

Evaluation du dispositif

« Accompagnement de personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective »

— Rapport final —

Mai 2024

agence**phare**

Délégation interministérielle
à l'hébergement et à l'accès
au logement

— agencephare.com

Note aux lecteurs

Par souci de garantir l'anonymat des personnes enquêtées, les noms ont été anonymisés et les structures d'appartenance n'ont pas été précisées (hormis pour les personnels de direction et coordinateurs des dispositifs).

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une méthodologie d'enquête qualitative. Les proportions (« un tiers », « la moitié » etc.) et chiffres avancés dans l'analyse à partir de ces données qualitatives sont à interpréter avec prudence, au regard de la non-représentativité de l'échantillon de personnes enquêtées et de la non-exhaustivité et de l'hétérogénéité des données pour chacune d'elles. Par ailleurs, les données quantitatives mises en avant dans le rapport sont issues des travaux évaluatifs menés par Pluricité sur la même période, et susceptibles d'être actualisées.

Remerciements

Les autrices de ce rapport tiennent à remercier chaleureusement les professionnels ayant accepté d'ouvrir les portes de leur dispositif et d'avoir accordé du temps, qu'elles savent précieux, pour un entretien dans le cadre de ce travail évaluatif.

Elles remercient également les 38 personnes accompagnées dans le cadre du dispositif évalué d'avoir accepté, au travers d'entretiens mais aussi de nombreuses discussions informelles, de partager leur expérience du dispositif et plus largement, de s'être ouvert sur leur parcours de vie.

Ce rapport a été rédigé dans le souci de retranscrire la sincérité, l'authenticité, l'humour et l'émotion transmises au cours des rencontres, des observations et des entretiens menés auprès de l'ensemble de ces personnes, entre le mois de mars 2023 et le mois d'avril 2024.

Les autrices remercient enfin l'équipe de la DIHAL pour la confiance qu'elle leur a accordée dans la conduite de ces travaux.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	7
1.1. Une expérimentation en réponse aux besoins des publics en situation de grande marginalité	8
1.1.1. Simplifier l'accès à un lieu de vie pour les personnes les plus marginalisées, une ambition dans la continuité du Logement d'abord	8
1.1.2. Des lieux de vie innovants en réponse à la discontinuité des trajectoires	9
1.1.3. Un accompagnement pluridisciplinaire et partenarial pour encourager le maintien des personnes dans le droit commun	10
1.2. Rappel des objectifs et de la problématique évaluative	11
1.2.1. Objectifs stratégiques	12
1.2.2. Objectifs opérationnels	12
1.2.3. Problématique évaluative	12
1.3. Méthodologie de l'enquête qualitative	13
1.3.1. Les structures enquêtées	13
1.3.2. Le protocole méthodologique	18
2. ENSEIGNEMENTS TRANSVERSAUX	25
2.1. Un ciblage pertinent des publics	25
2.2. Des dispositifs qui parviennent à stabiliser des personnes durablement éloignées de l'hébergement	26
2.3. Un enjeu fort d'articuler les dimensions individuelles et collectives, et d'animer le collectif	27
2.4. Un bouleversement des pratiques d'accompagnement et un enjeu de structurer et soutenir les modalités d'intervention auprès des publics de l'expérimentation	28
2.5. Une interprétation de « l'esprit » de l'AMI entre « lieu de vie » et « tremplin » qui teinte l'accompagnement des personnes	30
2.6. Un accompagnement probant des personnes sur le volet administratif et dans l'accès aux soins	31
2.7. Un retour à l'emploi encore minoritaire mais riche d'effets	33
2.8. La réduction des risques et des dommages, un horizon partagé, mais des pratiques inégales et insuffisamment structurées	34
2.9. Des relais partenariaux à renforcer dans l'accompagnement des résidents	35
2.10. L'autodétermination encouragée mais structurellement limitée des personnes	36
2.11. Une autonomisation possible des personnes mais fortement conditionnée	38
3. PROFILS DES PERSONNES ACCUEILLIES ET EXPERIENCES VECUES A LEUR ENTREE SUR LE DISPOSITIF	39
3.1. Cibler les personnes en « situation de grande marginalité » : enjeux définitionnels et pratiques d'orientation	39
3.1.1. Une définition des situations de « grande marginalité » ciblées par l'expérimentation	40
3.1.2. Des contextes territoriaux et pratiques d'orientation qui font varier les publics-cibles	41

3.2. Une mosaïque de profils et d'expériences de la grande marginalité et une adhésion globale au dispositif	46
3.2.1. Description des publics de résidents enquêtés	46
3.2.2. Une diversité de trajectoires antérieures, des liens sociaux rarement rompus	48
3.2.3. La pertinence du dispositif du point de vue des personnes concernées	51
3.2.4. Portraits de résidents enquêtés	53
3.3. Conclusion de la partie 3	56
4. PROFILS DES PROFESSIONNELS, MODALITES D'INTERVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS	58
4.1. « Portrait » des équipes professionnelles mobilisées	58
4.1.1. Des équipes pluridisciplinaires et des stratégies de recrutement entre contraintes et partis pris	59
4.1.2. Parmi les motivations à intégrer le dispositif, le caractère expérimental avant tout	63
4.1.3. Soutien et proximité : des conditions essentielles de l'organisation interne des équipes	64
4.2. Le défi de l'adaptation des pratiques professionnelles dans l'accompagnement des personnes en situation de grande marginalité	70
4.2.1. Pour les équipes, un repositionnement permanent de leurs pratiques et postures professionnelles	70
4.2.2. La réduction des risques, un volet de l'accompagnement théoriquement consensuel, nuancé en pratique	79
4.3. Gérer la stabilité des équipes dans la durée, une difficulté récurrente pour les porteurs	83
4.3.1. Une mobilité importante des équipes, liée en partie aux spécificités du dispositif	84
4.3.2. Une faible marge de manœuvre des porteurs de projet pour limiter le turnover des équipes	85
4.4. Conclusion de la partie 4	87
5. LES DYNAMIQUES INDIVIDUELLES, COLLECTIVES ET PARTICIPATIVES SUR LES SITES DE L'EXPERIMENTATION	90
5.1. Des caractéristiques spatiales et organisationnelles favorisant une libre appropriation des lieux par les résidents	90
5.1.1. Des caractéristiques spatiales communes	91
5.1.2. Des facteurs de différenciation qui peuvent néanmoins influencer sur certaines dynamiques internes	92
5.1.3. La souplesse du cadre, une singularité du dispositif plébiscitée par les résidents	96
5.2. Espaces individuels et lieux collectifs : des modes d'appropriation variés	101
5.2.1. Des espaces collectifs qui suscitent de l'ambivalence : entre nécessité et rejet	102
5.2.2. Les espaces individuels, des lieux de répit largement investis par les habitants	107
5.3. Des structures qui font une large place à la participation et à l'autodétermination des résidents	110
5.3.1. La dimension participative des dispositifs, un défi permanent	111
5.3.2. L'autodétermination des personnes : un concept partagé mais limité devant le principe de réalité	114
5.4. Conclusion de la partie 5	116

6. LES EFFETS DE L'EXPERIMENTATION SUR LES PARCOURS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES 118

6.1. De la « pause » à la projection vers « l'après » : des effets gradués dans le temps	119
6.1.1. Une « pause » bienvenue dans un parcours de vie fragmenté	119
6.1.2. Se sentir « chez soi » : un sentiment contrasté et un lent processus	121
6.1.3. La temporalité et le cadre de l'expérimentation : une opportunité de se projeter	123
6.2. Une sécurisation administrative probante, favorisant l'accès au droit	125
6.3. L'émergence et la construction « pas à pas » de perspectives résidentielles	130
6.4. Un effet significatif du dispositif sur l'accompagnement aux soins des personnes	136
6.4.1. Avant l'entrée sur le dispositif, un accès aux soins limité aux situations les plus problématiques	136
6.4.2. Un effet positif du dispositif sur le retour vers les soins des personnes accompagnées	138
6.4.3. Des conditions favorisant l'accompagnement des personnes sur les questions de santé	141
6.5. Une réduction des consommations et un accompagnement à la réduction des risques souhaités mais peu linéaires	144
6.6. Un retour vers l'activité – bénévole ou professionnelle – mineur mais structurant pour les personnes concernées	146
6.7. Conclusion de la partie 6	150

7. PRECONISATIONS 152

7.1. Préconisations stratégiques	153
7.1.1. Préconisations stratégiques concernant le système et les pratiques d'hébergement	153
7.1.2. Préconisations stratégiques concernant le dispositif expérimenté	154
7.2. Préconisations opérationnelles	155
7.2.1. Améliorer le ciblage des publics en situation de « grande marginalité »	155
7.2.2. Améliorer le lien social entre les résidents en renforçant l'animation à l'échelle des dispositifs	156
7.2.3. Améliorer la configuration spatiale et fonctionnelle des sites pour favoriser une appropriation individuelle et collective des lieux	157
7.2.4. Proposer un accompagnement au plus près des besoins des personnes pour en adapter au mieux le contenu	158
7.2.5. Renforcer l'ancrage des pratiques de réduction des risques	160
7.2.6. Améliorer la qualité des interventions par des partenariats à l'échelle des territoires	161
7.2.7. Anticiper et sécuriser les sorties du dispositif en adaptant les règles de vie des lieux et le suivi des personnes	162

8. ANNEXES 168

9. BIBLIOGRAPHIE 186

1.

Introduction

Ce rapport rend compte des résultats finaux de l'évaluation du dispositif d'« accompagnement des personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective » menée auprès de 8 structures porteuses de l'expérimentation.

Après un rappel succinct du contexte global dans lequel s'insère le dispositif mis en œuvre et financé par la DIHAL (1.1), et conformément aux objectifs et à la problématique de notre évaluation qui sont rappelés dans cette introduction (1.2), nous présentons la méthodologie (1.3) dont sont issus les résultats de l'évaluation présentés dans la suite du rapport.

1.1. Une expérimentation en réponse aux besoins des publics en situation de grande marginalité

L'expérimentation évaluée s'inscrit dans la politique du Logement d'abord (1.1.1). Elle a pour objectif de donner accès aux personnes en situation de grande marginalité à un lieu de vie innovant au regard des solutions d'urgence ou de réinsertion dites « classiques » et vise ainsi à rompre la logique de discontinuité des rythmes et trajectoires des personnes sans-abri (1.1.2). L'expérimentation entend par ailleurs proposer aux personnes un accompagnement adapté à chaque profil, dans une perspective pluridisciplinaire et partenariale afin de favoriser leur maintien dans des dispositifs de droit commun (1.1.3).

1.1.1. Simplifier l'accès à un lieu de vie pour les personnes les plus marginalisées, une ambition dans la continuité du Logement d'abord

En France, la politique de lutte contre le sans-abrisme s'est institutionnalisée à partir des années 1980, avec la structuration du dispositif d'aide d'urgence sociale (Gardella, 2014). **Le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion** s'est progressivement structuré pour **se segmenter autour de différents types de structures**, qui proposent aux publics accueillis **des conditions d'accès et d'accueil différenciées**. L'accès à ces structures se fait en suivant **un parcours « en escalier »** (Sahlin, 2005), supposé mener de la rue au logement. Il s'agit ainsi de gravir progressivement les différents échelons, depuis l'hébergement d'urgence (CHU, nuits d'hôtel) vers un hébergement aidant à la stabilisation et la réinsertion (CHS, CHRS, LHSS, CADA...), puis d'accéder au logement adapté (intermédiation locative, pensions de familles, FJT...), pour enfin obtenir un logement ordinaire, autonome et de droit commun (logement privé ou dans le parc social).

Le secteur de l'hébergement constitue en ce sens **un univers très segmenté, hiérarchisé et concurrentiel** (Soulié, 1997). Chacun de ses paliers se caractérise par **des conditions d'hébergement et une qualité d'accueil distinctes**, qui diffèrent notamment en fonction de la taille de la structure, du caractère individuel ou collectif de l'hébergement, de l'hygiène et du confort, des horaires d'ouverture ou de la durée de l'accueil. **A chacune de ces marches, les conditions d'accès se font plus contraignantes** : si au bas de l'escalier, l'accueil est présenté comme « inconditionnel » et à « bas seuil » (d'exigence), il s'assortit de certaines exigences à mesure que la qualité de l'accueil s'améliore (engagement de certaines démarches, formalisation d'un « projet d'insertion »...). Deux présupposés sous-tendent ainsi ce système : d'une part, la « capacité à habiter » des personnes ayant connu une rupture de logement ne constitue pas une évidence et supposerait un réapprentissage progressif ; d'autre part, l'accès à un hébergement ne peut se faire sans contrepartie, et doit se structurer selon un système d'incitations et de sanctions afin d'éviter toute logique d'« assistanat ».

A partir du milieu des années 2000, **la structuration du secteur de l'hébergement comme les conditions d'accueil d'urgence font l'objet de vives remises en question**. Elles sont notamment pointées par le mouvement des **Enfants de Don Quichotte, qui émerge durant l'hiver 2006-2007**. Les conditions de l'hébergement d'urgence des personnes sans-abris sont dénoncées, ainsi que leurs conséquences : « mobilité imposée » (Boltanski et Chiapello, 1999), « fragmentation temporelle de l'assistance », menant à des « rythmes discontinus » produisant des « effets d'épuisement » (Gardella,

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

2014), etc. **Les retentissements médiatiques et politiques du mouvement vont alors conduire à des évolutions substantielles** : de nombreuses places d'hébergement d'urgence se voient transformées en « places de stabilisation », qui induisent de nouvelles conditions d'accès et d'accueil, largement assouplies¹. Si cette **logique de la stabilisation traduit un changement de référentiel**, elle ne se voit pas pour autant toujours suivie d'effets en pratique. Ainsi, plusieurs années plus tard, le système en escalier et les logiques de sélection persistent, et « *le turn-over infligé aux sans-abri reste encore largement en vigueur* » (Noblet, 2014). En 2013, les places d'urgence (CHU et hôtels) continuent de représenter plus de la moitié (58%) des places du secteur de l'hébergement social (Gardella, 2014).

Le paradigme du Logement d'abord, qui émerge à la fin du siècle aux Etats-Unis et à partir des années 2010 en France, **vient alors marquer un profond renouvellement de modèle d'intervention**. Issu d'une première expérience menée à New York auprès de personnes sans-abri présentant des troubles psychiatriques sévères, l'idée du Logement d'abord est simple : elle renverse le paradigme précédent, en offrant d'abord aux personnes sans-abri un logement, associé à un accompagnement ajusté à leurs besoins. En d'autres termes, il s'agit de **faire du logement non plus une finalité, un objectif de long terme, mais le point de départ du processus d'insertion**. Une expérimentation menée en France autour du dispositif 'Un chez soi d'abord' en constitue la première déclinaison opérationnelle ; l'expérimentation est lancée à partir de 2014 dans 4 villes, et s'accompagne d'une évaluation scientifique rigoureuse.

Ses résultats probants conduisent à son extension, et confortent la stratégie du Logement d'abord : **en 2017, un plan quinquennal Logement d'abord (2018-2022) est annoncé, portant une ambition de « transformation de l'ensemble du système d'hébergement »** Sylvain Mathieu, « La stratégie « logement d'abord » », *Constructif*, 2022, vol. 62, n° 2.. Présentée comme une réforme « structurelle », il s'agit de « *passer d'une réponse construite dans l'urgence s'appuyant majoritairement sur des places d'hébergement avec des parcours souvent longs et coûteux, à un accès direct au logement avec un accompagnement social adapté aux besoins des personnes* » *Ibid.*. Ainsi, **l'expérimentation « accompagnement des personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective » s'inscrit dans la prolongation directe de ce nouveau modèle d'intervention qu'est le Logement d'abord**. L'expérimentation se fonde sur un parti-pris : proposer à des personnes particulièrement marginalisées l'accès à un lieu de vie (et à un espace individuel), sans exigence de contrepartie (soin, insertion ou abstinence) et sans durée prédéterminée, afin de favoriser, à moyen et long terme, un processus d'insertion plus global.

1.1.2. Des lieux de vie innovants en réponse à la discontinuité des trajectoires

Malgré l'affirmation progressive, depuis l'action des Enfants de Don Quichotte, en 2006, d'un droit à l'hébergement et au logement, le nombre de personnes sans-abri ou sans domicile ne décroît pas (Julien Levy, « L'urgence sociale à l'épreuve du non-recours », *Plein droit*, 2015, vol. 106, n° 3, p. 7-10.). On assiste ainsi à un phénomène de **non-recours** à l'offre d'hébergement qui prend principalement deux formes : la non-réception de la demande (l'offre est connue, demandée mais non perçue ou utilisée), et la

¹ Parmi les changements les plus notables, on peut notamment citer l'absence de critères sélectifs en termes d'accès aux structures, l'absence de limitation de la durée de séjour, ou encore des conditions d'hébergement garantissant l'intimité via l'accès à un espace individuel.

non-demande (l'offre est connue mais non-demandée, soit par choix, soit par contrainte) *Ibid.* ; Philippe Warin, « Chapitre 1. Modèles d'analyse et définition du non-recours » dans *Le non-recours aux politiques sociales*, FONTAINE, Presses universitaires de Grenoble, 2017, p. 17-44.. Plusieurs facteurs d'explication peuvent à ce titre être identifiés.

D'abord, **l'insuffisance de l'offre d'hébergement** freine objectivement l'accès des personnes sans domicile à l'hébergement J. Levy, « L'urgence sociale à l'épreuve du non-recours », art cit.. Cette insuffisance peut être en outre anticipée par les personnes, qui renoncent par avance à demander un hébergement, se fondant sur l'expérience d'échecs antérieurs. De plus, quand elles parviennent à obtenir une place, celle-ci est généralement de courte durée. Le secteur de l'hébergement est en effet caractérisé par un fort **turnover** – avec des durées d'hébergement comprises entre un et sept jours –, et la nécessité subséquente de sans cesse renouveler les demandes d'hébergement Edouard Gardella, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, 2016, vol. 7, n° 3. renforce le découragement des demandeurs.

Ensuite, la **mauvaise qualité de l'accueil**, la **promiscuité** et le manque d'intimité sont fréquemment dénoncés par les personnes hébergées J. Levy, « L'urgence sociale à l'épreuve du non-recours », art cit.. Les règles strictes peuvent être perçues comme **contraignantes** : impossibilité de recevoir des proches, horaires d'entrée et de sortie fixes, interdiction de consommer susceptible d'être problématique pour les personnes alcoolodépendantes, etc. Ces règles se traduisent aussi par les **injonctions faites aux personnes hébergées de s'inscrire dans un projet d'accompagnement avec un travailleur social** alors même qu'il n'est pas nécessairement désiré *Ibid.*...

Enfin, l'hébergement peut constituer une forme de **rupture** avec les habitudes et sociabilités de rue : « *les personnes sans abri, sédentarisées [...] dans un espace public, fréquentent d'autres personnes sans abri de façon régulière* » Edouard Gardella, « Comprendre le refus d'hébergement d'urgence par les sans-abri », *Métropolitiques*, 2019. - ce qui empêche d'ailleurs de penser l'expérience de la rue comme celle d'une déprivation complète de liens sociaux Thibaut Besozzi, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, 2021, vol. 12, n° 3, p. 247-266.. Pourtant, nombre d'hébergements restreignent voire interdisent les visites ou encore peuvent se trouver éloignés des espaces de vie habituels des personnes. **La crainte de rompre les liens de la rue participe également du refus d'hébergement.**

L'expérimentation évaluée entend proposer aux personnes en situation de marginalité des conditions d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement moins normatives et plus adaptées aux rythmes, aux besoins et aux souhaits des personnes. Ainsi, l'inconditionnalité de l'accueil et l'intemporalité de la durée d'hébergement, la possibilité d'intégrer le dispositif avec un ou plusieurs animaux, de consommer, de recevoir des visites (sous conditions) ou encore de ne pas s'inscrire dans une perspective de projets constituent autant d'éléments différenciant des structures habituelles visant à rompre la logique de non recours.

1.1.3. Un accompagnement pluridisciplinaire et partenarial pour encourager le maintien des personnes dans le droit commun

La relation d'aide dans le secteur social en tant que « technique professionnelle » visant « au maintien et à la progression de l'autonomie des usagers » (Foucart, 2005) **s'est profondément transformée** depuis la crise de l'Etat providence.

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

Tout d'abord, **son paradigme a évolué** d'une perspective « réparatrice » et « intégratrice » (au sortir du second conflit mondial et de la création en France du système de protection sociale) à celle **d'un « accompagnement social personnalisé »** (*ibid.*). L'objet de la relation d'aide s'est ainsi progressivement déplacé du bénéficiaire (individu en situation de vulnérabilité et de désaffiliation) à la relation elle-même, considérée dès lors comme « le dernier attachement au social ». L'accompagnement social a désormais comme **enjeu premier de faire lien** avec la personne accompagnée, de **rétablir et maintenir le contact** avec elle à travers différentes modalités d'intervention (conciliation, médiation, reliaison, activité réflexive) et principes d'action (écoute, bienveillance, respect, refus d'imposition, valorisation de l'estime de soi et de la confiance en soi) (*ibid.*).

La posture professionnelle des figures de l'accompagnement social a de ce fait, elle aussi, été **questionnée et amenée à évoluer**. N'ayant pas – ou plus – vocation à agir à la place de, les professionnels « cheminant » davantage avec les personnes accompagnées et travaillent à établir des relations de proximité avec elles, à partir desquelles ils pourront **instaurer une « manière de coopérer »**. Ces relations de proximité reposent sur la **répétition** et la **dimension processuelle** de l'accompagnement social mais surtout, sur la capacité des travailleurs et des personnes accompagnées à ajuster et réinterpréter des engagements au cours de la relation d'aide et en fonction des besoins et des attentes exprimés par la personne accompagnée. Cette norme d'intervention conduit, dans certaines situations, à des **difficultés** à « gérer la tension entre les exigences organisationnelles et la proximité avec les usagers » (*ibid.*).

Ces transformations du modèle de l'accompagnement social en faveur d'une personnalisation de la relation d'aide impliquent, pour les professionnels de l'accompagnement, de travailler en lien étroit avec des partenaires d'autres secteurs et disciplines afin de **tisser un réseau de proximité** autour de la personne accompagnée et de prendre en compte la pluralité de ses besoins. C'est ainsi que **la santé** a été explicitement identifiée comme une **dimension centrale de l'accompagnement** des personnes sans domicile (Schlegel, 2017). Pour autant, **la coordination des secteurs d'intervention et des multiples professionnels** des dispositifs demeure **complexe** et peut soulever des **difficultés pratiques** dans la mise en œuvre d'un accompagnement global et pluridisciplinaire des personnes sans domicile (Besozzi, 2022). « L'extrême diversité des intervenants, de leurs tâches parcellaires et de leur incessant *turn-over* » (*ibid.*) complexifie cette coordination et participe d'une hybridation des fonctions d'accompagnement, valorisée ou déplorée par les professionnels.

L'expérimentation portée par la DIHAL s'inscrit dans cette même volonté de proposer aux publics accueillis un accompagnement pluridisciplinaire et partenarial « soutenu » et « non coercitif », afin de permettre aux personnes un retour ou un maintien dans le droit commun et une perspective d'insertion (sociale, dans un parcours de soins, par le logement ou encore par le travail). Les dispositifs soutenus par la DIHAL répondent de cet objectif initial, par l'intégration au sein de leurs équipes de professionnels issus de différents secteurs (social, santé, socio-esthétique, etc.) mais également par la mobilisation d'un réseau local de partenaires.

1.2. Rappel des objectifs et de la problématique évaluative

L'évaluation qualitative réalisée par l'Agence Phare poursuivait **des objectifs stratégiques** (1.2.1) et **opérationnels** (1.2.2). Pour guider l'enquête et atteindre ces objectifs, nous rappelons ici la **problématique retenue** (1.2.3).

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

1.2.1.Objectifs stratégiques

L'évaluation poursuivait **3 grands objectifs stratégiques** :

- **Comprendre en quoi les approches expérimentales retenues sont réellement innovantes et pertinentes** par rapport aux freins et limites des solutions d'accueil habituelles. Il s'agit pour cela de comprendre comment les lieux retenus touchent bien les personnes ciblées, comment ils s'adaptent aux spécificités des situations et parcours individuels et comment les principes et règles collectives sont définis, appliqués, discutés, négociés, voire réajustés au sein des lieux en fonction des retours des personnes résidentes accompagnées.
- **Comprendre l'efficacité et la durabilité** de telles approches expérimentales. Il s'agit pour cela de comprendre **quels types d'accompagnement** sont mis en œuvre au sein des dispositifs, en fonction de quelles conceptions ou de **quelles normes de l'accueil, de l'hébergement et de l'accompagnement** des personnes en situation de « grande marginalité », et **comment l'expérimentation fait évoluer les pratiques des professionnels**.
- **Nourrir la réflexion sur le potentiel et les conditions d'essaimage** des dispositifs. Il s'agit notamment de préciser si certains dispositifs produisent des effets plus importants que d'autres auprès des personnes accompagnées et des professionnels et d'en expliciter les raisons le cas échéant.

1.2.2.Objectifs opérationnels

L'évaluation poursuivait par ailleurs **2 principaux objectifs opérationnels** :

- **Produire de la connaissance originale sur les conditions de mise en œuvre des dispositifs** (règles de vie, nature des accompagnements individuels et des activités proposées dans et hors les lieux, modalités de coopération de professionnels issus de différents champs (action sociale, logement, prévention santé et médico-social), etc.).
- **Analyser les effets des dispositifs expérimentaux sur les trajectoires des personnes accompagnées** et comprendre dans quelle mesure ces effets peuvent varier dans le temps et en fonction des caractéristiques et parcours des personnes concernées.

1.2.3.Problématique évaluative

La problématique retenue pour guider ce travail évaluatif était la suivante : **Comment les différents dispositifs d'accompagnement et d'habitat mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation permettent-ils de stabiliser les trajectoires des personnes accueillies et de leur ouvrir des perspectives ?**

1.3. Méthodologie de l'enquête qualitative

L'enquête qualitative a débuté au mois de janvier 2023 auprès de 8 structures porteuses du dispositif expérimental (1.3.1). Le protocole méthodologique a permis de réaliser 98 entretiens individuels, 2 entretiens collectifs ou *focus groups*, des observations et d'organiser, sur deux des sites enquêtés, des temps de pré-restitution des résultats finaux de l'évaluation, dont les détails sont présentés ci-après (1.3.2).

1.3.1. Les structures enquêtées

À l'issue des discussions avec l'équipe de la DIHAL chargée de la mise en œuvre du dispositif, **8 structures ont été retenues pour l'enquête qualitative**. Ces dernières ont été sélectionnées en raison de leur **diversité** en termes de territoire d'implantation (agglomérations, villes moyennes), de la diversité des habitats proposés (individuels, collectifs, diffus, site unique, multisite), de leur capacité d'accueil (d'une dizaine à une soixantaine de places), de la composition des équipes intervenantes (nombre de professionnels, profils) ou encore du profil des publics accueillis (mixte, non-mixte). Nous avons finalement enquêté auprès des structures suivantes : Al Prado à **Bordeaux**, Altea à **La Rochelle**, l'Armée du Salut à **Marseille**, Arsea à **Strasbourg**, Gestare à **Montpellier**, le GCSMS des Possibles au **Mans**, Tremplin à **Bourg-en-Bresse** et les associations UCRM et Clémence Isaure à **Toulouse**.

Les caractéristiques de ces structures sont présentées dans le **Tableau 1 « Caractéristiques des 8 structures mettant en œuvre l'expérimentation et retenues pour l'évaluation qualitative »** (page suivante).

Afin de respecter l'anonymat des enquêtés, leur structure d'appartenance n'est pas spécifiée dans la suite de l'analyse.

