarié (secrétariat, IDE)
- Obtenir l'habilitation pour la mise en place des TROD et accès le travail sur la prévention.

**Date : 31/03/2024**

**Signature du représentant légal  
(Nom et cachet)**

# **RAPPORT D'ACTIVITÉ**

## **2023**

### **ACT LE TEIL**

#### **Définition**

Les ACT sont des structures médico-sociales qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ces structures ont pour objectif d'optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, par la mise en œuvre d'une coordination globale.

L'appartement est un lieu stable où leurs problèmes de santé peuvent enfin, ou à nouveau, être pris en charge sérieusement sur la durée, où une éducation thérapeutique et à l'hygiène sont disponibles.

Les ACT sont un hébergement temporaire. La durée de séjour est définie entre la structure et la personne hébergée sur la base d'un projet individuel. La durée moyenne d'hébergement est de 18 à 24 mois.

## **Les objectifs**

- Accéder à un logement adapté
- Permettre l'accès aux soins médico-psychologiques
- Accéder à un accompagnement social et administratif

L'objectif ultime est bien entendu l'autonomie aussi complète que possible dans le cadre d'une réinsertion sociale.

## **En pratique**

Les demandes d'admission se font par l'envoi (postal ou email) d'un dossier (1 volet médical confidentiel et 1 volet social) à l'équipe soignante du dispositif, et proviennent des services sociaux en contact avec les candidats (services hospitaliers, associations, PASS...).

Les personnes sont accueillies dans un logement meublé, sur la commune du Teil. Nous disposons de 4 appartements.

L'accompagnement individuel proposé fixe des objectifs en matière de soins, d'éducation thérapeutique et d'insertion sociale.

L'équipe qui assure cet accompagnement se compose de deux éducatrices, d'une infirmière coordinatrice, d'un médecin vacataire et d'un chef de service.

## **Les publics**

Les personnes accueillies ont toutes un parcours de vie chaotique marqué par, outre les manques d'argent, des carences affectives, des violences, une instabilité professionnelle et relationnelle aboutissant à une mésestime de soi.

La maladie chronique entraîne une réaction émotionnelle et une confrontation à une nouvelle réalité. C'est un processus d'acceptation fait de différentes phases de maturation psychique (cf. pièce-jointe « Impact individuel de la maladie chronique »).

**6 personnes (6 hommes) ont été accompagnées tout au long de l'année 2023.**

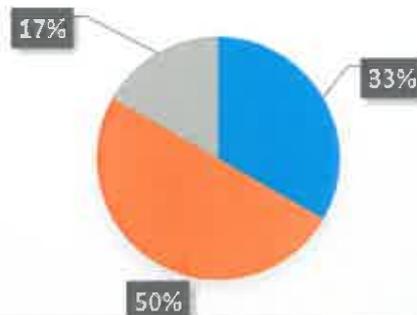
## situation médicale des personnes à leur entrée en ACT



- orthopédie
- troubles neurocognitifs
- pathologie pulmonaire chronique

## Comorbidités associées

- troubles psychiatriques
- addiction
- obésité



## Tranches d'âge



## Situation d'hébergement à l'entrée

100%

- hébergement provisoire et précaire



### Taux d'occupation

Prévisionnel = 365 jours X 4 = 1460 jours

Réalisé = 1345 jours soit **92.12 %**

### Les sorties du dispositif

Nous avons effectué 2 sorties cette année.

La durée moyenne de séjour a été de **411 jours**.

### Les demandes

20 candidatures refusées dont :

- 8 refus car la personne est sans ressource ou en situation irrégulière
- 7 refus en raison d'une absence de place disponible
- 1 refus car la personne nécessite une prise en charge hospitalière
- 1 refus car les modalités d'accueil ne permettent pas d'accueillir la personne
- 1 refus en raison des conduites addictives
- 1 refus car le dossier est hors critères médicaux (pas de pathologie, pas de pathologie chronique, pas de nécessité de coordination médicale)

### Partenariats et conventions en 2023

Association addictions France

ACT Valence / LHSS Valence

EMPP et PASS Montélimar

Les Clefs CSC Le Teil

Banque alimentaire et Secours populaire Le Teil

CDOS 07

Collectif santé précarité

### Les sorties / activités

Repas au restaurant au village médiéval de Viviers  
2 représentations au festival de cirque d'Alba-la-romaine  
Séance massage chez l'esthéticienne  
Visite du musée de la céramique suivi d'un atelier initiation poterie à Dieulefit  
Goûter au local des ACT

### La participation et l'expression



Conformément à la Loi 2002-2, la participation et l'expression des personnes accompagnées sont recherchées. Des Conseils d'expression sont organisés par l'équipe des ACT, en présence du chef de service, pour favoriser cette expression et recueillir la parole des hébergés.

A titre d'exemple, le conseil d'expression du 22 septembre 2023 a réuni les 3 personnes accueillies, une éducatrice, l'infirmière, le médecin et le chef de service. A cette occasion, les hébergés ont pu exprimer leurs ressentis sur leurs vécus au Teil, leur intégration dans la vie locale et le tissu social, leur manière d'habiter, leurs besoins...

Voici une série de paroles prononcées à cette occasion :

*« C'est vraiment sympa de faire des sorties en dehors du Teil. Se retrouver tous ensemble dans un lieu qui n'est pas le quotidien. »*

*« Ce qu'il me manque, c'est une occupation pour arrêter de gamberger, de réussir à moins boire. J'ai vraiment besoin de m'occuper, c'est pourquoi je souhaiterai faire du bénévolat. »*

*« Je consacre une bonne partie de mon temps à cuisiner sain car l'alimentation c'est important. »*

*« Quelque chose qui m'aide à aller de l'avant ? Penser à mes enfants. »*

De ces échanges découlent des réflexions et propositions d'équipe, tant sur le plan des accompagnements individuels que dans une dynamique collective. Cette parole des hébergés

se prolonge à travers de nombreux autres supports : café discut', sorties culturelles, repas partagés...

L'évaluation externe du mois de mai 2023 fait d'ailleurs apparaître la qualité d'offre de service en matière d'expression et de participation.

### **Une évaluation externe**

Une évaluation externe du service a été réalisée en mai 2023 (par le cabinet Socrate). Cette évaluation fait apparaître des marges de progression sur :

- Des besoins de formation des professionnels plus réguliers sur la bientraitance et sur les bonnes pratiques,
- L'engagement de l'établissement dans des actions innovantes,
- L'optimisation du circuit du médicament,
- La prévention et le traitement du risque infectieux,
- La définition d'un plan de prévention des risques de maltraitance et de violence,
- Le recueil des plaintes et des réclamations.

Un travail d'amélioration de l'ensemble de ces critères s'engage dès à présent, au regard des indicateurs et des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

### **Un accompagnement médico-social de proximité**

L'équipe médico-sociale des ACT propose 4 appartements équipés et situés à proximité du centre-ville. Ces logements sont accessibles, de plein pied et relativement proches du CHRS.

Les visites à domicile sont proposées de manière hebdomadaire, tant par l'équipe éducative que par l'équipe médicale.

La présence hebdomadaire du médecin (3 heures le mardi matin) permet un suivi et une coordination des soins. L'infirmière joue un rôle essentiel dans cette coordination : elle met en place les relais nécessaires à une prise en charge adaptée des patients.

Un projet médicosocial personnalisé permet une coordination de l'équipe éducative et de l'équipe médicale ainsi qu'une fluidité dans l'accompagnement et le parcours des personnes accueillies. Ce projet fait l'objet d'évaluations régulières pour ajuster en permanence les objectifs de l'accompagnement, au plus près des besoins de la personne.

#### **Vignette Clinique :**

Nous avons reçu le dossier de candidature sur l'appartement ACT de M. R ainsi que ses 2 enfants en garde alternée. Cette orientation a été faite par le dispositif AVDL du Teil.

Monsieur est arrivé sur le dispositif ACT le 27/01/2023. Il a été expulsé de son logement social le 24 août 2022, suite à plusieurs non paiements de loyer. Il était en sous location puis dans sa voiture à la rue. Monsieur a une dette de loyer auprès de son bailleur social. Il a deux enfants adolescents, Matéo\* son fils qu'il voit rarement car il est à l'internat et Camille\* sa fille qui vit une semaine sur deux avec lui. Avant son accident de travail Monsieur travaillait en usine en tant que margeur dorure.

(\* prénoms d'emprunt).

Monsieur a des soucis de santé avec notamment une opération du pied à prévoir. Il a régulièrement des rendez-vous au centre anti-douleur de Nîmes.

Outre l'accès aux soins, sa demande ACT a donc pour objectif de pouvoir travailler l'insertion sociale vers le logement. Après un premier rendez-vous de rencontre avec le chef de service, l'éducatrice, l'infirmière et le médecin de la structure, l'admission s'est ensuite faite sur l'appartement pour un contrat d'hébergement de 6 mois (renouvelable suivant l'avancée de la situation).

#### Déroulé de l'accompagnement :

Nous avons tout d'abord pris le temps de l'installer dans le logement afin qu'il puisse se sentir bien accueilli (préparation literie, meubles...) et nous l'informons des numéros à appeler en cas d'urgence. Le CHRS Urgence reste un lieu sur lequel il peut compter pour les soirées, nuits et weekends en cas de problèmes.

Sur le volet du soin, Monsieur à un médecin traitant sur la commune, nous avons donc souhaité qu'il continue les consultations avec lui. Le médecin de notre dispositif sera présent pour la coordination de soins. Notre infirmière des ACT assure un suivi pour ses différents rendez-vous médicaux.

Au quotidien, en tant qu'éducatrice référente je fixais des rendez-vous à domicile, une fois par semaine, pour gérer les besoins du quotidien et pour avancer sur les démarches administratives. Au niveau social, lors de l'élaboration du projet personnalisé nous avons définis plusieurs objectifs de réinsertion sociale.

J'ai beaucoup accompagné Monsieur dans ses démarches auprès de la CAF suite à des soucis de non versement de ses aides, du JAF pour la garde de ses enfants, de son ancien bailleur

**social pour ses dettes locatives mais aussi avec l'AS de la CARSAT/CPAM pour essayer de faire avancer son dossier concernant son accident du travail.**

**M. est sur une fin d'accueil sur le dispositif ACT prochainement. Suite à une signature de bail dans le secteur privé nous avons fait une demande de FULH Accès, une nouvelle demande de suivi AVDL. Il est en ce moment en recherche active de meubles.**

**CA**

**À Le Tell, le 21/03/2024**

**Emma DRENEAU, IDE**

**Célia AYMARD et Lucie BRIEND, travailleuses sociales**

**Philippe KELEDJIAN, Médecin**

**Vincent FARALDI, chef de service**

**Final**

**BILAN QUALITATIF, QUANTITATIF ET FINANCIER 2023**

**RAISON SOCIALE : Association Diaconat Protestant  
Etablissement Entraide MTL**

Adresse : 18 CHEMIN DE GERY 26200 Montélimar

☎ : 04 75 01 05 52

E-Mail : m.galiana@diaconat26-07.org

Responsable action : Michel GALIANA

Fonction : Directeur

Intitulé de l'action : Accompagnement des bénéficiaires du RSA en rupture sociale ou sans domicile fixe

Territoire de l'action : Pôle Insertion Montélimar

Période de l'action : 01/01/2023 au 31/12/2023

**AXE n° 1 : Dynamiser l'accompagnement des bénéficiaires du RSA pour un appui plus global, personnalisé et efficace pour un retour à l'emploi**

**AAP n° 5 : Accompagnement social des bénéficiaires du RSA**

**PIÈCES DU DOSSIER**

- Bilan qualitatif de l'action
- Annexes CALC à compléter

Dossier à transmettre à :

[insertion@ladrome.fr](mailto:insertion@ladrome.fr)

et au Pôle insertion concerné

**CERTIFICATION DE L'ORGANISME**

Je soussigné(e) BETHOUX Julia :

Certifie l'exactitude des informations contenues dans ce dossier.

Fait à Montélimar

le 31/01/2023 Signature et cachet de l'opérateur,

## APPROCHE QUANTITATIVE

Au cours de l'année **2023**, 98 personnes ont été accompagnées par le référent RSA.

Ces 98 personnes se décomposent de 80 personnes déjà accompagnées en 2021 et 18 entrées en 2023. Parmi ces entrées, 18 personnes n'étaient pas connues par le service.

Durant cette période, 85 contrats d'engagement réciproque ont été établis.

### Suivis & Entretiens entre janvier 2023 et décembre 2023

	Nombre de personnes accompagnées			Total
	Hommes	Femmes	Total	
Personnes Inconnues	21	4	25	25.51%
Personnes déjà connues	59	14	73	74.49%
Total	80	18	98	100%

### Genre et composition familiale

On observe une surreprésentation des hommes accompagnés dans le cadre de ce dispositif (82%). La proportion d'hommes est de 82% contre 18% de femmes accompagnées.

### Genres entre janvier 2023 et décembre 2023

	Hommes	Femmes	Total
Personnes accompagnées	80	18	98

La majorité des personnes accompagnées sur 2023, sont célibataires et sans enfants.

Une importante proportion de célibataires (24%) avec des enfants, mais non à charge. Les enfants qui ne sont pas à la charge de leur parent sont majoritairement placés par l'Aide Sociale à l'Enfance. La plupart du temps les liens entretenus entre parents-enfants sont très distanciés et semblent être une source de souffrance pour les personnes accompagnées par notre service.

Certains évoquent que les seuls liens avec leurs enfants se font lors de visites médiatisées.

Lors des entretiens, il est très fortement exprimé par les personnes le souhait et le désir de retrouver la garde de leurs enfants. Certains d'entre eux expriment que c'est leur seule motivation pour se mettre en action dans une recherche de logement, de soin et d'emploi.

Nous faisons l'hypothèse qu'un travail éducatif porté sur la situation familiale de ces personnes serait un moyen éducatif complémentaire de notre mission et qui permettrait de lever un certain nombre de freins à l'emploi.

## Compositions familiales entre janvier 2023 et décembre 2023

	Célibataire sans enfant	Célibataire avec enfant(s) à charge	Célibataire avec enfant(s) non à charge	Couple sans enfant	Couple avec enfant(s) à charge	Couple avec enfant(s) non à charge	Total
<b>Personnes accompagnées</b>	60	10	23	1	1	2	97

### Situation au regard du logement

Nous faisons de l'accès au logement un objectif prioritaire dans nos accompagnements, afin de répondre au mieux au projet logement des personnes sans domicile. Pour cela, nous travaillons avec les différents partenaires du logement de la commune de Montélimar et du département (Bailleurs sociaux, ADLS, SIAO...). Nous évaluons également à travers nos accompagnements l'autonomie des personnes dans leur recherche de logement, la gestion de leurs démarches liées au logement, etc. et en cas de besoin nous n'hésitons pas à saisir les professionnels compétents dans notre structure et en dehors pour la mise en place de mesures d'accompagnement au logement (ASLL, AVDL, AHM, IML).

Comme nous pouvons le constater dans le tableau ci-dessous entre janvier et décembre 2022, plusieurs mesures d'accompagnement complémentaires ont été mises en place avec pour objectif de faciliter l'accès et/ou le maintien au logement des personnes accompagnées par notre service.

### Accompagnements complémentaires entre janvier 2023 et décembre 2023

	Accompagnements complémentaires à l'entrée			Accompagnements complémentaires au 31/12/2023		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
<b>Mesure AHM</b>	1	0	1	0	0	0
<b>Mesure AVDL</b>	7	0	7	1	0	1
<b>ASLL</b>	5	0	5	1	0	1
<b>IML</b>	0	0	0	0	0	0
<b>CHRS</b>	3	0	3	4	0	4

### Le nombre de personnes reçues en entretiens

Le nombre et la régularité des entretiens peuvent varier en fonction des besoins, des demandes et des démarches à effectuer.

Cependant, depuis l'obtention du marché public en 2023, la fréquence des entretiens est définie par le référentiel de l'accompagnement social, est doit être d'un rendez-vous tous les deux mois.

Afin de réduire le nombre de rendez-vous non honoré, nous avons mis en place une relance téléphonique ou SMS systématique auprès des personnes en difficultés avec la temporalité (oublis liés aux conditions de vie, pathologies physiques et/ou psychologiques diverses et variée ...). Cela dans le but d'éviter la rupture du lien avec les personnes et pour un accompagnement plus efficient dans la durée.

Nous constatons une grande diminution des entretiens en présentiel non honorés par rapport à l'année 2022. Cela conforte notre stratégie de ne jamais laisser un rendez-vous non honoré sans suite. Nous appelons systématiquement la personne afin de lui fixer un nouveau rendez-vous.

### Les Freins à l'emploi

	Freins à l'emploi au 01/01/2023		
	Hommes	Femmes	Total
Santé	16	3	19
Mobilité	3	1	4
Logement	34	2	16
Savoir de base / Illettrisme	1	0	1
Formation	1	0	1
Judiciaire	0	0	0
Administratif	10	1	11
Financier	4	0	4
Garde d'enfants	1	0	1
Familial	0	0	0
Emploi	8	0	8
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>7</b>	<b>65</b>

Au regard du tableau ci-dessus, nous pouvons constater qu'un grand nombre de démarches sont réalisées, toutefois les problématiques multiples et diverses font que les situations des bénéficiaires évoluent lentement.

Certains restent dans le dispositif sur une longue durée, pour des raisons diverses : problématiques de santé, perte de confiance en leur capacité d'intégration d'un point de vue social et professionnel. Cela peut accroître leurs précarités socio-économiques : processus d'isolement social progressif processus d'exclusion du marché de l'emploi... Nous travaillons en étroite collaboration avec le pôle emploi et/ou mission locale pour inciter et favoriser l'accès à l'emploi pour les personnes les moins éloignées du marché de l'emploi.

	Hommes	Femmes	Total
Santé	2	0	2
Mobilité	2	1	3
Logement	6	2	6
Savoir de base / Illettrisme	0	0	0
Formation	0	0	0
Judiciaire	0	0	0
Administratif	4	0	4
Financier	1	0	1
Garde d'enfants	0	0	0
Familial	0	0	0
Emploi	5	0	5
	18	3	21

En effet, le référent RSA oriente vers le dispositif d'accompagnement global de Pôle Emploi (PE) les personnes en capacité d'accéder à un emploi. L'accompagnement social doublé d'un

accompagnement global professionnel facilite l'accès vers l'emploi. En effet cela permet que les problématiques sociales soient traitées en même temps que les problématiques professionnelles.

### **Exemples de démarches réalisées**

**Liées à la santé :** PUMA, CMU-C, AAH, compte Ameli, carte vitale, orientation vers un personnel médical, CMP, EMPP, accueil santé de l'Entraide MLT, lien avec la CPAM...

**Liées à la mobilité :** Carte illico solidaire, lien avec pôle emploi pour le financement du permis de conduire, Mobilité 26/07.

**Liées au logement :** Demande SIAO, demande de logement social, réalisation dossier Dalo, inscription au contingent préfectoral, demande de logement ADLS, démarches pour l'ameublement du logement, simulation APL, constitution du dossier FULH, orientation vers les référents CHRS, lien avec l'ADIL, le pôle logement du département ainsi qu'avec les bailleurs sociaux notamment dans le cadre des procédures d'expulsion.

**Liées à l'administratif :** Demande d'acte de naissance, de CNI, renouvellement de titre de séjour, création d'adresses mail, démarches auprès de la CAF / MSA, déclaration de revenus, changement d'adresse, échange de permis étranger pour demande d'équivalence de permis français, démarches retraite...

**Liées à la situation financière :** Lors des prises en compte des situations de surendettement, nous faisons un lien avec les organismes auprès de qui les personnes ont contracté des dettes, demande mise en place d'un échéancier de paiement, ou instruction du dossier de surendettement et dépôt auprès des permanences de la Banque de France.

Nous travaillons en parallèle sur le budget de la personne, pour l'aider à payer ce qu'il y a en priorité et revoir avec elle si certaines dépenses sont vraiment nécessaires pour elle.

**Liées au judiciaire :** liens téléphonique / mail SPIP, défenseur des droits

**Liées aux activités :** bénévolat avec la liste du département, orientation vers les actions du conseil général à destination des bénéficiaires du RSA ou orientation vers « Passerelle bénévolat de l'ADAPT »

**Liées à l'emploi :** Aide pour l'actualisation (ré)inscription pôle emploi, lien avec chantier d'insertion, lien téléphonique ou mail avec le conseiller référent, lien avec Rémi CHAZEAUD (accompagnement global), aide à la candidature en ligne, appui ponctuel SAPP, agence d'intérim d'insertion Juby Intérim

**Liens avec les partenaires :** liens partenaires physiques / téléphoniques / mail (accueils de jours, CCAS, CMS, ADAPT, UDAF...)

**Orientations :** Orientations vers les associations locales, tel que le secours populaire, catholique, restos du cœur, confrérie St Vincent de Paul...

**Échange sur l'évolution de leur accompagnement :** Maintien du lien, soutien dans l'avancée des démarches

Attention il peut y avoir plusieurs freins par personne.

\*Nous entendons par :

- **Freins connus** : les axes faisant obstacle à un retour à l'emploi

- **Freins solutionnels** : les démarches abouties positivement ayant permis de solutionner et en totalité les freins à l'emploi identifiés = accès aux droits effectif.