Tableau 1 - Caractéristiques des 8 structures mettant en œuvre l'expérimentation et retenues pour l'évaluation qualitative

	VILLE	STRUCTURE ET NOM DU DISPOSITIF	OUVERTURE DU DISPOSITIF	CAPACITE D'ACCUEIL	SITE	TYPE D'HABITAT	PUBLICS ACCUEILLIS	PROFIL DES PROFESSIONNELS INTERVENANT
1	Bordeaux	Al Prado - dispositif Parcours	Avril 2021	20 + 10 hors hébergement	Site unique	Logements collectifs (chambres individuelles et cuisine collective), 8 places. Logements individuels (studios individuels et petite colocation, cuisines partagées (1 cuisine pour 2 studios ; 1 cuisine pour la colocation), 10 places.	Hommes, femmes	<p><u>Internes au dispositif :</u> *Coordinateur du dispositif, 1 ETP *Travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, animatrice sociale), 5,2 ETP *Pair-aidant, 1ETP *Professionnel de santé (infirmière), 1ETP *Veilleurs de nuit, 2,3 ETP <u>Intervenants extérieurs :</u> infirmière</p>
2	La Rochelle	Altea Cabestan - dispositif Innov'Toit	Décembre 2021	18	Multisites	Logements individuels (mobil-homes tout équipés), 14 places. Appartements individuels en diffus, 3 places (en prospection pour un 4 ^e appartement).	Hommes, femmes	<p><u>Internes au dispositif :</u> *Travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, maître de maison), 3 ETP *Professionnel de santé (infirmière, personnel de soins), 1,3 ETP *Autres intervenants (socio-esthéticienne, éducateur canin), 0,45 ETP *Chef de service : 0,2 ETP *Secrétariat comptabilité administration : 0,05 ETP *Services généraux : 0,25 ETP *Direction : 0,05 ETP <u>Intervenants extérieurs :</u> *EMPP *PASS *CAARUD *Agent de sécurité *Psychologue (supervision des pratiques de l'équipe)</p>

								*Socio-esthéticienne et éducateur canin ²
3	Marseille	Armée du Salut dispositif Entr'Elles	Juin 2022	19	Site unique	Logements individuels (containers aménagés en studios tout équipés), 19 places	Femmes	<u>Internes au dispositif :</u> *Travailleurs sociaux (CESF, animatrice sociale), 2 ETP *Professionnels de santé (psychologue, médiatrice en santé mutualisées avec autres dispositifs de la structure) *Veilleurs de nuit (mutualisés avec autres dispositifs de la structure)
4	Strasbourg	Arsea dispositif Sésame	Avril 2021	53	Multisites	Logements collectifs (chambres individuelles), 24 places. Logements collectifs en diffus (colocations en appartement), 27 places.	Hommes, femmes	<u>Internes au dispositif :</u> *Travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, maîtresse de maison), 9 ETP *Pair-aidant, 0,5 ETP *Direction/encadrement, 1,3 ETP *Professionnels de santé : 1,6 ETP *Fonctions support (cadre technique, secrétaire de direction, agent d'entretien externe) 2,2 ETP *Veilleurs 1,5 ETP <u>Intervenants extérieurs :</u> *Psychanalystes *Infirmières libérales *Professeure de chant

² Initialement prévus comme salariés de l'équipe, l'éducateur canin et la socio-esthéticienne ont finalement décidé, quelques mois après l'ouverture du site, d'y intervenir en tant que prestataires.

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

5	Montpellier	Gestare Villa Georgette –	Avril 2021	20	Multisites	Logements individuels (8 tiny houses tout équipées), 8 places. Logements collectifs (chambres individuelles, cuisine et sanitaires collectifs), 3 places. Logements individuels en diffus (appartements), 9 places.	Hommes, femmes	<u>Internes au dispositif :</u> *Coordinateur du dispositif, 1 ETP *Travailleurs sociaux (moniteur éducateur, éducateur spécialisé, animateur), 1,42 ETP *Autres intervenants sociaux (exerçant des fonctions d'animation sociale), 1 ETP *Veilleurs de nuit, 2,5 ETP <u>Intervenants extérieurs :</u> Infirmière ; CAARUD
6	Le Mans	Groupement des possibles Sarthe (GCSMS des associations Tarmac et Montjoie) – dispositif Village des Possibles	Déc. 2021	18	Multisites	Logements individuels (mobil-homes tout équipés), 11 places). Logements individuels en diffus (appartements), 7 places (2 supplémentaires à venir).	Hommes, femmes	<u>Internes au dispositif :</u> Travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, CESF), 2 ETP *Direction/encadrement (chef de service), 1 ETP *Surveillant de nuit (2 ETP) *Professionnels de santé (infirmière), 0,7 ETP *Pair-aidant, 0,8 ETP *Services civiques/stagiaires <u>Intervenants extérieurs</u> *CAARUD *EMPP *CSAPA *Psychanalyste
7	Bourg-en-Bresse	Tremplin dispositif Robinson –	Oct. 2021	15	Site unique	Logements individuels (mobil-homes tout équipés), 15 places	Hommes, femmes	<u>Internes au dispositif :</u> Travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, assistante sociale), autres intervenants sociaux, infirmière, psychologue, médecin

8	Toulouse	UCRM Clémence Isaures dispositif	& -	Nov. 2021	20	Multisites	Logements collectifs (3 maisons en diffus, colocation), 20 places	Hommes, femmes	<u>Internes au dispositif :</u> Travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés), pair-aidant, infirmière
---	----------	---	--------	-----------	----	------------	---	-------------------	---

1.3.2. Le protocole méthodologique

L'évaluation de l'expérimentation s'est **structurée en 4 phases** :

- **Phase 1 - cadrage de l'étude (janvier – avril 2023)** : cette phase a impliqué la conduite d'une analyse documentaire et d'une revue de la littérature, la réalisation de trois entretiens de cadrage, l'échantillonnage des sites retenus pour l'évaluation, la construction des outils de l'enquête (guides d'entretien, grilles d'observation), des entretiens individuels avec les huit porteurs de projets des structures retenues pour l'évaluation et des observations au sein de chaque structure, la rédaction et la restitution d'une note de cadrage de l'évaluation.
- **Phase 2 – terrain d'enquête n°1 (avril – novembre 2023)** : au cours de cette phase, nous avons enquêté auprès des professionnels intervenant au sein des huit dispositifs (3 par structure) et des résidents y étant accompagnés (3 par structure minimum, davantage sur certains sites). De nouvelles observations ont pu être réalisées sur chacun des sites. Un rapport intermédiaire a été rédigé à l'issue de cette seconde phase.
- **Phase 3 – terrain d'enquête n°2 (décembre 2023 – avril 2024)** : la troisième phase a impliqué la conduite d'entretiens individuels (3 par structure) auprès des résidents déjà enquêtés au cours de la phase 2 (ou nouvellement enquêtés lorsqu'il n'était pas possible de revoir les personnes déjà interrogées). Sur deux des huit sites d'enquête (à Bordeaux et à Strasbourg), un *focus group* ou entretien collectif a été organisé auprès de résidents puis, quelques mois plus tard, un temps de pré-restitution des résultats finaux de l'évaluation a été animé sur les sites de ces deux structures volontaires, en présence de résidents, de professionnels, de membres de la direction des structures porteuses de l'expérimentation, et de la DIHAL.
- **Phase 4 – analyse consolidée des données et rédaction des livrables finaux (avril – juin 2024)** : la dernière phase de l'évaluation a consisté à rédiger le rapport final de l'évaluation et sa synthèse, à restituer les résultats finaux et à coconstruire les recommandations issues de l'évaluation avec l'équipe de la DIHAL et ses partenaires (France Stratégie et le Cabinet Pluricité en charge de l'évaluation quantitative de l'expérimentation portée par la DIHAL).

L'Agence Phare a également, de façon régulière, mené des observations non-participantes des webinaires nationaux organisés par la DIHAL à l'attention de l'ensemble des structures porteuses de l'expérimentation. [La liste des webinaires suivis et des thématiques qui y ont été traitées est présentée en annexe 1 \(page 168\).](#)

Au total, le protocole méthodologique de l'évaluation a permis de se rendre entre trois et quatre fois sur chacun des sites, entre le mois de mars 2023 et le mois d'avril 2024.

Les données recueillies par entretien et observation ont été traitées de la façon suivante :

- Les notes d'observation manuscrites réalisées sur site par les évaluatrices ont été synthétisées dans des comptes-rendus d'observation (format Word) ;
- Les entretiens individuels menés auprès des porteurs de projet, des professionnels et des résidents ont fait l'objet de comptes-rendus synthétiques dans un premier temps, puis de retranscriptions intégrales ou détaillées (format Word) ;
- Les notes manuscrites prises au cours des *focus groups* et des deux pré-restitutions finales des résultats ont fait l'objet de comptes-rendus détaillés (format Word) ;
- Les photographies mobilisées au cours de certains entretiens individuels avec des résidents en phase 2 ont été utilisées dans le cadre de l'animation des pré-restitutions des résultats finaux sur les sites de Bordeaux et Strasbourg.

1.3.2.1. Les entretiens individuels réalisés

Au total, l'évaluation repose sur la réalisation de **98 entretiens** dont :

- **3 entretiens de cadrage** (phase 1) ;
- **16 entretiens avec des responsables de structures et/ou coordinateurs du dispositif** dont 8 entretiens en phase 1 (auprès de 14 personnes) et 8 entretiens en phase 3 (auprès de 11 personnes) ;
- **24 entretiens avec des professionnels** intervenant sur les dispositifs évalués (phase 2) ;
- **55 entretiens avec des résidents** dont 30 entretiens en phase 2 et 25 entretiens en phase 3. Parmi ces 55 enquêtés, **17 résidents ont été interrogés à deux reprises** (au cours de phase 2 puis de la phase 3 de l'évaluation). Parmi les 30 enquêtés de la phase 2, **13 n'ont pas pu être réinterrogés** en phase 3 pour différents motifs (sortie définitive du dispositif, exclusion temporaire du dispositif, indisponibilité, etc.) (voir les détails en annexe 2, page 168). Des entretiens auprès de **nouveaux enquêtés (8 au total)** ont été réalisés en phase 3, pour pallier ce différentiel.

Nous détaillons ci-après les profils et caractéristiques principales des personnes enquêtées.

1.3.2.1.1. Les entretiens de cadrage

Trois entretiens de cadrage ont été réalisés entre janvier et avril 2023, soit un entretien supplémentaire par rapport au nombre prévu, dont voici le détail :

- **Un entretien avec l'équipe-projet de la DIHAL**, Pascale Estecahandy (coordinatrice nationale « Un Chez soi d'abord) et Mathilde Deglaire (Cheffe de projet-mission « Accompagnement, parcours et accès au logement »), le 25 janvier 2023 ;
- **Un entretien avec la Déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté**, Cécile Tagliana, le 8 mars 2023 ;
- **Un entretien avec le sociologue Julien Lévy**, le 4 avril 2023.

1.3.2.1.2. Les entretiens avec les « porteurs de projet »

Au cours de l'évaluation, **16 entretiens ont été conduits auprès de « porteurs de projet »** dont 8 entretiens en phase 1 (auprès de 14 personnes, entre janvier et avril 2023) et 8 entretiens en phase 3 (auprès de 11 personnes, entre les mois de décembre 2023 et avril 2024)³.

³ Les huit entretiens réalisés en phase 3 n'étaient pas prévus dans la proposition initiale ; toutefois, devant les évolutions rencontrées sur chacun des dispositifs évalués, il s'est avéré nécessaire d'en faire le bilan à l'issue de la seconde vague d'entretiens auprès des résidents enquêtés.

Les statuts des personnes interrogées diffèrent d'une structure à l'autre mais nous pouvons les synthétiser en **trois grandes catégories**⁴ :

- **Les directeurs et directrices des structures** porteuses de l'expérimentation ;
- **Les responsables de service** au sein des structures porteuses de l'expérimentation ;
- **Les coordinateurs et coordinatrices** du dispositif expérimenté.

Parmi les 11 personnes enquêtées au cours de la phase 3, seule une avait déjà été rencontrée en phase 2 ; les 10 autres sont soit de nouveaux profils enquêtés - responsables de structure, coordinateurs ou professionnels intervenant sur le dispositif - (pour 8 d'entre elles), soit des profils interrogés en phase 2 en tant que professionnels (pour 2 d'entre elles). En effet, la deuxième vague d'entretiens auprès des « porteurs de projet » a privilégié des professionnels disponibles, ayant une vision précise et actualisée de l'expérimentation. De ce fait, nous avons interrogé moins de statuts de directeurs/directrices et de responsables de service en phase 3 mais davantage de statuts de coordinateurs et de professionnels intervenant sur ces dispositifs. **Voir le Tableau 2 suivant.**

Tableau 2 – Présentation par statut des professionnels enquêtés en tant que « porteurs de projet » au cours de l'évaluation

STATUTS	PHASE 1 (janv.-avril 2023)	PHASE 3 (dec.23-avril24)	TOTAL
Directeur – directrice de la structure porteuse de projet	6	2	8
Responsable de service au sein de la structure porteuse de projet	5	3	8
Coordinateur-coordinatrice du dispositif	3	3	6
Professionnel(le) intervenant sur le dispositif	0	3	3
TOTAL	14	11	25

Parmi les 25 professionnels rencontrés, **16 occupent des postes de direction** (dont 8 en tant que **directeurs de structure** et 8 en tant que **responsables de service**), 6 exercent des fonctions de **coordination de service** et 3 professionnels intervenant sur le dispositif en qualité de travailleurs sociaux complètent l'échantillon d'enquêtés.

Parmi les statuts de directeurs, responsables de service et coordinateurs (soit 22 enquêtés), **12 des sont des hommes et 10 sont des femmes**. Ils sont très majoritairement **arrivés récemment sur leur poste** (6 enquêtés exercent depuis moins de six mois), deux enquêtés exercent depuis 7 à 18 mois et neuf enquêtés depuis un an et demi et plus (dont trois autres personnes depuis 7 ans et plus). Ils **ont pour**

⁴ Nous mobiliserons cette catégorisation plus tard dans l'analyse.

moitié de l'ancienneté de leur structure d'appartenance (neuf d'entre eux ont plus de 7 ans d'expérience au sein de la structure porteuse de projet) et pour moitié une expérience récente également au sein de la structure (8 d'entre eux ont moins de trois ans d'ancienneté).

Le profil détaillé des responsables de structures ou de service enquêtés est disponible en [Annexe 3 – Tableau récapitulatif des 16 entretiens menés auprès des « porteurs de projet » des dispositifs évalués.](#)

1.3.2.1.3. Les entretiens avec les professionnels

Au cours des phases 1 et 2 de l'évaluation, 24 entretiens ont été réalisés auprès de professionnels travaillant sur les dispositifs. Parmi eux, deux sont des partenaires extérieurs à la structure ; tous les autres sont recrutés par la structure porteuse de projet. Parmi les professionnels enquêtés, deux tiers (16 personnes) sont des **femmes** – conformément à la forte féminisation des professions de l'intervention sociale et de la santé (Lapeyre et Le Feuvre, 2005) - et la grande majorité a **entre 30 et 40 ans** (16 enquêtés) supposant une ou plusieurs **expériences professionnelles antérieures**. Un peu plus de **la moitié des enquêtés (n=13) exercent des professions de l'intervention sociale**, essentiellement en tant qu'éducateur spécialisé (n=6), CESF (n=2), animateur social (n=2) ou autre (assistante sociale, maîtresse de maison, socio-esthéticienne). Parmi les professionnels du soin, nous avons rencontré **6 infirmières et 2 psychologues**. Deux entretiens auprès de **veilleurs de nuit** et d'un **pair-aidant** complètent l'échantillon enquêté. En-dehors des professionnels de santé qui ont tous une formation en lien avec leur métier, **un quart des autres enquêtés (n=6) n'ont pas de formation initiale en lien avec leurs fonctions actuelles** (dont 3 intervenants sociaux, les 2 veilleurs et le pair-aidant). La grande majorité des professionnels enquêtés **occupe son poste depuis 1 à 2 ans** (soit depuis l'ouverture des dispositifs) et seule une minorité des personnes interrogées a été recrutée depuis moins d'un an (n=3). Les recrutements aux postes actuellement occupés traduisent enfin **une arrivée récente dans la structure porteuse de projet** puisque 18 enquêtés ont moins de 3 ans d'ancienneté dans l'association porteuse du dispositif (une personne a entre 4 et 6 ans d'ancienneté et 5 ont plus de 7 ans d'ancienneté).

Le profil détaillé des professionnels enquêtés est disponible en [Annexe 4 – Tableau récapitulatif des 24 entretiens menés auprès des professionnels intervenant sur les dispositifs évalués.](#)

1.3.2.1.4. Les entretiens avec les résidents

Enfin, 55 entretiens ont été menés auprès de résidents, dont 30 en phase 2 et 25 en phase ; parmi eux, 17 ont été interrogés deux fois, conformément au protocole méthodologique initial. La description de leurs profils est détaillée dans la partie suivante du rapport.

Le profil détaillé des résidents enquêtés est disponible en [Annexe 5 – Tableau récapitulatif des 55 entretiens menés auprès des résidents sur les dispositifs évalués.](#)

1.3.2.1. Les observations menées

Les enquêtrices ont réalisé **entre 3 et 4 déplacements par site** évalué (3 déplacements sur 6 sites et 4 déplacements sur les 2 sites ayant accepté de participer au volet complémentaire et participatif de l'étude en phase 3⁵), équivalant à un total de **4 à 6 jours sur chaque site**, entre janvier 2023 et avril 2024.

Ces présences répétées sur site ont permis de réaliser des **observations de temps formels et informels**, dont le détail est présenté dans le **Tableau 3 suivant**. Parmi les temps « formels », les évaluatrices ont pu assister à des réunions d'équipe (sur 4 sites), des conseils d'habitants (sur 4 sites) et des activités ou événements organisés par le dispositif (sur 5 sites). De nombreux temps d'observations informels sur l'ensemble des sites complètent ce recueil de données.

Tableau 3 – Temps d'observations réalisés sur les dispositifs au cours de l'évaluation.

	VILLE	STRUCTURE	TYPE D'OBSERVATION			
			CONSEIL HABITANTS	REUNION D'EQUIPE	ACTIVITES – EVENEMENTS	AUTRES
1	Bordeaux	Al Prado	/	/	/	Temps informels entre résidents (terrasse et espaces collectifs) ; entre résidents et équipes (bureau de l'équipe) et avec une professionnelle dans le cadre d'un trajet en voiture entre le dispositif et le logement d'un résident sorti du dispositif.
2	La Rochelle	Altea Cabestan	Oui	Oui	Activité collective de socio-esthétique	Temps informels entre résidents et équipe (bungalow de l'équipe)
3	Marseille	Armée du Salut	/	/	Distribution colis alimentaires	Temps informels entre résidents sur les espaces extérieurs
4	Strasbourg	Arsea	Oui	Oui	Atelier communautaire animé par le psychologue	Temps informels entre résidents (pause déjeuner, pauses cigarette devant l'hôtel). Passages en chambre du psychologue et de la maîtresse de maison.
5	Montpellier	Gestare	/	Oui	Repas partagé à l'occasion des 2 ans de la Villa Georgette avec	Temps informels entre résidents sur les espaces extérieurs (table commune)

⁵ Sur deux des huit sites d'enquête (à Bordeaux et à Strasbourg), un *focus group* ou entretien collectif a été organisé auprès de résidents puis, quelques mois plus tard, un temps de pré-restitution des résultats finaux de l'évaluation a été animé sur les sites de ces deux structures volontaires, en présence de résidents, de professionnels, de membres de la direction des structures porteuses de l'expérimentation, et de la DIHAL.

					des résidents et des partenaires. Repas partagé sans occasion particulière.	
6	Le Mans	Groupement des possibles Sarthe	Oui	Oui	Repas collectif entre salariés, résidents et partenaires du CAARUD	Temps informels entre résidents (dans le jardin, dans le modulaire collectif).
7	Bourg-en-Bresse	Tremplin	/	Oui	/	Réunion d'équipe "en plénière" en présence des administrateurs et bénévoles de l'association. Temps informels entre résidents sur les espaces extérieurs (table commune).
8	Toulouse	UCRM & Clémence Isaure	Oui	Oui	/	Temps informels entre résident.es (jardin)

1.3.2.2. Les focus groups

Sur deux des huit sites retenus pour l'évaluation (à Bordeaux et à Strasbourg), un *focus group* auprès des résidents a été organisé au cours de la phase 3.

Ces *focus groups* ont été pensés comme des **groupes de parole** au cours desquels les résidents pouvaient **témoigner, partager leurs expériences et échanger** autour de thématiques proposées par les évaluatrices ou de sujets qu'ils souhaitent aborder, au regard de leurs préoccupations ou des actualités propres au dispositif au moment de l'échange.

Trois thématiques ont été soumises à discussion lors de ces *focus groups* : les usages et apports associés aux espaces collectifs dans la vie quotidienne des résidents sur le dispositif ; les principaux changements observés (à titre individuel comme à l'échelle collective) par les résidents depuis leur entrée sur le dispositif et enfin, les projections des résidents pour la suite (dans le dispositif ou ailleurs). L'entretien collectif s'est clos par une activité de type photolangage : des photographies prises par les résidents enquêtés sur l'ensemble des dispositifs évalués au cours de la phase 2 étaient présentées aux participants du *focus group* afin, s'ils le souhaitaient, de réagir et de partager sur ce que leur évoquaient ces images.

D'une durée d'une à deux heures, ces *focus groups* **ont rassemblé** sept résidents sur chacun des deux dispositifs, soit **14 résidents au total**. Parmi eux, trois étaient des résidents enquêtés dans le cadre de l'évaluation (interrogés par entretien individuel lors des phases 2 et 3). Ces *focus groups* ont ainsi permis d'élargir l'évaluation à des profils de résidents jusque-là non interrogés, aux niveaux d'ancienneté dans le dispositif variables (de quelques semaines à près de trois années). Les participants ont pris part au *focus*

group sur la base du volontariat, après avoir été informés de l'organisation de ce temps d'échange par les coordinateurs des dispositifs.

Le profil détaillé des résidents interrogés dans le cadre des *focus groups* est disponible en [Annexe 6 – Tableau présentant les profils des résidents rencontrés dans le cadre des focus groups sur deux dispositifs évalués.](#)

1.3.2.3. Les pré-restitution des résultats finaux de l'évaluation

Enfin, dans la continuité des *focus groups*, **un temps de pré-restitution des résultats de l'évaluation** a été organisé sur les sites de Bordeaux et Strasbourg⁶.

En présence de **résidents** des dispositifs, de **professionnels** y intervenant, des **coordinateurs** des projets et de **membres de la DIHAL** en tant que commanditaire de l'évaluation, un temps d'échange participatif a été proposé, autour de grands éléments mis en évidence au cours de l'étude. Ainsi, après un tour de table, les participants étaient invités à discuter et témoigner autour des thématiques suivantes : les publics accueillis sur les dispositifs évalués, les spécificités perçues de l'accompagnement par les professionnels, les consommations et la question de la « réduction des risques » sur les dispositifs, « l'esprit » du dispositif (entre lieu de vie et tremplin) et ses implications sur l'accompagnement des personnes et enfin, les apports perçus de la dimension collective des lieux. L'échange s'est clos par une activité de type photolangage. L'animation proposée était participative, avec une alternance de discussions simples, de débats mouvants et d'exercices de photolangage (sur la base de carte « verbatim »⁷ ou de photographies prises par les résidents enquêtés sur l'ensemble des dispositifs et les évaluatrices). Tantôt des éléments issus de l'évaluation étaient présentés par les évaluatrices pour être commentés ensuite, tantôt les thématiques étaient abordées à travers des questions ouvertes, amenant ensuite les évaluatrices à partager des données issues de l'évaluation.

Ces temps de pré-restitution ont duré environ deux heures et ont rassemblé **11 résidents et cinq professionnels à Bordeaux ; cinq résidents et cinq professionnels sur le dispositif « Sésame »** à Strasbourg. Les participants ont été informés de l'organisation de ce temps par les coordinateurs des dispositifs et y ont participé sur la base du volontariat.

Les synthèses des deux temps de pré-restitution sont disponibles en [Annexe 7 – Synthèses des temps de pré-restitutions des résultats de l'évaluation sur les dispositifs « Parcours » à Bordeaux et « Sésame » à Strasbourg.](#)

⁶ Au mois de mars 2024 sur le dispositif « Parcours » à Bordeaux et au mois d'avril 2024 sur le dispositif « Sésame » à Strasbourg.

⁷ Cartes mentionnant des extraits d'entretien anonymisés réalisés auprès de résidents enquêtés sur les huit dispositifs évalués.

2. Enseignements transversaux

L'évaluation qualitative du dispositif « « Accompagnement de personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective » » avait pour objectifs, à partir de l'analyse de différents sites, de caractériser la dimension innovante et la pertinence de l'expérimentation, les conditions de sa mise en œuvre en différents contextes, son efficacité et ses effets sur les trajectoires des résidents accueillis et les professionnels les accompagnant ainsi que le potentiel et les conditions d'essaimage de celle-ci. Cette partie présente les principaux enseignements communs issus de l'enquête de terrain menée auprès de huit dispositifs expérimentaux, entre janvier 2023 et avril 2024. Chaque point abordé dans cette partie fait l'objet d'un traitement analytique détaillé dans le corps du rapport.

2.1. Un ciblage pertinent des publics

L'objectif de l'AMI était de cibler des « *personnes pour lesquelles les dispositifs existants (hébergement, pensions de famille, logement ordinaire dans le diffus, etc.) ne sont pas ou plus adaptés* » (extrait du cahier des charges de l'AMI). De fait, les porteurs de projet des sites enquêtés ont en commun de cibler des publics **ayant, ou ayant connu, un parcours de rue, et se trouvant dans une situation de rupture vis-à-vis des institutions classiques d'hébergement.**

Les profils et trajectoires individuelles des résidents de l'expérimentation présentent de **grandes caractéristiques communes** : les hommes sont fortement surreprésentés (81% des habitants), et les problématiques de santé et d'addictions sont prégnantes. Il est néanmoins possible de distinguer une **grande diversité de profils** en termes d'âge, de liens familiaux ou parentaux. En outre, les **trajectoires**

individuelles des résidents jusqu'à leur entrée dans les dispositifs sont **hétérogènes** : si les situations de sans-abrisme sont majoritaires à l'entrée dans le dispositif, certains résidents sont issus de dispositifs d'hébergement (d'urgence ou d'insertion) ou d'autres institutions (hôpital, prison, etc.). En revanche, ces publics sont rarement dans des situations de rupture totale avec les institutions (des liens persistent avec les équipes de première ligne) et continuent d'entretenir des liens sociaux, noués à la rue ou dans d'autres cercles (amicaux, familiaux).

Cette variation des profils de résidents, en particulier du point de vue de leur trajectoire résidentielle, résulte en partie des **procédures locales d'orientation vers les sites de l'AMI**.

Certains dispositifs ont, d'abord, été singulièrement pensés comme une manière de compléter l'offre d'hébergement à destination de publics pour lesquels l'offre était jugée insuffisante voire inexistante, ou encore inadaptée. Ils visent ainsi, de façon spécifique, des populations peu ou pas touchées par les dispositifs d'hébergement du territoire, et peuvent alors cibler prioritairement les femmes, les publics jeunes, etc.

- **Les pratiques des partenaires orienteurs peuvent, ensuite, contribuer également à une spécialisation *de facto* des structures dans l'accueil d'un public peu pris en charge à l'échelle locale.** Les tensions rencontrées dans le secteur de l'hébergement conduisent en effet à des orientations de résidents au profil différent de celui du public-cible initial, avec des profils de personnes n'ayant pas trouvé leur place ailleurs du fait de la saturation des autres structures sur le territoire.
- **Les modalités d'orientation mobilisées par les porteurs de projet, enfin, peuvent conduire à faire évoluer le profil des résidents admis sur les sites.** Si les résidents orientés par le SIAO ou le SIAO « adapté » (commission partenariale *ad hoc* réunie spécifiquement en cas de vacance de place sur un dispositif de l'AMI) correspondent généralement au « public-cible », ceux qui sont orientés directement par des partenaires y dérogent plus régulièrement (admissions dérogoires, pour éviter la dégradation subite d'une situation).

L'évaluation souligne donc une diversité de pratiques d'orientations des publics vers le dispositif expérimenté, du fait des réalités partenariales locales et des modalités d'orientation privilégiées. Pour autant, cette diversité de pratiques d'orientation aboutit dans l'ensemble à **un ciblage pertinent des profils orientés vers les dispositifs**, conformément aux principaux critères établis dans le cahier des charges de l'expérimentation (situation de non-demande au moment de l'orientation, rupture plus ou moins longue avec les structures d'hébergement). Le maintien d'un ciblage pertinent des publics initialement visés par l'expérimentation tient également au rôle des porteurs de projet, amenés à devoir **réaffirmer, auprès de leurs partenaires orienteurs, les caractéristiques du public ciblé par leur dispositif**.

2.2. Des dispositifs qui parviennent à stabiliser des personnes durablement éloignées de l'hébergement

Les publics accueillis sur les dispositifs de l'AMI ont en commun, pour la plupart, d'avoir connu **l'expérience de la rue et/ou l'alternance de solutions d'habitats entre rue, squats, tiers, institutions d'urgence etc.** dans leur parcours, et **d'être en situation de non-recours global vis-à-vis de l'hébergement**, que celui-ci soit **subi** (exclusions, refus) ou qu'il s'agisse de **non-demandes** (résidents lassés de solliciter le Samu Social, par exemple). L'enjeu de l'AMI, une fois ces personnes ciblées, est dès lors de **favoriser leur stabilisation sur site**.

L'évaluation confirme à cet égard qu'une partie importante des personnes qui intègrent les sites de l'expérimentation, malgré des départs précoces ou exclusions, d'entre elles parviennent à rester plusieurs mois, voire années, sur les sites. Plusieurs facteurs permettent de le comprendre.

D'abord, **ce sont le protocole d'entrée simplifié et les caractéristiques du dispositif qui conduisent les personnes à accepter d'intégrer les structures de l'AMI**. Les personnes qui se voient proposer d'intégrer le site le visitent généralement dans la foulée, et peuvent s'y installer aussitôt, avec un protocole d'entrée (signature de règlements, etc.) particulièrement allégé, voire inexistant. Par ailleurs, **la perspective de bénéficier d'un espace individuel** constitue un motif d'adhésion initial fort pour les résidents qui avaient fait le choix de renoncer à l'hébergement justement parce que la dimension collective de multiples dispositifs d'hébergement d'urgence apparaissait comme un « repoussoir ».

Ensuite, c'est la **souplesse des règles du lieu et la liberté d'usage** qui leur est laissée qui permettent le maintien des personnes sur les sites, en laissant des marges de manœuvre importantes aux résidents dans leur mode de vie au quotidien. Concrètement, plusieurs facteurs participent de cette flexibilité :

- **La possibilité pour les résidents de « s'installer » sur site à leur rythme, sans contrainte et sans injonction immédiate à l'accompagnement**, ce qui préfigure un terrain de confiance entre résidents et équipes mais favorise également la transition entre l'univers de la rue et celui du dispositif ;
- La possibilité de **consommer librement**, sans avoir à se cacher, voire de bénéficier d'un appui de la structure pour éviter le manque (d'alcool) ;
- Le fait de ne pas être contraint par des horaires spécifiques et de **pouvoir aller et venir librement**, perçu comme un gage d'autonomie et de liberté laissé aux résidents ;
- La possibilité de **pouvoir inviter du monde chez soi** – bien que ces invitations soient encadrées par certaines règles ;
- **L'articulation entre dimensions individuelle et collective**, la première apparaissant comme un gage d'intimité, la seconde favorisant l'établissement de liens – y compris avec les équipes –, favorisant l'attachement aux sites, malgré certaines tensions.

A cet égard, le parti pris des dispositifs de l'AMI de toucher les résidents durablement éloignés de l'hébergement en adaptant les modes de fonctionnement des sites vers un plus haut seuil de tolérance apparaît comme un facteur favorisant leur stabilisation sur les sites.

2.3. Un enjeu fort d'articuler les dimensions individuelles et collectives, et d'animer le collectif

Le parti pris des sites de l'AMI était de proposer une articulation entre espaces individuels et collectifs, entre logements individuels et espaces de vie collective voire modalités de gestion communautaire.

Dans les faits, **l'évaluation permet de montrer que l'animation des sites est étroitement dépendante de leur configuration et de leur organisation**. De manière générale, **la configuration de l'ensemble des sites** - de taille modeste, permettant de constituer des collectifs « à taille humaine », dans des espaces aménagés pour alterner entre vie collective et chez soi individuel -, **favorise un équilibre entre la possibilité pour les résidents de disposer d'une certaine intimité et celle**

d'entretenir des liens collectifs avec d'autres résidents. Au-delà de ces éléments communs, **divers facteurs** propres à chacun des sites expliquent une fréquentation différenciée des espaces collectifs : organisations des lieux (dispersion des sites entre différents lieux en cas de dispositifs multisites, présence ou non d'espaces collectifs, présence de points de passage et de rencontre comme un hall d'entrée ou non), saisonnalité (fréquentation plus assidue l'été que l'hiver), présence ou non de l'équipe et des règles qu'elle impose sur ces espaces, organisation ou non d'animations, etc.

Les configurations propres à chacun des sites favorisent donc plus ou moins les interactions entre résidents. Néanmoins, et quelles que soient les organisations des sites, **les dynamiques collectives sont systématiquement perçues avec une grande ambivalence par ces derniers.** Les lieux partagés peuvent en effet être porteurs de **dynamiques jugées positives** : sociabilités, relations d'entraide, fonction « occupationnelle » (en particulier pour les résidents isolés, ou confrontés à des troubles psychiatriques), logiques de valorisation de soi, de projections dans d'autres perspectives (emploi, réduction des consommations). Pourtant, ces espaces peuvent aussi être le théâtre de moments nettement moins positifs, en raison des **risques** qui y sont associés et de la **violence** qui peut continuer d'y surgir : tensions, violences, conflits d'entretien du lieu, commérages, stigmatisation, loi du silence autour de certaines transgressions. Producteurs de dynamiques et d'effets positifs comme de moments de grande violence, **ces espaces collectifs sont donc tantôt recherchés et valorisés par les résidents, tantôt fuis et évités**, en fonction notamment de la manière dont les résidents se projettent sur le lieu : ceux qui envisagent, à terme, de quitter le dispositif, tendent ainsi à davantage marquer leurs distances vis-à-vis des autres résidents.

Pour les équipes, **animer le collectif et préserver la bonne entente entre résidents constitue ainsi un enjeu du quotidien.** Dans les premiers temps de l'expérimentation, l'animation collective des lieux a pu être sous-investie par des équipes priorisant la gestion quotidienne des lieux et des personnes, dans un contexte où chacun, résidents comme professionnels, prenaient ses marques dans les dispositifs. Dans un second temps de l'expérimentation toutefois, la volonté d'animer le collectif s'est fait plus prégnante et s'est dès lors manifestée par une redéfinition plus nette des rôles de chacun et l'embauche, sur certains sites, de professionnels dédiés à l'animation.

Ainsi, dans un contexte où de nombreuses contraintes et tensions sont associées au collectif, **les espaces privés** – s'ils font l'objet d'investissement plus ou moins intenses – **sont unanimement appréciés comme des lieux de repos, de répit et de sécurité.** En outre, aux relations de groupe sont privilégiées des relations **interindividuelles ou en petits groupes, mais aussi les liens avec l'équipe, perçue comme un groupe de référence différent** et complémentaire aux sociabilités entre personnes concernées.

2.4. Un bouleversement des pratiques d'accompagnement et un enjeu de structurer et soutenir les modalités d'intervention auprès des publics de l'expérimentation

L'objectif de l'AMI était de répondre aux enjeux du non-recours à l'hébergement des résidents en prenant le contrepied de pratiques professionnelles et de fonctionnements institutionnels le caractérisant

classiquement. Les dispositifs se singularisent à cet égard par un **fonctionnement à rebours des pratiques habituelles en cours dans les hébergements classiques**.

Concrètement, une adaptation des pratiques et postures professionnelles se dessine sur l'ensemble des sites de l'expérimentation et se traduit par :

- Une **polyvalence des tâches de chacun sur les dispositifs** permettant une flexibilité dans l'accompagnement, malgré une tendance croissante à la formalisation au fil des mois ;
- **Un travail de care se déployant au quotidien**, exacerbant les enjeux du rapport proximité/distance entre professionnels et résidents propre au travail social ;
- **Une absence d'injonction au projet** : un accompagnement de long terme, majoritairement informel, à rebours des objectifs prédéfinis formulés dès l'arrivée sur site dans la plupart des structures du médico-social ;
- Des **modalités de gestion des situations de crise plus souples**, et une exclusion mobilisée en dernier recours uniquement, qui contraste avec les exclusions fréquentes dans les hébergements classiques en cas de consommations d'alcool ou de substances psychoactives, ou encore de violences ;
- Le recours à l'approche de **réduction des risques et des dommages** pour accompagner les résidents dans leurs consommations d'alcool et de produits psychoactifs, qui s'oppose aux pratiques d'interdit habituelles en hébergement.

Cette évolution des pratiques professionnelles est plébiscitée par les résidents. La disponibilité des équipes, leur réactivité, la possibilité de les solliciter sans formalisme permettent aux résidents de nouer avec les professionnels des relations de **confiance, souvent informelles, susceptibles de constituer le point de départ d'accompagnements de plus long terme, riches d'effets**, en particulier sur le plan administratif et médical.

Néanmoins, si cette spécificité de l'accompagnement constitue indéniablement la grande force des dispositifs de l'AMI, elle se heurte au **fort turnover sur l'ensemble des structures enquêtées** : difficultés de recrutement, enjeux relatifs à la stabilité des équipes (arrêts de travail, mises en retrait, départ du dispositif). Ce *turnover* s'appréhende, d'une part, au regard des **difficultés que génère le bousculement des pratiques et postures professionnelles au quotidien**. Pour les professionnels des sites, et en particulier pour ceux qui sont issus du travail social, ces nouvelles pratiques impliquent en effet une prise de distance comparativement aux pratiques habituelles du travail social. Le *turnover* s'envisage, d'autre part, à travers les **complexités relatives au travail quotidien auprès de publics adultes cumulant des vulnérabilités multiples**, avec des manifestations de violences symboliques, verbales ou physiques fréquentes sur les sites et parfois perçues comme plus récurrentes ou intenses qu'ailleurs. **Le turnover des équipes est ainsi susceptible de mettre à mal la continuité des accompagnements amorcés**. Lorsque l'équipe est très réduite, comme cela a pu être observé sur certains des sites, il **menace également le caractère innovant des pratiques déployées**. Faute de disposer des moyens humains et du temps suffisants pour conserver une posture d'écoute et de disponibilité mais aussi de garantir des temps réflexifs à l'équipe, les accompagnements se font alors plus verticaux, l'accompagnement plus directif.

Ces éléments plaident pour des équipes renforcées sur les sites et des équipes pluridisciplinaires - à condition que chaque professionnel ait la possibilité d'exercer en premier lieu, les fonctions pour lesquelles il a été formé ou a acquis une expérience -. Par ailleurs, **l'évaluation met en évidence l'importance de la structuration hiérarchique dans le portage de l'expérimentation à l'échelle des structures porteuses de projet**. Au-delà des équipes de professionnels intervenant quotidiennement sur les sites de l'expérimentation, auprès des résidents, **les coordinateurs des dispositifs et les directions des**

structures porteuses (chefs de service, personnel de direction) ont été identifiés comme **des échelons structurants** dans la mise en œuvre de l'expérimentation. Ils exercent en effet **un rôle soutenant** vis-à-vis des équipes dites de terrain, peuvent permettre de soulager leurs fonctions et responsabilités auprès des résidents en prenant part à certains processus décisionnels ou à certaines fonctions de régulation et sont, *in fine*, garants du cadre d'intervention.

2.5. Une interprétation de « l'esprit » de l'AMI entre « lieu de vie » et « tremplin » qui teinte l'accompagnement des personnes

Hormis le cas particulier d'un dispositif parmi les huit évalués qui limite l'accueil et l'accompagnement des personnes à une période de six mois⁸, tous les dispositifs enquêtés ont adopté le principe de durée indéterminée de l'accompagnement. Concrètement donc, l'accompagnement ne relève d'aucune durée et l'expérimentation se caractérise par **l'absence a priori d'une durée d'accompagnement**. Pourtant, les propos des professionnels et des résidents permettent d'identifier **deux conceptions différenciées de la vocation des dispositifs AMI** : l'une comme « lieu de vie » pérenne ; l'autre comme « tremplin », le dispositif se voulant dans ce cadre « *un sas ou temps de pause* » favorisant l'insertion, à terme, dans des « *dispositifs de droit commun* »⁹.

Du côté des porteurs, d'abord, ces deux interprétations de « l'esprit » des dispositifs se manifestent à travers des modalités d'accompagnement sensiblement différentes :

- **Les professionnels concevant le dispositif comme un « lieu de vie » adoptent une posture d'accompagnement essentiellement structurée selon le rythme des résidents.** La temporalité des habitants prime et le travail des professionnels s'adapte à celle-ci, y compris si cela implique une absence ou une faible mobilisation des résidents (dans la vie collective du site, dans leurs démarches individuelles d'accès aux droits, à la santé, d'insertion par le logement ou le travail).
- Les professionnels **concevant le dispositif comme un « tremplin » vers l'insertion des personnes sont plus enclins à les inciter à dessiner des perspectives, même minimales, qui introduit un horizon temporel à l'accompagnement.** Dans ce contexte, il semble plus complexe pour les porteurs de projet et les professionnels de s'affranchir de la notion de temporalité de l'accompagnement dans leur travail auprès des résidents. Cette posture fait écho à des socialisations professionnelles antérieures (professionnels diplômés du travail social) mais aussi au sentiment de désœuvrement difficilement vécu par certains professionnels confrontés à l'absence de projets de certains résidents.

Ainsi, en dépit d'une adhésion globale au principe d'inconditionnalité dans la durée d'accueil et d'accompagnement des personnes, la conception de la finalité du lieu « teinte » l'accompagnement et notamment le poids qu'y prend une logique d'objectifs et une référence temporelle.

⁸ UCRM et association Clémence Isaure (Toulouse).

⁹ DIHAL, DIPLP, « Appel à manifestation d'intérêt accompagnement de personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective. »

De leur côté, **les résidents présentent également des représentations différenciées de la temporalité d'accueil et d'accompagnement proposée dans le cadre de l'expérimentation** (entre perceptions d'un accueil inconditionnel et atemporel et perceptions d'un accueil limité et transitoire). Ces conceptions différenciées de la vocation des sites se manifestent à travers les **intentions que formulent les résidents, notamment en termes de trajectoire résidentielle**, et l'on peut distinguer typiquement trois types de « projets » résidentiels :

- **La grande majorité des résidents rencontrés souhaite, à terme, quitter le dispositif AMI**, la plupart du temps pour intégrer un logement individuel, dans de plus rare cas un logement avec dispositif médicalisé, ou encore pour partir voyager en itinérance (caravane) ;
- **Une partie – minoritaire – des résidents enquêtés souhaite demeurer sur le long terme au sein du dispositif AMI**. Les résidents rencontrés concernés par ce cas de figure sont plus âgés, parfois retraités, et ont un parcours de vie souvent long (plus de 15 ans), avec des problèmes de santé importants.
- **Enfin, quelques résidents expliquent souhaiter à terme quitter le dispositif AMI, mais sans formuler de projet précis d'hébergement ou de logement**. Ces résidents conditionnent en effet leur sortie à l'aboutissement préalable de démarches médico-sociales, indispensable pour envisager un hébergement autonome. A leurs yeux, la sortie vers un autre type d'hébergement ou de logement reste ainsi lointaine et peu concrète.

Si professionnels comme résidents possèdent chacun leur conception de ce qu'est la finalité du lieu – un « tremplin » ou un « lieu de vie » -, dans les faits, **les équipes participent à définir la place qu'occupera le dispositif dans le parcours des résidents**. Ce sont elles, en effet, qui amorcent, avec l'accord des personnes, les projets de sorties et les demandes d'hébergement et de logement (proposition de dispositifs, réalisation et suivi des demandes). A ce titre, elles accompagnent en priorité celles qui sont formulées par les résidents qu'elles jugent stabilisés sur les sites (avec une situation administrative régulière, accompagnés sur le volet médical, etc.), d'une part, et celles des personnes en situation de dépendance et de perte d'autonomie, pour lesquelles les dispositifs ne sont plus jugés adaptés, d'autre part. L'équipe conserve également la possibilité d'exclure des résidents ayant eu un comportement jugé inadapté (i.e. violences, débordements). De plus, les souhaits des personnes peuvent être « contrariés » par les professionnels accompagnants, notamment lorsque ces derniers estiment que d'autres possibilités que celles évoquées en première intention par les résidents sont préférables.

Notons enfin que, **le dispositif peut devenir un « lieu de vie » de facto en l'absence d'alternative disponible de logement ou d'hébergement disponible**, contraignant fortement les projets résidentiels des résidents.

2.6. Un accompagnement probant des personnes sur le volet administratif et dans l'accès aux soins

Les accompagnements administratifs et en santé proposés sur les sites de l'AMI prennent des **configurations différenciées en fonction des situations de départ des résidents** (existence, ou non, d'un suivi hors site par un travailleur social, un tuteur ou encore un curateur ; suivi médical préexistant à l'entrée sur le dispositif).

Sur le volet administratif, trois types d'accompagnement se mettent en œuvre en fonction des profils : un accompagnement impulsé par les équipes des dispositifs pour des résidents en rupture de suivi administratif, qui (ré)initient des démarches qui avaient été abandonnées ; un accompagnement « en appui » d'un suivi administratif externe dans le cas de résidents déjà suivis hors dispositif et qui avaient déjà mis en place certaines démarches et, plus marginalement, un accompagnement très ciblé et seulement ponctuel pour les résidents réalisant leurs démarches en autonomie, sans accompagnement par un travailleur social (ni à l'intérieur, ni à l'extérieur de la structure). **Sur le volet de l'accès aux soins, trois logiques d'accompagnement apparaissent également** : un accompagnement « minimal », interne au dispositif permettant d'assurer un suivi global de l'état de santé des résidents (« veille » de l'état de santé (physique, psychologique) des personnes, réalisation de soins « basiques », suivi médicamenteux) pour les résidents qui ne souhaitent pas solliciter des professionnels de santé extérieurs ou qui n'ont pas de pathologies appelant un suivi particulier ; un accompagnement dans une logique de parcours de soins, interne et externe au dispositif dans lequel les professionnels exercent alors un rôle de médiateur entre l'institution médicale ou hospitalière et les résidents qui bénéficiaient déjà d'un suivi médical extérieur avant leur entrée sur le dispositif ou qui souhaitent réaliser certaines démarches (ou le nécessitent) ; et enfin, une absence d'accompagnement mais le maintien d'une possibilité de dialoguer autour des questions de santé.

L'éventail des démarches d'accompagnement sur le volet administratif est large mais les démarches les plus fréquemment mises en place sur les dispositifs sont le renouvellement de la carte d'identité, les demandes ou les renouvellements de la domiciliation, le renouvellement de la CSS et de la carte Vitale, les demandes de prestations sociales, et en premier lieu du revenu de solidarité active (RSA), et à la déclaration de ressources, la mise en œuvre de démarches juridiques, la mise en place d'aides à domicile pour les résidents en situation de dépendance, âgés ou vulnérables sur le plan physique ou psychique ou encore la mise en place de cartes de transport pour favoriser la mobilité des résidents. Ces premières démarches ont des **effets concrets** : elles permettent aux résidents d'avoir des revenus, de régulariser leur situation, de renouveler leurs droits de protection universelle maladie et constituent des étapes vers des démarches de plus long terme : retrouver un travail, accéder à un parcours de soins, accéder à un logement autonome.

En termes d'accompagnement aux soins, l'évaluation identifie **une gradation du niveau de « saisine » de l'accompagnement proposé sur les questions de santé**, allant schématiquement d'une absence d'implication à une implication forte dans les démarches de santé par les résidents. La majorité des enquêtés néanmoins a moyennement ou fortement investi le volet « santé » de l'accompagnement proposé dans le cadre du dispositif et entrepris des démarches variées et souvent « cumulées » (bilan de santé, rendez-vous médicaux, examens, renouvellement ou instauration de traitements, renouvellement ou accès à des lunettes de vue, etc.). Ce retour aux soins a permis, à l'échelle de notre échantillon d'enquêtés, de diagnostiquer une maladie et de bénéficier de traitements adaptés en conséquence, d'aller vers des professionnels de santé que les résidents ne souhaitaient pas et n'avaient pas l'occasion de consulter auparavant. Il contribue plus largement à améliorer le confort et le bien-être physique et psychique des personnes. Le retour aux soins, et les démarches en faveur de la régularisation des droits des personnes participent par ailleurs d'une restauration symbolique de l'identité des personnes comme citoyens de droit commun.

Cet accompagnement se heurte marginalement à des difficultés « intrinsèques », d'une part : la longueur et la complexité de certaines démarches, l'insuffisante maîtrise de certaines démarches par des professionnels peu expérimentés, certains aléas (vol des papiers fraîchement renouvelés, oubli d'une déclaration susceptible de compromettre des démarches, etc.), l'engagement « en dent de scie » de certains résidents dans ces démarches. **Des freins institutionnels « extrinsèques », existent d'autre**

part : sur le volet administratif, la nécessité d’obtenir un titre de séjour conditionne l’accès à un ensemble de droits pour les résidents en situation irrégulière ou encore la réalité de l’offre d’hébergement locale, souvent compétitive et hors de portée des budgets les plus modestes, limite les démarches des résidents dont l’objectif est d’accéder *in fine* à un logement autonome. Sur le volet de l’accès aux soins, l’accès contraint à certains dispositifs dont pourraient relever les résidents de l’expérimentation (faute de places disponibles dans les structures, d’un nombre insuffisant de professionnels de santé, ou de structures sur les territoires), la difficulté des porteurs de projet à recruter ou tisser des partenariats avec des professionnels de santé et la persistance de logiques de stigmatisation des publics en situation de marginalité constituent autant de limites dans l’accès aux soins des personnes.

Quels que soient les niveaux d’accompagnement des résidents sur les volets administratifs et les questions de santé, ainsi que leur investissement dans ces démarches, **cinq grandes conditions favorisent l’accompagnement des résidents** : la relation de **confiance** tissée entre les résidents et les professionnels du dispositif, la **part informelle de l’accompagnement** permise par le cadre de l’expérimentation (quotidienneté et informalité des échanges, souplesse et adaptabilité du suivi, etc.), la **présence renforcée** de professionnels de santé au sein des dispositifs, la disponibilité des professionnels pour **accompagner physiquement** les résidents dans leurs démarches, et enfin, **l’intemporalité** de la durée d’accueil sur le dispositif.

2.7. Un retour à l’emploi encore minoritaire mais riche d’effets

Pour une partie des résidents (environ un quart de notre échantillon d’enquêtés), **l’arrivée sur le dispositif se traduit par un retour progressif à l’emploi ou à l’activité bénévole, riches d’effets pour les résidents concernés.**

L’accès à l’emploi ou au bénévolat est généralement **sollicité par les résidents**, parfois inspirés à cet égard par le fait de voir d’autres habitants s’y impliquer. Ils y trouvent plusieurs sources de motivation, à court et moyen termes (augmenter leurs revenus, diminuer des consommations, économiser de l’argent pour mener à bien divers projets ou encore retrouver un mode d’existence proche de ce qu’ils ont pu connaître par le passé). **Il peut également être suggéré directement par les professionnels**, qui ciblent alors ceux qui semblent les plus stabilisés sur le dispositif ou à tout le moins, ceux qui manifestent un intérêt pour une remise en activité à l’évocation de celle-ci. Sur plusieurs dispositifs enquêtés, **les résidents auxquels est suggéré un retour à l’activité professionnelle correspondent donc à un profil spécifique de résidents plutôt stabilisés sur les sites.**

Dans la très grande majorité des cas, **le retour à l’emploi s’opère via des contrats de travail adaptés et d’insertion.** Ces contrats de travail adaptés offrent des conditions appréciées par les résidents : réactivité de l’intégration dans le dispositif, bonnes relations avec les travailleurs sociaux sur site, tâches appréciées, augmentation progressive des heures travaillées. Par ailleurs, une minorité d’enquêtés a repris une activité intérimaire.

Outre une hausse de leurs revenus, les effets positifs de ce retour à l’emploi, identifiés aussi bien par les équipes que par les résidents, sont nombreux. **Le retour à l’emploi favorise tout d’abord une reprise de confiance en soi et une amélioration du sentiment de bien-être des résidents concernés.** La fierté d’avoir « passé le test » de l’entretien d’embauche avec le référent de l’ACI concerné puis, au

quotidien, d'avoir l'opportunité de valoir leurs compétences et savoir-faire, et, enfin, de contribuer à l'intérêt général, est ainsi source de valorisation pour les résidents. **Le retour à l'activité professionnelle permet ensuite, chez la plupart des résidents qui s'y engagent, une diminution de leurs consommations d'alcool et de substances psychoactives.** L'impératif de devoir « tenir » au travail en y étant sobres pendant plusieurs heures, voire pendant une journée entière, conduit ainsi les résidents à surveiller plus étroitement leurs consommations. **La reprise du travail favorise enfin une projection vers l'avenir plus confiante et optimiste.**

Pourtant, dans les faits, une telle trajectoire d'insertion de plus long terme reste rarement linéaire. **Les abandons progressifs sont fréquents et plusieurs résidents peinent à s'inscrire sur la durée dans cette démarche, malgré la très grande souplesse des dispositifs de retour à l'emploi mobilisés et de leur modularité,** avec des répercussions potentiellement importantes sur les personnes concernées (en termes de moral, de consommations, d'adhésion à l'accompagnement proposé dans le cadre du dispositif, etc.).

Enfin, **des activités de bénévolat ou d'entretien des espaces collectifs sont proposées de manière hétérogène selon les sites, dans le cas où les résidents eux-mêmes ainsi que les professionnels estiment prématuré un retour à l'emploi immédiat.**

2.8. La réduction des risques et des dommages, un horizon partagé, mais des pratiques inégales et insuffisamment structurées

Sur la question des consommations, l'AMI avait pour objectif initial **d'autoriser l'organisation régulée des consommations de produits psychoactifs sur les dispositifs** et d'inciter les porteurs de projet à proposer un accompagnement incluant une approche par la réduction des risques et des dommages. A cet égard, l'évaluation permet de mettre en évidence un relatif **consensus des professionnels** autour de l'intégration de l'approche par la réduction des risques dans le cadre de l'accompagnement des résidents.

Mise en œuvre par trois échelons d'acteurs (professionnels de l'équipe, professionnels de santé partenaires intervenant sur site, structures externes type CAARUD, CSAPA etc. dont sont usagers les résidents du dispositif), la réduction des risques recouvre essentiellement **la prévention** à travers les échanges entre les professionnels et les résidents au sujet de leurs consommations, des modalités de consommer et des risques associés ; **l'orientation** des résidents vers des structures dédiées ; la **délivrance de matériel stérile** ou encore la **délivrance de boissons alcoolisées.**

Concrètement, cette approche se traduit par **plusieurs types d'effets** pour les résidents :

- **Un sentiment de légitimité – et non de stigmatisation – à aborder ses consommations avec les professionnels ;**
- **Des consommations dans un cadre limitant les risques** (mise à disposition de matériel sécurisé, présence de l'équipe, vigilance sécurisante d'autres résidents en cas de surdose par exemple) ;
- **L'initiative de démarches de soins en faveur d'une réduction de ses consommations** (TSO, cures de désintoxication), malgré la lenteur de certains processus et le caractère normatif de certaines institutions.

Si, au fil des semaines et des mois passés au sein de la structure, les résidents qui expriment l'envie de réduire leurs consommations ou du moins entament une discussion avec un membre de l'équipe à ce sujet sont de plus en plus nombreux, **les démarches de réduction des consommations n'ont rien de linéaire**. Plusieurs **limites** à la réduction des consommations sont évoquées par les enquêtés, au premier rang desquelles **l'influence du collectif** et le fait d'être en contact quotidien avec d'autres résidents consommateurs. Ainsi, l'évaluation ne permet pas de conclure à une réduction générale et pérenne des consommations, mais traduit néanmoins une **réduction globale, sur le long terme**, entrecoupées de périodes de consommation, ainsi qu'une **sécurisation** des conditions de consommation, a priori tous produits confondus (les consommations d'alcool demeurent plus visibles et plus facilement discutées entre résidents et équipes que celles des psychotropes ; néanmoins, sur certains dispositifs évalués, il n'est pas rare que des résidents – en-dehors de ceux enquêtés dans le cadre de cette évaluation – aient engagé des réductions de ces consommations également).

Pourtant, ces actions de réduction des risques sont mises en place de manière hétérogène sur les sites. D'une part, parce que la mise en pratique de la réduction des risques reste essentiellement abordée par des professionnels sinon formés, à tout le moins à l'aise avec cette approche, qu'ils soient internes au dispositif ou partenaires extérieurs ; or, beaucoup de professionnels ne le sont pas. D'autre part, parce qu'elle reste mise en œuvre à une échelle principalement **individuelle**. De fait, la mobilisation par les pairs sur ce thème n'est que marginalement pratiquée à l'échelle des dispositifs enquêtés (un dispositif sur les huit enquêtés).

Plusieurs éléments permettent d'interpréter l'hétérogénéité des pratiques en termes de réduction des risques entre les dispositifs ainsi que la difficulté des dispositifs à structurer une approche collective sur ce thème :

- **Le manque de formation et d'expériences professionnelles** avec cette pratique ;
- **Un turnover au sein des équipes**, avec l'arrivée régulière sur les dispositifs de professionnels non formés à la réduction des risques, freinant l'instauration de nouvelles pratiques et leur ancrage dans les accompagnements ;
- Une plus grande propension des professionnels à accompagner **certains types de consommations** (alcool) par des pratiques de réduction des risques (délivrance d'alcool sur certains sites), plutôt que d'autres (substances psychoactives) ;
- Une **régulation des consommations sur les espaces collectifs, sur la moitié des sites enquêtés**, le plus souvent motivée par le souhait des équipes (voire des résidents) de maintenir un certain calme et une propreté des espaces collectifs, mais qui participent d'un processus d'invisibilisation des consommations et limitent les opportunités d'échanger à ce sujet.