Notre service RSA assure le suivi des personnes les plus éloignées de l'emploi et beaucoup cumulent des difficultés sociales, d'insertion professionnelle et des problèmes de santé (des problèmes physiques, un mal-être, des états dépressifs, des problèmes d'addictions plus ou moins reconnus...).

Le référent RSA évalue le degré ou encore le type de problématique que le BRSA rencontre afin de pouvoir entamer des démarches pour les solutionner. Il oriente également vers des structures ou dispositif d'accompagnement complémentaire lorsque les problématiques sont multiples et nécessitent d'autres accompagnements, même si parfois il sera difficile pour la personne d'effectuer les démarches.

Nous nous heurtons souvent à la difficulté des personnes à reconnaître leurs problèmes notamment de santé et en particulier pour ceux qui présentent des conduites addictives.

Nous sommes également confrontés à de nombreuses réticences des personnes à aller dans des structures médicosociales adaptées tel que le centre médico-psychologique.

L'accompagnement social permet de rassurer et apaiser les personnes et les aide à résoudre les différents freins à l'emploi qu'ils rencontrent.

On peut voir au travers de ce tableau les différentes démarches entreprises pour lever certains freins. On note que cette année 44,84% des freins à l'emploi ont été solutionnés.

## APPROCHE QUALITATIVE

### Cadre législatif et réglementaire

Le code de l'action sociale et des familles donne le cadre législatif et réglementaire du Revenu de Solidarité Active. Selon l'article L.262-1 «*Le revenu de solidarité active a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, d'inciter à l'exercice d'une activité professionnelle et de lutter contre la pauvreté de certains travailleurs, qu'ils soient salariés ou non-salariés.*»

Plusieurs catégories de bénéficiaires existent, nous accompagnons ceux dont les ressources sont inférieures à 600 euros et pour lesquels un référent unique est nommé.

En contrepartie de leurs prestations, ils sont tenus d'être actif dans leur démarche qui sont essentiellement d'ordre social (santé, logement, formations, garde d'enfants, administratifs...) afin de pouvoir dans le temps entreprendre des actions en faveur d'une insertion professionnelle et pour cela disposent d'un accompagnement adapté à leurs besoins.

Il est important d'indiquer que si le bénéficiaire trouve un emploi, même à temps partiel, il pourra bénéficier de la prime d'activité qui pourra se cumuler avec le RSA. Cette prime vise à encourager les personnes aux ressources modestes à intégrer une activité.

Le bénéficiaire est soumis à certaines obligations dont notamment la rédaction d'un :

• **Contrat d'engagements réciproques (CER) dans un délai de 15 jours après son orientation.**

**C'est dans ce cadre-là que l'accompagnement des bénéficiaires du RSA est soumis à l'obligation de conclure un contrat d'engagement réciproque.**

Le contrat est établi entre le bénéficiaire, le pôle Insertion et le référent.

La contractualisation du CER se déroule de la manière suivante :

- Entretien réalisé entre le référent et le bénéficiaire,
- Rédaction du CER sur le document type Informatique et d'un échéancier de rendez-vous afin de mettre en œuvre les objectifs,
- Envoi du contrat au Pôle Insertion par mail,
- Validation ou non par le Pôle Insertion du CER, qui envoie un exemplaire à chaque signataire du contrat,
- Mise en application des engagements de chaque partie dans le contrat, durant la durée de celui-ci (4 à 6 mois)

Dorénavant, le CER est dématérialisé afin de permettre au référent RSA de contractualiser un CER sans RDV en présentiel avec le bénéficiaire RSA et pour des soucis d'environnement.

Le CER dématérialisé peut donc être contractualisé par téléphone ou en présentiel.

Le bénéficiaire RSA et le référent n'ont plus à apposer leur signature sur le contrat.

Celui-ci est ensuite envoyé au Pôle insertion par mail en un seul exemplaire qui le validera ou non.

Le retour des contrats se fait par mail si le bénéficiaire dispose d'une adresse mail, sinon la personne recevra le CER par courrier.

Afin de participer au dispositif RSA, le cadre de direction se rend chaque mois aux équipes pluridisciplinaires auxquelles sont convoquées les personnes bénéficiaires du RSA n'ayant pas respecté leurs engagements ou leur devoir de contractualisation.

Cette année encore les équipes pluridisciplinaires n'ont pas toutes eu lieu en raison des mesures mises en place pour la COVID 19.

## **Accueil**

Les rencontres se font par le biais de rendez-vous, le service RSA est ouvert tous les jours de la semaine de 8h30 à 12h30 / et de 13h30 à 17h30.

Chaque personne reçue est reconnue dans sa singularité et a la possibilité d'être en relation avec l'intervenant social. Celui-ci prend en considération la situation globale de chaque bénéficiaire du RSA, afin d'individualiser les parcours et d'adapter au mieux les réponses qui lui sont apportées en fonction de ses besoins.

Le cadre que nous proposons (respect des horaires de rendez-vous, procédures à respecter) favorise l'adaptation nécessaire à l'établissement d'une relation, une écoute adaptée et une relation de confiance permette l'intégration de certains repères et favorise l'accès aux droits.

Pour certains, l'objectif emploi sera difficile voir (quasi) impossible à atteindre pour des raisons

sociales, psychosociales de santé ou autre. Cependant, le contrat d'engagement réciproque permet de donner une consistance au contrat social passé entre l'utilisateur et la société.

## Objectifs de l'action

**Participer aux politiques publiques d'inclusion sociale des bénéficiaires du RSA, dépourvus de logement stable ou dont le maintien en domicile est problématique.**

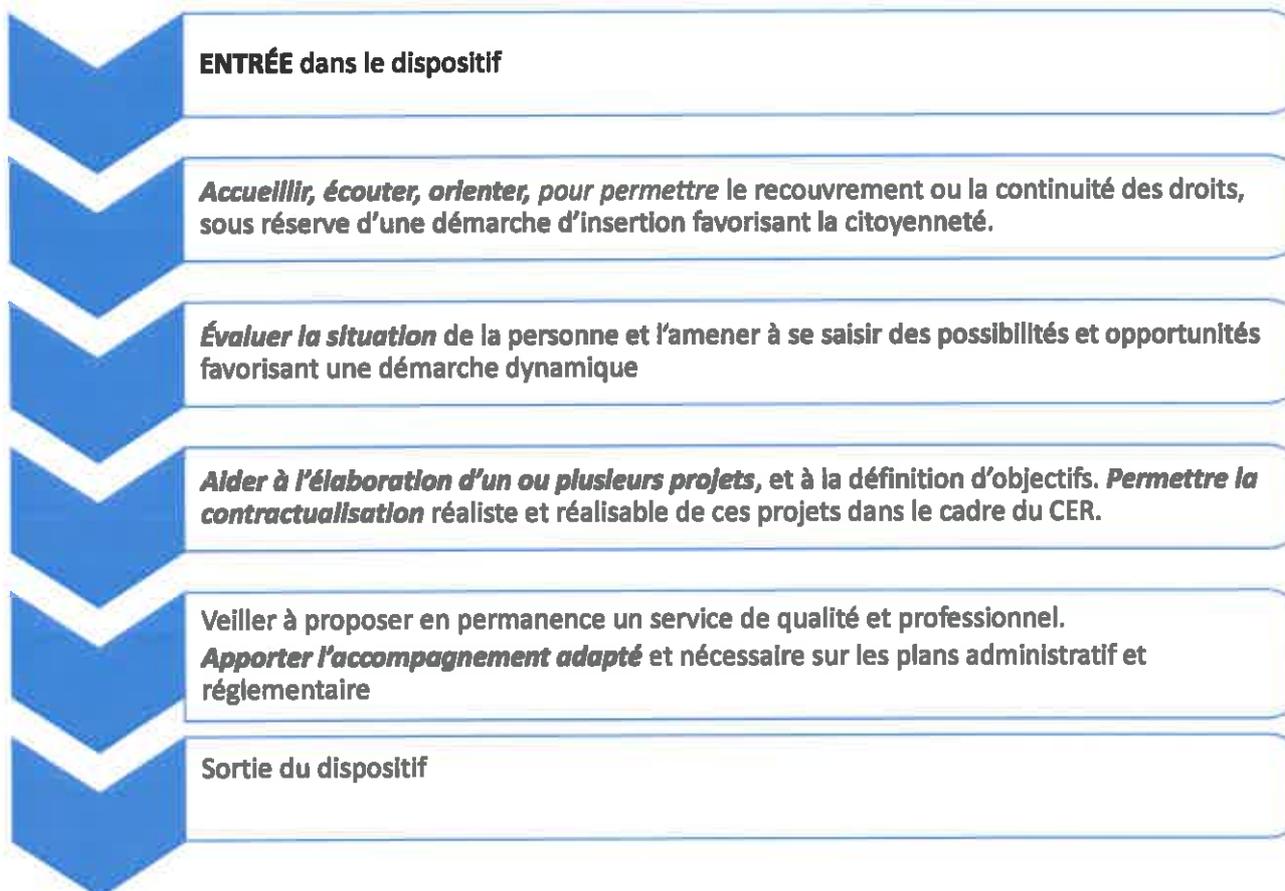
**Permettre à ces personnes, à travers un service d'accompagnement adapté et basé sur la contractualisation, d'acquiescer ou de retrouver la maîtrise de leur vie, pour accéder à une autonomie qui leur permette de sortir du dispositif.**

- Favoriser l'insertion sociale et professionnelle :
  - Travailler à une orientation vers le droit commun dès que c'est possible et envisageable,
  - Permettre aux usagers de s'engager dans un parcours de soin en articulation avec le droit commun et les dispositifs existants,
  - Valoriser l'activité (salariale et bénévole) et la participation (à leur projet et à l'organisation de l'établissement) des bénéficiaires.

### Permettre l'accès aux droits des personnes

- Favoriser l'accès des individus à l'information et aux droits auxquels ils sont éligibles,
- Défendre une justice sociale en luttant contre « le non-recours aux droits » qui se définit comme *des prestations non réclamées par des personnes qui y auraient pourtant droit.*

## Descriptif de l'action



Le référent RSA accompagne les bénéficiaires dans le développement de leur autonomie.

Il organise avec la personne le parcours d'insertion dans une logique de sécurisation, c'est un point d'appui durable dans l'accompagnement.

Pour cela, il fait une analyse globale de la situation : identification des ressources, des besoins et des attentes du bénéficiaire.

Ainsi il définit une mise en action tout en attribuant des responsabilités au bénéficiaire afin de le mettre au centre de l'action et de le rendre acteur dans l'évolution de sa situation.

Le contrat d'engagements permet de formaliser l'état des lieux de la situation du bénéficiaire et de définir des objectifs pour parvenir à une évolution positive.

Le référent fixe des étapes dans le parcours d'accompagnement et le point d'arrivée. Il avance avec le bénéficiaire dans chaque démarche afin de lever les freins à l'insertion.

Pour cela il est nécessaire de :

- **Créer une relation de confiance afin d'être identifié comme personne ressource pour la personne accompagnée.** Il arrive que l'on accompagne physiquement les personnes dans certaines démarches (médecin, banque, administrations, rendez-vous au SPIP...).
- **Amener la personne à se mobiliser et se stabiliser.** La disponibilité et la présence hebdomadaire du référent ainsi que la domiciliation, l'accueil santé et la remise de colis alimentaire aux personnes en grande précarité leur permettent de retrouver un minimum de sécurité pour se projeter dans un avenir plus concret.

De plus le poste de référent RSA a été installé au rez-de-chaussée de la structure à côté de l'accueil. Cette proximité facilite l'accroche des personnes et une fois réalisée elle permettra une reprise des droits en général par la personne. Pour certains publics très en marge, la démarche à réaliser directement auprès d'une administration reste toutefois encore très difficile.

- **Soutenir et encourager la personne dans ses démarches d'insertion** par l'incitation à la reprise d'une activité (salarisée ou bénévole), le suivi des démarches administratives concrètes, l'orientation vers des soins... et en lui donnant les moyens dont elle ne dispose pas. Parfois, il s'agit aussi de rappeler le cadre et veiller à ce que son autonomie s'accroisse au cours des démarches.
- **Orienter pour sortie du dispositif lorsque la situation évolue vers une insertion professionnelle durable.** En effet, il est crucial d'orienter le bénéficiaire vers la personne ou la structure qui saura au mieux l'accompagner en fonction de ses besoins. Le travail de partenariat est donc essentiel pour que cette orientation se passe dans les meilleures

conditions. Le référent met en place une coordination entre les divers intervenants afin de favoriser la cohérence et la continuité des actions déjà menées.

- **Veiller à ne pas s'enfermer dans une relation duelle**, rester vigilant à la dynamique des entretiens et prévenir les risques avec certains usagers. Lorsque le référent repère une situation pour laquelle il ressent un danger potentiel, le protocole veut qu'il en informe le chef de service lors des réunions d'équipe. Lors des entretiens avec une personne avec laquelle il existe des « tensions » il veillera à en informer les autres professionnels de la structure. Le poste du référent RSA est installé à côté de l'accueil, la secrétaire reste donc vigilante lorsqu'elle est avertie. Les professionnels de la structure pourront ainsi intervenir et alerter si un entretien ne se déroule pas comme prévu. Le référent doit donc se sécuriser un maximum.

### **L'accompagnement mis en place permet de :**

- **Résoudre les freins sociaux** : les problématiques des bénéficiaires du RSA sont souvent multiples et diverses et peuvent considérablement freiner l'insertion professionnelle. Il est donc important de poursuivre les démarches engagées pour la recherche de logement, l'accès au droit commun, la santé, la justice, l'insertion professionnelle, la mobilité...
- **Favoriser l'insertion sociale et professionnelle** : travailler vers une orientation de droit commun et valoriser l'activité (salariale et bénévole),
- **Favoriser l'inclusion sociale** : accès à internet, aux moyens de communication, mise en place d'ateliers contre la fracture numérique menée par un service civique de l'association. Ces ateliers ont pour objectifs de favoriser la connaissance de l'outil informatique, de faciliter l'accès du bénéficiaire aux informations et à terme de permettre aux personnes de réaliser de manière autonome leurs démarches en lignes.
- **Contractualiser** : permettre une contractualisation réaliste et réalisable autour des objectifs de la personne et des moyens mis en œuvre dans le cadre du Contrat d'engagements réciproques,
- **Maintenir le lien** : démarrer rapidement l'accompagnement afin de mettre en place les premières actions dans les meilleurs délais et d'éviter que la personne ne se démobilise dans sa démarche d'insertion socioprofessionnelle.

### **Déroulement de l'action**

L'accompagnement RSA est basé sur la contractualisation (CER), l'objectif étant de soutenir la personne dans ses envies et ses projets, et ce, en lui proposant des évaluations, des réajustements intermédiaires et des engagements réciproques. À chaque étape est produit un document sur l'état

d'avancement du projet de la personne accompagnée ; de nouveaux objectifs à atteindre sont alors définis. L'investissement du bénéficiaire est une condition indispensable pour le suivi.

### **L'entrée du BRSA dans le dispositif :**

Lors d'une orientation d'un Bénéficiaire du RSA au sein de l'Entraide de Montélimar, je m'entretiens avec Mme FAURE qui est chargée d'orientation et qui travaille pour le département au Pôle Parcours.

Elle réalise un premier diagnostic de la situation de la personne et suivant ses problématiques et freins sociaux elle va orienter et assurer un relai auprès de l'organisme qu'elle aura désigné.

Ce premier diagnostic permet de savoir où la personne se situe et le degré d'urgence de sa situation.

Les personnes vont souvent se livrer une première fois, cette trace écrite permet de ne pas avoir à revenir sur des éléments de leur vie difficile à évoquer. Lors du premier rendez-vous, nous regardons les objectifs déjà fixés et si besoin nous modifions/adaptons certains d'entre eux.

**La chargée d'orientation est un interlocuteur privilégié** car nous pouvons être en lien à tout moment pour échanger si nous avons des questionnements sur les orientations réalisées.

Lors de ces échanges nous pouvons aussi faire le point sur les besoins de la personne et dans quel état d'esprit elle se trouve. Cet échange en amont permettra de s'adapter au mieux à la personne lors de la première rencontre et permettra d'établir un lien de confiance plus rapidement.

### **Entretiens Individuels :**

Pour optimiser la connaissance sur la situation sociale et professionnelle, un entretien d'entrée avec chaque nouveau bénéficiaire est indispensable pour la mise en place d'un accompagnement adapté.

Les entretiens permettent une mobilisation autour du projet de la personne et de repérer les freins, les aspirations et plus globalement la distance à l'emploi du bénéficiaire.

Leur nombre et leur régularité varient selon les besoins de chacun. Leur durée est quant à elle relative aux démarches effectuées et à l'état de disponibilité de la personne.

**Les entrevues n'excédant pas quarante-cinq minutes pour un premier accueil ou un contrat d'engagement réciproque et trente minutes pour un bilan intermédiaire** (demande de CMU-C, aide dans la constitution de dossiers CNI, FULH, carte illico solidaire, déclarations de revenus...) cela permet de personnaliser l'accompagnement et donc de répondre plus facilement aux besoins de certaines personnes présentant notamment des problèmes d'addiction et des difficultés d'ordre « psychiatrique ». Les rendez-vous en après-midi peuvent poser une difficulté et ceci explique les nombreuses absences.

- Les rendez-vous sont posés dans les deux ou trois semaines. Ce temps permet à la personne de s'inscrire plus durablement dans ses projets et dans une démarche d'insertion, mais aussi de différer l'urgence vécue.
- Toutefois et à contrario, des plages sont laissées libres (rendez-vous possibles sous deux ou trois jours si nécessaire) afin de pouvoir répondre à des situations de réelles urgences.

### **Partenariat**

Cet accompagnement se fait en lien avec divers partenaires compétents dans :

- **L'accès au logement :**

- SIAO,
- Bailleurs sociaux, privés ADLS.

- **L'accès aux droits :**

- Conseil Départemental de la Drôme : CMS (Centres Médico-Sociaux), Sous-Direction Territoriale (CLH, CLI, ASE, PA, PH).

- **L'accès aux soins et à la santé :**

- Association Tempo pour les questions en lien avec les addictions,
- L'EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) du Centre Hospitalier Spécialisé le Drôme-Vivaraire,
- Les médecins généralistes
- Les Hôpitaux, avec les services suivants : la PASS (Permanence d'Accès aux Soins et de Santé), les services sociaux, les services de soins à domicile, l'EMSP (Equipe Mobile de Soins Palliatifs),
- L'association ANPAA (Association Nationale Prévention Addictions Alcools).

- **L'enfance et le soutien à la parentalité :**

- Conseil Départemental de la Drôme : service de la PMI (Protection Maternelle et Infantile),
- L'Association la sauvegarde de l'enfance,
- La PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), ...

- **Le juridique :**

- Les associations tutélaires (UDAF, PARI, ATMP)
- Les associations de défense des droits des victimes telles Remaid
- Le CIDFF (Centre d'Information du Droit des Femmes et des Familles),
- Le SPIP (Service Pénitencier d'Insertion et de Probation) ...

- **L'insertion professionnelle :**

- Pôle Emploi,

- Les associations d'insertion,
- Missions Locales.

### Caractéristiques du public : (santé, mobilité, comportements, atouts, faiblesses)

L'entraide est un service d'accueil, de soutien et d'accompagnement pour les personnes en errance, isolées, avec des problématiques sociales fortes, qui intervient sur Montélimar et Le Teil. Les personnes que nous accueillons sont en grande majorité des hommes, en errance et marginalisés ou en cours de marginalisation du fait des conditions sociales sanitaires et économiques précaires ; sans logement et n'ayant pas accès à tous leurs droits. Isolés, ils sont à la recherche de contacts, de communication et de confiance avec leurs interlocuteurs.

Certains vivent dans la rue, en hébergement de fortune, quand d'autres passent d'un hébergement à un autre.

Dans tous les cas, ce mode de vie induit un rapport au temps particulier, souvent décalé. Ce décalage, plus ou moins conscientisé par les personnes peut-être un frein à l'insertion.

Ces conditions de vie rendent le public vulnérable.

Pour les bénéficiaires du RSA que nous accompagnons, nous devons les aider à restaurer l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. Pour cela, il s'agit de les accueillir dans l'intégralité de ce qu'ils sont, sans jugement. C'est cette posture de base qui va permettre à la relation d'exister, dans un rapport de confiance, et qui permettra par la suite à la personne de se restructurer et de trouver en elle les ressources nécessaires pour aller vers l'insertion.

Une personne se retrouve sans abri généralement par suite d'une combinaison de difficultés personnelles et sociales. Les ressources personnelles de soutien que sont la famille, le milieu du travail, la communauté... sont souvent atteintes et les liens sont rompus, soit du fait d'une succession d'événements, soit du fait d'un événement majeur. La personne se retrouve alors dans une situation d'exclusion, associée bien souvent à une perte de l'estime d'elle-même, parfois un rejet d'elle-même et des autres.

- **Santé :**

La santé est une problématique majeure de ce public qui connaît des problèmes de santé fréquents et multiples : alcoolisme, toxicomanies, troubles psychiatriques, état dépressif, dentition très abîmée, hépatite C ou B, VIH...

Ces problèmes de santé freinent et/ou remettent en cause le projet d'insertion.