Ainsi, bien que l'approche par la réduction des risques soit perçue par les professionnels comme pertinente dans l'accompagnement des publics de l'expérimentation, **ses modalités de mise en œuvre traduisent des appropriations hétérogènes du concept et donnent à voir des actions inégales** (entre dispositifs, entre types de consommations) et relativement peu structurées – en particulier à l'échelle collective – sur les dispositifs.

2.9. Des relais partenariaux à renforcer dans l'accompagnement des résidents

Les structures porteuses de l'expérimentation sont dans leur ensemble des structures de taille importante, reconnues et insérées dans l'écosystème associatif local. A ce titre, les dispositifs de l'AMI bénéficient d'une

visibilité importante et d'une bonne insertion globale dans les systèmes d'orientation locaux (participation au SIAO ou à des commissions partenariales *ad hoc* avec des acteurs de la veille sociale du territoire). Il n'en reste pas moins que **la question de l'insertion des dispositifs dans l'écosystème d'acteurs locaux n'a pas été sans poser de difficultés** pour les différents sites enquêtés, et ce, à toutes les étapes de l'accompagnement des résidents :

- **En amont de l'arrivée des résidents sur site, l'offre insuffisante au regard de la demande ou des besoins a pu conduire les partenaires de l'orientation à diriger vers le site de l'AMI des publics n'ayant pas trouvé de place ailleurs**, alimentant une spécialisation *de facto* de certaines structures dans l'accueil de publics peu pris en charge à l'échelle locale. Ainsi, le principe de laisser aux futurs habitants différentes options avant d'entrer dans l'expérimentation s'est quasi systématiquement heurté à l'impossibilité concrète de proposer des alternatives à l'AMI, dans un contexte général de manque de places et de saturation des dispositifs de droit commun.
- **Pendant l'accompagnement, les dispositifs ont souffert d'un manque de relais susceptibles de permettre aux résidents d'amorcer un suivi médico-social à l'extérieur de la structure**. Si certains sites ont pu nouer des partenariats intéressants (avec des CAARUD, des CSAPA, des CMP, des médecins, des hôpitaux, etc.), plusieurs freins ont subsisté : manque de structures relais, et en particulier médicaux (structures d'addictologie, notamment), vers lesquels orienter les résidents ; pratiques normatives de certains acteurs (refus de décaler des rendez-vous, manque de disponibilité), inadaptées aux publics reçus ; difficulté à faire venir les partenaires sur site (faute de disponibilité du côté des structures ou par réticence de certains partenaires, notamment), etc.
- **En aval des dispositifs enfin, les tensions fortes sur l'hébergement et le logement ont freiné la possibilité d'orienter les résidents vers des structures de leur choix**.

Ces éléments plaident pour **une mise en réseau plus prononcée et l'intégration de nouvelles pratiques d'accompagnement plus souples par les structures de droit commun**, afin de favoriser la possibilité pour les résidents d'être accompagnés d'une manière adaptée à leurs besoins et à leurs pratiques hors du site de l'AMI.

2.10. L'autodétermination encouragée mais structurellement limitée des personnes

Le cahier des charges de l'AMI fait une place très importante à l'enjeu d'autodétermination des personnes : l'importance de laisser le choix entre différentes options aux personnes y est mentionnée, en amont de leur entrée sur les dispositifs (proposition de différentes solutions d'hébergement, pour éviter une logique d'imposition) et pendant leur durée d'accueil sur les sites, en leur proposant un « environnement capacitant » favorisant « le développement du "vouloir agir" et du "pouvoir agir" » et leur laissant le temps de « construire un projet qui leur appartient ». Cet enjeu d'autodétermination est censé irriguer toutes les dimensions des parcours des personnes et inspirer plus globalement la conception de l'accompagnement guidant les professionnels.

Cette notion d'autodétermination renvoie à une logique d'empowerment, à une échelle individuelle : il s'agit, non pas seulement de reconnaître la capacité des habitants à faire des choix et à décider de ce qui les concerne, mais également de les accompagner dans un processus pour qu'ils puissent faire ces arbitrages.

A l'issue de l'évaluation, il apparaît que l'autodétermination des résidents sur les sites de l'AMI revêt deux aspects majeurs, qui correspondent à deux temporalités différenciées.

A court terme, l'autodétermination s'incarne par la possibilité pour les personnes de s'approprier leur lieu de vie au quotidien, et d'y mener leur existence comme elles le souhaitent.

De ce point de vue, l'autodétermination des personnes sur les dispositifs de l'AMI apparaît comme un relatif **succès** : peu d'obligations à l'entrée, règlements succincts, environnements peu contraignants, volonté d'encourager la participation des habitants, acceptation des consommations sur le site, non-imposition d'un projet de soin, etc.

A moyen terme, l'autodétermination se traduit par la possibilité pour les personnes de faire des choix par et pour elles-mêmes. Plus précisément, elle se concrétise de deux manières :

- **Par un « outillage » des personnes pour gérer leur quotidien en autonomie.** Les multiples accompagnements déployés au quotidien font de ce volet de l'autodétermination une **réussite** : apprendre à maîtriser un budget, doser ses consommations d'alcool ou de substances psychotropes pour ne pas être dépassé, savoir réaliser des démarches administratives ou médicales constituent autant de formes **d'autonomisation** pour des résidents aux parcours souvent hachés, confrontés à de fortes inégalités en matière d'accès aux droits et aux soins.
- **Par une association des résidents au choix de leur lieu de vie.** Les résultats de l'évaluation s'avèrent à ce niveau, plus **nuancés**. **D'abord, les souhaits des personnes peuvent être et sont mis en discussion, différés ou « mis en concurrence » par d'autres propositions faites par les professionnels accompagnants,** notamment s'ils identifient un décalage important entre la situation de la personne (en termes de santé physique, psychique, d'autonomie, etc.) et son projet. D'autres formes d'habitats sont alors discutées et présentées comme des alternatives au projet initial des résidents. Ensuite, **la temporalité de l'accueil (contrainte par le caractère expérimental du dispositif, ou volontairement limitée sur certains sites - un dispositif en particulier - à six mois),** ou encore le fait que les professionnels considèrent le dispositif comme un « tremplin » ayant vocation à permettre l'intégration d'un autre dispositif peut conduire les équipes à davantage inciter les résidents à formuler un projet de sortie, alors même que, dans certains cas, celui-ci n'était pas envisagé. Enfin, une autre limite majeure - plus structurelle et donc bien moins « maîtrisable » - tient à **l'environnement et aux contraintes institutionnelles externes** qui s'imposent aux professionnels et aux personnes et participent à orienter leurs trajectoires. Ainsi, dans **un contexte général de manque de places et de saturation des dispositifs** de droit commun, la possibilité de laisser le choix, à la sortie du dispositif, et de proposer une option qui convienne à la personne et à ce qu'elle souhaite envisager pour la suite s'avère bien souvent difficile à mettre en pratique.

A ce titre, le respect du principe d'autodétermination des personnes sur les dispositifs s'incarne surtout dans les pratiques du quotidien et l'outillage des personnes pour leur permettre de faire des choix pour elles-mêmes. Il se heurte néanmoins à des contraintes structurelles et en particulier à une offre d'hébergement et de logement sous tension qui contraint très fortement la capacité des résidents à décider de leur lieu de vie, sur le long terme. Ces limites sont néanmoins à nuancer par le sentiment largement partagé par les personnes enquêtées d'être respectées et écoutées dans l'expression de leurs choix et préférences.

2.11. Une autonomisation possible des personnes mais fortement conditionnée

L'évaluation permet de mettre en évidence la **pertinence de l'expérimentation** portée par la DIHAL en ce qu'elle parvient à cibler les publics initialement visés, à les stabiliser sur les dispositifs. Elle souligne également son **efficacité**, en ce que l'accompagnement des personnes sur le volet administratif et sanitaire permet des évolutions notables dans la vie et la trajectoire des personnes.

Ces effets sont moins conditionnés par les profils des personnes en eux-mêmes que par les modalités et le cadre spécifiques de l'accompagnement de celles-ci. L'inconditionnalité et l'intemporalité de l'accueil constituent en effet des principes socles permettant l'instauration progressive d'un lien de confiance avec les personnes concernées –le registre informel entre les équipes et les résidents, permis par la temporalité longue de l'accompagnement mais aussi par la configuration des dispositifs participe lui-même grandement à l'instauration de ce lien de confiance -. La pluridisciplinarité des équipes et leur niveau de présence et de proximité avec les personnes conditionnent quant à eux la qualité et la dynamique de l'accompagnement. L'expérimentation agit favorablement sur la sécurisation des situations des personnes et sur l'amélioration globale de leurs conditions de vie, en ce qu'elle permet d'adapter finement l'accompagnement aux besoins singuliers des personnes et de prendre en compte le caractère non linéaire et parfois imprévisible de ces accompagnements.

Cet ajustement et adaptation des pratiques d'accompagnement favorise **l'autonomisation, à des degrés divers**, des personnes. Pour une partie des publics, la souplesse du dispositif expérimenté a permis de renouer un lien avec le droit commun et de dessiner des perspectives concrètes de retour dans un parcours de droit commun. Pour une autre frange des publics accueillis, cette autonomisation demeure limitée du fait notamment de pathologies psychologiques, psychiatriques ou encore de situations de handicaps ou de perte d'autonomie. La spécificité de l'expérimentation est de permettre de « prendre le temps » d'identifier le niveau d'autonomisation possible des personnes, de déterminer leurs besoins et en fonction, d'envisager des perspectives adaptées.

Pour autant, la pertinence et l'efficacité de l'expérimentation sont à considérer dans le contexte global du secteur de l'hébergement et de l'accompagnement des personnes en situation de sans-abrisme. L'assouplissement des conditions d'accueil et d'hébergement des personnes sans-abris à l'ensemble du secteur pourraient probablement permettre de réduire les situations de rupture institutionnelle et leur durée et une réflexion politique sur l'opportunité de faire évoluer ces conditions d'ensemble semble plus pertinente *a priori* que celle de créer une logique de « filière » au sein de laquelle des dispositifs plus permissifs permettraient de cibler les publics en rupture avec les institutions existantes, parce qu'inadaptées dans leur niveau d'exigence vis-à-vis de publics en situation de marginalité. Par ailleurs, si le cadre et la temporalité de l'expérimentation permettent d'identifier des besoins précis pour des personnes, les modalités de réponse à ces besoins demeurent structurellement limitées par une offre médicosociale insuffisante.

3.

Profils des personnes accueillies et expériences vécues à leur entrée sur le dispositif

PARTIE 3

Si les différentes structures de l'AMI s'attachent à cibler des personnes en situation de rupture institutionnelle, les profils des personnes accueillies et accompagnées sont susceptibles de varier sensiblement en fonction des ressources, des besoins et des stratégies d'orientation des publics dans les territoires de mise en œuvre des dispositifs (3.1). Par ailleurs, les profils et trajectoires individuelles des résidents jusqu'à leur entrée dans les dispositifs dessinent également une mosaïque de parcours et d'expériences de la grande marginalité (3.2.)

3.1. Cibler les personnes en « situation de grande marginalité » : enjeux définitionnels et pratiques d'orientation

Les dispositifs relevant de l'AMI ciblent des publics en situation de « grande marginalité », cette dernière étant évaluée à l'aune de deux critères majeurs : l'existence d'un parcours de rue et une situation de rupture vis-à-vis des institutions classiques d'hébergement (3.1.1.). Ce premier ciblage, relativement large, est ensuite affiné en fonction des besoins locaux, au regard notamment de l'offre d'hébergement existante (3.1.2.), et des orientations des partenaires mobilisés : les porteurs de projet peuvent être amenés à défendre leur modèle face à l'orientation de personnes dont le profil diffère de celui qu'ils souhaitent privilégier (3.1.3.).

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

3.1.1. Une définition des situations de « grande marginalité » ciblées par l'expérimentation

Le cahier des charges du programme établit une définition large des publics ciblés : l'expérimentation s'adresse aux « *personnes pour lesquelles les dispositifs existants (hébergement, pensions de famille, logement ordinaire dans le diffus, etc.) ne sont pas ou plus adaptés. Il s'adresse à des personnes majeures, particulièrement vulnérables du fait d'un long passé de rue, de la présence d'animaux de compagnie, d'un cumul de problématiques de santé dont santé mentale et/ou des addictions* ». Ces éléments définitionnels de départ se traduisent dans les faits par **une relative variation de la définition du public-cible** d'un porteur de projet à l'autre.

Notons d'emblée que **le terme de marginalité est relativement peu utilisé par les différents porteurs de projets et équipes rencontrés¹⁰**, ceux-ci s'attachant davantage au « **niveau** » de **précarité des personnes** pour justifier le fait qu'elles relèvent, ou non du programme expérimental. Les critères leur permettant d'identifier leur public-cible sont multiples : l'éloignement vis-à-vis du logement, la rupture des liens sociaux et notamment familiaux, les addictions fragilisant les liens sociaux de l'individu, etc. sont perçus comme autant d'éléments de précarisation des trajectoires individuelles. **Néanmoins, ces éléments ne sont pas tant des critères fermes que des indicateurs susceptibles de varier** d'un porteur de projet à l'autre, d'une structure à l'autre, qui leur permettent de qualifier « dans les grandes lignes » ce qui définirait la grande « marginalité ». Le discours de Cyril, porteur de projet, illustre le fait que la « marginalité » s'appréhende à partir d'une pluralité de facteurs :

« Pour nous les grands marginaux c'est un parcours de rue, qui concerne quasi tout le monde [...]. La plupart n'avait pas de revenus. Certains dormaient dans leur véhicule. Souvent je remarque qu'il y a très peu de contacts familiaux, vraiment une rupture de soutien familial. Ils ont tous des problèmes de santé importants, quasiment tous - sauf les plus jeunes ; et encore. Chez les plus jeunes, il y a quand même souvent un problème psy qui est pas encore pris en soin. » (Cyril, directeur de la structure, février 2023)

Parmi les critères susceptibles de qualifier la « marginalité » d'une situation, **deux sont communs aux différents porteurs de projets** et semblent constituer les fondements du public ciblé par les dispositifs : le fait que les personnes aient expérimenté un **parcours de rue**, d'une part ; **l'éloignement plus ou moins durable**, sinon la **rupture** des personnes vis-à-vis des **structures institutionnelles d'hébergement**, d'autre part. Ces deux éléments sont, pour l'ensemble des porteurs interrogés, des invariants dans les situations des publics accueillis, susceptibles ensuite de s'associer à d'autres difficultés ou problématiques, souvent cumulatives (addictions, troubles psychiatriques, etc.). C'est ce que traduit le discours de Laurent, porteur de projet, qui insiste sur ces situations de rupture vis-à-vis des structures d'hébergement habituelles, dont le caractère trop rigide n'est pas adapté aux publics auxquels elles sont censées s'adresser :

¹⁰ A l'exception notable d'un des porteurs enquêtés qui le mobilise dans une acception bien spécifique, pour désigner une marginalité choisie et revendiquée par certains des résidents, contrairement à la majorité des personnes accueillies et accompagnées dans le cadre du programme expérimental qui se caractériseraient par des situations de marginalité davantage subies.

« Nos dispositifs d'hébergement étaient en panne sèche avec un certain type de public. On était en échec, en galère, avec des publics qui mettaient en échec nos dispositifs, pour différentes raisons : un parcours de rue très long, des poly-addictions, l'ultra violence de leurs conditions de vie... [...] Ce sont des gens qui avaient déjà tout fait péter, que ce soit en raison de la boisson, des animaux, de la coprésence subie... Tous les sujets qui faisaient qu'ils étaient devenus inéligibles, blacklistés. » (Laurent, directeur général d'une association porteuse du dispositif, mars 2023)

Néanmoins, au-delà de la manière dont sont pensés les dispositifs et de celle dont ils définissent « théoriquement » leurs publics, le travail de ciblage est aussi le fruit d'un partenariat soutenu susceptible de faire varier les publics qui intègrent les dispositifs, comme il s'agit désormais de l'envisager.

3.1.2. Des contextes territoriaux et pratiques d'orientation qui font varier les publics-cibles

Dans la pratique, le ciblage des publics en marge ou en rupture avec les dispositifs d'hébergement existants et possédant une expérience de rue s'affine en fonction de deux critères : l'offre locale d'hébergement, d'une part, et les modalités d'orientation mobilisées par les porteurs de projet, d'autre part.

Les dispositifs enquêtés dans le cadre de l'évaluation qualitative ont tous en commun d'être mis en œuvre par des associations **bien implantées sur leur territoire, généralement porteuses de différents types de structures d'hébergement** et travaillant **en relation partenariale étroite avec les acteurs locaux** du champ de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Les porteurs de projet se fondent ainsi sur **leur expertise du champ de l'hébergement local** - que ce soient les dispositifs qu'eux-mêmes portent ou ceux qui sont portés par d'autres structures - pour identifier les publics à cibler de façon prioritaire - à savoir, les moins bien « couverts » par l'offre existante localement.

A ce titre, sur l'ensemble des sites, **le travail de réflexion initial autour des dispositifs a été réalisé de manière partenariale. La réponse des porteurs de projet à l'AMI a alors pu être pensée comme une manière de compléter l'offre d'hébergement à destination de publics pour lesquels l'offre d'hébergement existante était jugée insuffisante voire inexistante, ou encore inadaptée.** A titre d'exemple, partant du constat de la faiblesse de l'offre d'hébergement à destination des femmes en situation de marginalité, le site marseillais a fait le choix d'un dispositif non-mixte. Sur un autre site, les propos de la porteuse de projet révèlent que le dispositif a été pensé, initialement, en articulation avec l'offre locale d'hébergement - et notamment l'existence du dispositif Un chez soi d'abord :

« Il se peut en effet qu'on ait des personnes qui pourraient intégrer et Un chez soi d'abord et [le dispositif AMI], mais on cible pas forcément le même public. Un chez soi d'abord, c'est vraiment la psychiatrie la porte d'entrée. Alors que [le dispositif AMI] la porte d'entrée, c'est vraiment la très grande précarité. Y a pas forcément un diagnostic psy, ce qui veut pas dire qu'il y a pas des troubles psy. Mais il n'y a pas nécessité d'avoir un diagnostic psychiatrique pour intégrer [le dispositif]. Alors que pour Un chez soi d'abord, il y a un diagnostic qui est posé. » (Joanna, cheffe de service dans l'association porteuse de projet, mars 2023)

Les pratiques des orienteurs peuvent également alimenter cette spécialisation **de facto des structures dans l'accueil d'un public peu pris en charge à l'échelle locale**. La tension sur le dispositif d'hébergement – offre insuffisante au regard de la demande ou des besoins - peut en effet conduire à la tentation, pour les partenaires, d'orienter des publics n'ayant pas trouvé de place ailleurs, mais dont le profil ne correspond pas à celui du public-cible des dispositifs de l'AMI. Directeur de structure, Cyril – dont le dispositif compte une équipe médicale particulièrement conséquente - constate que les partenaires orientent majoritairement vers sa structure des résidents présentant des problématiques addictives ou psychiatriques – des publics qu'il estime par ailleurs très peu accompagnés sur le département :

« Le truc que je regrette un petit peu c'est qu'aujourd'hui au SIAO j'ai l'impression que dès qu'il y a un problème d'addiction ou de psychiatrie, c'est pour [le dispositif] ; ils sont en train de nous spécialiser sur un domaine : c'est regrettable. Si on met [que des] personnes avec de gros problèmes d'addiction et psy qui arrivent en même temps, ça pose problème ; s'ils arrivent échelonnés, c'est déjà plus gérable. » (Cyril, directeur de structure, février 2023)

Ces spécialisations *de facto* traduisent localement l'affirmation de certains orienteurs au fil du temps (les assistantes sociales de secteur ou encore le SPIP à Strasbourg, l'EMPP à Toulouse par exemple) aux dépens d'autres partenaires. Un enjeu de présentation du dispositif à un panel d'orienteurs plus large de la part des structures porteuses de projet se dessine alors, afin de diversifier sensiblement les partenariats à l'origine des orientations. De plus, les porteurs de projet peuvent également être amenés à devoir **réaffirmer, auprès de leurs partenaires orienteurs, quelles sont les caractéristiques du public ciblé par les dispositifs**. Plusieurs cas de figure peuvent alors se présenter :

- **L'explicitation aux partenaires des modalités d'orientation des résidents.** De manière significative, un porteur de projet identifie ainsi, 2 ans après le début de l'expérimentation, un enjeu fort d'explicitation plus en détail le dispositif à certains partenaires - les bénévoles maraudeurs, en l'occurrence -, afin d'éviter les « erreurs d'orientation » de personnes sans domicile ayant déjà entamé d'autres démarches pour intégrer un logement.
- **Le refus d'intégrer certaines personnes.** Prises en tenaille entre la nécessité de respecter le processus d'orientation partenarial et de rappeler la spécificité du public visé par le dispositif, les structures peuvent alors être amenées à « **défendre** » leur modèle en refusant des orientations de personnes dont le profil ne correspond pas aux critères définis initialement :

« Là, c'est arrivé récemment, c'est [l'hôpital psychiatrique] qui veut proposer au SIAO un monsieur qui est hospitalisé depuis plus de 2 ans vers [notre dispositif]. [...] Et en fait, c'était une orientation par défaut, c'est à dire qu'il a une orientation MDPH vers un foyer logement [...]. Mais comme y a pas de place sur les foyers logements et comme monsieur s'est fait virer d'un foyer logement déjà et qu'il fugue de temps en temps, ils se disent "bah tiens, [dans notre dispositif], ça va être possible". [...] J'ai dit au SIAO attention, on n'est vraiment pas dans le public cible et j'ai émis des doutes sur la capacité de la personne à vivre auprès d'un public marginal. » (Richard, chef de service, mars 2023)

- Dans de plus rares cas, **l'acceptation de personnes dont le profil ne cadre pas avec celui du public-cible** peut aussi résulter d'une stratégie collective pragmatique, élaborée avec les partenaires, pour éviter que certaines personnes très précarisées, par exemple par la perspective

d'une perte imminente de leur logement, ne retournent à la rue. Il peut alors s'agir d'un choix délibéré du porteur de projet mobilisant des modalités d'orientation directes par des structures de « première ligne » (voir encadré n°1 ci-dessous sur les différentes modalités d'orientation), ou bien d'une décision prise au cas par cas, y compris dans des cadres d'orientation plus stricts, pour prévenir la dégradation subite de certaines situations :

« Alors pourquoi [avoir intégré un résident qui n'était pas à la rue] ? Parce qu'en fait, [...] il était sur un terrain où il avait pas le droit d'être [...] Il fallait qu'il bouge de là où il était et d'un commun accord on a décidé de [lui] permettre de s'installer sur le site mais de façon provisoire puisqu'on sait qu'y a des démarches en cours et qu'elles vont aboutir. [...] Donc c'est une question [...] de quelques semaines ou de quelques mois. c'est d'un commun accord où on s'est dit ben il va pas rester longtemps, mais il va quand même être sur un lieu où il aura cette sécurité de pas être expulsé. » (Joanna, cheffe de service dans l'association porteuse de projet, mars 2023)

Ensuite, **les modalités d'orientation par les partenaires que privilégient les porteurs de projet à l'échelle locale contribuent également à faire évoluer le profil des résidents admis sur les sites.**

Le processus d'orientation vers les dispositifs relevant de l'AMI s'effectue en effet généralement de manière partenariale¹¹ (cf. encadré n°1).

Encadré 1 - Des logiques d'orientation différenciées, aux conséquences directes sur le profil des publics recrutés au sein des dispositifs

Si le travail de ciblage des futurs résidents se fait, sur l'ensemble des sites enquêtés, par la mobilisation des partenaires, trois logiques différenciées prédominent, avec des conséquences directes sur le profil des personnes admises dans les dispositifs :

- **La mobilisation du service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO).** C'est le cas de la majeure partie des structures enquêtées ($n = 5$). La mobilisation du SIAO permet aux porteurs de projet d'avoir un aperçu global des besoins des personnes sans domicile du département, mais également d'offrir au dispositif une relative visibilité au sein de l'offre d'hébergement locale.
- **Des commissions partenariales ad hoc organisées en cas de vacance de place sur le dispositif AMI ($n=3$).** Ces commissions réunissent des **partenaires qui peuvent être les mêmes que ceux du SIAO, ou bien, comme à Toulouse, uniquement ceux de « première ligne »**. Ce système de SIAO « adapté », pour paraphraser l'un des enquêtés mobilisant ce type d'orientation, permet aux porteurs de projet de posséder une vision la plus actualisée possible des personnes se trouvant à la rue et de savoir qui intégrer de manière privilégiée au moment où se libère une place, en évitant la création d'une « liste d'attente » qui ne serait pas nécessairement à jour (comme cela peut être le cas pour le SIAO). Il est également perçu comme une manière de cibler de manière privilégiée les personnes se trouvant en situation de non-recours.
- **Une orientation directe par les structures de « première ligne » (maraudes, notamment).** Relativement rare – ce type d'orientation ne concerne que deux structures parmi

¹¹ C'est le cas sur l'ensemble des sites, bien que celui de Bourg-en-Bresse ait identifié initialement les personnes amenées à intégrer le dispositif Robinson à partir de maraudes effectuées par l'équipe d'intervenants sociaux recrutés pour le dispositif, durant l'été ayant précédé l'ouverture du site. Dans un second temps néanmoins, l'admission de nouveaux résidents est réalisée par le biais du SIAO.

celles enquêtées¹² -, cette modalité d'admission des résidents est moins une stratégie de ciblage prédéfinie et unique qu'une décision d'admission « dérogatoire » effectuée au cas par cas, en fonction des situations présentées par les structures orienteuses. C'est le cas par exemple sur l'un des dispositifs enquêtés, où l'admission régulière de personnes en sortie de CHRS pour femmes correspond à une volonté de prévenir les « ruptures sèches » et de favoriser une continuité en termes de parcours d'hébergement. L'objectif est dans ce cas, pour des publics très précarisés, et se trouvant en situation de perte de logement imminente sans ressources, d'éviter des dégradations subites des trajectoires résidentielles.

Notons qu'un effet progressif de saturation des dispositifs a également conduit au fil des mois à limiter les nouvelles admissions. Sur l'un des sites s'est ajoutée la problématique d'une diminution drastique de la taille des équipes et donc du taux d'encadrement insuffisant ayant conduit l'équipe à refuser de nouveaux résidents en cas de places vacantes.

L'affirmation d'une modalité d'orientation plutôt qu'une autre à l'échelle de chaque dispositif traduit l'expression d'avantages et d'inconvénients perçus par les structures porteuses de projet de ces différentes modalités d'orientation dans le ciblage des publics (voir tableau n°4 ci-dessous). L'enquête de terrain montre que les orientations passant par le SIAO ou les commissions d'orientation *ad hoc* garantissent un ciblage plus efficace des personnes les plus éloignées de l'hébergement, là où les orientations « directes » par des partenaires dits de « première ligne » peuvent se traduire par une plus grande prise de distance vis-à-vis des critères initialement retenus (bien qu'il puisse s'agir là d'une stratégie délibérée pour éviter la dégradation de certaines situations, comme expliqué plus haut). Ces modalités d'orientation semblent donc à privilégier (voir partie 8 sur les préconisations).

Tableau 4 - Avantages et inconvénients des différents modes d'orientation mobilisés dans les structures enquêtées (source : Agence Phare, 2024)

MODALITE D'ORIENTATION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
SIAO	<p>*Lisibilité du dispositif au sein de l'offre d'hébergement locale</p> <p>*Plus grand respect des critères d'orientation et meilleur ciblage des publics éloignés de l'hébergement</p>	<p>*Moindre mainmise du porteur de projet et risque d'une orientation « par défaut » de publics n'ayant pu être orientés au sein d'autres dispositifs</p>
Commission partenariale	<p>*Plus grande mainmise du porteur de projet sur les orientations que dans le cas</p>	<p>*Placement « en marge » du système d'orientation de droit commun</p>

¹² L'un des deux sites est d'ailleurs celui, susmentionné, de Bourg-en-Bresse, et cette modalité d'admission a par la suite cédé la place à un système de commission partenariale.

	<i>d'orientations médiées par le SIAO</i> <i>*Lisibilité du dispositif</i>	<i>*Logistique plus importante (nécessité de convoquer une commission dès qu'une place se libère)</i>
<i>Orientation « directe »</i>	<i>*Réactivité dans l'orientation</i> <i>*Forte mainmise des porteurs de projet sur l'acceptation d'une admission</i> <i>*Souplesse : possibilité de prévenir la dégradation de certaines situations résidentielles en intégrant des personnes mal logées ou sur le point de perdre leur logement</i>	<i>*Plus grande « variabilité » dans les critères d'orientation</i> <i>*Risque d'orientation de publics moins éloignés de l'hébergement</i>

Si les modalités d'orientation peuvent différer d'un site à l'autre, les modalités concrètes d'admission des résidents sur les dispositifs s'avèrent néanmoins relativement similaires. Les personnes dont l'admission a été validée visitent le site et choisissent ou non de s'y installer immédiatement, à l'exception notable de l'un des sites qui propose par la suite aux résidents un temps de réflexion avant d'intégrer le dispositif, pouvant aller jusqu'à deux ou trois mois.

Les modalités d'orientation retenues ont ainsi des conséquences directes sur le profil des publics effectivement accueillis sur les sites. On peut ainsi distinguer deux types de profils de résidents en fonction des modalités d'admission privilégiées :

- **Les résidents en situation de rupture effective avec l'hébergement**, qui non seulement ne sont pas hébergés mais n'ont pas non plus effectué de demande d'hébergement, sont généralement orientés par le SIAO ou les commissions partenariales *ad hoc* constituées pour les orientations vers le dispositif AMI.
- **Les résidents en situation de rupture potentielle avec l'hébergement**, logés dans des habitats précaires ou temporaires, susceptibles de voir leur situation résidentielle se dégrader rapidement, sont plus fréquemment orientés par des partenaires de première ligne, sans passer par des commissions partenariales.

L'évaluation souligne donc une diversité de pratiques d'orientations des publics vers le dispositif expérimenté, du fait des réalités partenariales locales (types de partenaires présents sur le territoire, structures et dispositifs existants, niveaux d'ancrage des structures porteuses de l'expérimentation) et des modalités d'orientation privilégiées (commissions SIAO, commissions partenariales, orientations directes via les partenaires dits de premières ligne). Dans l'ensemble, cette diversité de pratiques d'orientation aboutit à un ciblage pertinent des profils orientés vers les dispositifs, conformément aux principaux critères établis dans le cahier des charges de l'expérimentation (situation de non-demande au moment de l'orientation, rupture plus ou moins longue avec les structures d'hébergement). Néanmoins, certains profils orientés s'écartent des critères initiaux de l'AMI (du fait des orienteurs eux-mêmes ou des modalités

d'orientation reposant principalement sur des partenariats directs), pouvant nécessiter dès lors une ré-explicitation des profils cibles attendus par les porteurs de projet auprès de leurs partenaires locaux.

3.2. Une mosaïque de profils et d'expériences de la grande marginalité et une adhésion globale au dispositif

Ces modalités de ciblage et d'orientation conduisent à une certaine diversité parmi les publics qui intègrent le dispositif. Les résidents rencontrés dans le cadre de l'enquête qualitative présentent d'abord des profils variés, en termes d'âge, de genre, de liens familiaux ou parentaux (3.2.1.). Du point de vue de leurs parcours en amont, si les situations de sans-abrisme sont majoritaires à l'entrée dans le dispositif, certains résidents sont issus de dispositifs d'hébergement ou d'autres institutions (hôpital, prison...) (3.2.2). Si, dans un premier temps, c'est principalement une volonté de mise à l'abri qui motive l'entrée dans le dispositif, c'est la souplesse des règles du dispositif qui y suscite progressivement l'adhésion et favorise l'inscription des résidents dans la durée (3.2.3.).

3.2.1. Description des publics de résidents enquêtés

S'il est difficile de dresser un portrait global des personnes ayant intégré les dispositifs de l'AMI compte tenu de la diversité qui les caractérisent, certaines données quantitatives collectées au niveau national¹³, associées aux éléments qualitatifs recueillis, permettent de préciser les contours de ce public et de faire émerger quelques-unes de leurs caractéristiques majeures. Il s'agit essentiellement d'hommes, dont les âges peuvent en revanche fortement varier (3.2.1.1), rencontrant de lourdes problématiques de santé et, bien souvent, d'addictions (3.2.1.2).

3.2.1.1. Une grande majorité d'hommes, des âges très variés

Du point de vue du genre d'abord, **la très grande majorité des résidents sont des hommes** : ceux-ci représentent 79% de l'ensemble des habitants du dispositif, contre 21% de femmes¹⁴. Cette donnée est peu surprenante compte tenu de la très forte surreprésentation des hommes parmi le sans-abri ; il convient d'ailleurs de noter **que les femmes sont davantage représentées dans le dispositif qu'elles ne le sont globalement dans la population sans-abri**¹⁵. Sur le plan de l'âge, ensuite, une importante dispersion peut être notée : si en moyenne, le dispositif accueillait des résidents âgés de 44 ans au niveau

¹³ Les statistiques sur l'ensemble des sites sont tirées des résultats du cabinet Pluricité (collecte de données d'octobre 2023).

¹⁴ Source : Tableau de bord de l'AMI, Pluricité.

¹⁵ Il n'existe pas de données récentes permettant d'objectiver précisément, au niveau national, la part de femmes parmi la population sans-abri. Pour rappel, si elles constituent 38% des personnes sans domicile, seules 1% des femmes sans domicile se déclarent sans abri (INED, INSEE, 2012). Par ailleurs la dernière enquête de la Ville de Paris (2022) recense 10% de femmes parmi les sans-abris parisiens.

national¹⁶ ; dans notre échantillon d'enquêtés, les résidents présentent en effet des âges très variés, le plus jeune ayant 27 ans tandis que le plus âgé a 66 ans (voir tableau n°5 ci-dessous).

Tableau 5 – Répartition par âge des résidents enquêtés. (source : Agence Phare, 2024)

≤ 30 ANS	ENTRE 31 ET 39 ANS	ENTRE 40 ET 49 ANS	ENTRE 50 ET 59 ANS	60 ANS ET PLUS
4	11	11	8	4

Concernant leurs situations familiales et conjugales, nous ne disposons pas de données consolidées au niveau national ; en revanche, l'échantillon qualitatif montre que la situation la plus fréquente est plutôt celles de résidents **célibataires** (29 situations dont trois veuvages sur les 34 pour lesquelles l'information est disponible). En revanche, une part significative des habitants des dispositifs **a des enfants** : dans le panel d'enquêtés, c'est en effet le cas pour près de la moitié d'entre eux (18 personnes) (voir tableau 6 ci-après).

Tableau 6 – Répartition par situation familiale des résidents enquêtés (source : Agence Phare, 2024)

CELIBATAIRE, SANS ENFANT	CELIBATAIRE, AVEC ENFANT(S)	EN COUPLE, SANS ENFANT	EN COUPLE, AVEC ENFANT(S)	VEUF-VE, SANS ENFANT	VEUF-VE, AVEC ENFANT	NON RENSEIGNE
12	14	3	2	1	2	4

3.2.1.2. Des problématiques prégnantes de santé et d'addictions

La plupart des résidents sont concernés par des **problèmes de santé, physique ou mentale, ainsi que par des problématiques d'addictions**. S'il est de fait plus difficile d'objectiver précisément ces situations compte tenu des limites auxquelles se heurterait une tentative de comptabilisation précise, les données recueillies au niveau national montrent que la grande majorité des porteurs de projet (23 sur 38) considèrent que « 75% à 100% de leurs habitants rencontraient des problématiques de santé freinant leur insertion »¹⁷. Bien souvent, les conditions de vie à la rue ont conduit à une **interruption du suivi médical**, en particulier concernant les démarches de santé de long terme (hospitalisation, cure de désintoxication,

¹⁶ Source : Tableau de bord de l'AMI, Pluricité, à l'automne 2023 ; cette moyenne est susceptible d'avoir évolué suite aux nouvelles collectes de données quantitatives par Pluricité.

¹⁷ Source : Pluricité, à l'automne 2023 ; cette moyenne est susceptible d'avoir évolué suite aux nouvelles collectes de données quantitatives par Pluricité.

traitements interrompus pour les maladies chroniques, etc.). Une part significative des résidents touche par ailleurs une **allocation adulte handicapée** : après leur entrée dans le dispositif, c'est le cas de 20% d'entre eux¹⁸.

Enfin, **les addictions forment également une problématique majeure** : si les consommations de drogues et d'alcool sont ainsi largement partagées parmi les résidents, la dépendance à l'alcool restant *a priori* – dans l'échantillon d'enquêtés qualitatifs, en tout cas – la problématique la plus répandue. Il est d'ailleurs intéressant de noter que nombre de résidents fréquentaient des structures d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) avant d'intégrer le dispositif.

3.2.2. Une diversité de trajectoires antérieures, des liens sociaux rarement rompus

L'analyse des profils des personnes ayant intégré les dispositifs fait apparaître que si la majorité des personnes vivait à la rue avant d'entrer dans le dispositif, ce n'est pas le cas de tous (3.2.2.1). Par ailleurs, les durées de ces parcours à la rue peuvent fortement varier, allant de trajectoires de rue très anciennes à des parcours de précarisation et de rupture résidentielle beaucoup plus récents (3.2.2.2). Indépendamment de leurs parcours antérieurs, les personnes rencontrées ont rarement rompu tout lien social : la plupart continuent d'avoir des liens réguliers avec certaines structures ou institutions, des cercles amicaux, voire familiaux (3.2.2.3).

3.2.2.1. Une majorité de situations de sans-abrisme avant l'entrée dans le dispositif, mais pas exclusivement

L'analyse des données récoltées au niveau national montre que si les personnes en situation de sans-abrisme représentent bien la majorité des personnes accueillies sur les sites de l'AMI, elles ne représentent pas non plus la totalité des effectifs. Ainsi, d'après les données recueillies au niveau national¹⁹ :

- **Les personnes en situation de sans-abrisme** à leur entrée dans les dispositifs constituent **61% des personnes accueillies** (rue, squat, campement/bidonville).
- Une part significative du public des dispositifs sont **des personnes sortant d'institutions (21%), majoritairement des institutions d'hébergement d'urgence ou d'insertion (16%)** mais également d'établissements pénitentiaires (3%) ou hospitaliers (2%).
- Par ailleurs, **5% étaient hébergées chez des tiers.**

Si les personnes sans-abri constituent donc bien le « cœur de cible » du public accueilli, d'autres types de parcours sont néanmoins représentés au sein des dispositifs de l'AMI. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées à ce titre. D'une part, on peut supposer que le contexte de crise sanitaire, qui a vu se déployer des dispositifs exceptionnels de mise à l'abri des personnes vivant à la rue, peut expliquer pour partie que certaines personnes ayant intégré le dispositif étaient auparavant hébergées. Ensuite, tel qu'évoqué précédemment, l'acceptation de certains profils dérogeant aux critères de définition du public cible a pu

¹⁸ Source : Tableau de bord de l'AMI, Pluricité (116 personnes, pour 573 situations renseignées).

¹⁹ Webinaire de présentation des derniers résultats de collecte, Pluricité, septembre 2023.

être observée sur certains sites. Dans certains cas, cela peut renvoyer à une stratégie provisoire et pragmatique (éviter à quelqu'un que sa situation ne se dégrade) ; dans d'autres, cela peut être lié à une exclusion imminente du dispositif d'hébergement en question – la situation entrant dès lors dans les critères d'accès. Dans d'autres cas encore, il semble que le genre puisse jouer : dans une optique de « protection », les porteurs de projet peuvent considérer que l'accueil de femmes s'avère prioritaire, même lorsque leurs parcours ne « cadrent » pas tout à fait avec les critères établis. De fait, différents types de raisons peuvent donc éclairer la présence de personnes auparavant accueillies dans des centres d'hébergement sur les dispositifs de l'AMI.

Par ailleurs, il faut souligner que parmi les personnes qui étaient à la rue, **rare sont celles qui n'avaient bénéficié d'aucun type d'hébergement sur les dernières années** : la plupart des enquêtés déclare avoir occupé, même très ponctuellement, des places en hébergement d'urgence, avoir été temporairement (ou plus durablement) dans des hébergements précaires (squats, camions, appartements insalubres) ou encore hébergée chez des tiers pendant certaines périodes. Cette alternance entre différents types de « solutions » témoignent de **l'existence d' « un continuum de situations entre les personnes vivant à la rue et celles qui séjournent dans des centres d'hébergement, des habitations de fortune ou des logements précaires »** (Damon, 2012).

3.2.2.2. Des parcours de rue d'anciennetés variables

La durée de leur parcours de rue et l'ancienneté de la première « rupture » résidentielle sont également variables. Si nous ne disposons de données consolidées au niveau national à ce sujet, **les caractéristiques des personnes rencontrées en entretien semblent plutôt mettre en évidence une majorité de situations marquées par de longs parcours de rue**. Ainsi, dans le panel de personnes enquêtées, seul une personne n'a jamais été à la rue et trois y ont vécu quelques mois. La grande majorité des enquêtés y ont vécu de façon durable : 15 enquêtés ont vécu entre 1 et 5 ans à la rue ; cinq y ont vécu entre 6 et 10 ans et 10 enquêtés y ont vécu plus de 10 ans (parmi eux, au moins 8 y ont passé plus de 15 ans et jusqu'à une trentaine d'années).

Tableau 7 - Durée du parcours sans-abri parmi l'échantillon de personnes rencontrées en entretien
(source : Agence Phare, 2024)

	JAMAIS	QUELQUES MOIS	1 A 5 ANS	6 A 10 ANS	PLUS DE 10 ANS	DONNEE NON DISPONIBLE
Effectifs	1	3	15	5	10	4

3.2.2.3. Un éloignement du système d'hébergement, mais le maintien de liens avec les structures de « première ligne »

Si les résidents des dispositifs AMI se trouvent dans une situation de fragilité accentuée, ils continuent néanmoins d'entretenir des liens sociaux avec les **équipes des structures de première ligne**, d'une part, et leurs **proches** (amis, famille), d'autre part.

De fait, si la plupart des personnes se trouvaient dans une situation de rupture avec les dispositifs traditionnels d'hébergement (CHRS, CHU...), **cela ne signifie pas pour autant qu'ils n'avaient plus aucun lien avec toute institution ou structure**. En effet, la plupart fréquentaient avant d'intégrer le dispositif des institutions d'assistance variées. Certains enquêtés étaient ainsi suivis par un travailleur social – au CCAS notamment – et avaient déjà pu réaliser dans ce cadre certaines démarches administratives ou de santé (demande de RSA, PUMA, carte vitale, etc.). Bien connus des maraudeurs, la plupart des résidents étaient également **inscrits dans les réseaux de l'aide alimentaire** (associations nationales, comme les Restos du cœur, ou systèmes de distribution alimentaire à l'échelle locale) et fréquentaient généralement **des structures d'accueil de jour, ainsi que différents services offerts dans ce cadre** (services d'hygiène, bagagerie, cafés et petits-déjeuners, etc.). Ainsi, **la notion de rupture avec les institutions est à nuancer pour partie**, dans la mesure où on ne peut lui prêter un sens global : **si l'éloignement des dispositifs d'hébergement est bien réel dans la plupart des cas, la fréquentation relativement régulière de structures de « première ligne »** souligne que des liens étroits peuvent encore avoir cours avec certains professionnels, qui peuvent alors jouer un rôle majeur dans l'orientation vers les dispositifs relevant de l'AMI.

Outre le maintien du lieu avec des professionnels, la plupart des résidents maintiennent des relations sociales plus ou moins ténues avec des proches (familles, amis). Si beaucoup de résidents ont une trajectoire marquée par des violences ou des deuils intrafamiliaux, un certain nombre d'entre eux sont encore en contact avec leurs parents, frères et sœurs, et – plus rarement – avec leurs enfants. Ces liens sont néanmoins fréquemment fragilisés par des parcours de vie particulièrement heurtés - décès (de parents, d'enfants), placement d'enfants, etc. - et l'expérience de rue a bien souvent contribué à les fragiliser encore davantage. **Les solidarités de rue ont, pour partie du moins, pris le relai** : la fréquentation des mêmes structures d'aide alimentaire ou d'hébergement est propice au développement de l'interconnaissance, et la plupart des personnes rencontrées ont noué à la rue de nombreuses relations et des liens de sociabilité, amicaux ou conjugaux. Ainsi, **loin d'être des personnes désocialisées, ayant rompu tout contact avec leurs cercles de sociabilités préalables, la plupart des personnes accueillies avaient des relations sociales quotidiennes**, avant d'intégrer les dispositifs. A titre d'exemple, sur deux des sites enquêtés, les résidents se connaissaient déjà très bien à la rue du fait de la taille restreinte de la ville et de parcours de rue particulièrement longs.

Ces liens occupent bien souvent une place centrale dans l'expérience que font les personnes de leur arrivée sur le dispositif, pour plusieurs raisons :

- **D'abord parce qu'ils alimentent des relations d'entraide et de solidarité, et peuvent parfois constituer une condition *sine qua non* pour accepter d'intégrer le site²⁰ :** « *C'est mon ex mais bon... je le laisse pas à la rue* », témoigne ainsi une résidente qui explique avoir « bataillé » pour que son ex-conjoint intègre le dispositif à ses côtés, malgré des règles strictes

²⁰ Edouard Gardella, « Comprendre le refus d'hébergement d'urgence par les sans-abri », *Métropolitiques*, 2019.

en la matière (interdiction pour les couples d'être dans un même mobil-home). Pour plusieurs personnes, d'ailleurs, l'intégration du dispositif s'est faite à deux - couples ayant intégré le dispositif ensemble, personnes ayant insisté pour pouvoir recevoir chez elles leur conjoint, groupe d'amis, fratrie, etc. - et continuent de façonner les sociabilités entretenues au sein même du dispositif.

- Ensuite parce que **l'entretien ou le renouement des liens familiaux peut faire l'objet d'un véritable travail d'accompagnement pour certains résidents ayant intégré le dispositif**. C'est ce qu'illustre par exemple le cas d'un résident accompagné aux visites médiatisées avec sa fille et aidé par l'équipe pour lui écrire des lettres, ou encore d'une autre résidente ayant pu accueillir sa fille placée par l'ASE en vacances sur le dispositif.
- **Enfin parce que la gestion de ces liens est susceptible de devenir un enjeu pour rester sur le site lorsque des proches sont toujours à la rue**. Les règles restrictives de la plupart des sites en matière d'accueil d'invités sur site (cf. partie 5) peuvent alors exposer les résidents à des conflits de loyauté (respecter les règles du site ou laisser leurs proches à la rue), voire, lorsque cette tension est trop forte, précariser leur inscription sur le dispositif. C'est ce qu'illustre le cas de résidents ayant hébergé des proches sans abri malgré les règles prohibitives des dispositifs en la matière, et ayant vu se tendre leurs relations avec l'équipe de ce fait.

Ces éléments dessinent donc le profil d'une population résidente diversifiée, **indéniablement précarisée sur le plan économique et social**, mais **susceptible de conserver des attachements** - familiaux, relationnels, institutionnels - relativement importants. Outre qu'elles font l'objet de suivis spécifiques, ces relations sont également **cruciales pour comprendre la manière dont les résidents appréhendent la vie en collectivité** : ils sont d'autant moins en quête de lien social sur les sites qu'ils entretiennent des relations fortes à l'extérieur de ceux-ci (cf. partie 5.2.).

3.2.3. La pertinence du dispositif du point de vue des personnes concernées

Différents motifs apparaissent dans les récits des personnes enquêtées quant à leur entrée dans le dispositif et leur maintien sur le site. Si, dans un premier temps, l'intégration du dispositif a souvent été motivée par **une volonté première d'être mis à l'abri**, c'est progressivement **la souplesse des règles du lieu et la liberté d'usage** qui leur est laissée qui ont permis le maintien des personnes sur les sites.

Initialement, c'est souvent une **logique d'urgence et la volonté de se mettre à l'abri** qui ont prévalu et conduit les personnes à accepter d'intégrer le dispositif, notamment lorsque l'ouverture du site s'est faite durant l'automne ou l'hiver. La plupart étaient alors à la rue ou en hébergement, et ont de fait saisi l'opportunité de trouver un lieu où « se poser », au moins temporairement. La possibilité d'avoir accès à un **espace individuel a également constitué un motif d'adhésion initial fort** (voir partie 5), alors que la dimension collective de nombreuses structures d'hébergement apparaît justement comme un élément « repoussoir ».

Par ailleurs, **les vecteurs par lesquels les résidents ont été informés de l'existence des dispositifs expérimentaux n'ont pas été sans importance**. La plupart du temps, les résidents ont en effet été orientés vers le dispositif par des équipes de maraude qu'ils connaissaient déjà, ou bien par des travailleurs sociaux ou autres intervenants de structures qu'ils fréquentaient (CCAS, bagagerie, accueils de jours, etc.). Dans ces différents cas de figure, **le lien de confiance préétabli avec ces professionnels a clairement facilité l'adhésion** aux dispositifs et persuadé les personnes de « tenter le coup ».

« [L'assistante sociale] m'a dit que franchement [le dispositif] était un endroit calme, [...] elle m'a expliqué ça ; que j'avais ma chambre, que c'était au calme – en plus elle sait bien que moi le quartier ici, je connais beaucoup parce que je traînais tout le temps dans le quartier. » (Anthony, 39 ans, dans la structure depuis un an et demi, auparavant à la rue, juin 2023)

Au fil des mois, les motifs de l'adhésion et les déterminants du maintien sur site tendent pour partie à évoluer. Un nouvel élément entre alors en jeu dans l'adhésion durable des résidents au dispositif : **la souplesse et la flexibilité du cadre**, laissant des marges de manœuvres importantes aux résidents dans leur mode de vie au quotidien, deviennent des déterminants majeurs de leur souhait de s'installer durablement dans les lieux. Cette spécificité des sites sera détaillée plus avant dans le rapport (cf. partie 3), mais notons dès à présent qu'il s'agit de l'un des facteurs qui contribue à enrayer le cycle du non-recours à l'hébergement. Ainsi, Joël, sans-abri depuis 10 ans, explique que les règles en vigueur dans les centres d'hébergement habituels et le sentiment d'être très largement « infantilisé » l'ont conduit à faire le choix de rester à la rue :

« J'ai choisi de rester à la rue parce que ça me correspondait pas, et j'avais plus ma tranquillité, je faisais plus ce que je voulais, on m'imposait pas des horaires, moi j'avais un certain âge déjà, je suis pas un enfant [...] Y avait des contraintes avec des horaires, de rentrer le soir et puis après de plus bouger, non, non, non c'était hors de question, moi je suis pas un enfant, on n'était pas des enfants je veux dire; non, non ça ne correspondait pas, pas du tout, pas du tout... Donc j'ai fait le choix après de ne plus appeler le 115 et de me démerder par moi-même. » (Joël, 54 ans, dans la structure depuis 2 ans et demi, auparavant à la rue, juillet 2023)

Concernant la souplesse des règles, plusieurs éléments constitutifs des dispositifs sont plébiscités. D'abord, la possibilité de **consommer librement**, sans avoir à se cacher, voire de bénéficier d'un appui de la structure pour éviter le manque (d'alcool) constituent un premier levier majeur, qui différencie les structures de l'AMI d'autres lieux. Ensuite, le fait de ne pas être contraint par des horaires spécifiques et de **pouvoir aller et venir librement est perçu comme un gage d'autonomie et de liberté laissé aux résidents**. Enfin, la possibilité de **pouvoir inviter du monde chez soi** – bien que ces invitations soient encadrées par certaines règles – constitue un autre élément fortement différenciant par rapport à d'autres lieux d'hébergement, régis par des règles strictement opposées (horaires fixes d'entrée et de sortie de la structure, régulation des invitations, règles strictes concernant les consommations) :

« Je me sens moins observée, je me sens mieux. Nous on se fait à manger, j'ai fait du riz hier, je me fais à manger moi-même, alors qu'au CHH [centre d'hébergement hivernal] ils nous donnaient à manger, on avait des horaires à respecter pour les repas. Alors qu'ici, on est un peu plus libres quoi... » (Irina, 33 ans, depuis un mois dans la structure, auparavant en centre d'hébergement, juin 2023)

Les résidents voient dans ces autorisations une forme de « **responsabilisation** », pour reprendre les mots de l'un d'eux :

« Encore une fois, je reviens sur l'alcool parce qu'un foyer qui accepte l'alcool, ça existe pas. Mais là justement c'est pour nous responsabiliser, l'autorisation de consommer. » (Nicolas, 41 ans, depuis deux ans dans le dispositif, auparavant à la rue, juin 2023)

Ainsi, les motivations à intégrer le dispositif évoluent. Si, initialement, c'est principalement une logique de mise à l'abri qui suscite l'acceptation voire la sollicitation d'intégrer le site, c'est progressivement la souplesse des règles qui suscite le fait d'y *rester*.

3.2.4. Portraits de résidents enquêtés

MAELYS : APRES LA VIE EN CARAVANE, REAMORCER DES DEMARCHES DE SOIN

Maelys, 34 ans, est célibataire, sans enfant. Elle a grandi et vécu longtemps dans le sud de la France en squat, avec son ex-conjoint, qui était violent à son égard, puis en camping-car, pendant environ 6 ans, et a séjourné dans différentes villes françaises et espagnoles. Arrivée dans celle où se trouve le dispositif quelques mois avant d'intégrer ce dernier, elle s'est vu immobiliser son camping-car suite à un accident, et alors que son permis de conduire lui avait été retiré.

Suite à l'immobilisation de son véhicule, Maelys s'est retrouvée sans domicile et a fréquenté des centres d'accueil et d'hébergement. Elle rencontre de nombreux problèmes de santé (elle perçoit d'ailleurs l'AAH depuis plusieurs années) et réalise un séjour hospitalier de deux semaines. C'est durant ce séjour que l'assistante sociale de l'hôpital où elle est soignée l'oriente vers le dispositif, d'une manière que Maelys juge très rapide et efficace. Le dispositif abrite à la fois des chambres relevant de l'AMI et des LHSS. Elle l'intègre d'abord en tant qu'accompagnatrice de son conjoint hébergé en LHSS ; elle est ensuite accueillie elle-même sur les LHSS à son tour, du fait de l'aggravation de ses problèmes de santé. Lors du deuxième entretien, en janvier 2024, elle explique avoir alterné entre les chambres relevant du LHSS et celles de l'AMI, en fonction de l'évolution de ses problèmes de santé et des besoins des nouveaux résidents intégrés sur le dispositif. Le fait d'être excentrée du centre-ville ne lui pose pas de difficulté particulière, bien au contraire, car cela lui permet d'être à distance de son ex-conjoint, récemment sorti d'un séjour en prison qu'il avait effectué pour cause de violences conjugales à son égard : « *là on sait pas où c'est que je suis* ».

Maelys se dit très satisfaite du dispositif. Elle entretient de très bonnes relations avec l'équipe qu'elle juge « *sympathique* », sans pour autant se confier auprès d'elle sur des sujets personnels. L'équipe l'a accompagnée dans la mise en place d'un parcours de soins ; elle estime que ses démarches ont avancé « *à vitesse grand V* », une réactivité qu'elle oppose à la lenteur de ses accompagnements sociaux dans des centres d'hébergements fréquentés par le passé : « *les gens ils sont efficaces ici.* » D'ailleurs, lors du deuxième entretien réalisé avec elle, en janvier 2024, son accompagnement médical a largement avancé : elle a un nouveau médecin traitant, a pu consulter un gynécologue, renouveler sa contraception, mais aussi voir un pneumologue et mettre en place un traitement pour sa bronchite chronique ; elle s'est également fait refaire les dents. Si elle estime qu'elle aurait été contrainte, à terme, de faire ces démarches au vu de l'importance de ses problèmes de santé, elle juge que les conditions auraient été moins favorables, dans la mesure où elle n'aurait pas été dans un cadre « *interne* » (faisant référence à la possibilité d'être accompagnée par l'équipe sur le site même du dispositif) et que ce cadre précisément lui permet de ne pas « *courir à droite à gauche* ». Elle apprécie particulièrement le caractère souple des règles de la structure, en particulier vis-à-vis des consommations. Faisant allusion aux délivrances d'alcool pratiquées sur le site, elle estime que « *franchement, je trouve que la structure c'est bien encadré, que ce soye (sic) médical, et c'est la*

seule association que je vois quand t'es en manque d'alcool - bon faut le rembourser ça c'est normal - mais c'est la seule association que je vois que quand t'es dans la galère ils t'aident. » Depuis qu'elle y est, elle explique avoir réduit ses consommations d'alcool fort, malgré certaines périodes où elles augmentent de nouveau.

Sur site, elle entretient des relations amicales avec plusieurs résidents, mais celles-ci semblent relativement distendues (elle ne sait pas toujours citer le prénom des personnes qu'elle côtoie). Elle rencontre également des tensions avec d'autres résidents et dit d'avoir avoir « *collé une patate* » à l'un d'entre eux, qui l'aurait stigmatisée pour ses consommations d'alcool et de tabac.

A terme, Maelys envisage de reprendre une formation pour devenir travailleuse-pair dans le médico-social. Elle formule également un autre projet, sans expliciter la manière dont elle conçoit son articulation avec le premier : racheter une caravane pour repartir sur la route, sans doute en Espagne ; elle se définit en effet comme « *plus nomade que sédentaire* ». Néanmoins, ces deux projets restent vagues et ne sont pas sa priorité, comme elle l'explique : ses problèmes de santé importants la conduisent en effet à prioriser ses démarches de soins, sans trop se projeter dans la suite.