Il est donc nécessaire de mobiliser les services :

- **EMPP (Equipe Mobile Psychiatre Précarité) :** intervention d'un infirmier et d'une infirmière du Centre hospitalier Sainte Marie. L'objectif des EMPP est d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quels que soient les lieux où leurs besoins

s'expriment ou sont repérés, afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'accès aux soins. « *L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de la santé.* » Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

L'EMPP nous vient en soutien pour ces quelques situations où un suivi semble indispensable.

Un rendez-vous tripartite est donc organisé dans nos locaux afin de mettre en relation la personne accompagnée avec l'infirmier de l'EMPP.

Par la suite, si la personne adhère à l'accompagnement, elle est reçue mensuellement au CMP pour un suivi psychologique plus poussé.

- **PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) :** L'objectif des PASS est de rendre effectif l'accès et la prise en charge des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi dans les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.
- **Service d'addictologie en ambulatoire** avec les associations TEMPO et ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie). Contribuer à ce que des conduites individuelles ou collectives initiées pour la recherche de plaisir et de lien social, de bien-être et de soulagement n'aboutissent pas à des prises de risque inconsidérées et à d'inacceptables pertes de vie ou de liberté. Cette perte de liberté vis-à-vis d'une substance psychoactive ou d'un comportement de recherche de plaisir constitue une pathologie nommée addiction.

➤ **Rapport à l'habitat :**

Ce sont des personnes ayant un parcours de sans-abris. L'habitat peut alors être une tente, un coin camouflé dans un parking, sous un pont, un ami, un membre de la famille, un squat...ou n'importe quel endroit où le corps peut se reposer quand il est trop fatigué.

Le rapport à l'habitat montre avant tout le rapport à soi-même, à son propre corps, sa propre manière intime de fonctionner face au monde extérieur. Le résultat, ce qui est « voyant » c'est ce qu'on peut appeler des parcours de « désinsertion » : rupture des liens familiaux, amicaux, cumul de difficultés économiques et sociales, amenant la personne à petit à petit être « en dehors », sans toit, sans estime d'elle-même, sans liens sur lesquels se reposer....

Les personnes s'en retrouvent avec une forte mésestime d'elle-même et une perte de confiance en elle et en l'extérieur, parfois en la société. Pour combler ces troubles, ces personnes reportent leur attachement à un ou des pairs, un ou des chiens et une ou plusieurs addictions à des produits toxiques.

➤ **Addictions :**

Selon la définition de Goodman, c'est un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise, est employée

d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite, en dépit de la connaissance des conséquences négatives.

➤ **Accès à la mobilité :**

Le public n'a qu'une faible mobilité locale et quotidienne à cause d'une annulation de permis de conduire, de ressources faibles et d'une difficulté à établir des contacts.

Concernant les réductions de tarif des transports collectifs (carte OURA pour les bus et les autocars, ILLICO pour TER Auvergne Rhône Alpes), l'information est systématiquement donnée, car ce sont des cartes très avantageuse.

➤ **Environnement familial et relationnel :**

Les hommes et les femmes accompagnés souffrent bien souvent d'isolement, ce qui est renforcé par :

- l'errance,
- les ruptures avec leur milieu familial (placements, divorce)
- des difficultés de comportement dues aux prises de produits psychotropes,
- d'un déficit de confiance,
- d'une faible estime de soi et une sous-estimation de ses capacités et compétences,
- d'une image de soi peu positive,
- d'un sentiment d'inutilité. Ces problématiques sont fréquemment cumulées, d'où de grandes difficultés à construire un réseau de relations.

**Nous inscrivons notre démarche dans l'accès aux droits des personnes en ayant cette vigilance à toujours privilégier le droit commun pour les orientations des personnes que nous accueillons et la reprise d'activité pour les personnes que nous accompagnons.**

## **Évolution du public dans l'action au regard des difficultés et des objectifs définis :**

Une grande partie du public suivi souffre de **problèmes de santé** bien souvent invalidants ou suffisamment importants et chroniques pour limiter une insertion professionnelle classique.

L'accompagnement de ces personnes vise, en priorité, à les aider à développer et entretenir un réseau de relations qui pourra les soutenir, leur apporter équilibre et les orienter vers une activité bénévole dans un premier temps pour les plus fragiles, vers un emploi de type chantier de réinsertion pour les autres afin de retrouver une reconnaissance sociale.

Les personnes qui ont connu l'errance et/ou la marginalisation arrivent à retrouver la stabilité dans un logement (parfois après un hébergement en CHRS I ou en CHRS U) puis une autonomie financière relative grâce à un emploi d'insertion. Mais cette stabilité et cette autonomie restent fragiles, soumises à la précarité des emplois trouvés qui induise de multiples entrées/sorties du dispositif RSA. C'est pour cela que le référent propose aux bénéficiaires un accompagnement

adapté afin de répondre à la diversité des situations et il est garant du parcours d'insertion jusqu'à la consolidation de la situation du bénéficiaire.

L'Entraide MLT accompagne des personnes en insertion sociale. Cela signifie qu'elle oriente vers la Mission Locale, les agences d'intérim de réinsertion et Pôle Emploi pour celles qui sont le plus proches de l'emploi.

Notre partenariat avec Mr CHAZEAU responsable de l'accompagnement global au Pôle emploi, permet aux bénéficiaires proches de l'emploi d'avoir un double accompagnement et donc une meilleure réponse à leurs besoins.

La majorité de nos sorties positives vers l'emploi est trouvée par l'intermédiaire de ce partenariat. Cela se manifeste par l'entrée en chantier d'insertion ou bien des missions d'intérim ou autre...

## Personnel affecté à l'action

Nom – Prénom	Statut dans l'organisme		Ancienneté dans l'organisme	Fonction dans l'action et qualification professionnelle	Face à l'élève / Face à la pédagogie	
	CDI - CDD - Vacataires, bénévoles	Temps de travail				
		Annuel				En ETP
Imane YAKHSSEF	CDI	1586	1	2ans	Travailleur social	22h
Julia BETOUX	CDI				CAFERUIS	

## Locaux et matériels affectés à l'action

Adresse où se déroule l'action : \_18 chemin de Géry 26200  
**MONTELMAR** \_\_\_\_\_

Outils  
 entretien motivationnel \_\_\_\_\_

### Locaux affectés à l'action :

- Salle de cours
- Atelier
- Lieu ressource pour les bénéficiaires
- Bureaux des encadrants

Matériels : \_\_Bui  
 statistique \_\_\_\_\_

- Les locaux appartiennent-ils à l'association ?  oui
- Les locaux sont-ils mis à disposition ?  oui
- Les locaux sont-ils spécifiques à cette action ?  oui

## 1 – Bilan qualitatif

Ce bilan repose sur une analyse qualitative de l'action menée par l'opérateur. Les éléments d'analyse portent sur :

### 1. La Typologie du public accueilli

- Constat d'une éventuelle évolution de la typologie du public accueilli par la structure : situation sociale, compétences professionnelles, durée de chômage, comportement...
- Motivation à adhérer aux prestations proposées (accompagnement individualisé ou collectif, formation, démarches de recherches d'emploi).
- Stabilité dans l'emploi, relation avec la hiérarchie de l'entreprise, capacité à gérer son parcours professionnel.

### 2. Le déroulement de l'action

- Établir un parallèle entre le déroulement de l'action dans les différentes phases, tel qu'il était prévu dans la convention et tel qu'il a effectivement eu lieu :
  - ◆ phase de repérage
  - ◆ phase d'entretien et d'évaluation (pour les structures d'accueil)
  - ◆ phase d'intégration
  - ◆ phase d'accompagnement
- Analyser les raisons et les conséquences des écarts en termes de réalisation des prestations proposées, d'organisation interne de la structure, etc.

### 3. La complémentarité de l'action

- Analyser la plus-value apportée par cette action.

### 4. Les perspectives de développement

- Présenter succinctement les projets d'action et/ou de développement de l'action pour l'année suivante.

## 2 – Bilan quantitatif

Présentation des résultats en termes de placement en emploi ou en formation des bénéficiaires :

- ◆ Objectifs
- ◆ Réalisations
- ◆ Nombre de bénéficiaires en parcours
- ◆ Nombre de sorties positives
- ◆ Autres sorties : abandon, déménagement, problème de santé...

Production d'un budget réalisé de l'action établi sur les mêmes bases que le budget prévisionnel annexé à la fiche projet.

Les pièces justificatives sont conservées par l'opérateur. Dans ce cas est jointe une liste récapitulative des pièces justificatives, signée par l'opérateur et qui mentionne le lieu où ces pièces peuvent être consultées, ainsi que les coordonnées de la personne à contacter pour cette consultation.

### Nature des pièces justificatives :

- Fiches de paie des personnes dont le coût salarial est pris en charge partiellement ou totalement.
- Feuilles d'émargement des bénéficiaires ayant suivi un module de formation interne ou externe.
- Factures des organismes prestataires de formation.
- Toute pièce comptable justifiant une dépense clairement identifiée et dont la prise en charge a été sollicitée lors de la demande de financement (ex. loyer, frais de déplacement ou d'hébergement de bénéficiaires...).
- Tableau de bord de suivi des bénéficiaires (liste des bénéficiaires et nature du suivi).
- Autres, en tant que de besoin.

## Rapport d'activité 2023



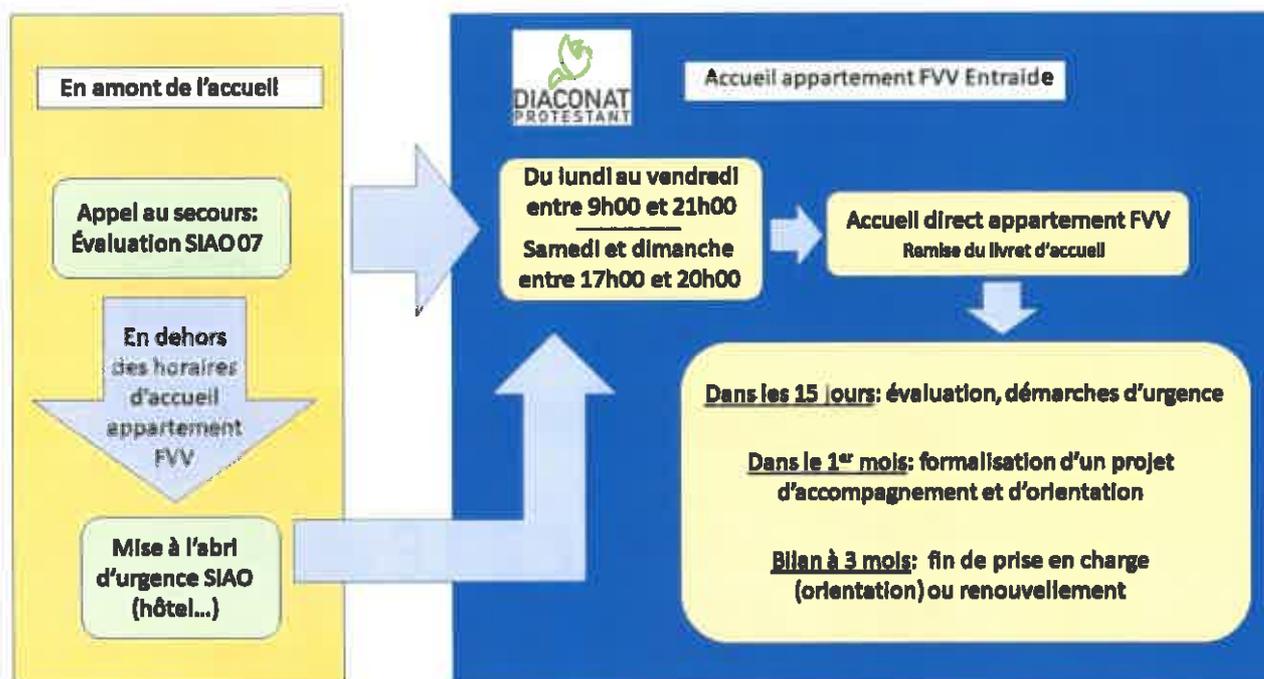
### Appartement accueil d'urgence Femmes Victimes de Violences – Le Teil

Rédaction : avril 2024

L'appartement d'accueil des Femmes Victimes de Violences (FVV) géré par l'antenne du Teil du Diaconat Protestant répond à une demande des services de l'Etat (Préfecture de l'Ardèche) visant à offrir une meilleure répartition territoriale des offres d'accueil d'urgence.

Le dispositif d'accueil d'urgence de notre établissement a été créé en mars 2023 et a ouvert ses portes en avril 2023. Il offre une capacité d'accueil de deux femmes ou d'une femme avec enfant(s).

Le circuit d'orientation est le suivant :



Toute l'équipe éducative du CHRS est en capacité d'accueillir et intervenir sur cet appartement (à proximité du Centre d'Hébergement) mais une éducatrice est la référente du dispositif : Sophia AZZOPARDI (sous la responsabilité du chef de service : Vincent FARALDI).

L'appartement mis à disposition des femmes hébergées (tout équipé) est un grand duplex (100m<sup>2</sup>) composé de :

- En rez-de-chaussée :
  - Une grande pièce de vie (salon, cuisine, salle à manger),
  - Une buanderie
  - Un WC
- A l'étage :
  - Un palier
  - Une salle de douche avec WC
  - 2 chambres indépendantes (avec clés séparées)
  - 1 mezzanine sur un 3<sup>ème</sup> niveau

Le quartier est calme, pavillonnaire et l'appartement discret. Le centre-ville est accessible rapidement. Un supermarché se situe à 10 minutes à pied.

A l'admission des personnes hébergées, un livret d'accueil est fourni ainsi qu'un règlement intérieur. Des équipements d'urgence peuvent être fournis (alimentaire, vêtements, produits d'hygiène) selon les besoins.

L'accompagnement social des femmes accueillies prend forme à travers un projet personnalisé et dans plusieurs dimensions possibles :

- Logement
- Aide administrative
- Justice
- Santé
- Emploi
- Parentalité

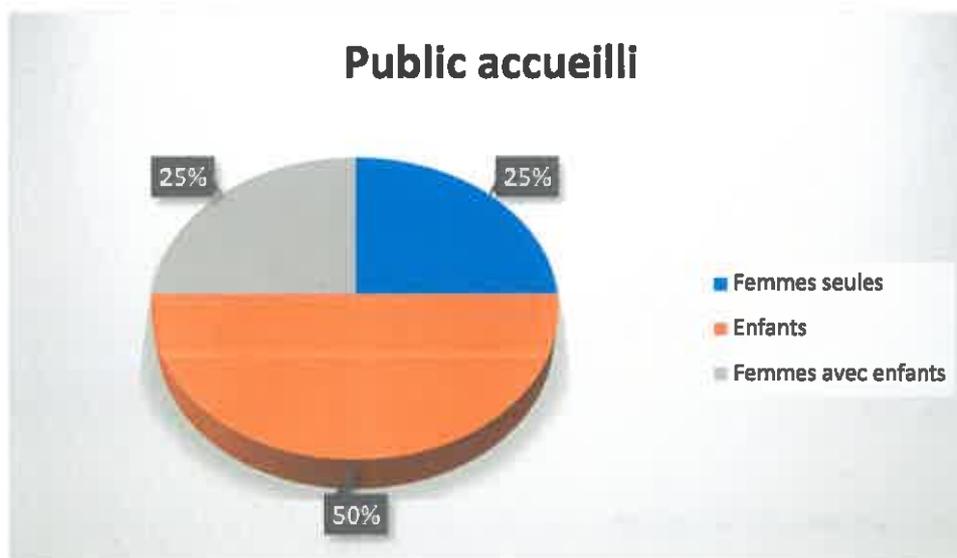
## Les accueils en 2023

### Nombre de personnes accueillies

Femmes seules	Enfants	Femmes avec enfants	Total
5	10	5	20

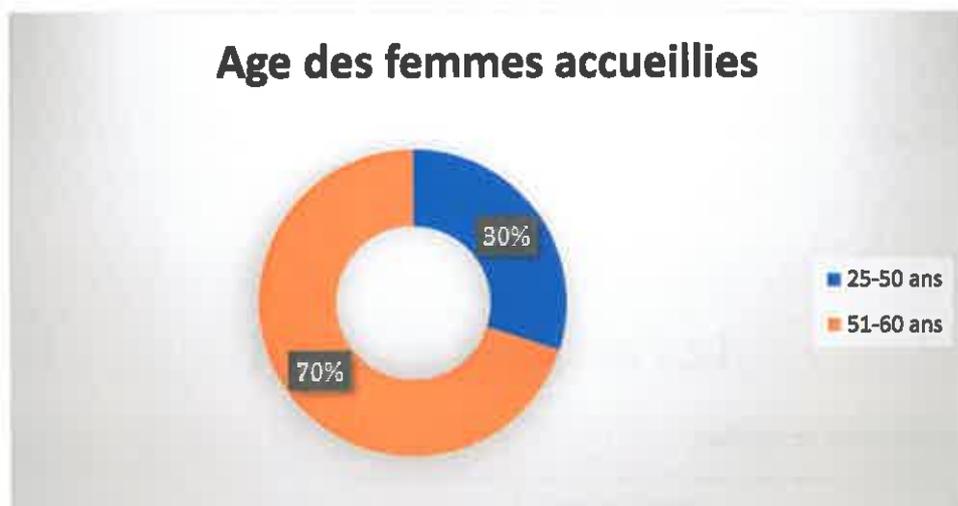
### Détail femmes avec enfant(s) :

- Femmes avec 1 enfant : 1
- Femmes avec 2 enfants : 3
- Femmes avec 3 enfants : 1



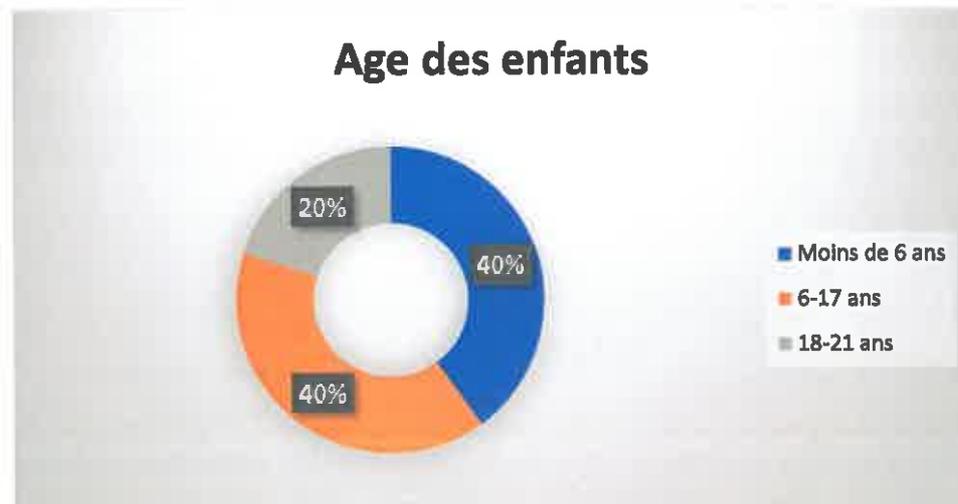
### Age des femmes accueillies

Moins de 25 ans	25-50 ans	50-60 ans	Plus de 60 ans	Total
0	3	7	0	10



#### Ages des enfants

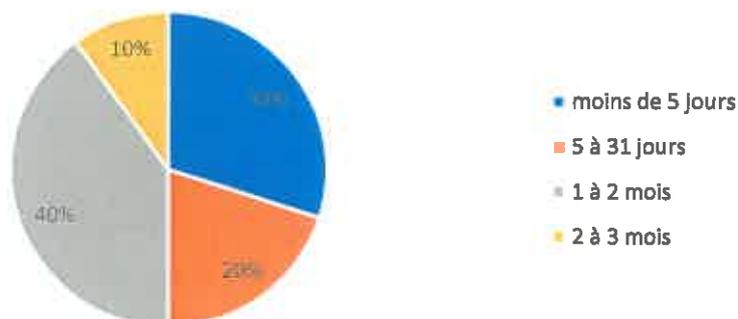
Moins de 6 ans	6-17 ans	18-21 ans	Plus de 21 ans	Total
4	4	2	0	10



#### Durée de séjour des femmes accueillies

Moins de 5 jours	5 à 31 jours	1 à 2 mois	2 à 3 mois	Plus de 3 mois	Total
3	2	4	1	0	10

## Durée moyenne de séjour



La durée moyenne de séjour en 2023 est de 22,6 jours. Cette durée courte s'explique par 3 départs rapides (choix des femmes accueillies) mais également par des solutions d'orientation assez rapides.

Le temps de l'accueil intègre d'abord l'objectif de mise à l'abri et de sécurité (repos, restauration, soin de soi) et l'éventuelle nécessité de traitements d'urgence (soins, constats médicaux). Pour les accueils plus durables, les objectifs d'accompagnement s'étendent à d'autres dimensions : aspects juridiques, démarches administratives, recherche de logement adapté, accompagnement à la santé, accompagnement à la parentalité (scolarisation des enfants, prises en compte psychopédagogique des besoins de l'enfant...).

Dans ce laps de temps de l'urgence, l'accompagnement vers la justice et l'éventuel dépôt de plainte est systématiquement proposé mais débouche rarement sur de vraies procédures. Ainsi, sur les 10 femmes accueillies en 2023, seules 2 ont effectivement porté plainte contre leurs ex-conjoints violents.

Quoi qu'il en soit, notre intervention se situe dans le cadre de la circulaire CRIM-2021-13/E6 du 24.11.2021.