Mireille, « revivre » après une quinzaine d'années de rue

Mireille a 63 ans, est célibataire et n'a pas d'enfant. Une partie de sa famille vit dans la même ville, avec laquelle elle garde des relations (appels, visites).

Avant son arrivée sur le dispositif, Mireille a passé une quinzaine d'années à la rue, en étant fréquemment hébergée en hôtel via le 115 – c'était d'ailleurs le cas juste avant son entrée dans le dispositif. Sa situation de santé s'était fortement dégradée avant son entrée sur le dispositif, en particulier en lien avec un pied. « *J'étais à la rue [...] Avant j'étais à Clermont-Ferrand j'ai vu que mon mec il m'avait trompée, j'ai dit bon, moi je redescends à Marseille [...] J'ai dormi dehors, j'ai eu le pied violet [...] j'arrivais même pas à bouger les doigts de pieds. à cote du bureau de tabac je dormais.* » Durant ses années de rue, Mireille ne travaillait pas et vivait du RSA. Si sa consommation d'alcool reste importante au sein de la structure, elle a néanmoins fortement diminué depuis qu'elle a intégré le dispositif.

Mireille a été orientée via l'hébergement d'urgence dans lequel elle était avant son entrée sur le dispositif. A la visite des lieux, elle a tout de suite accepté d'entrer sur le dispositif et a choisi « sa chambre », dont elle prend désormais tout particulièrement soin : « *On m'a fait visiter celle-là de chambre, elle me plait.* » Elle passe beaucoup de temps dans son studio dont elle apprécie faire le ménage, la vaisselle, la cuisine. « *Tenir ma maison propre ça c'est sûr* ». Elle a adhéré au projet d'accompagnement « *Les assistantes sociales qui s'occupent bien de nous [...] Moi je les adore.* » et déclare payer régulièrement sa participation au loyer : « *100 euros, ça va* ». Mireille s'accommode de la dimension collective du dispositif : « *Moi je m'entends bien quand il y a une bonne ambiance, quand il y a une mauvaise ambiance c'est bon, je rentre chez moi. Pour moi ça va, mais si on me casse la tête non, c'est pas bon.* » Elle ne prend pas part aux activités ou aux sorties organisées à l'échelle du dispositif, en partie du fait de la présence d'autres résidentes avec lesquelles elle préfère limiter les relations. Elle a un chat, qu'une autre résidente du dispositif lui a donné et dont elle aime prendre soin et apprécie la compagnie : « *je l'ai élevé au biberon et tout* ».

Mireille se sent bien sur le dispositif : « *Je me plais ici* ». De ses propres aveux, elle « *revit* » depuis qu'elle a intégré le dispositif, et ne se projette pas ailleurs que dans le studio qu'elle occupe désormais : « *Là je suis encore pour longtemps là, tant que je trouve rien pour le moment je suis pour longtemps là. Mais ce n'est pas plus mal.* » Elle estime que sans l'accompagnement dans le cadre du dispositif, elle n'aurait pas entrepris les démarches administratives et de soins qu'elle a faites jusqu'à présent et qui s'avèrent nombreuses (mise en place du dossier retraite, actualisation des données de sécurité sociale, rendez-vous médicaux, mise en place d'un médecin traitant) : « *J'aurais rien fait, je te le dis franchement parce que je serais restée à la rue* ».

Gabriel, des squats à « la cabane de luxe »

Gabriel a 49 ans, est célibataire et n'a pas d'enfant.

Depuis plus d'une quinzaine d'années, il vit en situation de sans-abrisme qu'il évoque comme un choix de vivre autrement au départ : « *Je me suis mis à la rue en 2009-2010, je [ne] voulais plus d'appartement, je voulais vivre autrement, j'avais eu un héritage. Et puis quand même vers un moment donné je me suis retrouvé vachement dans la précarité, plus mentale que financière, tu sais plus où t'es... Du coup ouais j'ai découvert tour à tour les squats, les squats autogérés, les forêts, squatter les rivières, les gares...* ». Gabriel alterne entre les minimas sociaux, les emplois temporaires déclarés ou non, bénévoles ou rémunérés ou encore le troc : « *j'aime bien le système D* ». Pendant la durée de son accueil sur le dispositif, il est parti plusieurs semaines travailler dans une ferme autogérée. En termes de consommations, Gabriel déclare fumer quotidiennement du cannabis. Avant son entrée sur le dispositif, il vivait en squat. Il a accepté d'entrer sur le dispositif car la vie en squat devenait difficile à supporter, ainsi que le manque de confort : « *Ça coûtait beaucoup d'énergie, et on manque tout le temps de courant, d'USB, de stabilité quoi.* »

Le premier logement (chambre individuelle) qu'il a occupé sur le dispositif ne lui semblait pas adapté (du fait du bruit et de la chaleur). Un second logement en tiny-house lui a ensuite été proposé dans lequel il s'est senti bien durant toute la durée de son séjour. Il en appréciait particulièrement le confort matériel (« *le double-vitrage, les moustiquaires, la clim, le wifi, les prises de courant, la superficie, la douche* »). Il a plutôt adhéré à l'accompagnement proposé (a peu entamé de démarches de soins mais réalisé quelques démarches administratives comme la domiciliation bancaire, le renouvellement de sa carte vitale et une demande de logement en maison relais – qu'il a obtenu). Bien qu'il mentionne avoir rencontré des difficultés – d'ordre relationnel – avec une personne de l'équipe au départ, il se dit satisfait de l'équipe de professionnels : « *l'équipe est sympa ça change tout* ». Gabriel s'est adapté à la dimension collective du dispositif jusqu'à un certain point. Il participait volontiers aux activités et sorties proposées par l'équipe. A propos d'une sortie plongée organisée quelques semaines plus tôt il déclare : « *J'ai adoré conduire le bateau* ». Pour autant, la dimension collective le mènera à sortir du dispositif pour saisir l'opportunité qui lui a été présentée d'entrer en maison relais. En effet, des tensions dans la durée avec un résident, les nuisances qu'il associait aux chiens présents sur le dispositif, ainsi qu'un sentiment de ne pas s'identifier aux autres résidents (plus grands consommateurs notamment) l'ont peu à peu convaincu de quitter le dispositif : « *Ça commençait à me taper sur les nerfs, 6 mois de tous les jours la petite provoc, la petite insulte, la petite menace [...] « Je vais te tuer », « dis bonjour à mon chien » enfin de la merde [...] Et vu qu'à la fin, les premiers qui laissaient leurs chiens pisser, chier autour de ma tiny – moi qui n'ai pas de chien – ont recommencé,*

mais tu vois sans vouloir mal [...] je me suis dit, y a pas beaucoup d'avenir avec ces gens-là. » Pour autant, il conserve de bons souvenirs du collectif et des résidents avec qui il a partagé 2 ans et 2 mois de vie, de services, d'anecdotes et de bons moments.

A la sortie du dispositif, Gabriel n'a pas gardé de liens avec les résidents et les professionnels de l'équipe ; il ne retourne pas ailleurs pas sur le dispositif depuis qu'il est en maison relais. Il s'est engagé dans une activité de bénévolat à proximité du site de la maison relais dans laquelle il vit. Il se dit reconnaissant de son passage par le dispositif, en ce que cela lui a permis de lui ouvrir des perspectives : *« Après je pense qu'il faut faire rêver les gens et leur donner envie de vivre et après t'as envie de retourner vers la tune, vers le taf mainstream, de faire des trucs classiques. [Ça a pu contribuer un peu ça ?] Ben carrément je vais pas mentir mais en fait ouais quand même carrément. »*

3.3. Conclusion de la partie 3

L'évaluation permet de conclure à plusieurs résultats concernant la manière dont sont ciblés les publics, les profils des personnes qui intègrent le dispositif et leurs premières impressions du site.

- **Bien que la grande marginalité soit définie de façon relativement large dans l'AMI, la plupart des porteurs de projet** l'évalue à l'aune de deux critères principaux : d'une part, l'existence d'un **parcours de rue** ; d'autre part, **l'éloignement ou la rupture avec les dispositifs d'hébergement** traditionnels. En pratique, ces critères peuvent néanmoins souffrir certaines exceptions, au regard d'autres éléments pris en compte dans l'orientation des personnes (éviter les ruptures institutionnelles, notamment).
- **L'orientation des personnes est principalement assurée par le SIAO**, ou par une commission partenariale *ad hoc* qui s'apparente à un **SIAO « adapté »** ; largement majoritaires, ces modalités d'orientation sont conçues comme une manière de s'assurer que les publics les plus éloignés des dispositifs d'hébergement sont bien atteints. Plus marginalement, l'orientation repose sur un lien direct entre les porteurs de projet et les **« structures de première ligne »** partenaires qui interviennent directement auprès des publics de rue ou précarisés. **Ces modalités d'orientation peuvent sensiblement contribuer à faire varier les profils des résidents intégrant les dispositifs** : les personnes les plus éloignées de l'hébergement sont davantage admises par le biais du SIAO ou des commissions partenariales *ad hoc*, tandis que les orientations par les structures de première ligne contribuent plus fréquemment à l'orientation de résidents au profil plus éloigné du public-cible.
- **Localement, d'autres éléments et facteurs (l'offre existante sur le territoire ; le niveau de saturation des dispositifs existants localement ; la méconnaissance des critères de ciblage du dispositif expérimenté) peuvent permettre d'affiner ou de spécifier** ce premier ciblage, dessinant parfois des spécificités propres à certaines structures (ciblage des publics féminins, refus de certains publics dont le profil est jugé trop éloigné de celui du public-cible). Si les profils des publics sont relativement divers et que leurs caractéristiques peuvent varier à différents égards, **différentes caractéristiques fortes sont à noter** : les hommes sont fortement surreprésentés (81% des habitants) ; **les situations de sans-abrisme à l'entrée**

dans le dispositif sont majoritaires (61% des situations) ; **les problématiques de santé et d'addictions sont prégnantes**. En revanche, ces publics sont rarement dans des situations de rupture totale avec les institutions (des liens persistent avec les équipes de première ligne) et continuent d'entretenir des liens sociaux, noués à la rue ou dans d'autres cercles (amicaux, familiaux).

- **Si, dans un premier temps, c'est une logique de l'urgence qui motive les personnes à intégrer le dispositif, c'est, progressivement, la souplesse des règles qui y ont cours qui les conduit à y rester**. La possibilité de consommer, de recevoir du monde, l'accès à des espaces individuels - en somme tout ce qui peut rapprocher l'hébergement d'un logement individuel « privé » - sont ainsi plébiscités et considérés comme des éléments qui distinguent le dispositif d'autres types d'hébergements traditionnels, type CHRS.

4.

Profils des professionnels, modalités d'intervention et d'accompagnement des résidents

PARTIE 4

Cette partie s'attache à décrire les profils des professionnels composant les équipes mobilisées sur les dispositifs évalués (4.1) et analyse en quoi leurs pratiques et postures d'intervention sont questionnées et adaptées au regard de la spécificité de l'expérimentation (4.2). Cette spécificité de l'expérimentation explique en partie la mobilité importante des équipes et la faible marge de manœuvre des porteurs de projet pour limiter le *turnover* sur leur dispositif (4.3).

4.1. « Portrait » des équipes professionnelles mobilisées

Les équipes mobilisées pour accompagner les personnes en situation de grande marginalité dans le cadre de l'expérimentation sont pluridisciplinaires, à dominante sociale, avec des niveaux d'expérience individuelle variables (4.1.1). Le point commun entre ces professionnels tient à leurs motivations pour intégrer le dispositif « Grand marginaux », dont la dimension expérimentale a suscité une forte adhésion (4.1.2). En pratique, le niveau de proximité qu'entretiennent les professionnels avec leur équipe et leur hiérarchie participe au maintien, dans la durée, de l'adhésion initiale des professionnels à l'expérimentation (4.1.3).

4.1.1. Des équipes pluridisciplinaires et des stratégies de recrutement entre contraintes et partis pris

L'enquête menée auprès des huit dispositifs évalués permet de confirmer le dimensionnement pluridisciplinaire des équipes mobilisées (4.1.1.1) ainsi que la mixité des profils recrutés en termes d'expérience, en raison des stratégies de recrutement contraintes ou délibérées des porteurs de projet (4.1.1.2).

4.1.1.1. Des équipes pluridisciplinaires à dominante sociale

L'appel à manifestation d'intérêt de la DIHAL et de la DIPLP préconisait « un accompagnement pluridisciplinaire » des personnes, de type « médico-social » avec des équipes composées « de professionnels du travail social et de santé [et] de travailleurs pairs ». **Cet enjeu de pluridisciplinarité est respecté sur l'ensemble des dispositifs évalués**, selon des modalités susceptibles de varier. En effet, parmi les huit dispositifs enquêtés, six ont des équipes pluridisciplinaires c'est-à-dire composées **de professionnels du secteur social et de professionnels de santé**. Les deux dispositifs n'ayant pas de profils de professionnels du soin spécifiquement recrutés dans le cadre du dispositif « Grands marginaux » travaillent néanmoins avec des professionnels de santé soit internes à la structure porteuse de projet – mutualisés entre les dispositifs de la structure et non comptabilisés sur le dispositif « Grands marginaux »²¹ –, soit externes à la structure porteuse de projet dans le cadre d'un partenariat avec des associations locales²².

Ces équipes pluridisciplinaires sont majoritairement composées de travailleurs sociaux. En moyenne, nous comptabilisons quatre professionnels de l'intervention sociale par site enquêté, contre 1,3 professionnel de santé. La variation du nombre de travailleurs sociaux est importante entre les sites, de 1,6 à 10 salariés ; ceci s'expliquant principalement par la différence de capacité d'accueil entre les structures enquêtées (de 16 à une cinquantaine de places). **Les profils de travailleurs sociaux les plus représentés sont les éducateurs spécialisés** (présents sur six dispositifs parmi les huit évalués) ; interviennent également des assistantes sociales (sur deux dispositifs), des conseillères en économie sociale et familiale (CESF – sur deux dispositifs), des pairs-aidants (sur deux dispositifs) et des intervenants sociaux aux statuts divers (animateurs, maîtres et maîtresses de maison, techniciens de l'intervention sociale et familiale ; sur six dispositifs).

Parmi les professionnels de santé, les profils les plus couramment recrutés sur les dispositifs évalués sont des infirmiers (sur six dispositifs), des psychologues (sur deux dispositifs), des médecins (sur deux dispositifs) et des aides-soignants. (Voir Figure 1).

²¹ Armée du Salut, Marseille.

²² Association Gestare, Montpellier.

Figure 1 - Composition des équipes intervenant sur les dispositifs évalués, par profil

Dispositifs	Travailleurs sociaux				Pair-aidant	Professionnels de santé						
	Educateur spécialisé	Assistante sociale	CESF	Autres intervenants		Internes au dispositif				Externes au dispositif ou mutualisés		
						Infirmier	Aide-soignant	Psychologue	Médecin	Infirmier	Psychologue	Médiatrice en santé
Al Prado - Bordeaux	•				•	•						
Altea Cabestan - La Rochelle	•			•		•						
Armée du Salut - Marseille			•	•						•		•
Arsea Sésame - Strasbourg	•			•		•	•	•	•			
Tremplin - Bourg-en-Bresse	•	•		•		•		•	•			
Gestare - Montpellier		•		•						•		
Groupement des possibles Sarthe - Le Mans	•		•	•		•						
UCRM et association Clémence Isaure - Toulouse	•				•	•						

Source : Agence Phare (2024)

D'autres profils de professionnels font partie des équipes et participent, de façon indirecte, à l'accompagnement des résidents. Parmi eux figurent en premier lieu les **veilleurs de nuit**. Dans trois dispositifs sur les huit évalués, ils sont internes au dispositif « Grands marginaux »²³ ; dans deux autres dispositifs ils sont mutualisés entre les projets de la structure porteuse (et non comptabilisés sur le dispositif « Grands marginaux »)²⁴. Enfin, trois dispositifs travaillent de façon régulière ou occasionnelle avec des sociétés externes de sécurité²⁵. Lorsque les veilleurs de nuit sont recrutés dans le cadre du dispositif, ils sont davantage susceptibles d'exercer un rôle dans l'accompagnement des résidents, fût-il indirect. En effet, leur présence pérenne sur le dispositif peut les amener à mieux connaître les résidents. De plus, les porteurs de projet peuvent les impliquer explicitement dans un travail de transmission des informations auprès des équipes. En second lieu, **les coordinateurs voire certains chefs de service participent également dans certains cas à l'accompagnement des habitants**, selon le temps de travail alloué sur le dispositif « Grand marginaux ». Le plus souvent (sur six dispositifs sur les huit évalués), ils coordonnent plusieurs projets et dispositifs au sein de leur structure, limitant de fait leur temps de présence sur les sites et leur rôle auprès des habitants. Sur deux sites²⁶, une coordination de projet à temps plein est réalisée, permettant *a priori* une implication plus forte auprès des équipes et des résidents (implication contrainte néanmoins sur le site toulousain en raison de la multi-implantation du dispositif). En troisième lieu, de façon marginale, des profils d'**agents d'entretien** font également partie de l'équipe²⁷ et accompagnent les résidents dans l'entretien de leur logement individuel.

Ainsi, sur l'ensemble des sites évalués, **l'accompagnement des résidents répond au principe de pluridisciplinarité** stipulé dans l'AMI initial. Il s'agit d'une part d'**un accompagnement médico-social, à dominante sociale**. D'autre part, il s'agit d'**une pluridisciplinarité « de proximité »** puisque sur la plupart des sites évalués, les travailleurs sociaux et professionnels de santé exercent à temps plein sur le dispositif « Grands marginaux ». Les autres profils de professionnels composant les équipes ont un rôle

²³ Al Prado (Bordeaux) ; Arsea Sésame (Strasbourg) ; Gestare (Montpellier).

²⁴ Armée du Salut (Marseille) ; Groupement des possibles Sarthe (Le Mans).

²⁵ Altea Cabestan (La Rochelle) ; association Tremplin (Bourg-en-Bresse) ; UCRM et association Clémence Isaure (Toulouse).

²⁶ Al Prado (Bordeaux) ; UCRM et association Clémence Isaure (Toulouse).

²⁷ Armée du Salut (Marseille).

d'accompagnement des résidents plus limité compte tenu de leurs fonctions et de leur temps alloué sur le dispositif.

4.1.1.2. L'expérience professionnelle, un critère de recrutement entre contrainte et parti pris

Au-delà du dimensionnement pluridisciplinaire des équipes mobilisées sur le dispositif « Grands marginaux », les stratégies de recrutement mises en œuvre par les porteurs de projet donnent à voir **d'autres niveaux de mixité au sein des équipes, principalement en termes d'expérience professionnelle dans le secteur social.**

Les métiers du champ du social sont reconnus pour être « traversés par des tensions » (Piot, 2015), en lien avec des conditions de travail souvent difficiles, aux horaires atypiques, une « faible reconnaissance et une insuffisante valorisation des compétences notamment du point de vue salarial » (Conseil économique, social et environnemental, 2022). Dans ce contexte, les porteurs de projet du dispositif « Grands marginaux » sont confrontés à des **difficultés conjoncturelles de recrutement, susceptibles d'être renforcées par la spécificité du dispositif** (expérimental) **et des publics accompagnés** (des publics en situation de grande marginalité, le plus souvent en rupture avec les dispositifs existants). Dès lors, les stratégies de recrutement « classiques » (mobilité interne et recrutements externes de travailleurs sociaux) ont été complétées de stratégies de recrutement volontairement ouvertes, moins fondées sur la valorisation des formations, diplômes initiaux et expériences antérieures que sur **l'adhésion des professionnels au projet** du dispositif et à leur **capacité d'adaptation** pressentie.

« On s'est posé la question : est-ce qu'on prend des personnes expérimentées avec le public de rue, ou est-ce qu'on prend des personnes qui adhèrent au projet ? Idéalement les deux, forcément. On a fait le choix de prendre des personnes qui pourraient éventuellement être inexpérimentées, mais qui adhèrent à ce fonctionnement, [...] avec une capacité d'adaptation importante. [...] Ce qui fait qu'on a une équipe en effet, de jeunes professionnels, et qui n'ont pas encore des pratiques ancrées. Parce qu'on s'est dit : des personnes qui ont des pratiques trop ancrées, ça va être très compliqué de déconstruire tout ça, et donc ça va mettre à mal tout le monde. » (Joanna, cheffe de service dans l'association porteuse de projet, mars 2023)

Ainsi, **les équipes se composent à la fois de travailleurs sociaux diplômés et expérimentés** dans le champ de l'intervention sociale, **de travailleurs sociaux diplômés mais peu voire non expérimentés**, ainsi que **de personnes non formées et n'ayant pas d'expérience professionnelle dans les métiers du secteur social.** Dans ce dernier cas de figure, les porteurs de projet²⁸ justifient ces choix de recrutement par une volonté de dépasser les *habitus* professionnels acquis au cours de formations initiales au travail social et d'expériences au sein de dispositifs « classiques » (tels que des CHRS). Ils perçoivent en effet ces formations et trajectoires comme un risque potentiel de mettre à mal à la fois les professionnels eux-mêmes par le changement de pratiques induit par l'expérimentation, mais aussi les résidents par l'échec de leur accompagnement, et l'esprit de l'expérimentation elle-même.

²⁸ Arsea Sésame (Strasbourg) ; Gestare (Montpellier).

« On a pris des personnes qui ne connaissaient pas complètement la question sociale [...]. On s'est dit si on ne part pas sur des profils particuliers de personnes, on ne va pas y arriver. Le problème de la formation, vous savez dans les IRTS, c'est qu'ils apprennent aux salariés à se protéger, c'est tout le temps « vous ne pouvez pas faire ci », « vous ne pouvez pas faire ça » etc. Donc on a choisi de prendre des gens avec des parcours de vie différents. [...] Nous ce qui nous intéressait c'est de voir un certain recul, une certaine capacité à faire un pas de côté. [...] C'est vrai qu'il y a une grosse partie subjective dans le recrutement. » (Julien et Paul, directeur et directeur adjoint d'une association porteuse de projet, mars 2023).

De ce fait, **les équipes recrutées sont pluridisciplinaires, à dominante sociale, en grande partie « jeunes » et peu expérimentées** dans les métiers de l'action sociale et auprès des publics en situation de grande marginalité.

Cette mixité des profils recrutés, tant du point de vue de leur fonction que de leur expérience professionnelle, peut donner lieu, au sein d'une équipe, à des **divergences de pratiques, de postures, de lectures et d'interprétations d'une situation et des réponses à apporter**. D'après les entretiens menés sur les huit sites évalués, cette hétérogénéité des profils est diversement perçue. Du point de vue de la compréhension d'une situation, elle permet de mettre en discussion différentes lectures et de travailler à faire converger ces différentes appréciations vers un consensus, en faveur de l'accompagnement des résidents.

« [Et donc tu dis, ceux qui ont la formation de travailleur social peuvent avoir peut-être un regard un peu plus...] Trop rigide peut-être ; je sais pas comment dire. Trop d'école, je sais pas. [...] Ils vont peut-être se baser que sur leur théorie. [...] [Est-ce que ça vous a déjà amenés à des discussions ou même des engueulades entre vous ?] Ah oui, ça peut arriver les engueulades mais vraiment on essaye de toujours se mettre d'accord. Vu qu'on a les deux visions, des fois on discute et après on prend une décision. Pour moi personne n'a la science infuse. [C'est discuté comment, en bilatéral ou en réunion d'équipe ?] Ça peut se faire vite fait, j'ai un truc, j'ai un souci, je te demande ton avis et on voit, on fait le pour et le contre. » (Dorian, animateur social, juin 2023)

Toutefois, dans le quotidien, la faible expérience de certains membres de l'équipe se traduit parfois par un niveau de connaissances plus limité des dispositifs, des partenaires ou encore des démarches à effectuer, ce qui peut ralentir l'accompagnement des résidents et entraîner une sursollicitation des travailleurs sociaux les plus expérimentés.

« Ce qui est difficile c'est que dans l'équipe de travailleurs sociaux il y en a qui ne sont pas diplômés ; ça se sent [...] par exemple quand la personne [un résident] cherche un emploi, le travailleur social ne sait pas où l'orienter, ne connaît pas les ESAT, les entreprises d'insertion, alors que c'est ce que les personnes cherchent ici ; ou les démarches administratives à faire. » (Alexandra, maîtresse de maison, juin 2023)

Ainsi, qu'il s'agisse de choix contraints ou d'une volonté davantage stratégique compte tenu du caractère innovant de l'expérimentation, les recrutements réalisés par les porteurs de projet se sont traduits par **une diversité des profils au sein des équipes**. Néanmoins, quels que soient leur fonction, formation et

niveau d'expérience initiaux, les professionnels enquêtés ont pour point commun d'avoir été séduits par la dimension expérimentale du dispositif « Grands marginaux ».

4.1.2. Parmi les motivations à intégrer le dispositif, le caractère expérimental avant tout

Les entretiens menés auprès des professionnels enquêtés permettent de dégager **trois principaux facteurs de motivation à intégrer le dispositif « Grands marginaux »**.

D'abord, les professionnels ayant des expériences antérieures dans l'intervention sociale soulignent **une volonté d'embrasser des perspectives professionnelles nouvelles au regard de leurs expériences précédentes**. Qu'il s'agisse d'intégrer un nouveau secteur professionnel (de l'addictologie au social), de changer de type de dispositif d'intervention (d'un CHRS ou d'une pension de famille vers le dispositif « Grands marginaux »), ou de travailler auprès de publics différents (des enfants aux personnes en situation de grande marginalité), ces professionnels déclarent avoir saisi l'opportunité de **quitter un environnement de travail** vis-à-vis duquel ils n'étaient plus en phase, éprouvaient une forme de lassitude ou au sein duquel ils n'entrevoyaient que peu d'évolutions professionnelles. Ainsi, Laurène, assistante sociale, explique qu'elle a souhaité rejoindre ce projet car elle trouvait que l'accompagnement en CHRS était « dénaturé » : « *on impose la temporalité des institutions aux personnes, qui n'est pas la même* ». A ce titre, le dispositif l'a attirée en ce qu'il lui permettait d'envisager une « *proximité dans l'accompagnement des personnes, sans être pris dans les carcans des institutions.* » (Laurène, assistante sociale, mars 2023). Lyes, éducateur spécialisé ayant exercé plusieurs années dans le secteur de l'addictologie éprouvait également le besoin de peser davantage sur la trajectoire des personnes accompagnées tandis qu'Alexandra souhaitait changer de public d'intervention :

« A un moment donné, sur du concret, les effets de ton taf sur les gens que tu accompagnes c'est quand même hyper minime et là pour le coup je sortais de quatre bonnes années sur la même structure et il y a un sentiment d'étouffement. » (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023).

« Ça n'allait plus à la MECS²⁹, j'étais à bout et je cherchais à partir ; je cherchais à me réorienter tout en faisant le même métier, à changer de public aussi et les horaires. » (Alexandra, maîtresse de maison, juin 2023).

Conséquence de ce désir d'être à la fois dans une relation de proximité plus grande avec les publics accompagnés et de mesurer plus concrètement les effets de leur intervention auprès d'eux, **un second facteur de motivation** apparaît dans le discours des professionnels interrogés à travers la perspective d'**endosser davantage de responsabilités dans leurs fonctions**. Cette plus grande responsabilisation des professionnels se traduit différemment selon les contextes de mise en œuvre du dispositif. Ainsi Lyes déclare avoir été séduit par la perspective de **contribuer à la conception même du projet**, avant même que celui-ci ne démarre officiellement :

²⁹ Maison d'Enfants à Caractère Social.

« Avoir la possibilité d'être à la base du projet, de l'écrire et de le mettre en œuvre : je me suis dit que c'était une belle opportunité. » (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023).

Pour Alexandra, la prise de responsabilité consistait à **participer à la définition de sa fiche de poste** au cours de l'expérimentation et des besoins identifiés :

« C'était une création de poste, c'était un challenge pour moi, après beaucoup de routine ; là c'était à moi de créer le poste, il n'y avait pas de fiche de poste [...]. C'est moi qui ai mis en place ma fonction, je me suis créé mon propre poste, en voyant les besoins, en voyant où je pouvais être utile. » (Alexandra, maîtresse de maison, juin 2023).

Pour Laurène enfin, la proximité attendue des équipes avec les publics accompagnés offrait la possibilité de **peser objectivement dans l'accompagnement des publics** à travers « une vraie prise en compte de notre avis, de notre regard sur les choses » (Laurène, assistante sociale, mars 2023).