### Taux d'occupation de l'appartement de mars à décembre 2023 :

2 places	janvier	février	mars	avril	mai	juin
<b>Nuitées réalisables</b>	0	0	62	60	62	60
<b>Nuitées rééalisées</b>			0	15	93	21
<b>Taux d'occupation</b>			0%	25%	150%	35%

juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	TOTAL
62	62	60	62	60	62	612
83	53	54	63	31	50	463
134%	85%	90%	102%	52%	81%	75.65%

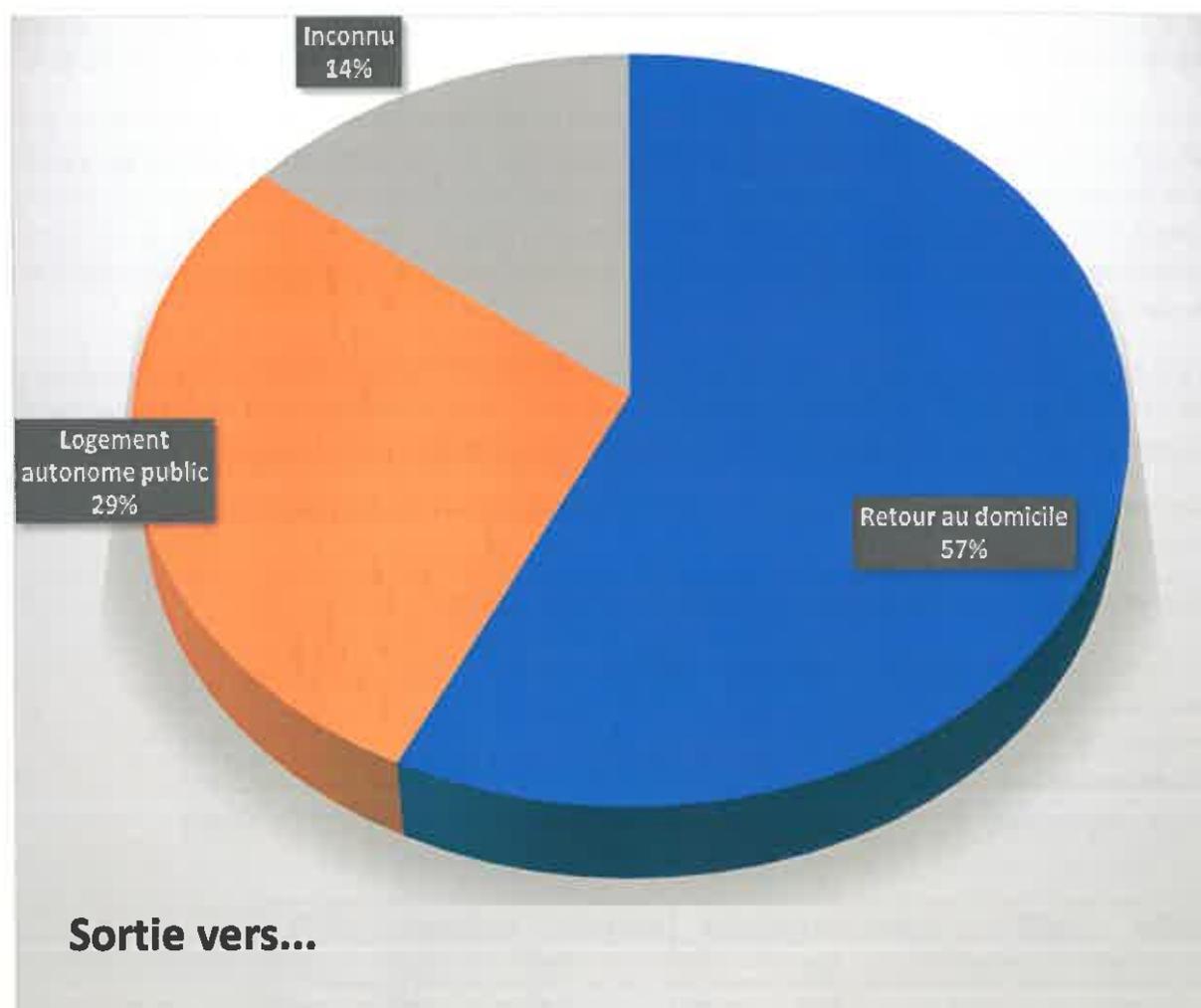
Le taux d'occupation moyen sur 10 mois est de 75,65% (ce taux comprend les nuitées de femmes et enfants). Le mois de mars a été un mois de mise en place du service (aménagement appartement, ouverture des fluides, équipements, outils de service).

## Les sorties du dispositif

Sur les dix femmes accueillies en 2023, 8 sont sorties du dispositif cette même année dont 5 femmes avec enfants (1 femme avec 3 enfants, 3 femmes avec 2 enfants et 1 femme avec 1 enfant).

Typologies des personnes sortantes			
Femmes seules	Femmes avec enfants	Enfants	Total
4	4	10	18

Les 8 femmes sont sorties vers :



Détail des sorties :

- 1 femme avec 2 enfants vers un logement autonome public
- 1 femme avec 3 enfants vers un logement autonome public
- 1 femme avec 1 enfant vers un retour au domicile conjugal

- 2 enfants (dont 1 jeune majeure) vers un retour au domicile du père
- 1 femme vers une destination inconnue (sans ses enfants retournés chez leur père)
- 4 femmes sans enfants vers un retour au domicile conjugal

Ces données font apparaître un taux de 57 % de retour au domicile conjugal. Cette statistique témoigne bien des allers-retours qui correspondent aux cycles de la violence conjugale et aux différentes phases associées.

## Un service au croisement de l'insertion et de la protection de l'enfance

L'accueil de 10 enfants sur l'appartement FVV en 2023 nous a clairement inscrits dans des missions qui débordent de l'AHI (Accueil Hébergement Insertion).

En effet, lorsque des enfants sont accueillis, nous sommes confrontés à de nécessaires prises en charge qui dépassent la stricte nécessité de mise à l'abri :

- Prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant
- Re-scolarisation
- Accompagnement à la parentalité
- Question de l'exercice des droits parentaux
- Traitement du traumatisme éventuel de l'enfant confronté aux violences intra-familiales.

La question du retour au domicile conjugal d'enfants qui ont été exposés aux violences pose clairement la question de l'information préoccupante au titre de la Protection de l'Enfance.

En 2023, notre service a été amené à rédiger et transmettre deux informations préoccupantes concernant deux enfants de 8 et 12 ans retournés au domicile du père et conjoint violent.

# Vignette clinique

Vignette rédigée par Sophia AZZOPARDI, éducatrice référente FVV.

Mme Perret : nom d'emprunt

## Accueil :

Madame Perret âgée de 56 ans a été orientée par le 115 sur le logement femmes victimes de violences le 27 avril 2023. Lors de l'accueil elle déclare subir des violences conjugales depuis plus de 35 ans, qu'elles soient psychologiques ou physiques elle a toujours pris sur elle. Ce qui l'a poussée à partir du domicile familial est l'accumulation des violences et le fait que monsieur s'en soit pris aux enfants. Madame a six enfants de cette union dont Gabriel, 20 ans atteint des troubles du spectre autistique et Julie, 13 ans. Tous deux ont été accueillis avec elle sur le logement. A son arrivée madame Perret a déjà fait un dépôt de plainte pour violences conjugales la veille et une mesure d'éloignement a été mise en application par le procureur. Madame est particulièrement angoissée et ses enfants perturbés. En effet, elle doit rapidement demander un arrêt de travail, sa fille n'a pas pu retourner au collège et son fils a besoin d'un environnement stable. En plus d'avoir dû quitter leur quotidien madame a peur que monsieur les retrouve malgré la mesure d'éloignement. Nous leur préconisons de désactiver la géolocalisation sur leur téléphone et de ne divulguer le lieu à personne.

## L'accompagnement :

La première démarche a été de faire une demande de domiciliation et nous l'avons accompagnée pour les démarches administratives afin qu'elle puisse se détacher de monsieur (CAF, banque, assurances...). Au niveau judiciaire et en partenariat avec le CIDFF (centre d'information sur les droits des femmes et des familles) et l'AMAV (association de médiation et d'aide aux victimes) une demande de TGD (téléphone grand danger) avait été demandé et elle a pu en bénéficier au bout de 15 jours par décision du procureur. Ainsi qu'une demande d'aide juridictionnelle afin de lui permettre de bénéficier d'un avocat.

Afin de les soutenir psychologiquement, ils ont pu continuer à se rendre au CMP (centre médico-psychologique), Julie nous a dévoilé durant son accueil de nouveaux faits d'incestes de la part de son père. Nous l'avons donc accompagnée avec sa mère vers la brigade spécialisée de la gendarmerie, des auditions « mélanies » ont été faites et l'ensemble des enfants du couple ont été entendus. Nous avons soutenu Julie vers sa rescolarisation et sa future orientation professionnelle (la jeune fille souhaite se diriger vers un CAP hôtellerie).

## Sortie vers le logement :

Souhaitant retrouver rapidement une stabilité nous avons fait une demande de logement social et l'attribution d'un appartement adapté à la famille a été faite par la commune de son lieu de travail. Nous avons réalisé avec Madame Perret une demande de FULH (fond unique pour le logement et l'habitat) afin de l'aider financièrement à payer la caution, l'assurance habitation et l'achat de meubles. Madame a pu entrer dans son nouveau logement en juin 2023.

Après son accueil et à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Mme Perret a souhaité venir sur la ville du Teil afin de participer à la sensibilisation du grand public. Elle a pu participer aux réunions d'organisation de la journée, aux ateliers de préparation ainsi qu'au stand tenu par le CHRS du Teil et le SIAO 07.

**AVDL**  
*Accompagnement Vers et Dans le Logement*

**RAPPORT D'ACTIVITE 2023**

**Secteur LE TEIL**



**SOMMAIRE**

<b>1</b>	<b>Présentation du dispositif</b>	<b>Page 2</b>
<b>2</b>	<b>L'activité en chiffres</b>	<b>Page 3</b>
<b>3</b>	<b>Statistiques entrées</b>	<b>Page 6</b>
<b>4</b>	<b>Statistiques sorties</b>	<b>Page 8</b>
<b>5</b>	<b>Présentation d'une situation</b>	<b>Page 10</b>

**1. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF**

L'Accompagnement Vers et Dans le Logement correspond à des mesures ciblées sur l'accès et le maintien dans le logement.

## **EN PRATIQUE : 3 TEMPORALITES POSSIBLES ET DIFFERENTS OBJECTIFS**

**Accompagnement vers le logement :** cette première temporalité concerne deux types de situations. Il peut s'agir d'une personne sans logement (elle est hébergée chez des tiers ou en structure sociale type ALT), ou d'un ménage qui est déjà en logement mais doit en changer pour diverses raisons : expulsion, dettes, logement Indécent, inadapté etc. Dans les deux cas, le but est d'aider les ménages fragiles dans la recherche d'un logement adapté à leur situation : demande de logement social, préparation des documents à fournir en cas de candidatures, préparation des demandes d'aides financières possibles, relancer les bailleurs et les AIVS. En parallèle, nous travaillons aussi sur les autres problématiques ayant entraîné ce changement de logement s'il y en a (les dettes par exemple), afin de commencer à assainir la situation.

**Accompagnement lors du relogement :** Lorsqu'un logement adapté a été trouvé, notre rôle est de soutenir et guider les personnes dans la réalisation des démarches administratives liées à l'entrée dans les lieux : souscription d'assurance, ouverture des compteurs et des droits APL, dépôt des demandes d'aides financières etc. Nous facilitons l'installation dans le logement et son environnement car cela constitue un moment essentiel. La mesure AVDL permet aussi aux personnes d'être orientées vers différents dispositifs et partenaires en fonction de leurs problématiques. Les personnes souffrent parfois d'isolement, la mise en contact avec les associations présentes sur le territoire peut les aider à créer du lien à l'extérieur du domicile. Rythmer leur quotidien par des activités ou un emploi est parfois la clé pour retrouver une dynamique. Afin que les personnes s'inscrivent sur le territoire nous devons parfois les accompagner physiquement pour les aider à maîtriser leur environnement et à prendre confiance. Ainsi, nous servons de tiers dans leur relation avec les partenaires locaux.

**Accompagnement dans le logement :** ce volet de l'accompagnement AVDL a également deux aspects. A la suite d'un relogement, le but sera de sécuriser la situation de la personne en l'accompagnant à la gestion de son budget, de son administratif et de son logement également. Il est parfois nécessaire lors de cette phase de régler les impayés précédents.

Cependant, l'AVDL ne débute pas toujours par un accompagnement vers le logement. Il arrive que la mesure ne nécessite pas de relogement. La personne est locataire mais rencontre diverses problématiques. Notre rôle sera alors principalement de prévenir ou gérer les incidents de parcours qui peuvent apparaître suite à un retard de paiement de loyer et/ou de charges locatives. L'objectif est d'éviter la spirale de l'endettement et de l'expulsion. La mesure AVDL sert parfois à médier les relations bailleurs/locataires.

## **ORGANISATION D'UNE MESURE AVDL**



**Orientation** → Les ménages sont orientés par les partenaires sociaux (centres médico-sociaux, CCAS, référents RSA, centres sociaux, mission locale, SIAO, CHRS, bailleurs sociaux...) qui adressent directement au service AVDL les dossiers d'orientation.

**Durée** → Initialement, la mesure est ouverte pour une durée de 6 mois. Celle-ci est ensuite réévaluée régulièrement en fonction des besoins de la personne. Il n'existe pas de limite de durée d'accompagnement. Nous restons néanmoins vigilants à re questionner la mesure après 18 mois d'accompagnement.

**Rythme de rencontre** → Le rythme des rendez-vous peut aussi varier en fonction des situations : d'une fois par semaine à deux fois par mois.

### **LES PUBLICS**

L'action AVDL est destinée à toute personne nécessitant un soutien à l'accès puis au maintien dans son logement. Cela peut donc être :

- Des personnes vivant à la rue ou en squat
- Des personnes hébergées : chez des tiers, en structure d'hébergement, en logement temporaire etc.
- Des personnes en logement autonome dans le parc locatif public ou privé.
- Des personnes propriétaires de leur bien.

## **2. L'ACTIVITE EN CHIFFRES**

En 2023, le service AVDL est financé pour exercer 15 mesures en file active.

**28 ménages ont été accompagnés par le service cette dernière année, pour un effectif total de 34 personnes réparties comme suit :**

- Hommes seuls : 15
- Femmes seules : 10
- Couples : 1
- Femmes avec enfants : 2 (avec 2 et 3 enfants)

Aucune mesure AVDL DALO n'a été sollicitée en 2023.

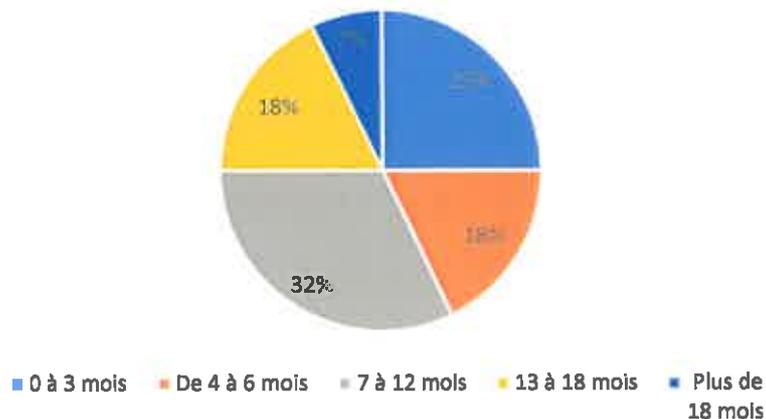
Le service AVDL a enregistré **17 entrées en 2023 pour 13 ménages**.  
Le service a enregistré **13 sorties** du dispositif.

**Ratio mois/mesures 2023**

	janvier	février	mars	avril	mai	juin
file active	16	17	15	14	14	16
mois réalisés	107	123	114	115	129	143
Durée moyenne de prise en charge mensuelle	6,69	7,23	7,6	8,21	9,21	8,94
	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
file active	15	15	18	16	16	15
mois réalisés	135	150	150	145	103	113
Durée moyenne de prise en charge mensuelle	9	10	8,33	9,06	6,44	7,53

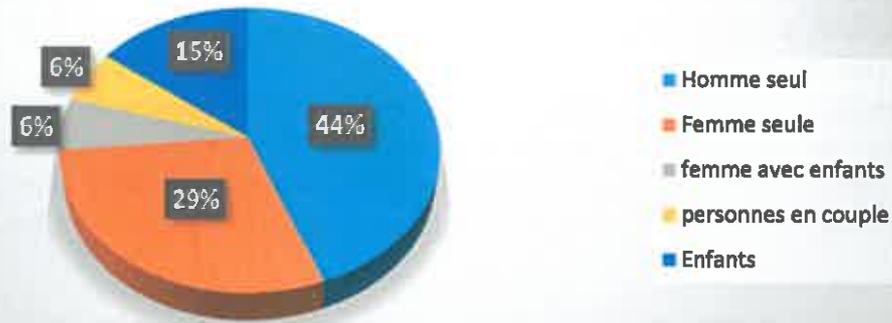
**L'année 2023 se solde par un total de 187 mois-mesures.  
La durée moyenne de prise en charge est de 8,19 mois par mesure.  
La file active annuelle moyenne est de 15,58 mesures.**

Durée moyenne de mesure

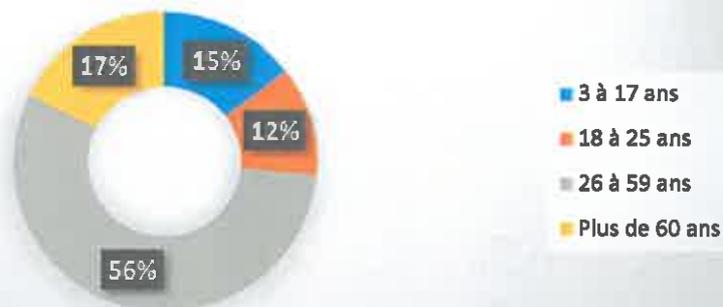


**Les statistiques générales s'appliquent sur la base des 34 personnes accompagnées dans le cadre de 28 ménages et donc de 28 mesures (puisque 1 mesure = 1 ménage).**

## Situation familiale



## Age des personnes



Types d'accompagnements AVDL	Accompagnement vers le logement	Accompagnement vers le relogement	Aide au maintien dans le logement	Mixte
Répartition en %	36,9	15,9	34,4	12,8

Cette répartition des types d'accompagnements ne fait toutefois pas apparaître quelques nuances importantes et notamment une nette tendance à l'augmentation des besoins d'accompagnement vers le logement (45%) ou le relogement (21,5%) de septembre à décembre 2023. Ce constat s'explique sans doute par l'aggravation de la crise du logement qui complique l'accès au logement de certains ménages.

### Les principaux freins rencontrés :

- Des problématiques économiques
- Des problématiques administratives ou d'accès aux droits
- Des problématiques de santé
- Des problématiques familiales

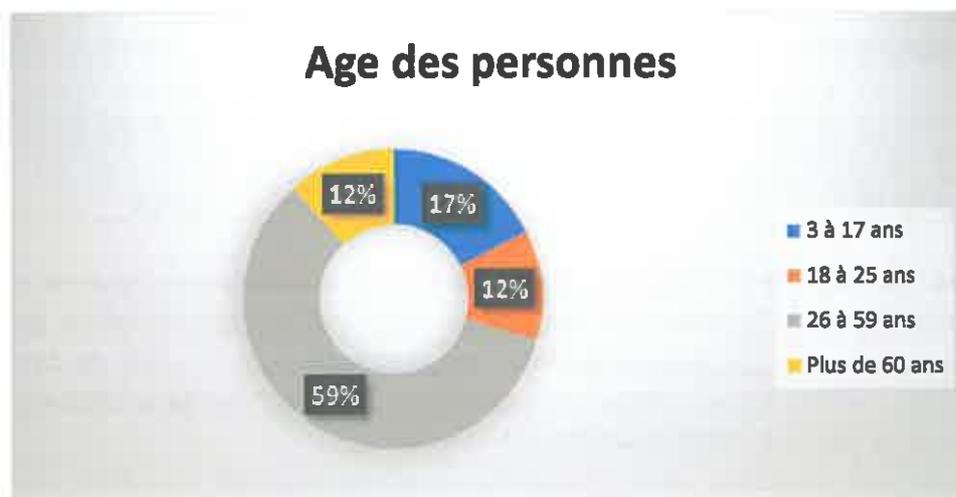
**Origines des orientations :**

De nombreux partenaires du territoire nous orientent régulièrement des situations. La plupart sont éligibles à l'accompagnement AVDL, ce qui tend à démontrer que les partenaires connaissent bien le sens et l'intérêt du dispositif.

Les partenaires de proximité les plus fréquents sont les professionnels de l'insertion rattachés à la Direction Territoriale sud-est de l'Action Sociale ou les acteurs sociaux des CCAS.

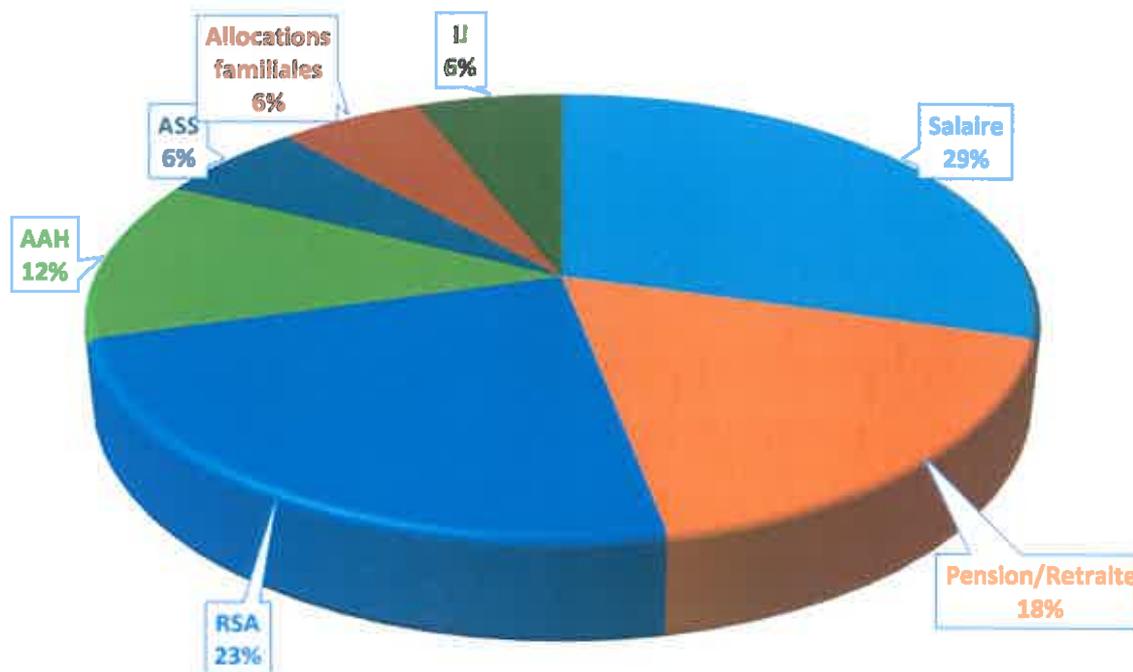
Cette bonne interconnaissance ainsi que des modalités d'orientation permettent une bonne réactivité dans la mise en œuvre des mesures ainsi qu'une fluidité des relais.

**3. STATISTIQUES SUR LES ENTREES 2023 (sur la base des 17 personnes entrées et pour 13 ménages)**



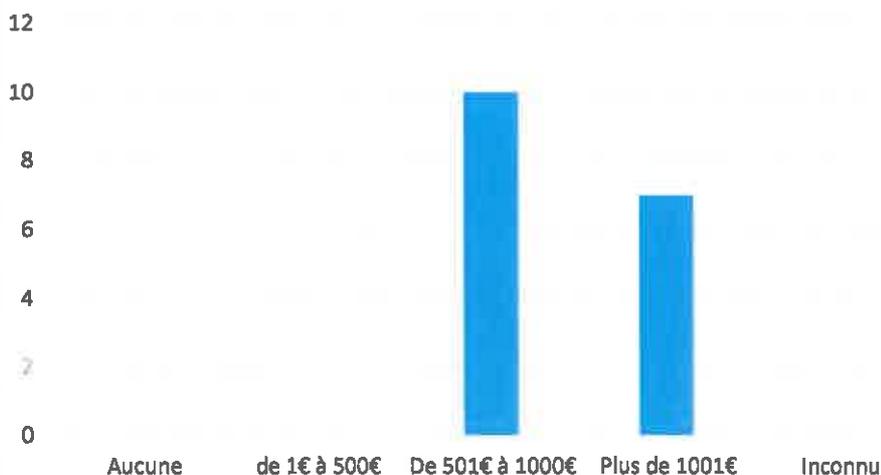
La part des personnes âgées de 26 à 59 ans est la plus représentée (59%). On note une augmentation assez significative des moins de 25 ans (16% en 2022 contre 29% en 2023 du fait de la prise en compte de trois mineurs dans un ménage).

## RESSOURCE PRIORITAIRE À L'ENTRÉE



La typologie des ressources varie en fonction des situations, avec une baisse importante de bénéficiaires du RSA (32% des entrants en 2022 contre 23% en 2023). Les bénéficiaires de l'AAH sont également en baisse (21% en 2022 contre 12% en 2023). Par contre, c'est la proportion de personnes salariées qui a considérablement augmenté (10% seulement en 2022 contre 29% en 2023). Cette tendance tend à montrer que les difficultés d'accès ou de maintien dans le logement ne tiennent pas qu'à des raisons économiques.

## Montant des ressources à l'entrée



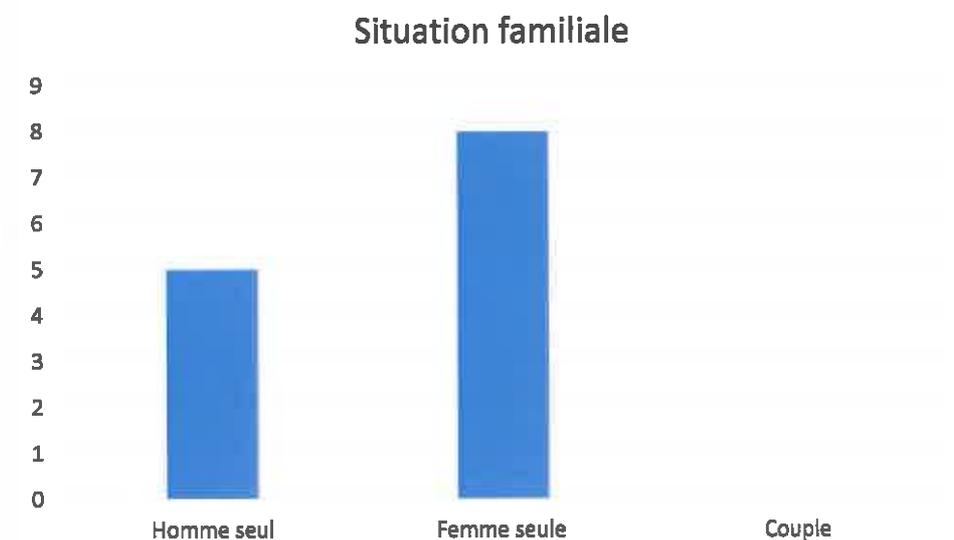
Ce tableau confirme la tendance selon laquelle des ménages avec des ressources plus importantes (salaires) sont malgré tout en proie à des difficultés dans leurs logements (3 situations en 2022 contre 7 en 2023 parmi les mesures nouvelles).



Parmi les 17 personnes entrées en 2023 (pour 14 ménages), la majorité (76%) nécessite un niveau d'accompagnement moyen (qui correspond à la norme d'accompagnement en AVDL).

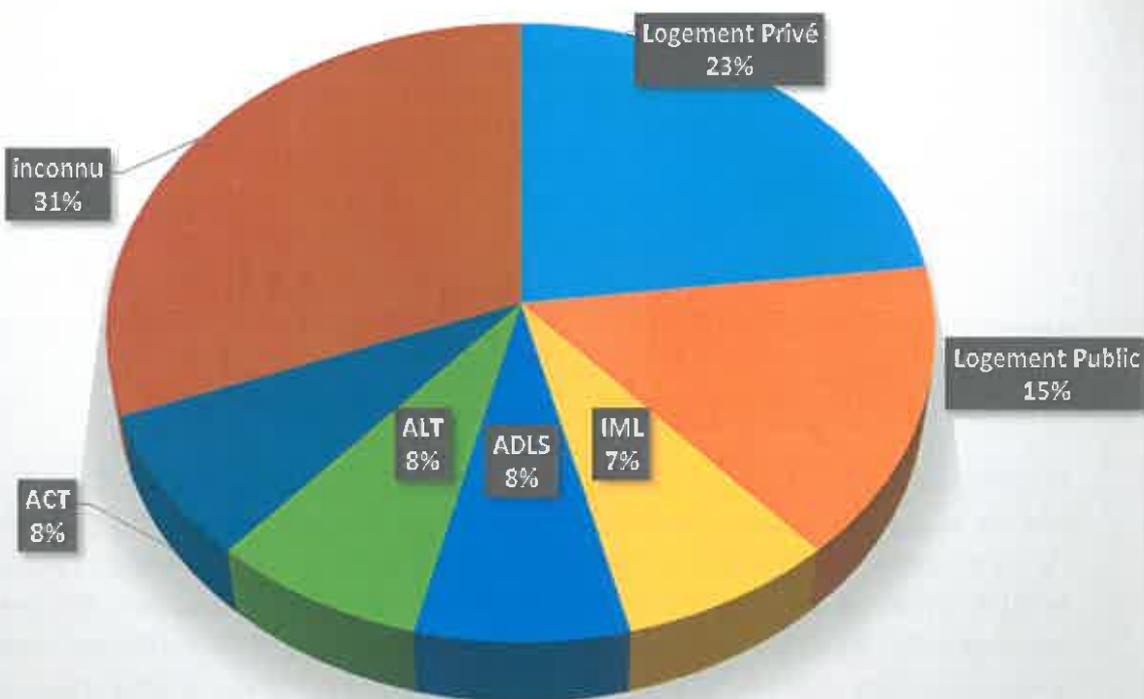
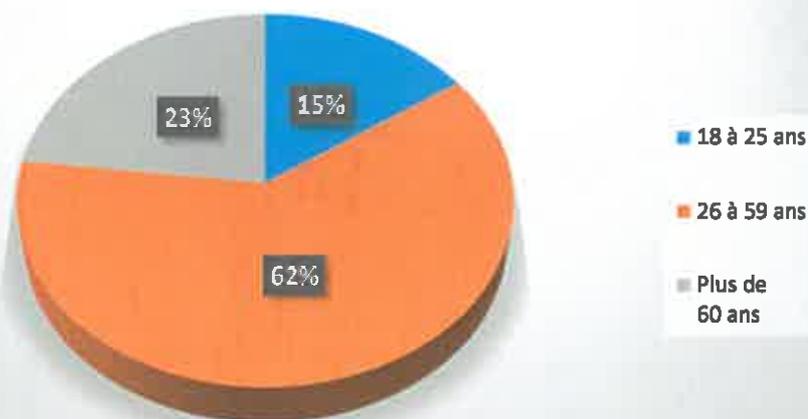
#### 4. STATISTIQUES SUR LES SORTIES 2023

**Le service AVDL a enregistré 13 sorties en 2023.**



La proportion de sorties hommes/femmes s'est inversée par rapport à 2022. Une majorité de femmes est concernée par des sorties.

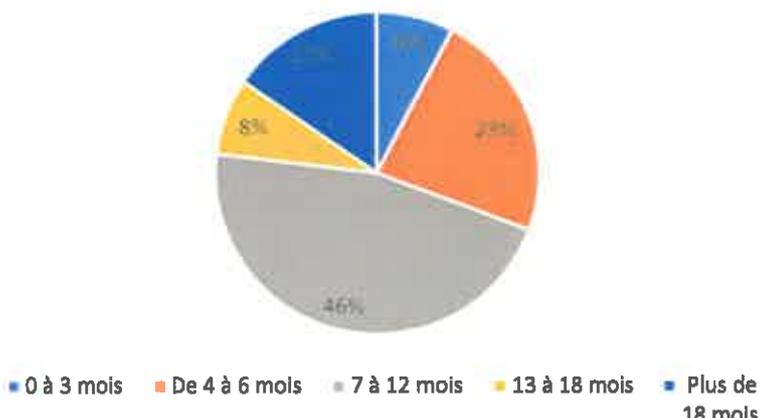
## Age des personnes sortantes



## Situations à la sortie

La majorité des sorties se fait vers le logement privé ou le logement public (38% en cumulé) mais il s'agit surtout de maintien dans le logement pour ces situations. D'autres dispositifs (ACT, ALT, ADLS, IML) ont pu permettre des orientations adaptées à des besoins spécifiques (pour 31% des situations). La rubrique « inconnu » (31% des situations) concerne des sorties liées à une non-adhésion à l'accompagnement.

Durée de mesures des sortants



**Les mesures qui durent depuis plus de 18 mois sont majoritairement des mesures renouvelées liées à des situations complexes.**

**Les mesures de moins de 6 mois représentent 31% des suivis.**

## 5. PRESENTATION D'UNE SITUATION

Monsieur S a été orienté vers une mesure AVDL par son référent au sein du CMS du Teil en mars 2023. Monsieur a trois enfants qu'il reçoit un week-end sur deux et la moitié des vacances. Ils sont le reste du temps chez leur mère en région lyonnaise.

Au début de l'accompagnement, Monsieur percevait une ASS et était locataire d'une maison dans le parc privé. Il occupait cette maison depuis de nombreuses années. Cependant, ses revenus ayant diminué, son loyer de 600 euros est devenu trop onéreux et déséquilibrait son budget. L'objectif principal de la mesure AVDL était donc de soutenir Monsieur dans la recherche d'un nouveau logement adapté à ses revenus. Il y avait également diverses dettes à régler. Certaines ont pu l'être grâce à un important rappel APL de la MSA. Néanmoins, au vu du reste à vivre de Monsieur S, il était difficile d'agir sur la totalité des dettes. Nous avons néanmoins constitué une demande de FUL maintien pour une facture d'eau importante et mis en place un plan d'apurement auprès d'EDF.

Monsieur a déposé au mois d'avril 2023 un dossier AAH. Une orientation vers le Secours Populaire a été faite afin que Monsieur puisse bénéficier de colis alimentaires réguliers. Le CCAS du Teil lui a également délivré un bon d'essence de 20 euros.

Au mois de septembre, Monsieur S a essayé un sevrage à l'alcool seul et soudain ayant provoqué un delirium tremens et donc une hospitalisation. Monsieur est depuis suivi par un service d'addictologie.

Fin septembre 2023, Monsieur s'est vu attribué un logement pour lequel nous avons déposé une candidature. Il s'agit d'un appartement T3, davantage adapté à ses revenus. Nous avons alors commencé les démarches liées à ce déménagement : fermeture et ouverture de contrat, montage d'un dossier FUL accès, organisation du déménagement avec le Secours Populaire. Monsieur a ainsi pu emménager dans son nouveau logement en novembre 2023. De fait, ses charges correspondaient désormais à ses revenus.

En octobre, Monsieur S a commencé une formation rémunérée avec Pôle Emploi. Cette formation a permis à Monsieur de retrouver un rythme de vie, un objectif à atteindre, une vie sociale. Elle a également augmenté ses revenus.

En décembre 2023, Monsieur a reçu un accord de la MDPH pour bénéficier de l'AAH. Cette attribution permet à Monsieur d'assurer un revenu minimum plus décent que l'ASS, qu'il complète avec sa formation et/ou un futur emploi à l'issue de cette dernière.

Monsieur étant installé nous avons commencé à travailler au règlement des différentes dettes existantes. Une demande d'aide financière a été faite auprès de la Fondation Abbé Pierre pour couvrir les deux mois de loyers impayés pour son ancien logement. La FAP a aussi envoyé à Monsieur 150 euros de bons alimentaires. Nous avons ensuite fait le point sur toutes les dettes pour connaître les montants exactes de chacune d'elles. Monsieur a été soutenu financièrement par sa famille qui a pu régler ses différents impayés.

À ce jour, la mesure AVDL se poursuit pour veiller à la mise en place de l'AAH et finir d'apurer les diverses dettes de Monsieur. A l'issue de la mesure, un nouveau rendez-vous tripartite sera organisé avec le référent social de Monsieur au CMS afin de passer le relais.

L'intervenante AVDL, *Chloé LAURENT*  
Le Chef de service, *Vincent FARALDI*

Direction de la santé publique

**BILAN FINAL DES ACTIONS LOCALES  
DE PREVENTION ET DE PROMOTION  
DE LA SANTE**

**PRESENTATION GENERALE DE L'ACTION INCURIE 07 - 2023**

Nom du promoteur	<b>DIACONAT PROTESTANT</b>
Intitulé de l'action	<b>Prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat (INCURIE 07)</b>
Année de déroulement de l'action	<b>2023</b>
Montant de la subvention octroyée par l'ARS	<b>43 000 euros</b>
Subvention du département 07	<b>12 000 euros</b>
Rappel du numéro de dossier	
Date de saisie de la fiche bilan	<b>19 janvier 2024</b>

## RESULTATS DES INDICATEURS DE PROCESSUS INSCRITS DANS LE DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION

### VOIR ANNEXE JOINTE STATISTIQUES BILAN ACTIVITE 2023

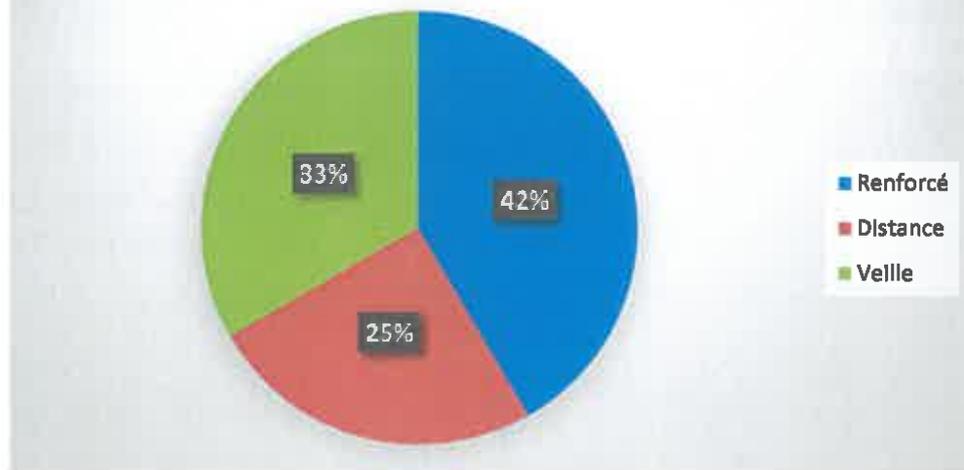
1- L'action a-t-elle démarré comme prévu ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- date de début des actions (respect du calendrier)	Depuis 2021  01 janvier 2023	01 janvier 2023 Maintien de l'accompagnement santé et veille sur les situations. Arrêt de la mission de l'éducateur en décembre 2023.