Enfin, **un troisième facteur de motivation** apparaît de façon commune entre les professionnels diplômés/expérimentés et non diplômés/non expérimentés dans le champ de l'intervention sociale à travers **la dimension expérimentale du dispositif « Grands marginaux »**. « C'était un nouveau projet. Ça fait plaisir de participer à un projet expérimental. [...] Ça m'a plu en fait. L'idée de base qu'on m'a décrite, tout ça, ça m'a plu. J'ai dit ouais, pourquoi pas. » (Dorian, animateur social, juin 2023). Le caractère innovant de l'expérimentation et les attentes autour des résultats de celle-ci ont été perçus avec intérêt par les professionnels et ont également contribué à singulariser davantage le dispositif « Grands marginaux » parmi l'ensemble des dispositifs d'accompagnement de ces publics existants.

Les témoignages de ces professionnels illustrent en quoi les postes qu'ils occupent désormais ont été, au moment des recrutements, associés à **une forte logique d'autonomie, de prise d'initiative et d'adaptation** par les porteurs de projet ; dimensions auxquelles ont adhéré ces professionnels. Les facteurs d'adhésion mentionnés par les professionnels et développés plus haut traduisent dès lors **une prise de conscience, dès la phase de recrutement, de la spécificité du dispositif et des enjeux liés au caractère expérimental** de celui-ci. Or, si cette adhésion de principe semble incontournable à l'entrée dans le dispositif, elle ne présage pas à elle seule de la faculté des professionnels à s'adapter à cette expérimentation, à adapter leurs pratiques dans leur nouveau quotidien professionnel et à se maintenir au sein des dispositifs. D'autres facteurs participent de cela, et notamment le niveau de soutien et de proximité entre les professionnels au contact quotidien avec les publics et les professionnels exerçant des fonctions de coordination et de direction au sein de la structure porteuse de projet.

4.1.3. Soutien et proximité : des conditions essentielles de l'organisation interne des équipes

Le caractère innovant de l'expérimentation et les principes d'autonomie et d'adaptation attendus des professionnels recrutés sont différemment perçus et vécus par ces derniers. Les entretiens réalisés permettent de mettre en évidence que **le degré de proximité entre les équipes « de terrain »** - les professionnels sociaux et de santé en contact quotidien avec les résidents -, **les coordinateurs des dispositifs et les membres de la direction (chefs de service, directeurs de la structure porteuse**

de projet) influe sur le sentiment d'être soutenu ou inversement sur le sentiment d'isolement des professionnels, et sur le vécu positif ou négatif du travail quotidien sur le dispositif.

Comme l'illustre le tableau n°5 ci-après, sur certains dispositifs, les professionnels de l'accompagnement, coordinateurs des dispositifs et personnels de direction exercent **des fonctions additionnelles** aux fonctions principales qui leur reviennent dans le cadre de la mise en œuvre de l'expérimentation (Voir tableau 5 ci-après). Ces fonctions additionnelles se traduisent le plus souvent par **un appui** ou **une participation** aux fonctions et activités principalement exercées par d'autres échelons hiérarchiques. L'accompagnement des résidents par exemple, s'il est principalement exercé par les travailleurs sociaux et professionnels de santé, peut également ponctuellement mobiliser les coordinateurs des dispositifs et sur certains sites, les personnels de direction, en particulier lorsqu'il s'agit de traiter une situation complexe (voir l'extrait d'entretien de Louise ci-après). La participation sinon l'appui des coordinateurs et personnels de direction aux activités et aux animations organisées avec les résidents des dispositifs sont également récurrentes sur certains dispositifs (repas collectifs, sorties, activités sur le dispositif, etc.). Les **simples visites** des coordinateurs et personnels de direction sur les dispositifs, au contact des équipes et des résidents, dans un cadre formel (réunions, rendez-vous, etc.) ou spontané, participent de ces fonctions additionnelles.

« Avant il n'y avait pas de chef de service. C'était soit moi, soit directement la directrice. Entre la direction et les travailleurs sociaux il n'y avait rien en fait, donc c'était assez compliqué pour moi, par peur de prendre des positionnements qui pourraient avoir trop de conséquences. [...] Maintenant qu'il y a le chef de service³⁰, ça met du cadre, ça met quelqu'un qui soutient dans les décisions. Par exemple quand il y a des personnes qui ont des mises à pied de trois jours, après la personne on la reçoit mais on la reçoit toujours avec le chef de service pour remettre en place les engagements. Lui, il représente la direction, et puis ça me décharge aussi de responsabilités que j'ai pas à porter donc je peux garder un autre lien avec les [résidents]. » (Louise, conseillère en économie sociale et familiale, décembre 2023)

Tableau 8 – Fonctions principales et additionnelles exercées par les différents échelons hiérarchiques au sein des structures porteuses de l'expérimentation

	FONCTIONS PRINCIPALES	FONCTIONS ADDITIONNELLES
Professionnels de l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement des résidents - Gestion et régulation quotidienne du site - Animation du dispositif 	<ul style="list-style-type: none"> - Relations avec les partenaires
Coordinateurs du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> - Pilotage du dispositif - Coordination des ressources humaines intervenant sur le dispositif 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à l'accompagnement des résidents - Appui et/ou participation à l'animation du dispositif

³⁰ Le terme « chef de service » employé par l'enquêtée renvoie au terme de « coordinateur »

	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à l'accompagnement des résidents - Relations avec les partenaires 	
Personnels de direction	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion administrative et financière du projet - Relations avec les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Appui spécifique à l'accompagnement des résidents (rappel du cadre, entretien pré ou post exclusion temporaire) - Participation aux animations sur le dispositif

Or, **plus les différents échelons hiérarchiques investissent ces fonctions additionnelles, plus les interactions** entre les professionnels d'une part, et entre les professionnels et les résidents d'autre part **s'en trouvent renforcées**. Ces occasions multiples d'interactions entre les équipes de terrain, les coordinateurs, les personnels de direction et les résidents génèrent des **impacts positifs** à plusieurs niveaux. En effet, cela permet en premier lieu à l'ensemble des professionnels de disposer d'un **niveau de connaissance fin et en continu** de la vie sur le dispositif et des situations des résidents. Le principe de **continuité de l'accompagnement** en est renforcé, en particulier en cas de situation complexe ou d'absence des professionnels dits « de terrain ». En second lieu, ces interactions renforcées améliorent la **cohésion** et l'**esprit d'équipe** ainsi que sur le sentiment des professionnels de l'accompagnement d'**être soutenus** dans leur travail. En troisième lieu, elles participent d'une logique de **bien-être au travail** des professionnels intervenant sur le dispositif en favorisant le sentiment de **reconnaissance** des professionnels et des résidents, et en renforçant le **sentiment de cadre** dans lequel chacun, professionnel comme résident, est amené à évoluer quotidiennement.

Toutefois, cette proximité entre les différents échelons hiérarchiques au sein de la structure porteuse de projet n'est pas observée sur l'ensemble des dispositifs. L'évaluation permet d'identifier **plusieurs paramètres** favorisant cette proximité et susceptibles d'**influer sur l'adhésion plus ou moins forte des professionnels à la marge d'autonomie et d'initiative qui leur est conférée** sur le dispositif « Grands marginaux ». Parmi ces paramètres, nous avons identifié :

- *La taille des équipes mobilisées sur le dispositif* : pour rappel, elle varie de 1,5 à une quinzaine de professionnels sur site, impactant directement le sentiment d'isolement ou de soutien au quotidien ;
- *La proportion de professionnels exerçant à temps plein et à temps partiel* : dans des équipes majoritairement composées de professionnels à temps partiel les temps de travail communs sont mécaniquement plus réduits, ce qui influe également sur le sentiment d'isolement ou de soutien au quotidien ;
- *L'expérience professionnelle des personnes recrutées (notamment auprès de publics en situation de (grande) marginalité)* : les profils les moins expérimentés peuvent nécessiter davantage de conseils et d'appui de la part des autres membres de l'équipe, la présence sur site et la disponibilité de ces derniers jouent alors fortement sur l'impression qu'ont les moins expérimentés d'être soutenus et accompagnés dans leur travail quotidien ;
- *L'implantation du dispositif* :
 - o multisites ou sur un lieu unique ;

- en proximité immédiate avec d'autres dispositifs portés par la structure – pension de famille, CHRS, autres lieux d'hébergement – et des professionnels intervenant sur ces autres dispositifs ou projets ;
- en proximité immédiate avec les coordinateurs, chefs de service et la direction de la structure : la présence des bureaux sur site ou à proximité facilitent les rencontres formelles et informelles.

Concrètement, il apparaît que **plus les professionnels exercent de façon isolée (du fait d'une équipe réduite et de l'implantation du site), plus ils expriment un sentiment de solitude au travail et d'absence de soutien**. Dans ce cas, le degré d'autonomie et d'initiative conféré par le dispositif « Grands marginaux » est plus difficile à vivre, en particulier lors de la gestion des épisodes de « crise » vécus par des résidents.

« Moi j'en ai marre d'être la seule à temps plein, c'est trop compliqué. [...] C'est que souvent y a quand même pas mal de moments où je suis vraiment toute seule. [...] T'as vécu un truc le matin avec un résident, c'était difficile, c'est pas pareil si tu le partages avec quelqu'un qui va être là tous les jours que mes collègues qui viennent, qui partent ; du coup j'ai l'impression qu'ils sont pas forcément toujours dedans, toujours concernés. [...] Des fois je me dis que je suis la seule à pouvoir gérer les situations des résidents. [...] T'as pas de cadre de référence : tu fais ce que tu peux avec ce que t'as, sauf que des fois t'es seule. » (Maeva, CESF, juin 2023)

Inversement, **dans les cas où les équipes sont relativement denses** (permettant à minima de ne pas travailler seul sur une ou plusieurs journées dans la semaine) **et où les échanges avec le coordinateur et le personnel de direction sont réguliers, les professionnels se sentent globalement plus soutenus au quotidien**. Dans certains cas, la relation de proximité et de confiance avec leur hiérarchie leur confère davantage d'autonomie au travail et permet donc d'accélérer ou de simplifier les processus de décision ou d'endosser de nouvelles responsabilités jugées valorisantes, comme l'illustre le témoignage de Lyes :

« Je m'attendais pas à avoir autant de responsabilités. [...] j'ai dû prendre en main pas mal de choses. [...] Je me suis dit waouh, waouh, c'est bien de vouloir des responsabilités, après t'as vu ce que c'est avoir des responsabilités, c'est costaud mais depuis je m'en suis remis, et c'est trop bien. On m'a fait des bons retours aussi. C'est important. » (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023)

L'étroitesse des liens entre les professionnels intervenant aux différents échelons (accompagnement, coordination, direction) **contribue à mettre en confiance les professionnels** en contact quotidien avec les résidents, **à valoriser leurs démarches** et *in fine*, **à renforcer leur aisance et leur autonomie** au travail. Certaines directions d'associations porteuses de projet évaluées revendiquent ce travail de proximité avec les équipes :

« Je pense que dans notre fonction de direction on est un amortisseur. [...] On va créer les conditions pour que les salariés soient heureux dans leur boulot. S'ils sont heureux de transmettre aux résidents, il y a déjà une partie du travail qui est fait. Et il y a vraiment ce rôle d'atténuer pour essayer de transmettre le mieux possible en fonction des ressources et des capacités de chacun [...]. Nous notre boulot c'est de protéger de

bonnes conditions d'accueil et respectueuses. [...] On n'est pas du tout une direction qui va rester tranquille et donner des ordres. » (Julien et Paul, directeur et directeur adjoint de l'association porteuse de projet, mars 2023)

Par ailleurs, l'intervention régulière des coordinateurs et des personnels de direction sur les dispositifs, lorsqu'ils ne sont pas présents sur site de façon continue, **redonne symboliquement à voir aux résidents qu'ils font partie d'une structure qui dépasse le seul cadre du dispositif** dans lequel ils évoluent au quotidien. Les rencontres régulières entre les coordinateurs et personnels de direction et les résidents, qu'elles reposent sur des visites informelles ou des temps programmés sur le dispositif (réunions d'équipe, repas collectifs, événements particuliers, etc.), participent d'une **logique de reconnaissance et de légitimation institutionnelle** de la place des résidents dans le dispositif et peuvent contribuer en cela à mettre les résidents en **confiance**, au-delà des seules relations qu'ils entretiennent avec les professionnels de l'équipe présents quotidiennement à leurs côtés.

Cette intervention régulière des échelons supérieurs est également attendue de la part des équipes de terrain et peut donner lieu, sur certains sites, à des **aménagements en termes de responsabilités** avec une **coordination partagée** entre le coordinateur du dispositif, et un membre de l'équipe d'accompagnement :

« Moi, ayant des responsabilités dans l'association je ne peux pas être au four et au moulin. [...] Du coup ça manquait un peu à l'équipe d'avoir un coordo qui soit sur le terrain, ça a toujours été dit. Moi, bien sûr je sais ce qui se passe au quotidien sur la Villa, mais bon je suis plus dans les relations partenariales, vérifier les taux d'occupation, animer les réunions, tout ce que les collègues ne voient pas mais c'est hyper important. [...] Du coup ça roule mieux. Aujourd'hui, ça fait 6 ou 7 mois qu'on est en co-coordo, j'en ressens les effets bénéfiques depuis 2 ou 3 mois. » (David, coordinateur du dispositif, décembre 2023)

Enfin, sur certains dispositifs, le niveau de relation qu'entretient la direction avec les résidents et les équipes présentes sur site lui permet d'endosser, en cas de besoin, une **fonction d'autorité** auprès des résidents (un rappel du cadre, un entretien pré ou post exclusion temporaire, etc.) qui s'en trouve **facilitée** par le niveau d'interconnaissance entre le résident et le personnel de direction. Ces fonctions d'autorité exercées par les coordinateurs et personnels de direction face à des situations complexes pouvant nécessiter une réflexion sur le maintien, la mise à pied ou le renvoi d'un habitant du dispositif permettent également de **soulager les équipes** intervenant au quotidien auprès des résidents, en **partageant ainsi les responsabilités** face à une situation jugée problématique.

« Nous on intervient. Il y a un problème, on y va de suite, et on dit au travailleur social "c'est pas toi qui a un problème avec la personne, on a un problème d'équipe." Il n'y a pas un travailleur social qui est seul face avec un problème. » (Julien et Paul, directeur et directeur adjoint de l'association porteuse de projet, mars 2023)

Ainsi, bien que les membres des équipes intervenant sur les dispositifs « Grands marginaux » aient adhéré au caractère expérimental et innovant du projet, l'exercice quotidien de leur fonction révèle **un besoin d'être accompagnés et soutenus par leur hiérarchie**, quelles que soient leurs qualifications et expériences initiales. **L'évaluation met ainsi en évidence l'importance de la structuration**

hiérarchique dans le portage de l'expérimentation à l'échelle des structures porteuses de projet.

Au-delà des équipes de professionnels intervenant quotidiennement sur les sites de l'expérimentation, auprès des résidents, **les coordinateurs des dispositifs et les directions des structures porteuses** (chefs de service, personnel de direction) ont été identifiés comme **des échelons structurants** dans la mise en œuvre de l'expérimentation. Ils exercent en effet **un rôle soutenant** vis-à-vis des équipes dites de terrain et peuvent permettre de soulager leurs fonctions et responsabilités auprès des résidents en prenant part à certains processus décisionnels ou à certaines fonctions de régulation. De plus, leur intervention sur les dispositifs et les niveaux d'interconnaissance qu'ils ont avec les résidents participent d'une forme de **reconnaissance symbolique** de l'institution porteuse de l'expérimentation vis-à-vis des publics accompagnés. Enfin, les liens réguliers entre les différents niveaux d'intervention hiérarchique et les résidents favorisent une logique d'unité et de cohésion pertinente à l'échelle de la structure, vectrice de **confiance** réciproque, des résidents vis-à-vis des professionnels, et des professionnels entre eux.

Encadré 2 – Quelles modalités d'organisation des équipes et quels profils de professionnels pour mettre en œuvre le dispositif d'accompagnement des personnes en situation de grande marginalité ?

L'évaluation souligne l'intérêt fort de la pluridisciplinarité des équipes de professionnels intervenant sur les dispositifs, en particulier lorsqu'elle implique des professionnels de l'intervention sociale et des professionnels de santé. A ce titre, le recrutement interne de professionnels de santé (infirmier-ères, médecins, psychologue) présente une plus-value qualitative à l'accompagnement proposé aux personnes accueillies sur les dispositifs :

- *Un temps de présence sur site plus important et des opportunités d'échanges formels et informels plus régulières avec les résidents,*
- *Un suivi plus fin et régulier des résidents et une compréhension globale et sans cesse actualisée de la situation des résidents,*
- *Un repérage potentiellement anticipé des situations pouvant nécessiter des soins ou une prise en charge médicale, et une réactivité plus importante en cas de besoin,*
- *Un élargissement des fonctions exercées (actes de soins, accompagnement aux rendez-vous médicaux, suivi des traitements, prévention, explications et traduction des enjeux de santé, etc.),*
- *Un renforcement du lien de confiance avec les résidents,*
- *Un accompagnement renforcé sur la question des consommations et de la gestion des addictions,*
- *Un accompagnement renforcé sur la réduction des risques.*

La présence de professionnels de santé aux côtés des intervenants sociaux permet une réelle complémentarité de l'accompagnement proposé aux résidents, permet une répartition des responsabilités entre les professionnels au regard de leurs spécialités et contribue également à limiter la polyvalence et la porosité des fonctions des professionnels sur le dispositif (voir partie 4.2.1.1 ci-après).

De plus, la variation des niveaux d'expérience des professionnels recrutés (en termes d'années d'expérience professionnelle mais également d'expériences auprès des publics en situation de grande précarité et/ou de marginalité) est également intéressante en ce qu'elle favorise les échanges de pratiques internes et la multiplication des points de vue sur les situations d'accompagnement.

En termes d'organisation interne des équipes intervenant sur les dispositifs, l'évaluation qualitative permet de mettre en lumière l'importance de la structuration hiérarchique dans le portage de l'expérimentation à l'échelle des structures porteuses de projet ainsi que l'influence positive des interactions régulières entre

les professionnels de l'accompagnement, les coordinateurs des dispositifs et les personnels de direction des structures porteuses (voir partie 4.1.3 ci-dessus). Ces résultats plaident en faveur d'une organisation interne structurée autour de trois niveaux hiérarchiques mobilisés dans la mise en œuvre du dispositif (équipe « de terrain », coordinateur à l'interface entre les équipes et la direction, et personnels de direction) et d'une explicitation des rôles à chaque niveau hiérarchique (en termes de fonctions principales et de fonctions additionnelles – voir tableau n°5 ci-dessus). Des équipes de professionnels de l'accompagnement composée a minima de deux professionnels, des temps de présence sur site communs entre les professionnels et des interactions régulières entre les professionnels de l'accompagnement et les autres niveaux hiérarchiques sont garants du bien-être au travail des professionnels et favorisent une meilleure continuité de l'accompagnement des résidents.

Voir les préconisations relatives à la structuration des équipes, partie 7.

4.2. Le défi de l'adaptation des pratiques professionnelles dans l'accompagnement des personnes en situation de grande marginalité

L'expérimentation en faveur de l'hébergement et de l'accompagnement des personnes en situation de grande marginalité implique, en raison des partis-pris de son cahier des charges initial, **un questionnement et un ajustement des pratiques et postures des professionnels** intervenant sur les dispositifs, que nous détaillons ici (4.2.1). L'adaptation des pratiques des professionnels s'étend à **l'approche par la réduction des risques : si le principe théorique est partagé** par la majorité des professionnels interrogés, **ses modalités de mise en œuvre traduisent des appropriations hétérogènes** du concept et donnent à voir des actions inégales et relativement peu structurées à l'échelle des structures enquêtées (4.2.2).

4.2.1. Pour les équipes, un repositionnement permanent de leurs pratiques et postures professionnelles

Les spécificités du dispositif « Grands marginaux » (accueil inconditionnel, absence *a priori* de durée d'accompagnement, objectifs d'accompagnement allant de permettre aux personnes de bénéficier d'un « temps de pause » à « l'insertion vers les dispositifs de droit commun »³¹, vulnérabilité et précarité importantes des personnes accompagnées), amènent à en questionner les répercussions sur le travail d'accompagnement mené par les professionnels intervenant auprès des résidents. L'évaluation montre que

³¹ DIHAL, DIPLP, « Appel à manifestation d'intérêt accompagnement de personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective.

l'expérimentation génère moins l'émergence de pratiques professionnelles nouvelles en tant que telles qu'un bousculement et un questionnement des pratiques et postures professionnelles au quotidien.

Les professionnels évoquent en particulier des enjeux d'adaptation de leurs pratiques et postures professionnelles en raison de la polyvalence des tâches induite par le dispositif (4.2.1.1), des spécificités du travail de *care* auprès des publics accompagnés (4.2.2.2), des enjeux dans le rapport de proximité/distance entre professionnels et résidents (4.2.2.3), de la temporalité de l'accompagnement et ses implications dans le quotidien professionnel (4.2.2.4) et des modalités de gestion des situations de crise en rupture avec d'autres types de dispositifs conventionnels (4.2.2.5).

4.2.1.1. Une polyvalence et porosité des tâches fortes

Bien que chaque professionnel ait été recruté sur un poste défini et associé à des tâches relativement précises, la réalité de l'accompagnement sur le dispositif « Grand marginaux » traduit bien souvent une **fonction « multitâches » des professionnels** intervenant. Ainsi sont-ils amenés à **alterner entre des fonctions administratives** (accompagnement à l'ouverture ou à la mise à jour de droits sociaux, suivi des dossiers individuels, etc.), **relationnelles** (par les temps d'échanges formels et informels au quotidien avec les résidents, les partenaires, les membres de l'équipe etc.), **organisationnelles** (par la mise en place d'activités, de sorties, de réunions etc.), ou encore des fonctions **logistiques et de support** (par les accompagnements des résidents à des rendez-vous, l'appui à l'entretien des espaces individuels et collectifs, intérieurs et extérieurs, etc.).

« En fait, on fait tous le même boulot, on fait tous le rôle d'un éduc, c'est-à-dire qu'on peut faire de l'administration, on fait un peu de tout quoi, on est multifonctions. En plus, moi des fois je fais du bricolage, des travaux. Donc je touche à tout. [...] Au début je ne le voyais pas comme ça. Moi je croyais trop que j'allais arriver dans une équipe, ils allaient gérer, moi je m'occupe de l'animation et en fait, pas du tout. Mais c'est pas plus mal au final. Mais c'était pas comme ça que je voyais [les choses]. » (Dorian, animateur social, juin 2023)

Cette alternance permanente entre différents types d'activités nécessite l'adhésion des professionnels et est d'autant mieux acceptée lorsqu'elle implique l'ensemble des membres de l'équipe, quel que soit leur statut. Toutefois, **les limites de cette porosité des tâches méritent d'être questionnées** : sur certains dispositifs évalués, des animateurs sociaux ont effectué la toilette de résidents dont l'état d'hygiène était jugé problématique ; dans d'autres, ils interviennent pour l'entretien des espaces individuels lorsque le niveau de malpropreté n'est plus jugé acceptable ; d'autres témoignages ont indiqué que les travailleurs sociaux pouvaient, en situation exceptionnelle, se substituer aux professionnels de santé pour la gestion des piluliers et la distribution des médicaments aux résidents. Ces quelques exemples permettent d'envisager d'éventuelles conséquences de cette porosité des tâches : lassitude, refus d'intervention, risques pour la sécurité des professionnels et des résidents, épuisement professionnel.

Au cours de l'expérimentation, cette forte hybridation des fonctions entre les professionnels a suscité une **prise de conscience**, alimenté des discussions entre les membres des équipes, les coordinateurs et les directions et donné lieu, sur certains dispositifs, à des **mesures visant progressivement à « spécialiser »** de nouveau les professionnels au regard de leurs compétences, appétences et fiches de poste initiales.

« Parfois tout le monde compte sur tout le monde pour les tâches. Elles gagneraient à être délimitées pour pas que les informations se perdent et que l'accompagnement

perde de qualité. Qu'un éduc[ateur] accompagne à un rendez-vous médical, j'ai aucun problème, sauf s'il y a un lien à faire avec un médecin. C'est la feuille de route qui m'a été fixée de redonner à chacun son rôle. » (Pénélope, directrice d'une association porteuse de projet, janvier 2024)

Ces mesures ont souvent été liées à des **recrutements**, à l'image de Pénélope reprenant la direction de la structure porteuse de projet d'un des dispositifs avec l'objectif de respecifier les fonctions des membres de l'équipe intervenante dans le cadre du dispositif expérimenté. Sur un autre site, Louise (CESF) souligne que le remplacement et le passage à temps plein d'une personne de son équipe au poste d'animatrice sociale, permet depuis peu d'initier des actions à dimension collective auprès des résidents, ce qui jusque-là n'entrait pas dans le champ de compétences directes et l'emploi du temps de la travailleuse sociale.

« Elle [l'animatrice sociale] a pu se concentrer beaucoup plus sur l'aspect collectif. [...] Le collectif est un peu inexistant et du coup c'est qu'avec [elle] on essaye de mettre en place. [...] Moi, c'est quelque chose que j'ai jamais eu le temps de mettre en place, ça fait partie des choses sur lesquelles c'est passé à la trappe. » (Louise, conseillère en économie sociale et familiale, décembre 2023)

Sur d'autres sites, ces mesures relèvent davantage d'une **réaffirmation des compétences et aspirations de chacun** et d'une réorganisation interne (affectations de certaines tâches à des profils en particulier) permettant de respecter davantage les fiches de poste des membres de l'équipe.

« Là, notre objectif en termes d'équipe, c'est de commencer à structurer les pratiques. Le fait d'avoir une équipe pluridisciplinaire qui a tenté de faire une bouillie de transdisciplinarité c'est-à-dire qu'on fait tous la même chose et qu'on s'y est tous perdu alors qu'on a de très bons animateurs dans l'équipe, de très bons éduc' dans l'équipe, maintenant une chouette infirmière [...]. On va arrêter de faire faire des dossiers de numéro unique à l'infirmière qui nous le dit d'ailleurs, "moi j'ai jamais fait ça de ma vie, et c'est pas que ça m'emmerde mais ça me met en difficulté". (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023)

Ainsi, **la porosité des tâches est commune aux dispositifs évalués, a fortiori dans les premiers temps de l'expérimentation**. Si elle convient à une partie des professionnels concernés, elle présente également à terme, un certain nombre de « risques », notamment sur l'adhésion des professionnels et le sens qu'ils attribuent à leur travail ainsi que leur bien-être professionnel. Certains dispositifs ont identifié ces risques et initié des actions en faveur d'une réaffirmation et une réattribution claire des rôles entre chaque professionnel.

4.2.1.2. Un travail de care subtil et permanent

Selon les professionnels concernés, **une particularité forte de l'accompagnement** des résidents sur le dispositif « Grand marginaux » **tient aux modalités de « prendre soin » des habitants**.

D'une part, l'accompagnement des résidents mobilise **plusieurs registres d'actions** de la part des professionnels. Il s'agit en effet d'alterner simultanément entre toutes les composantes du travail de *care* : « s'occuper de », « faire attention à », « se soucier de » (Noël-Hureau, 2015). Dans cette perspective, le

caractère informel des échanges entre les professionnels et les résidents a tout autant d'importance et d'effets sur la relation entre eux que les rendez-vous plus formels qui vont rythmer l'accompagnement des personnes. En pratique, **tout type d'interaction susceptible de favoriser le lien de confiance** entre les résidents et l'équipe est saisi par les professionnels comme une opportunité d'initier ou d'entretenir une démarche d'accompagnement (voir extrait d'entretien suivant). Un résident qui se « contenterait » de saluer quotidiennement les membres de l'équipe sans autre forme d'interaction peut être tout aussi valorisé par les professionnels qu'un habitant qui initierait une démarche de soins ou d'insertion professionnelle. Le travail de *care*, *a fortiori* dans le cadre du dispositif « Grands marginaux », tend à ne pas hiérarchiser la nature des étapes susceptibles d'être franchies par les résidents mais à valoriser le franchissement d'étapes en tant quel. L'accompagnement proposé s'ajuste donc à chaque profil d'habitant, à partir d'un travail de discussion et d'écoute de chaque instant visant à faire émerger des besoins et des envies.

« Rien que le fait de subvenir à ce [micro]-besoin-là fait [que le résident va se dire] : "ah d'accord, je peux demander quoi que ce soit à cette personne-là". [...] Leur besoin au départ va être vraiment minime [...] au fur et à mesure, des discussions se font, la confiance se crée et les besoins s'élargissent. » (Mohammed, éducateur, juin 2023)

« Je pense à François³² qui pour le coup au début était assez sauvage, il nous a dit qu'il était réticent par rapport aux travailleurs sociaux, et aujourd'hui il connaît nos prénoms et vient nous voir pour faire le lien ou nous demander si on connaît des gens pour des soins addicto. » (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023)

D'autre part, **l'accompagnement des résidents peut mobiliser tous types de professionnels intervenant sur le dispositif**, des travailleurs sociaux et professionnels de santé de première ligne, aux professionnels supposément en lien moins direct avec les résidents (veilleurs de nuits, maîtres et maîtresse de maison notamment). En effet, des relations sont susceptibles de se nouer entre ces professionnels et les résidents et participer à l'établissement d'un lien de confiance global des résidents vis-à-vis du dispositif.