2- Les actions réalisées se sont-elles déroulées selon les modalités prévues ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- type d'intervention (sensibilisation, formation, atelier collectif, soutien individuel, ...)	Accompagnement social et santé Service opérateur principal incurie sur le département	Accompagnement social (interrompu en fin d'année 2023) et accompagnement santé  Diagnostics / signalements  Partenariat
- nombre d'interventions	Prévisionnel 6 accompagnements renforcés et 20 à distance en file active	31 mesures dont 12 en file active et 19 clôturées. Baisse significative des mesures à distance en 2023.  File active 2023 (12 mesures) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 accompagnements renforcés</li> <li>- 3 accompagnements à distance</li> <li>- 4 situations en veille</li> </ul>
- nombre de lieux d'intervention	Département de l'Ardèche	Interventions sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 28 communes</li> <li>- 13 communautés de communes</li> </ul>

## Mode d'accompagnement



### Définitions des types de mesures :

- **Mesure renforcée** : accompagnement médicosocial renforcé dans un rayon d'environ ¾ d'heure autour du Teil / Accompagnement social et santé soutenu (fréquence 1 VAD / quinzaine en moyenne)
- **Mesure à distance** : fonction d'évaluation de la situation, coordination des acteurs, conseil, orientation
- **Mesure en veille** : ancienne mesure renforcée évaluée comme en manque d'adhésion mais nécessitant une veille (possibilité de réactiver la mesure renforcée sans nouveau signalement)

Participation des usagers à l'action :  - les bénéficiaires de l'action ont-ils été inclus dans le montage du projet ?	<b>Objectif spécifique 1 :</b> Etablir un diagnostic partagé	Réception du signalement, contact téléphonique avec le signalant / investigation /recherche de personnes ressources /partenaires.  Réalisation d'une réunion de concertation et démarche d'action.  Rencontre des ménages. VAD sans convocation. Avec le TS en règle générale. Premier visuel et ressenti de la situation.  Classement selon les différents items (Renforcé, Distance, Veille, sans suite en cas d'évaluation « invalide pour le dispositif »).  Nombre de signalements en 2023 : 11														
	<b>Objectif spécifique 2 :</b> Adhésion des ménages.	Si adhésion, travail sur le long terme. VAD, entretiens téléphoniques, début de désencombrement, lien avec les partenaires. Formalisation d'un projet personnalisé dans le respect de la temporalité et de l'adhésion des personnes.														
-nombre de bénéficiaires ayant participé au montage de l'action et rôle(s)	<b>Objectif spécifique 3 :</b> Accompagnement des ménages	Action rythmée, par la temporalité des ménages, et le principe de réalité qui a amené au signalement.  Démarche individuelle et participative.  Nombre de ménages concernés : 31														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Année de signalement</th> <th>File active 2023 (accompagnements)</th> <th>Clôturés en 2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		Année de signalement	File active 2023 (accompagnements)	Clôturés en 2023	2020		1	2021	4	4	2022	3	8	2023	5
Année de signalement	File active 2023 (accompagnements)	Clôturés en 2023														
2020		1														
2021	4	4														
2022	3	8														
2023	5	6														

- typologie  
des  
bénéficiaire  
s

<b>Suivi santé</b>	
Pas de suivi	6
Suivi somatique	11
Suivi psy	3
Suivi psy et somatique	9
Absence d'informations	2
<b>Ressources (non renseigné : 4)</b>	
Retraite	10
AAH	3
RSA	4
Invalidité	1
Salaire	4
Autre	9
Chômage	0
<b>Classes d'âge signaux confirmés</b>	
18-29 ans	0
30-39 ans	1
40-49 ans	1
50-59 ans	9
60-69 ans	11
70 ans et plus	8
non précisé	1
<b>Composition du foyer (non renseigné : 4)</b>	
Homme Seul	18
Femme Seule	8
Femme seule + enfants	2
Couple	3
<b>Ancienneté dans le logement</b>	
Moins d'un an	2
Entre 1 et 3 ans	5
Entre 4 et 10 ans	12
Plus de 10 ans	11
non précisé	1
<b>Statut des occupants</b>	
Locataire parc public	5
Locatif parc privé	13
Propriétaire occupant	12
non précisé	1

<p>- nombre de bénéficiaires touchés lors des interventions</p>	<p><b>Objectif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 renforcées</li> <li>- 20 à distance</li> </ul>	<p><b>31 situations sur l'année 2023</b></p> <p><b>12 en file active :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 renforcées</li> <li>- 3 à distance</li> <li>- 4 en veille</li> </ul> <p><b>19 clôturées</b></p> <p><b>Motifs des clôtures :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'adhésion : 4</li> <li>- Expertise ponctuelle et relais partenaire : 9</li> <li>- Décès : 1</li> <li>- Entrée en établissement ou relogement : 2</li> <li>- Non éligibilité : 3</li> </ul>
<p>- degré de satisfaction des bénéficiaires</p>		<p>Evaluation du degré d'adhésion par l'observation des rendez-vous honorés, des sollicitations ou demandes, des possibilités de VAD, des signatures de Projets Personnalisés.</p>

### 3- Le(s) territoire(s) visé(s) a(ont)-t-il(s) été touché(s) ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires																																
<p>- nom des territoires bénéficiaires de l'action</p>	<p>Département</p>	<table> <tr><td>Annonay Rhône Agglo</td><td>1</td></tr> <tr><td>Val d'Ay</td><td>0</td></tr> <tr><td>Portes de Drôme Ardèche</td><td>1</td></tr> <tr><td>Val'Eyrieux</td><td>2</td></tr> <tr><td>Pays de Lamastre</td><td>2</td></tr> <tr><td>Arche Agglo</td><td>1</td></tr> <tr><td>Rhône Crussol</td><td>5</td></tr> <tr><td>Privas Centre Ardèche</td><td>3</td></tr> <tr><td>Montagne d'Ardèche</td><td>0</td></tr> <tr><td>Ardèche des Sources et Volcans</td><td>0</td></tr> <tr><td>Bassin d'Aubenas</td><td>5</td></tr> <tr><td>Berg et Coiron</td><td>2</td></tr> <tr><td>Ardèche Rhône Coiron</td><td>4</td></tr> <tr><td>Pays de Vans en Cévennes</td><td>0</td></tr> <tr><td>Pays Beaumes Drobie</td><td>1</td></tr> <tr><td>Val de Ligne</td><td>0</td></tr> </table>	Annonay Rhône Agglo	1	Val d'Ay	0	Portes de Drôme Ardèche	1	Val'Eyrieux	2	Pays de Lamastre	2	Arche Agglo	1	Rhône Crussol	5	Privas Centre Ardèche	3	Montagne d'Ardèche	0	Ardèche des Sources et Volcans	0	Bassin d'Aubenas	5	Berg et Coiron	2	Ardèche Rhône Coiron	4	Pays de Vans en Cévennes	0	Pays Beaumes Drobie	1	Val de Ligne	0
Annonay Rhône Agglo	1																																	
Val d'Ay	0																																	
Portes de Drôme Ardèche	1																																	
Val'Eyrieux	2																																	
Pays de Lamastre	2																																	
Arche Agglo	1																																	
Rhône Crussol	5																																	
Privas Centre Ardèche	3																																	
Montagne d'Ardèche	0																																	
Ardèche des Sources et Volcans	0																																	
Bassin d'Aubenas	5																																	
Berg et Coiron	2																																	
Ardèche Rhône Coiron	4																																	
Pays de Vans en Cévennes	0																																	
Pays Beaumes Drobie	1																																	
Val de Ligne	0																																	

	Gorges de l'Ardèche	1
	Du Rhône Aux Gorges de l'Ardèche	3
	Cèze Cévennes	0

#### 4- Le partenariat prévu a-t-il été respecté ?

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- nombre de partenaires impliqués dans l'action	Etayage de la situation avec les partenaires.	23 partenaires différents
- liste des partenaires ayant participé à l'action et étape de mise en œuvre de la collaboration		<p>ARS DDT Réseau PDLHI Fondation Abbé Pierre Collectif 31 DDETSPP</p> <p>Com-Com Mairies (Elu) CCAS CMS Bailleurs CMP Services des Tutelles</p> <p>Services à domicile Pensions de familles</p> <p>Centres hospitaliers Médecins généralistes DAC 07 EMPP Cabinets infirmiers Gendarmerie Pompiers</p> <p>Acteurs de l'OPAH et réseaux associatifs. Entreprises locales de désencombrement Associations d'insertion.</p>

<b>- valeur ajoutée du/des partenariats</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offre une vision multidimensionnelle et pluriprofessionnelle des situations sur le Territoire Ardéchois.</li> <li>- Permet de sortir la ou les situations de l'isolement.</li> <li>- Une répartition des rôles et des actions à mener dans l'accompagnement global des ménages.</li> <li>- Offre la possibilité d'une recherche collective et innovante de solutions.</li> </ul>

**5- Une communication autour de l'action a-t-elle été menée ?**

<b>Intitulé de l'indicateur</b>	<b>Rappel du résultat attendu</b>	<b>Résultat effectif et commentaires</b>
<b>- type de communication réalisée autour de l'action</b>		Communication par mails téléphone, présentation du dispositif lors de réunions d'informations, participation aux réunions partenariales locales, aux CHI, aux journées de formation LHI, rencontre avec les Travailleurs Sociaux, les Elus. Communication : fiches de signalements, flyer du service, powerpoint de présentation
<b>- dans quelle mesure cette communication a-t-elle valorisé votre action ?</b>		La connaissance et la reconnaissance du dispositif sur le secteur Ardéchois facilite l'accompagnement des ménages en situation d'Incurie, qui voient autour d'eux un étayage collectif bienveillant. Cela engendre également une hausse des signalements et des sollicitations pour du conseil.

**6- Le budget prévu a-t-il été consommé ?**

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- niveau de consommation du budget -présence de co-financements	Financements Fondation Abbé Pierre pour l'aide aux désencombres	Reliquat de la subvention 2022 de la Fondation Abbé Pierre restitué.  Décision de fonctionnements modifiée avec la FAP : sollicitations d'aides ponctuelles en fonction des besoins.

**7- Une réunion de cadrage (ou comité de pilotage) a-t-elle été organisée pour planifier et suivre le déroulement de l'action ?**

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
- nombre de réunions de cadrage (ou comité de pilotage)	Réunions de cadrage	Réunion exceptionnelle du 14 novembre 2023 (avec CD, ARS et Diaconat) : évocation des difficultés du service et des pistes de réorganisation
- date de la(des) réunion(s) de cadrage (ou comité de pilotage)		
- composition des membres de la réunion de cadrage (ou comité de pilotage)		ARS, CD 07, Diaconat

<p>- apports issus de cette/ces réunions</p>		<p>Difficultés inhérentes au fonctionnement du service :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mission abrasive</li> <li>- Constat de besoins importants sur tout le territoire : complexité de l'organisation territoriale</li> <li>- Poste éducatif très isolé</li> <li>- Risques psycho-sociaux importants</li> <li>- Manque de moyens pour constituer une équipe avec des calibrages de postes adaptés aux besoins de la mission</li> <li>- Arrêt des suivis à distance (peu de sens, ne correspond pas aux besoins)</li> </ul>
--	--	--

#### 8- Autres indicateurs suivis par l'opérateur

Intitulé de l'indicateur	Rappel du résultat attendu	Résultat effectif et commentaires
Projets personnalisés formalisés	Signatures des PP pour les 5 accompagnements renforcés	5 PP formalisés

## **ANALYSE GLOBALE DU PROCESSUS**

### **Points négatifs / à améliorer**

- Le dimensionnement du service ne correspond pas aux besoins du territoire (explosion des signalements et déplacements importants).
- Temps de travail de l'infirmière trop faible (ne suffit pas à pourvoir les besoins en matière de santé ou d'orientation).
- Manque la dimension psychiatrique dans l'accompagnement (et notamment dans le suivi du syndrome de Diogène qui nécessite souvent une prise en charge spécifique).
- arrêt de la mission du travailleur social (décembre 2023) lié aux difficultés d'exercice de la mission dans la configuration actuelle du service (épuisement de l'équipe) : **suspension d'activité mi-décembre 2023.**

### Points positifs

- Malgré la suspension d'activité liée au départ de l'éducateur : relais assurés par l'infirmière pour les situations renforcées
- Reconnaissance du service par les partenaires
- Réactivité du service
- Pertinence de la co-intervention social-santé
- Partenariat riche et opérationnel

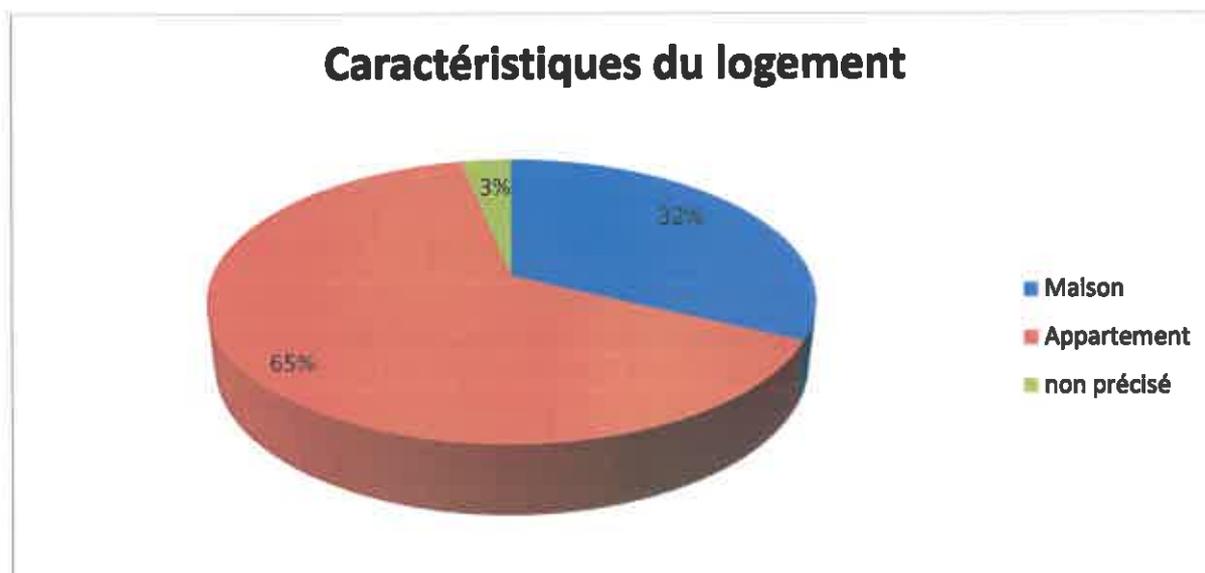
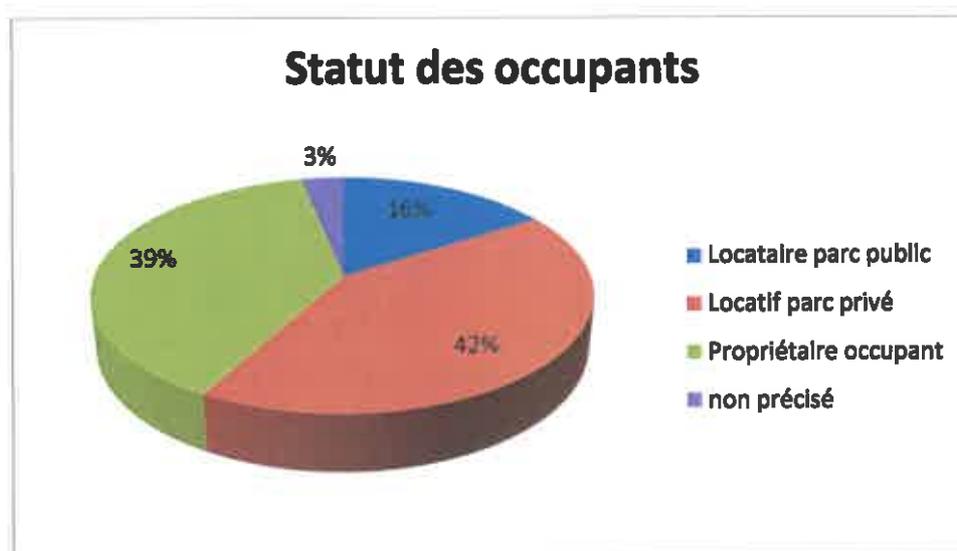
### Perspectives envisagées pour votre action (dans l'hypothèse d'une demande de reconduction de votre action)

- Réfléchir à un nouveau schéma départemental d'intervention territoriale (besoin de services de proximité pour l'exercice de mesures renforcées)
- Besoin d'augmentation du temps d'intervention santé (infirmière)
- Réflexion engagée sur un service territorial bi-départemental (bassin de Montélimar) cohérent avec la réalité de vie de la population (aspects administratifs compliqués toutefois)
- Validation de l'arrêt des mesures à distance qui ne font pas sens, ni pour l'équipe, ni pour les partenaires (qui attendent une intervention renforcée), ni pour les personnes accompagnées.
- Reconduction de l'action conditionnée par l'augmentation des moyens (temps de travail social-santé équilibré) ou arrêt de la mission.

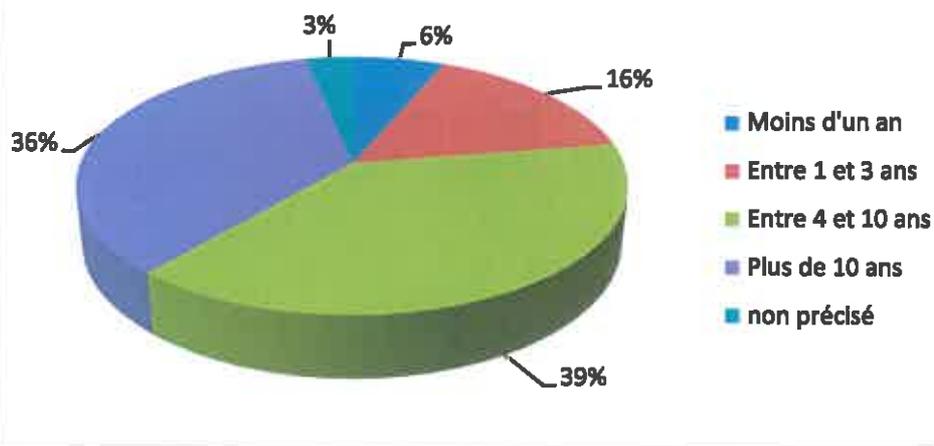
**Date : 25/01/2024**

**Signature du représentant légal  
(Nom et cachet)  
GALIANA Michel**

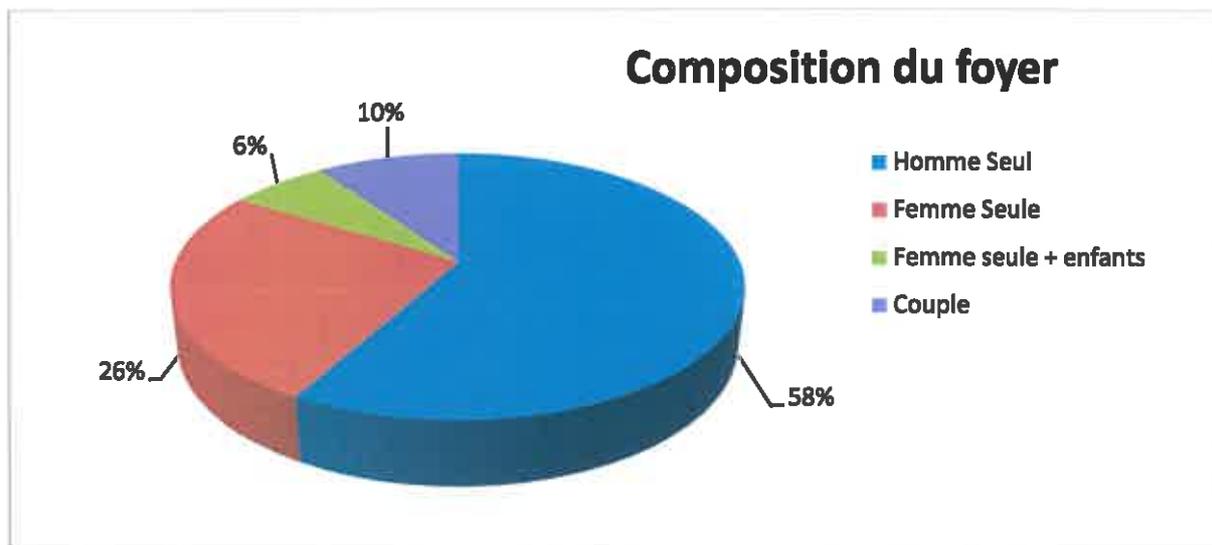
**Données statistiques sur la base des 31 situations (tous signaux confondus : mesures et signalements) en 2023 :**



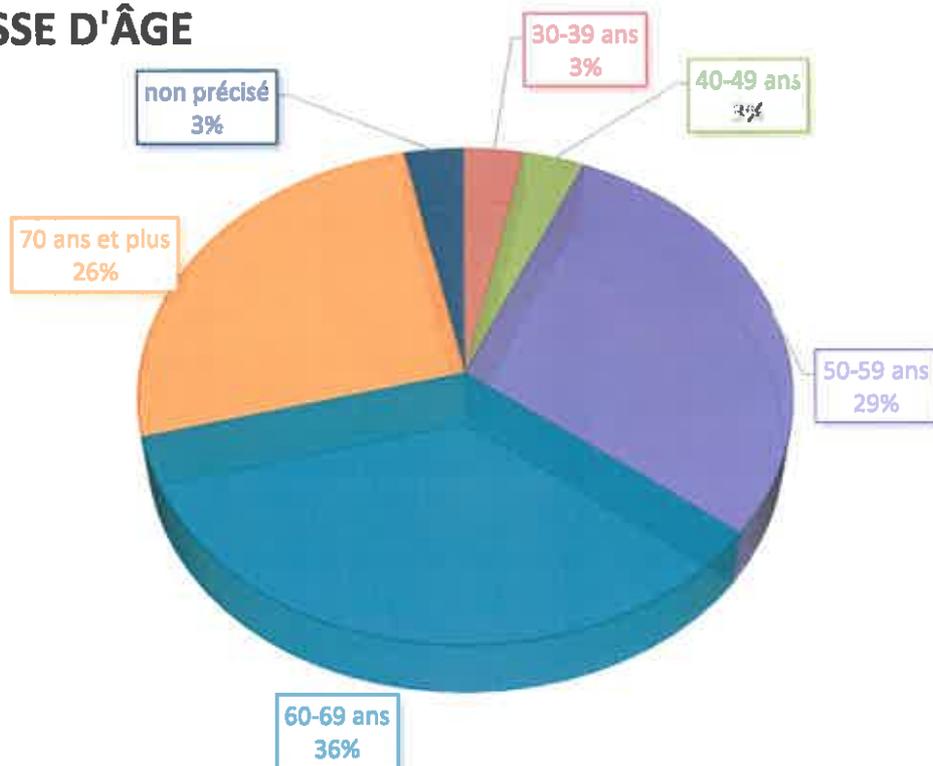
### Ancienneté dans le logement



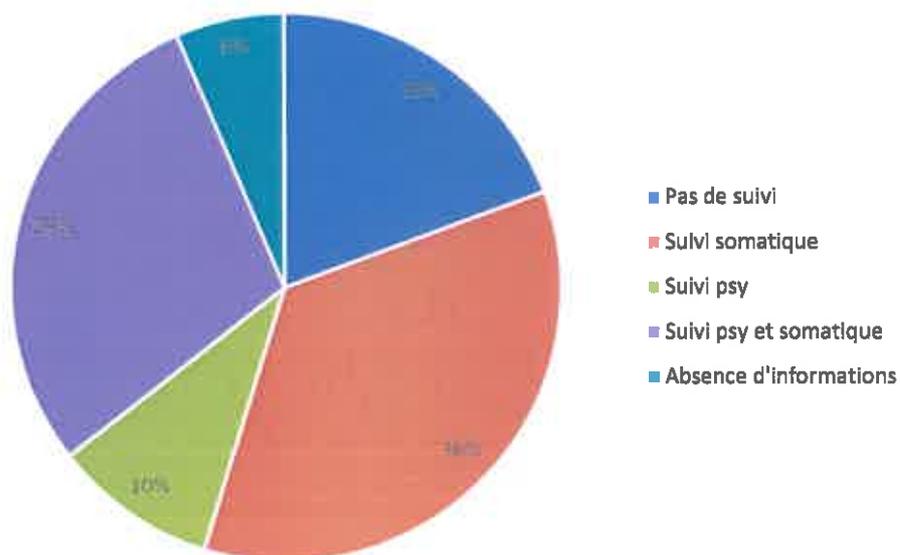
### Composition du foyer



## CLASSE D'ÂGE

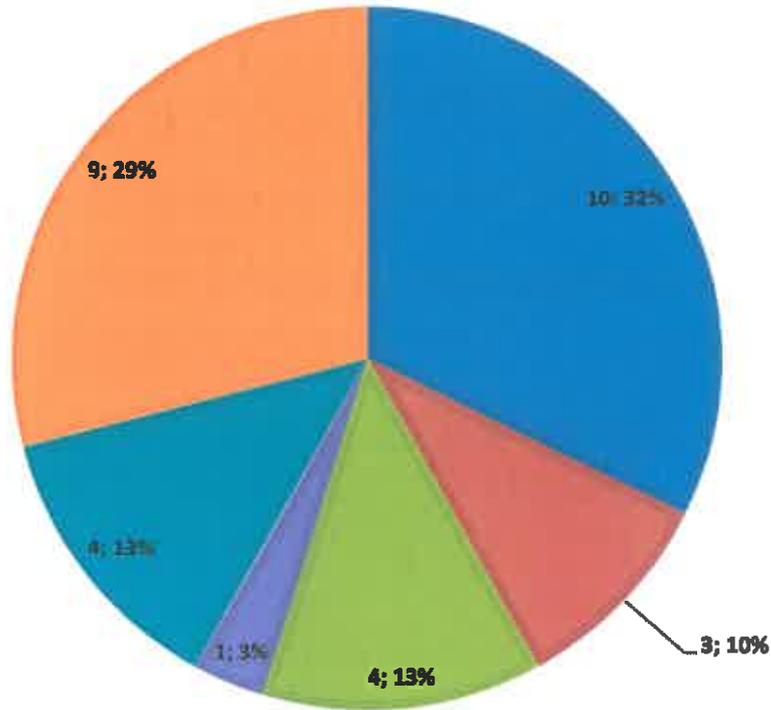


## Suivi santé

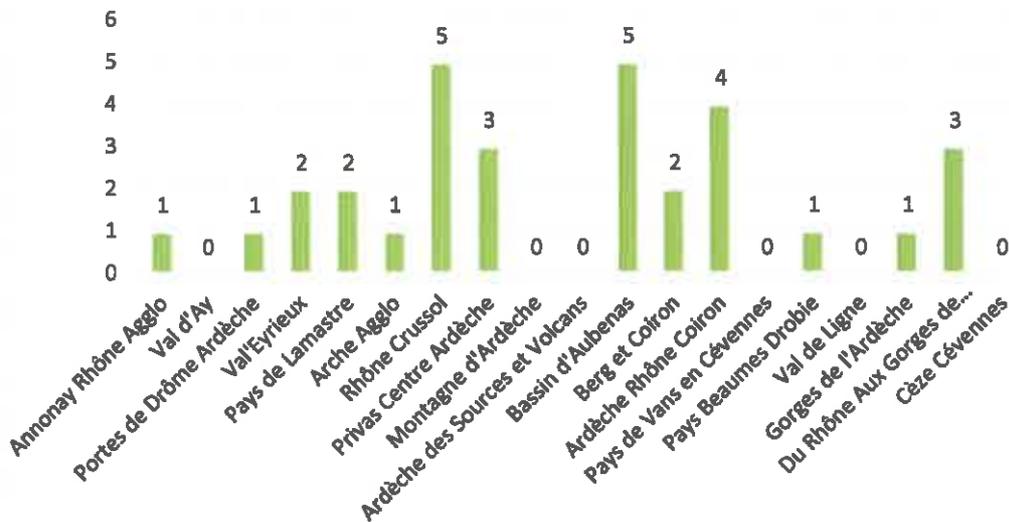


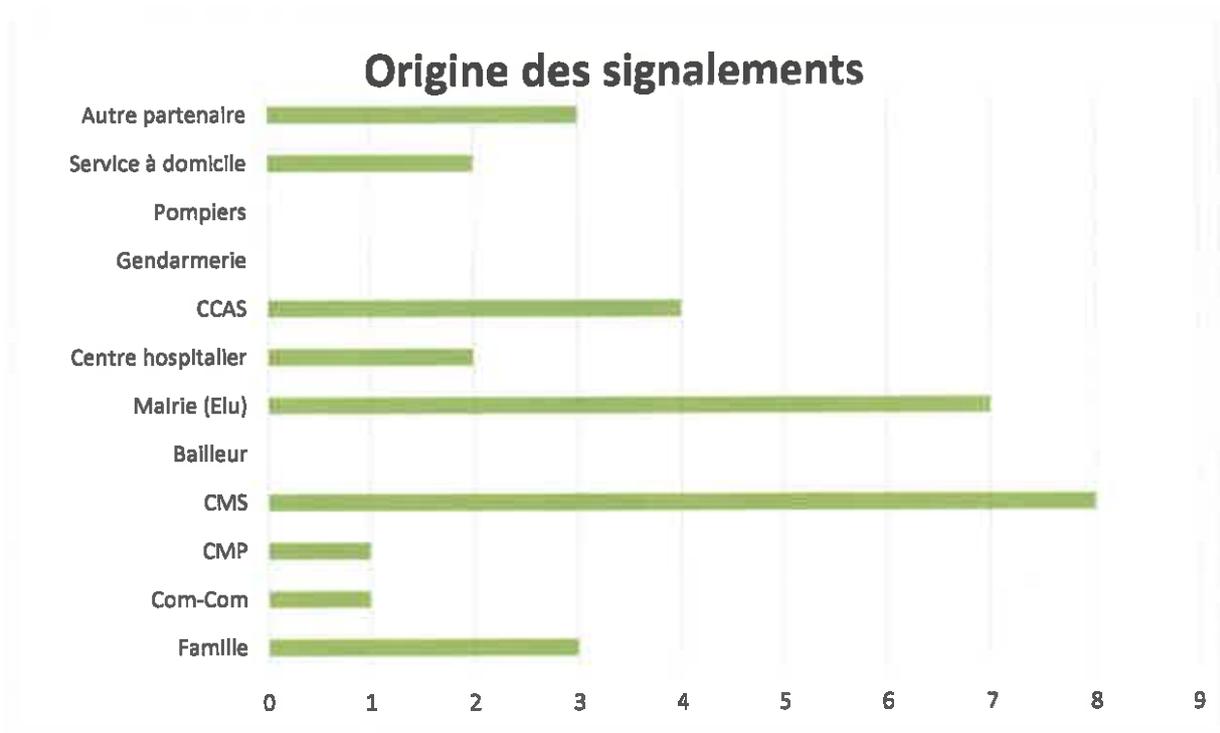
## RESSOURCES

■ Retraite ■ AAH ■ RSA ■ Invalidité ■ Salaire ■ Autre

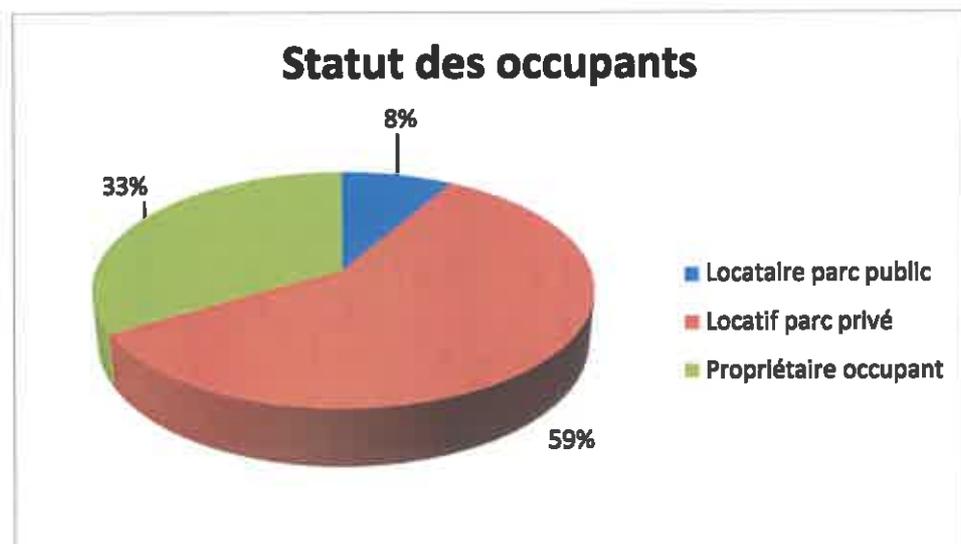


## Répartition par territoire des signaux confirmés

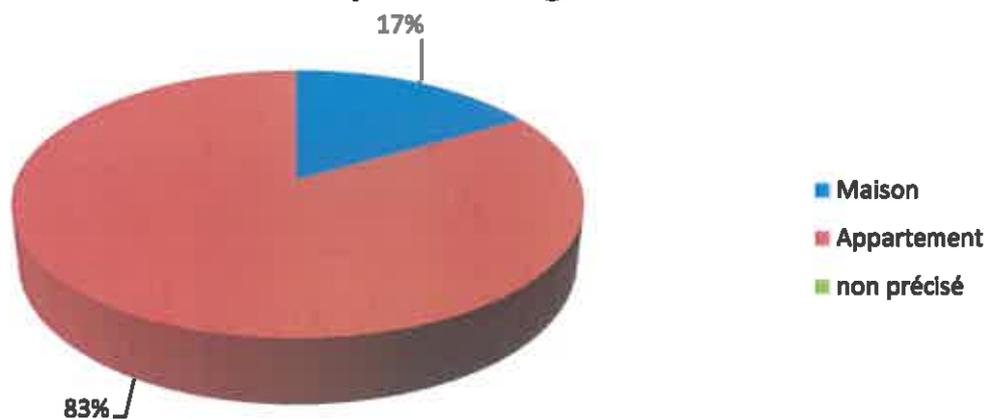




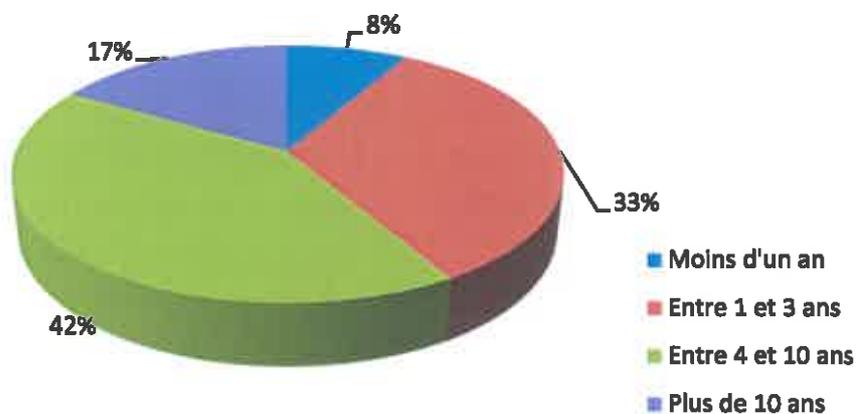
**Données statistiques sur la base des 12 situations en file active en 2023 (mesures renforcées, mesures à distance et mesures en veille) :**



### Caractéristiques du logement



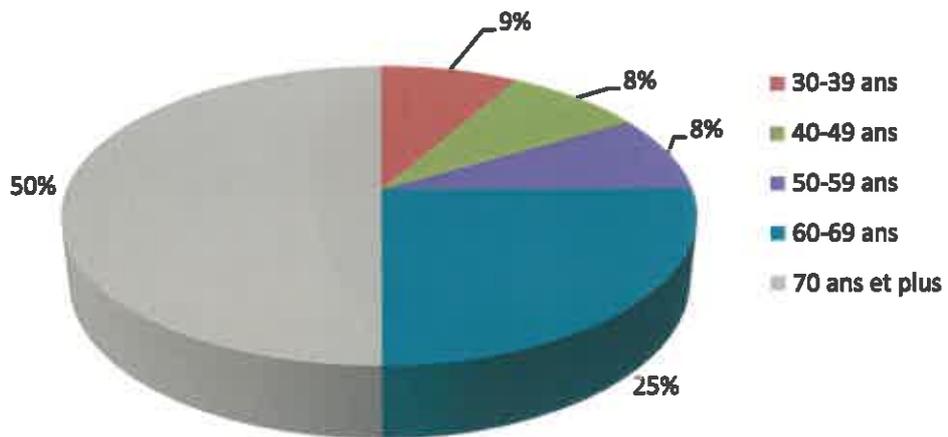
### Ancienneté dans le logement



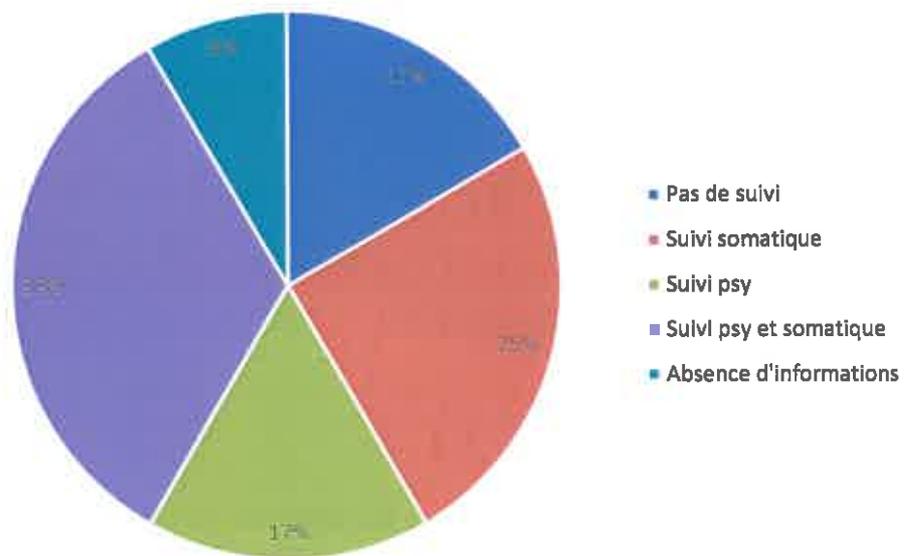
### Composition du foyer



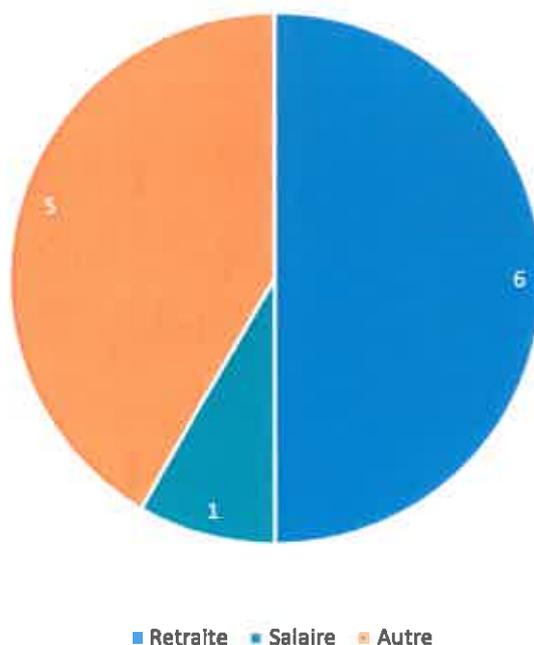
## Classe d'âge



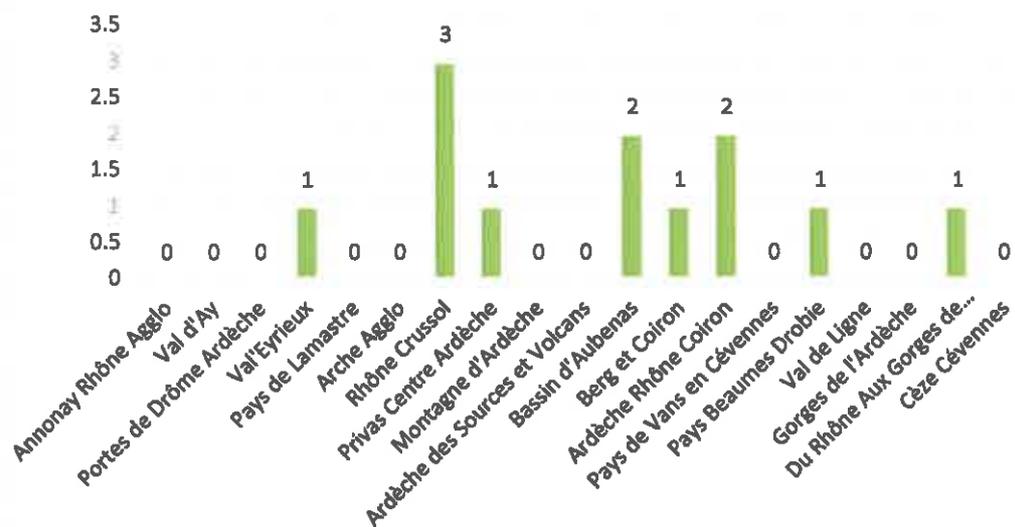
## Suivi santé

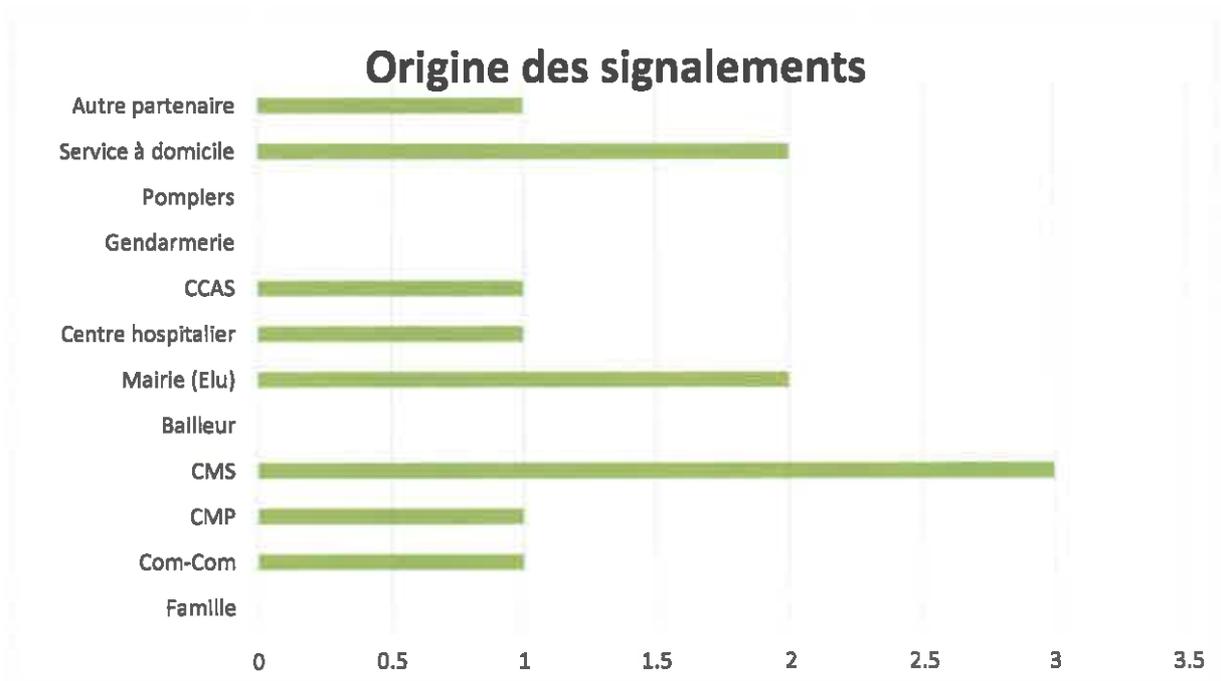


## Ressources

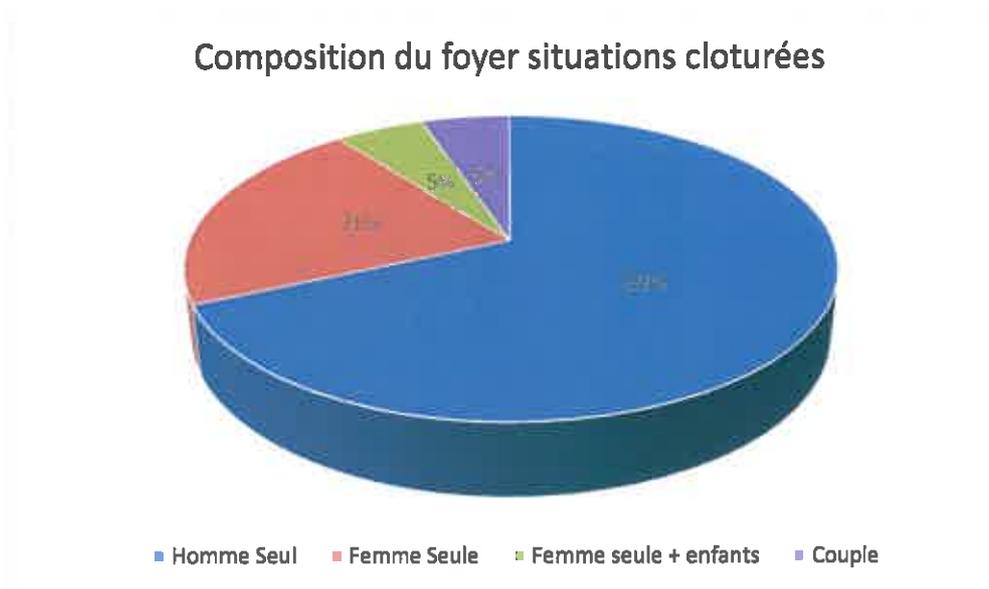


## Répartition par territoire des signaux confirmés

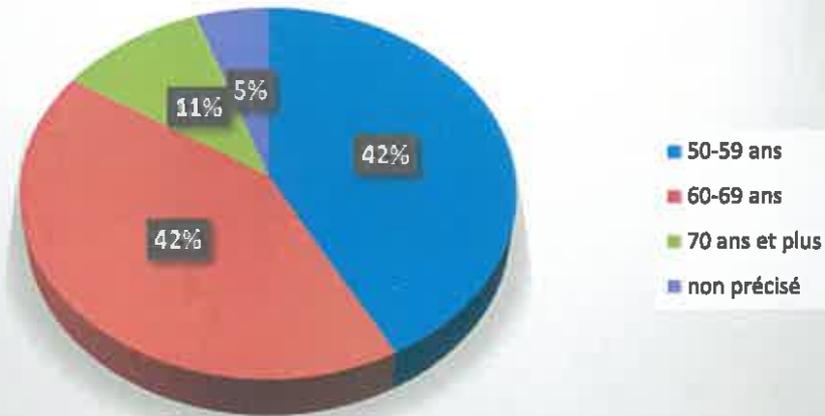




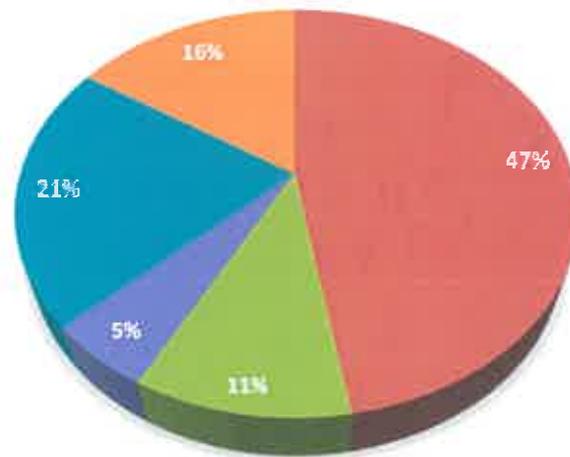
**Données statistiques sur la base des 19 situations clôturées en 2023) :**



## Classe d'âge des situations cloturées

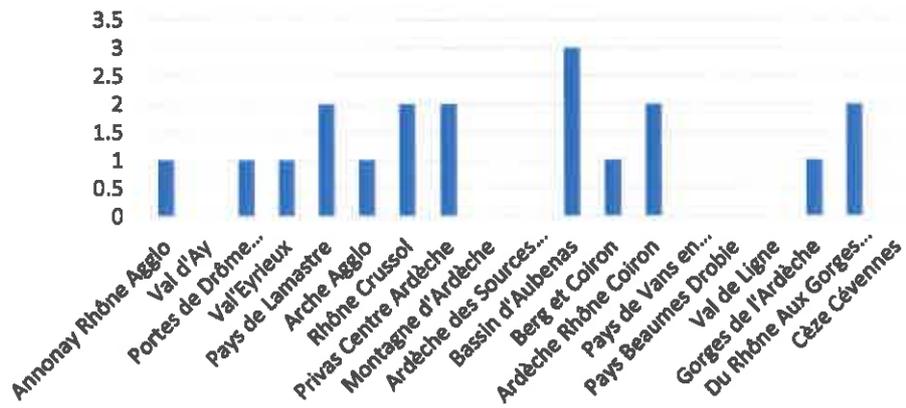


## Issues des situations cloturées



- Expertise ponctuelle, suivi assuré par partenaires de proximité
- Entrée en établissement ou relogement avec suivi partenaires
- Décès
- Manque d'adhésion
- Autre

## Répartition par territoire des situations cloturées



# RAPPORT D'ACTIVITES LHSS

# 2024

LE TEIL

31/03/2024



# **LITS HALTES SOINS SANTE**

## **Les objectifs**

- Proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leurs seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient.
- Mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies.
- Elaborer avec la personne un projet de sortie individuelle.

## **En pratique**

Au sein du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale d'Urgence du Teil, il y a deux places en L.H.S.S.

Les personnes sont orientées conjointement par un travailleur social et un médecin. Elles sont accueillies après étude et acceptation du dossier par l'infirmière et le médecin qui coordonnent le dispositif.

Les personnes sont accueillies dans une structure collective qui leur propose des prestations d'accueil, d'hébergement, alimentaire, d'accès aux soins et d'hygiène, ainsi qu'un accompagnement social adapté et individualisé dans le respect des besoins et de la singularité de chacun.

La prise en charge sociale est systématique et très souvent orientée vers la recherche d'une solution d'hébergement.

Cet accompagnement socio-éducatif est primordial pour l'articulation entre prise en charge sanitaire et sociale.

## **Les publics**

Les personnes accueillies sont majeures (homme ou femme), en situation de grande exclusion et sans logement ou en cours d'expulsion. Leur état de santé physique et/ou psychique nécessite un temps de convalescence (sans justifier d'une hospitalisation mais qui n'est pas compatible avec une « vie à la rue »), afin de poursuivre leurs soins.

## Chiffres clés

Cette année, nous avons pu accompagner 7 personnes sur le dispositif Lit Halte Soins Santé, dont 5 admissions en cours d'année.

Il y a eu en tout 17 demandes d'admission en 2023.

Actuellement, les 2 places LHSS sont occupées.

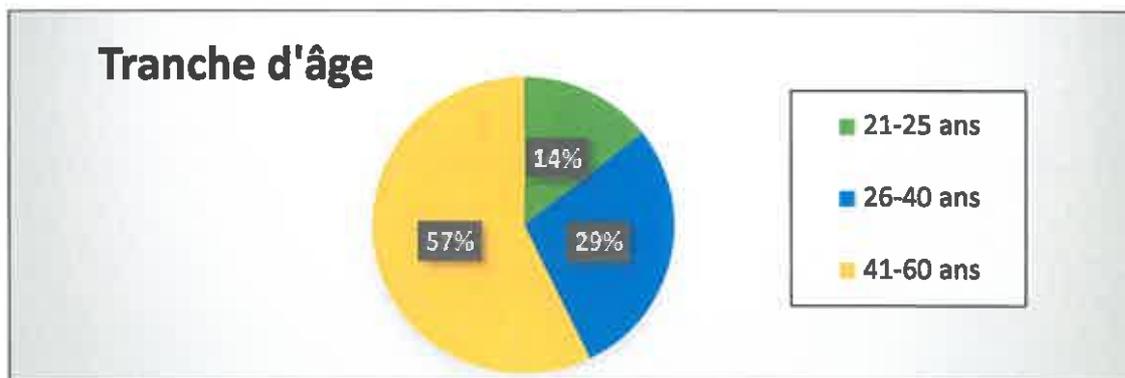
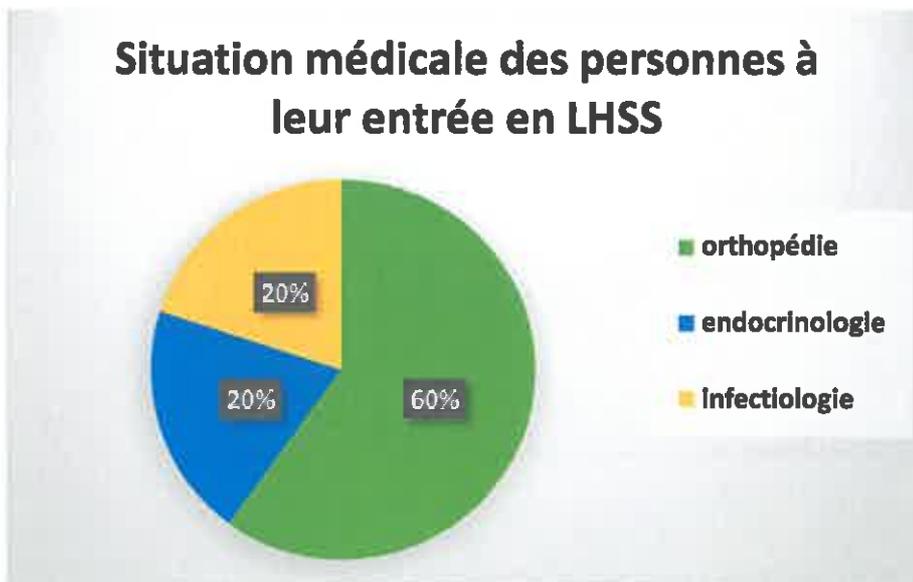
En moyenne, la durée de séjour en LHSS a été de 94 jours soit environ 3 mois de prise en charge.

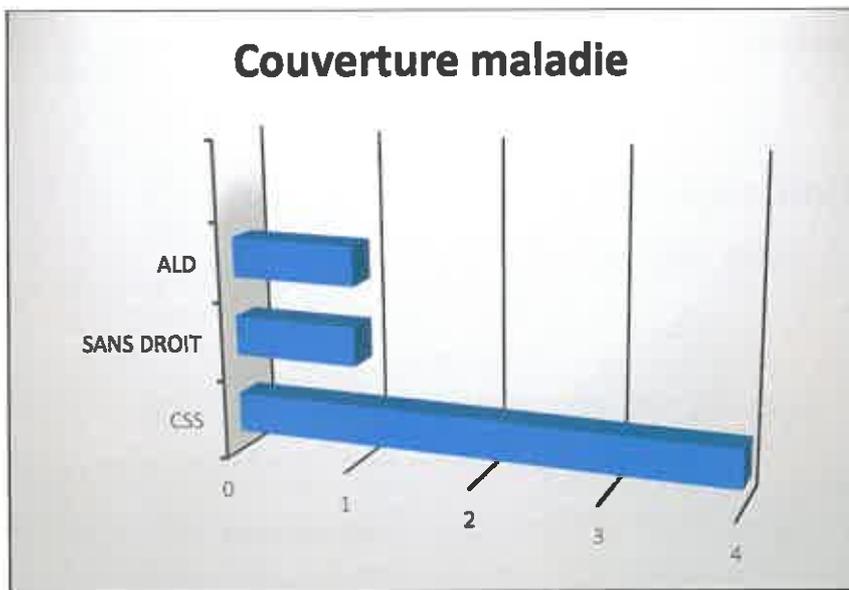
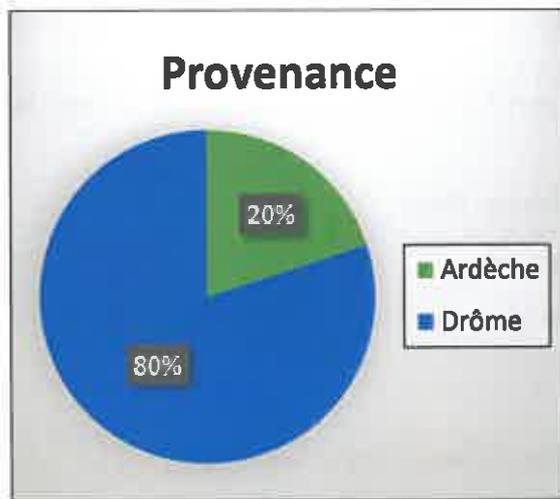
## Les entrées en 2023

Nous n'avons accueilli à nouveau que des hommes cette année 2023.

Ils sont sans activité professionnelle à leur admission, au vu de leur problématique de santé.

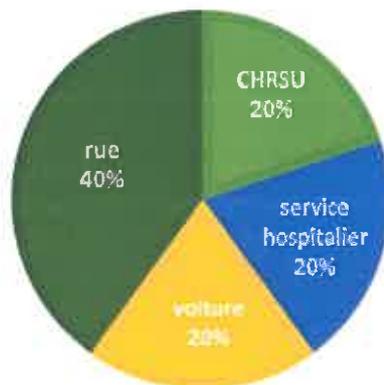
1 patient souffrait également d'addiction, en plus de la pathologie pour laquelle il avait été admis, et 3 autres de trouble psychiatriques.





### SITUATION D'HÉBERGEMENT À L'ENTRÉE

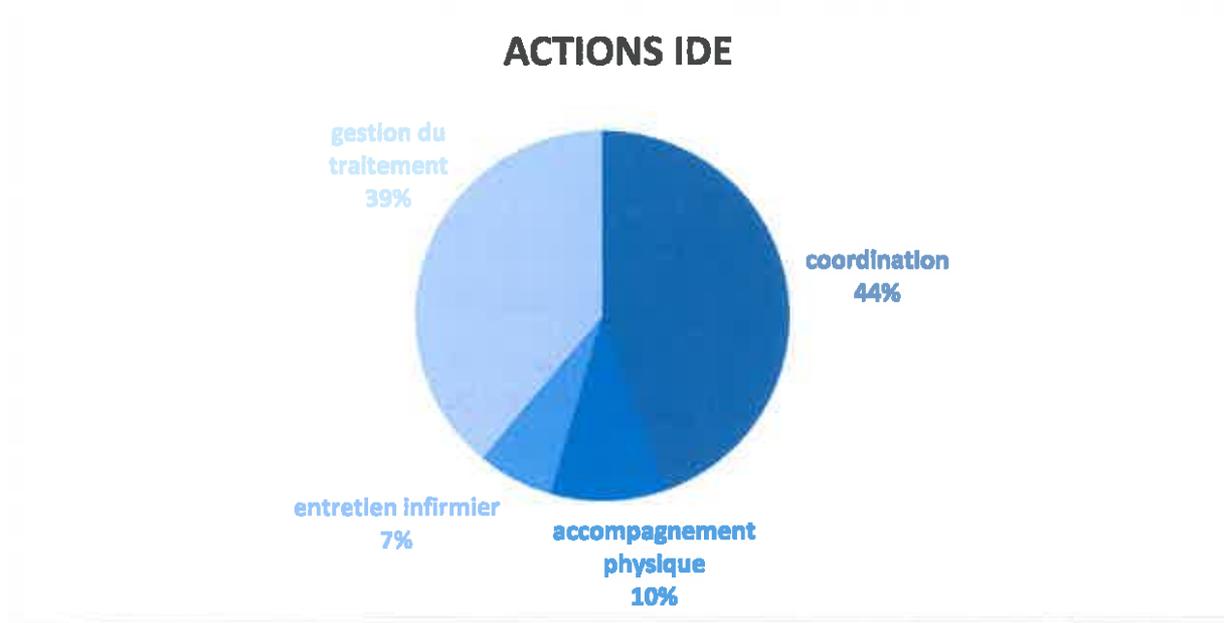
■ CHRSU   
 ■ service hospitalier   
 ■ voiture   
 ■ rue



## **Les actions en 2023**

Le médecin a effectué 42 consultations pour les patients en LHSS, où selon les besoins il peut prescrire les traitements et les bons de transport, ausculter le patient, se mettre en lien avec les autres médecins...

Les actions IDE sont diverses mais la coordination et les accompagnements physiques sont les actions les plus importantes.



## **Les partenaires en 2023**

Outre les partenaires principaux incontournables que sont le GHPP de Montélimar et les pharmacies du Teil, nous avons pu créer une réelle coopération entre le service Infectiologie de Valence et le CHU de Lyon où 2 des patients accompagnés ont bénéficié d'un suivi spécialisé non présent au GHPP de Montélimar.

Les personnes accueillies cette année ont eu besoin d'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne, et comme la plupart du temps, les soins IDE sont corrélés au motif principal d'admission en LHSS. C'est pourquoi la collaboration avec le cabinet IDEL intervenant au sein du foyer fait partie intégrante du projet de soins des patients.

Le centre médico-psychologique de Montélimar et les urgences du GHPP de Montélimar sont également des partenaires indispensables au bon déroulement des séjours LHSS.

Nous avons pu également développer un partenariat avec un kinésithérapeute du Teil qui a ainsi accepté la prise en charge en rééducation d'un patient en attente d'AME.

## **Taux d'occupation en 2023**

Prévisionnel = 365 x 2 = 730 jours

Réalisé = 658 jours soit 90 %

## **Les sorties en 2023**

5 sorties effectives en 2023 : 2 personnes en CHRSU après fin des soins (07), 1 en logement (07), 2 départs volontaires avant la fin des soins.

Un accompagnement physique ainsi qu'un relais entre les professionnels des établissements ont été effectués pour les personnes sortantes du dispositif.

## **Les demandes en 2023**

Cette année, 17 demandes d'admission en LHSS ont été effectuées pour un total de 2 lits.

Nous avons exprimé des refus par manque de place disponible et également car la structure n'est pas adaptée aux soins des personnes porteuses de pathologies chroniques trop lourdes.

La majorité des refus a pour cause une absence de lit.

L'adressage se fait majoritairement à l'initiative des établissements sanitaires Ardèche et Drôme où les LHSS sont bien identifiés de longue date.

Actuellement l'un de nos patients est en attente d'ACT tandis que l'autre termine sa rééducation.

## **Vignette clinique**

### Situation LHSS de Mr M.

Mr M. est âgé de 35 ans. Il est en errance depuis 4 ans suite à une rupture conjugale. Il a vécu dans sa voiture pendant des années. Il est connu de nos partenaires (accueil de jour, CCAS, Entraide). Il n'est pas retourné en foyer depuis des années car a beaucoup de difficultés à vivre en collectivité et à supporter les contraintes d'un CHRS U. Il se sait impulsif.

Suite à une opération des 2 pieds, il est orienté sur nos LHSS (Lits halte Soins Santé). C'est un monsieur qui a un médecin mais qu'il ne va quasiment jamais voir. Il a également été vu par l'EMPP (Equipe Mobile de Précarité Psychiatrique), car par le passé a eu des troubles psychiques. Tout au long de son accompagnement, je lui proposerais de rencontrer nos partenaires de l'EMPP, il ne le fera que de manière informelle autour d'une cigarette.

Lorsqu'il est arrivé sur nos LHSS, il était encore accompagné par une collègue de l'AHM (Accompagnement Hors les Murs) de Montélimar. Cette collègue a fait son dossier SIAO, un dossier DALO a été commencé, nous le finaliserons avec Mr. Mr M. perçoit l'ARE, mais il est en fin de droit. Nous ferons une demande d'ASS pendant son séjour. Nous ferons avec Mr M. une demande MDPH pour une RQTH (Reconnaissance travailleur Handicapé), car la station debout est difficile pour ce monsieur. Nous renouvellerons : sa domiciliation, sa demande HLM, sa CSS. Mr a un suivi SPIP avec qui

nous serons en contact régulier tout au long de son séjour. Mr a également un fils, nous échangerons à maintes reprises dans son rôle de père. Il est souffrance de ne voir son enfant que dans le cadre de visites médiatisées puisqu'il n'a pas de logement.

Du côté médical, il a plusieurs pansements par semaine à faire, mais n'a plus ses ordonnances. L'infirmière de la structure fera le nécessaire pour les récupérer et des passages infirmiers seront mis en place.

Au fil des mois, Mr M. me dit se sentir bien sur le LHSS (le groupe est assez calme et lui permet de se poser). Il sait s'éloigner des conflits, lorsqu'il y en a. Il me dit que cela « lui fait du bien d'être à l'abri ». Il va passer Noël avec nous et me dira plus tard que cela fait plusieurs années qu'il « le faisait seul dans sa voiture ».

Il s'inscrit à la salle de sport et s'y rend chaque jour.

L'accompagnement est essentiellement axé sur une recherche de logement. Il souhaite récupérer ses droits de garde et pouvoir accueillir son fils dignement. Il a finalement une proposition HLM. Je lui présente l'accompagnement « Post-CHRS » et nous faisons une rencontre tripartite afin qu'il décide s'il souhaite s'en saisir ou non. Il accepte.

Mr M. a très peur de se retrouver seul en logement, « l'après LHSS » est très angoissant pour lui. Nous passons de longs entretiens à en échanger. Il échange également avec certain membre de l'équipe, il a besoin d'être rassuré. Je m'engage à garder le contact avec lui afin de faire une transition sereine, lorsqu'il intègrera son logement.

Nous trouvons des meubles et faisons son déménagement. Nous faisons les ouvertures de compteurs, les changements d'adresse... Une demande de colis alimentaire sera faite par mon collègue du « post-CHRS ». Je demande à Mr M. de réfléchir à un accompagnement au CMP, mais il est à ce jour toujours réticent.

Mr M. est resté 6 mois sur nos LHSS, il est parti il y a quelques mois et nous sommes toujours en lien. Il va bien, même si la solitude lui est toujours pesante. Il continue le sport, a repris ses droits de garde pour son fils. Il me dit être « fier de pouvoir l'accueillir dignement ».

LB

## **Conclusion**

Le peu de places allouées en LHSS est bien insuffisant pour pallier aux nombreuses demandes en provenance des hôpitaux Ardèche/Drôme, à nouveau pour cette année 2023.

La problématique reste aussi la chronicité de certaines pathologies présentées comme aiguës et qui bloque des places à long terme, nous empêchant malheureusement de répondre aux multiples demandes.

Emma DRENEAU IDE, Lucie BRIEND et Célia AYMARD (TS), Philippe KELDJIAN (médecin), Vincent FARALDI (chef de service)