« Ils aiment bien venir discuter. Moi j'aime bien écouter aussi, et je pense que ça fait aussi partie du taf, c'est de les écouter. Ils ont un besoin énorme de parler, de se faire écouter, de partager leurs expériences. Après, je peux partager la mienne aussi quand j'en ai envie avec eux, mais ce n'est pas obligé. C'est surtout eux qui ont besoin de partager. Ils ont besoin d'évacuer tout leur mal, je pense. [...] Je laisse le volet ouvert, allumé, ils savent qu'ils peuvent venir, et la porte [reste] ouverte aussi. [...] Apparemment ils m'aiment bien. Donc ils aiment bien partager. » (Blaise, veilleur de nuit, juillet 2023)

Ainsi, le dispositif « Grands marginaux » implique des spécificités dans le travail du *care* en ce que la démarche d'accompagnement proposée est globale, diffuse (de chaque instant) voire subtile (il s'agit de saisir la moindre opportunité de *faire lien* avec la personne accompagnée), ce que résume Laurène :

³² Prénom anonymisé.

« Finalement notre travail est très axé sur cette question du lien, de la confiance... » (Laurène, assistante sociale, mars 2023).

4.2.1.3. Les enjeux exacerbés de la « bonne distance » entre professionnels et résidents

La question du lien de proximité ou de la « bonne distance » entre les professionnels de l'intervention sociale et les personnes accompagnées se pose de façon relativement classique dans la formation et la pratique professionnelle des travailleurs sociaux. Il semble néanmoins que les **enjeux** relatifs à cette question soient **exacerbés dans le cadre du dispositif « Grand marginaux »** et ce notamment **en raison des profils des professionnels recrutés** (en particulier les intervenants non formés aux métiers de l'intervention sociale ou faiblement expérimentés), **de la taille des dispositifs** (les dispositifs de petite capacité – d'une vingtaine, trentaine de places – impliquent des logiques d'interconnaissances plus fortes entre habitants et membres des équipes) et **du temps de présence important des professionnels sur les sites**.

Nombreux sont les professionnels à souligner la **relation de proximité** qu'ils peuvent avoir avec les résidents, en comparaison d'autres dispositifs d'accueil (type CHRS). Du fait de leur présence prolongée sur site, les professionnels **multiplient les interactions** avec les résidents, y compris informelles, ce qui tend parfois à **familiariser les relations** entre eux et offre une **qualité relationnelle** tant du point de vue des professionnels que des résidents. Cette proximité relationnelle peut dans certains cas contribuer à générer **des relations moins asymétriques** entre les habitants et les professionnels, car davantage fondées sur le quotidien au sein du dispositif et moins centrées sur les enjeux de l'accompagnement des personnes et le respect des règles propres au dispositif – *a priori* moins nombreuses et moins contraignantes dans le cadre de cette expérimentation. Il n'est ainsi par rare que les résidents eux-mêmes sollicitent des nouvelles d'un professionnel de l'équipe et s'enquière de son état de santé, comme l'illustrent Laurène et Matthieu dans l'extrait suivant :

« Par exemple, ils sont très inquiets quand quelqu'un est en arrêt. Ils demandent des nouvelles. » (Laurène et Matthieu travailleurs sociaux [assistante sociale et éducateur spécialisé], mars 2023)

Sur plusieurs dispositifs évalués, des professionnels et des résidents vont **jusqu'à qualifier les relations de « familiales »** pour illustrer la proximité des liens entretenus. Ainsi, Richard qualifie les professionnels du dispositif de « géniaux » pour souligner leur disponibilité et leur écoute. Il apprécie particulièrement d'échanger régulièrement avec eux, avant ou après sa journée de travail et ainsi, de ne pas être uniquement au contact des autres résidents :

« Je me sers d'eux pour parler [quand] il faut que je me vide. [...] Moi [nom du dispositif], c'est comme une famille ». (Christian, 67 ans, dans la structure depuis un an et demi, auparavant à la rue, juin 2023)

« On serait un peu une famille de substitution. On a même des fonctions un petit peu psychosociales [...] Christelle [une résidente] l'a verbalisé, "vous faites le travail que notre famille n'a pas fait" [...] "Vous nous mettez le cadre qu'on n'a jamais eu." »

(Laurène et Matthieu, travailleurs sociaux [assistante social et éducateur spécialisé], mars 2023)

Pour autant, cette réduction de la distance entre professionnels et résidents n'est pas sans conséquence sur le travail des intervenants. En effet, ces derniers témoignent d'un **niveau de sollicitation** de la part des résidents **très important** et d'un **investissement émotionnel parfois difficile à gérer**, y compris chez les profils expérimentés, ainsi qu'en témoigne Laurène :

« On va pas se cacher, ils nous prennent une énergie... Une énergie vitale. [...] Et même quand on met un minimum de distance, le fait d'être au quotidien avec eux, de voir leur souffrance, leur mal-être, ça prend une énergie. Quand je travaillais au CHRS, je travaillais sur les logements extérieurs, je faisais 10 minutes de voiture ça me permettait de souffler. Là, y a des jours où c'est de 9h du matin à 17h, ça pète et c'est très dense ». (Laurène, assistante sociale, mars 2023)

Si la formation initiale aux métiers de l'intervention sociale et les expériences antérieures peuvent aider les professionnels à gérer leur implication émotionnelle et à adapter leur posture vis-à-vis des résidents, elles ne constituent pas pour autant des pare-feux systématiques dans le cadre de cette expérimentation puisque **les professionnels expérimentés sont également concernés par des difficultés à définir les limites de la relation d'accompagnement**. Ces limites sont également ténues pour **certains résidents qui peinent parfois à qualifier la nature de leur relation avec les professionnels**, notamment du fait de la proximité qui les lie – en termes d'âge, de « façons de parler », de régularité et de nature des échanges - :

« Après Matthieu, Laurène, c'est pas que je les aime pas, rien du tout hein, c'est que je les trouve... [...] C'est je trouve qu'ils sont trop comme nous. Je sais pas. Du coup j'ai du mal à trouver la barrière de, voilà, éducateur/ habitant parce qu'ils sont un peu trop comme nous quoi. [...] Lulu [une autre éducatrice] c'est un peu la maman, c'est l'ancienne qui met des règles. [rires] Et Sofiane [autre éducateur] c'était un peu ça aussi. Mais eux qui sont plus jeunes, qui ont une façon de parler plus comme nous, tout ça, c'est vrai que j'ai un peu plus de mal à les voir comme des éducateurs, on va dire. » (Charlie, 39 ans, depuis 8 mois dans la structure, auparavant dans un squat, juin 2023)

La délimitation parfois complexe du cadre de la relation entre les résidents et les professionnels laisse entrevoir de potentielles **difficultés dans l'exercice quotidien des professionnels**, telles que l'adaptation des réponses aux situations de « crise » (comportant l'enjeu de réaffirmer une relation d'autorité potentiellement masquée par une relation d'apparente proximité), le maintien dans la durée du lien de confiance (potentiellement affaibli du point de vue des résidents à la suite d'une situation de crise), le maintien de la « crédibilité » perçue des professionnels (par l'équipe et les résidents) ou encore, à terme, la prévention d'un épuisement professionnel.

4.2.1.4. L'absence de durée d'accompagnement et de projet personnalisé : un sentiment de perte de levier d'action ?

L'expérimentation se caractérise par l'absence *a priori* d'une durée d'accompagnement et la variabilité des finalités de cet accompagnement, entre disposer d'« un sas ou temps de pause » et l'insertion, à terme, « vers les dispositifs de droit commun »³³. Dans les faits, les porteurs de projet ont **des acceptations différenciées de « l'esprit » du dispositif** : pour certains, il est davantage **perçu comme un « lieu de vie »** : « C'est un lieu de vie, c'est pas un lieu d'insertion forcément. Après on va voir ce qui va en sortir » (Julien, directeur d'une association porteuse, mars 2023) quand pour d'autres il est d'abord défini comme un **« tremplin » vers l'insertion** des personnes : « Le dispositif c'est un tremplin, c'est pas un lieu de vie [...] Dès le départ c'est annoncé que ce lieu n'est pas une maison relais, n'est pas un lieu de vie pérenne, c'est un tremplin. » (Yohan, chef de service et coordinateur du dispositif, mars 2023). Quelle qu'en soit la vision dominante (« lieu de vie » ou « tremplin »), les professionnels interviennent auprès des résidents sans « projet personnalisé d'accompagnement », contrairement aux dispositifs habituels. Or, cette façon de travailler les accompagnements auprès des personnes peut être perçue comme déstabilisante par une partie des professionnels non habitués, dans leurs précédentes expériences professionnelles, à intervenir sans ce qu'ils perçoivent comme un « cadre » pour accompagner les personnes :

« C'est pas un dispositif où tout le monde va se sentir à l'aise (...), il n'y a pas de projet personnalisé d'accompagnement, plein de trucs qu'en fait tout travailleur social a appris à l'école et qui le sécurisent en fait (« s'il ne fait pas ça il y a sanction, il y a machin... »). Là, y a pas tout ça. Ils sont là ils peuvent faire de la merde et ils sont encore là. C'est super déstabilisant. » (David, coordinateur, décembre 2023)

Dès lors, les interprétations qu'ont les porteurs de projet des finalités du dispositif se déclinent dans les modalités de l'accompagnement proposées, et en particulier **le rapport à la temporalité dans l'accompagnement**. Schématiquement, **la représentation du dispositif comme « un lieu de vie » avant tout, implique une posture d'accompagnement essentiellement structurée selon le rythme des résidents**. La temporalité des habitants prime et le travail des professionnels s'adapte à celle-ci, **y compris si cela implique une absence ou une faible mobilisation des résidents** (dans la vie collective du site, dans leurs démarches individuelles d'accès aux droits, à la santé, d'insertion par le logement ou le travail).

« Quand une personne arrive [...] on ne lui saute pas dessus. [...] Il se pose, on n'est pas là pour lui poser des questions. S'il est chez nous c'est qu'il a eu un petit passage dans la rue, dans des foyers d'urgence etc. : on le laisse se poser, on le laisse manifester ses problématiques, on l'accueille tel qu'il est quoi. » (Julien et Paul, directeur et directeur adjoint d'une association porteuse de projet, mars 2023)

Lorsque le dispositif est davantage perçu comme un appui à l'insertion, et bien que l'expérimentation pose le postulat d'une absence de durée de l'accompagnement, **il semble plus complexe pour les porteurs de projet et les professionnels de s'affranchir de la notion de**

³³ DIHAL, DIPLP, « Appel à manifestation d'intérêt accompagnement de personnes en situation de grande marginalité dans le cadre d'un lieu de vie innovant à dimension collective.

temporalité de l'accompagnement dans leur travail auprès des résidents. Hormis le cas particulier d'un dispositif parmi les huit évalués qui limite l'accueil et l'accompagnement des personnes à une période de six mois³⁴, tous les autres dispositifs ont adopté le principe de durée indéterminée de l'accompagnement. Concrètement donc, l'accompagnement ne relève d'aucune durée. **Dans la pratique, les modalités de l'accompagnement reposent, pour certains dispositifs évalués, sur des objectifs** comportant de façon plus ou moins implicite une référence temporelle, notamment une perspective d'échéance pour atteindre ces objectifs. Qu'il s'agisse de l'inscription dans un « module » ou « axe d'investissement » à l'entrée dans le dispositif³⁵, de l'accomplissement d'une action ou encore de l'adoption d'un comportement, la fixation de ces objectifs introduit un horizon temporel et donc, un levier d'action dans le cadre de l'accompagnement des personnes.

« Depuis quelque temps, on a mis des entretiens individuels, avec des objectifs, mais sans pour autant aller dans une pression... Les objectifs, c'est pas des objectifs institutionnels mais des toutes petites choses, par exemple demain tu nettoies le sol chez toi. » (Laurène, assistante sociale, mars 2023).

« Qu'est-ce qu'on fait de ceux qui sont là, qui sont en accompagnement, mais pour qui les projets n'avancent pas ? [...] On a eu le cas récemment, ce qui nous a posé un cas de conscience par rapport aux objectifs mêmes du projet initial. [...] On a un jeune [...] qui en gros est posé dans sa chambre, il a une télé et des jeux vidéo, il achète son shit et il ne bouge plus. Et qu'est-ce qu'on fait ? [...] Ça nous pose question parce qu'on se dit, on l'entretient dans une forme d'inertie. [...] On l'a informé que nous, s'il n'y a rien qui bougeait au bout de 3 mois, on serait obligé à un moment donné de prendre une décision de fin d'accompagnement sur le [dispositif] et de réorientation vers autre chose. [...] Autant qu'on utilise cet outil-là en se disant peut-être que ça va le faire bouger. » (Yohan, chef de service et coordinateur du dispositif, mars 2023).

Ces exemples illustrent qu'**en dépit d'une adhésion globale au principe d'inconditionnalité dans la durée d'accueil et d'accompagnement** des personnes, les porteurs de projet et les professionnels ont le réflexe de mobiliser, dans leurs modalités d'accompagnement, **des logiques d'objectifs (aussi minimales soient-ils) et une référence temporelle**, eu égard à des socialisations professionnelles antérieures et à des représentations de l'expérimentation comme levier d'insertion plutôt que comme lieu de vie.

En conséquence, sur certains dispositifs, la finalité d'offrir un « sas ou temps de pause » non assorti, de la part des personnes concernées, d'intentions et d'actions visant l'insertion, **questionne les porteurs de projet et les professionnels de l'accompagnement dans leurs pratiques, voire dans leur sentiment d'utilité**. Tandis que les notions de projet individualisés, d'objectifs et d'échéances participent classiquement de la structuration de l'accompagnement des personnes, le dispositif « Grands marginaux » implique une mise à distance de ces leviers d'action par les professionnels susceptible de les déstabiliser dans leurs pratiques.

³⁴ UCRM et association Clémence Isaure (Toulouse).

³⁵ Sur le dispositif « Parcours » porté par AI Prado à Bordeaux, les résidents choisissent nécessairement, à leur entrée dans le dispositif, de s'inscrire dans un ou plusieurs « modules » ou « axes d'investissement ».

4.2.1.5. Des modalités de gestion des situations de crise en rupture avec les dispositifs classiques

Enfin, **l'expérimentation bouscule les modalités de gestion des situations de tension et de « crise » avec des résidents et les réponses à y apporter**, en comparaison avec d'autres types de dispositifs d'hébergement des personnes en situation de grande marginalité.

Si le non-respect des normes et règles de vie et les actes de violence sont généralement convoqués pour mettre un terme à l'accueil et à l'accompagnement des personnes au sein des dispositifs existants (CHRS, pension de famille, etc.), **l'expérimentation encourage les porteurs de projet et les professionnels à assouplir leurs usages des sanctions vis-à-vis des personnes accompagnées et notamment le recours à l'exclusion définitive**, par le faible niveau de contraintes normant le dispositif d'une part, et afin d'éviter aux personnes de répéter des situations de rupture et d'échec d'autre part. Ainsi, pour Lyes, le non-recours à l'exclusion constitue l'une des principales singularités du dispositif par rapport aux structures antérieures dans lesquelles il a travaillé : « *La [principale] différence [sur ce dispositif] c'est la durée de prise en charge, et le non-recours à l'exclusion.* » (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023).

En pratique, les porteurs de projet et les professionnels mobilisent **différents leviers d'actions pour sanctionner les écarts de conduite des habitants** avant d'envisager la sortie définitive du dispositif. Le rappel du cadre d'accueil et de l'accompagnement, la recherche du maintien du dialogue, la mise à l'écart temporaire du dispositif (généralement quelques jours), le recours à la police ou encore la proposition d'intégrer un autre dispositif figurent parmi les principales actions mises en œuvre lorsque les limites de respect du cadre et du collectif sont franchies du point de vue des porteurs de projet. Il en résulte **peu de sorties du dispositif au motif d'une exclusion définitive sur les huit dispositifs enquêtés** (entre 0 et 9 sorties définitives par site et une moyenne de 3 exclusions par site³⁶). **La recherche de solutions alternatives à l'exclusion définitive est privilégiée** par les porteurs de projet, conformément à l'esprit initial de l'expérimentation.

« Avoir une action courageuse, c'est faire face, accompagner des phénomènes de crise, des violences, et les dépasser. Souvent dans les grosses structures vous avez des grandes procédures qui sont établies : tel comportement, telle réponse. Nous on essaye de pas être là-dedans. [...] On se rend compte que sur le terrain, face aux expériences vécues sur le terrain, les collègues réfléchissent encore par l'exclusion. [...] On peut dépasser les crises, parce que c'est un travail de déconstruction en fait. » (Julien et Paul, directeur et directeur adjoint d'une association porteuse de projet, mars 2023).

Toutefois, la recherche d'une réponse proportionnée aux écarts de conduite identifiés **nécessite une adaptation des postures et des pratiques** d'accompagnement de la part des professionnels, or, cela est **susceptible d'entraîner un certain inconfort sinon des désaccords** entre les membres d'une équipe ou entre les professionnels intervenant et la coordination/direction de la structure porteuse de

³⁶ Données actualisées au mois de mai 2024. Un dispositif ne recense aucune sortie au motif d'une exclusion, quatre dispositifs comptent deux exclusions, un dispositif en comptabilise trois, un dispositif en recense quatre et un dispositif en dénombre neuf (il s'agit également du dispositif ayant la capacité d'accueil la plus grande parmi les dispositifs enquêtés).

projet. Les situations de tensions et de crises, notamment lorsqu'elles prennent à partie ou ciblent des personnes de l'équipe, sont celles qui posent le plus de **difficultés** aux équipes et porteurs de projet quant à la réponse à y apporter. Un éducateur spécialisé relate ainsi un épisode récent de fortes tensions sur le dispositif impliquant pas moins de quatre résidents et des membres de l'équipe. Il indique que pour trois personnes, des mises à l'écart courtes sont envisagées tandis que pour la « *première fois il y a des vraies divergences d'opinion* » concernant la réponse à apporter à la quatrième résidente :

« On a été assez loin dans la violence [...] il y avait un joli équilibre, là c'est un peu parti en vrille. On ambitionne la mise à l'écart de quatre personnes, dont une pendant deux mois. [Certains dans l'équipe considèrent que] deux mois, c'est trop long pour une personne dehors [et d'autres pensent que ce n'est] pas trop pour pouvoir organiser une synthèse avec tous les acteurs possibles. Moi j'étais pour une exclusion définitive, mais j'ai su me raisonner. » (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023)

Ainsi, contrairement à des dispositifs plus classiques, l'expérimentation « Grands marginaux » a la particularité d'exposer les équipes à des épisodes de violences importants et récurrents face auxquels la réponse n'est pas systématiquement pensée sous l'angle de l'exclusion, *a fortiori* définitive. Néanmoins, ce sont bien les actes de violences (vis-à-vis d'autres résidents, de membres de l'équipe ou matérielles graves) qui ont conduit aux sorties définitives des dispositifs évalués, en ce qu'ils menaçaient la sécurité des personnes, des lieux et l'équilibre collectif.

4.2.2. La réduction des risques, un volet de l'accompagnement théoriquement consensuel, nuancé en pratique

Le cadre de l'expérimentation autorise l'organisation régulée des consommations de produits psychoactifs sur les dispositifs et incite les porteurs de projet à proposer un accompagnement incluant une approche par la réduction des risques et des dommages.

L'évaluation permet de mettre en évidence que **le principe théorique de la réduction des risques est partagé** par la majorité des professionnels interrogés sur les huit sites enquêtés. Ces derniers n'ont en effet pas formulé de discours défavorables vis-à-vis du principe de l'approche par la réduction des risques dans l'accompagnement des publics en situation de grande marginalité visés par l'expérimentation. Il se dégage donc, *a priori*, **un consensus** autour de l'intégration de l'approche par la réduction des risques dans le cadre de l'accompagnement des résidents sur les différents dispositifs évalués. **Pour autant, la mise en pratique** de la réduction des risques **se révèle hétérogène** sur les sites enquêtés.

Concrètement, l'approche par la réduction des risques est mise en œuvre à **trois échelons** :

- au niveau interne au dispositif, par l'intermédiaire des **professionnels de l'équipe** intervenant auprès des résidents (travailleurs sociaux, professionnels de santé)

« Vraiment, ça leur tient à cœur, à cette équipe. Moi, je sais ce que ça voulait dire, mais je ne connaissais pas vraiment. Et je trouve qu'ils ont l'art et la manière de réussir à donner des bons arguments pour motiver les gens à : "tu sais que tu as vraiment une jolie peau, on voit

- au niveau interne au dispositif, par l'intermédiaire de **professionnels partenaires** intervenant ponctuellement auprès des résidents (équipes mobiles de professionnels de santé, équipes mobiles de CAARUD principalement)
- au niveau **externe au dispositif, par l'intermédiaire des structures et/ou des professionnels** avec lesquels les résidents sont en lien, que ce lien préexiste ou non à leur entrée sur le dispositif (professionnels de santé libéraux, CAARUD, CSAPA, etc.)

que tu bois moins depuis plusieurs jours”, des petites choses comme ça. Et puis après, ils mettent en place des outils, ils utilisent des choses que moi je ne maîtrise pas trop encore.» (Karine, infirmière, juillet 2023)

« Je travaille aussi autour des consommations que ce soit de l'alcool ou de produits, sur le matériel, sur le dépistage. Ici c'est une problématique à part entière. Ils aiment bien oui discuter, parler de la gestion des consommations [...]. Je me dois quand même d'arriver à suivre à peu près qui consomme, qui a besoin de renouveler son matériel, etc. » (Camille, infirmière, partenaire extérieure au dispositif, juin 2023)

« J'ai un médecin généraliste. [...] Je suis suivi pour mon addiction à l'héroïne. [...] J'y vais tous les mois : c'est réglé comme une horloge. » (Tom, 56 ans, depuis 2 ans et 2 mois dans la structure, auparavant vivait dans un parking, décembre 2023)

Dans les pratiques observées sur les dispositifs enquêtés, la réduction des risques recouvre essentiellement **la prévention** à travers les échanges entre les professionnels et les résidents au sujet de leurs consommations, des modalités de consommer et des risques associés ; **l'orientation** des résidents vers des structures dédiées (CAARUD, CSAPA) ; la **délivrance de matériel stérile** ou encore la **délivrance de boissons alcoolisées**³⁷ :

« On fait de la délivrance d'alcool pour des personnes en état de manque. Leur montrer qu'on sait analyser l'état de manque, le fait de savoir qu'il y a un stock d'alcool en cas de besoins, déjà en termes de besoin psychologique c'est énorme. [...] Par exemple avec les jours fériés, on fait en sorte de prévoir une délivrance pour ceux qui ont zappé que c'était férié. On leur fait signer une charte de remboursement, ça les engage sur certains points et ils savent qu'on est là pour eux si besoin. » (Mohammed, éducateur, juin 2023)

La mise en œuvre de l'approche par la réduction des risques est donc **essentiellement à visée individuelle**, et relativement **peu structurée à l'échelle collective** sur les dispositifs. Ce constat est dressé explicitement sur l'un des dispositifs enquêtés, dont le coordinateur déclare : *« On travaille les*

³⁷ Sur deux des huit dispositifs enquêtés.

questions de RDR individuellement mais on n'a pas encore trouvé comment les faire vivre collectivement. » (Yohan, coordinateur du dispositif, mars 2024). En effet, la réduction des risques est essentiellement abordée de façon interindividuelle avec les résidents, par des professionnels sinon formés, à tout le moins à l'aise avec cette approche, qu'ils soient internes au dispositif ou partenaires extérieurs. En revanche, peu d'actions collectives sont initiées sur le sujet³⁸ et **la mobilisation par les pairs sur ce thème n'est que marginalement pratiquée** à l'échelle des dispositifs enquêtés (un dispositif sur les huit enquêtés), au regret de certains professionnels interrogés :

« J'aimerais bien qu'on mette en place des actions collectives, sur la réduction des risques par exemple des choses comme ça. Il y a aussi des usagers qui deviennent usagers pairs et qui peuvent intervenir ensuite. Ici, ce serait le top. » (Camille, infirmière, partenaire extérieure au dispositif, juin 2023)

Plusieurs éléments permettent d'interpréter l'hétérogénéité des pratiques en termes de réduction des risques entre les dispositifs ainsi que la difficulté des dispositifs à structurer une approche collective sur ce thème.

D'une part, **la composition et les profils des équipes internes aux dispositifs influent fortement sur la capacité, la disponibilité et l'aisance à mettre en pratique un accompagnement par la réduction des risques** à l'échelle interne des dispositifs. Le **manque de formation et d'expériences** professionnelles en lien avec cette pratique apparaît comme un premier frein prégnant à la mise en œuvre de l'approche par la réduction des risques. A ce titre, tous les profils de professionnels – travailleurs sociaux comme professionnels de santé – peuvent être insuffisamment formés à ce sujet ; le statut de professionnel du soin n'implique pas nécessairement une maîtrise des questions d'addictologie et de réduction des risques. Inversement, des intervenants sociaux ayant eu des expériences en addictologie peuvent faire figure, sur certains dispositifs, de « spécialistes RDR » au sein de leur équipe. *« Je suis édu[cateur spécialisé] depuis que j'ai 24 ans. J'ai fait essentiellement de l'addicto, autant en ambulatoire qu'en hébergement. J'ai travaillé en CSAPA, en CAARUD, en CTR [centre thérapeutique résidentiel], en communauté thérapeutique et en milieu festif. Je suis la caution addicto du projet en fait. »* (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023). Par ailleurs, l'apprentissage ou le renforcement des compétences des professionnels sur cette approche dans le cadre de l'expérimentation sont également limités par l'**effet de turn-over** important au sein des équipes : l'instauration de nouvelles pratiques et leur ancrage dans les accompagnements sont freinés par les arrêts de travail, les départs de professionnels et leur remplacement éventuel par des profils non spécialistes de l'addictologie et de la réduction des risques. A ce titre, **la pérennité sur les dispositifs de professionnels (sociaux ou de santé) maîtrisant ces questions est un atout** dans la structuration de l'approche par la réduction des risques à l'échelle des dispositifs.

En effet, cela permet de mieux cadrer la démarche dans une perspective de long terme à l'échelle de l'équipe et d'encourager une évolution des regards et des pratiques professionnelles en pari, et favorise

³⁸ L'évaluation n'en recense pas sur les huit dispositifs évalués.

Encadré 3 – Pour les professionnels non formés ou peu expérimentés sur la réduction des risques, un enjeu de faire évoluer ses représentations et ses pratiques professionnelles

La réduction des risques comme volet à part entière de l'accompagnement dans le cadre du dispositif **génère elle aussi des effets sur les pratiques des professionnels**, notamment chez ceux qui n'ont pas de culture professionnelle en lien avec l'addictologie et/ou qui ont toujours exercé en tant que professionnels de l'intervention sociale sur des dispositifs « classiques » au sein desquels les consommations étaient interdites et pouvaient justifier une exclusion. Pour ces professionnels, les consommations parfois importantes, de tous types et leurs effets sur les comportements individuels et les dynamiques collectives sur les sites sont **perturbants** en ce qu'ils **heurten directement leur sensibilité** et les **obligent à intégrer plutôt que rejeter et stigmatiser ces pratiques de consommations dans l'accompagnement proposé**.

« On a fait un gros travail sur notre système de représentations. A être beaucoup plus tolérant. On était formé par nos différentes expériences professionnelles, et on a dû réajuster, ça n'a pas été simple. » (Laurène et Matthieu, travailleurs sociaux [assistante sociale et éducateur spécialisé], mars 2023)

« A l'entretien [d'embauche] on m'avait déjà expliqué un peu les profils [des résidents]. Donc je n'étais pas surpris. J'étais peut-être un peu, on va dire, surpris par rapport aux gens qui ont des consommations, ceux qui prennent de l'héroïne, les seringues tout ça, j'étais pas habitué. » (Dorian, animateur social, juin 2023)

l'établissement d'un lien de confiance dans la durée auprès des résidents, vecteur essentiel de l'accompagnement des personnes sur ces enjeux.

D'autre part, **si certaines consommations – en particulier d'alcool – sont assumées** et font facilement l'objet d'échanges entre résidents et professionnels (voir extraits d'entretiens de Laurène, Matthieu et Louise en note de bas de page³⁹), **d'autres consommations**, dès lors qu'elles ne sont pas autorisées dans les espaces collectifs des dispositifs mais renvoient à des pratiques au sein des espaces privés des résidents, sont appréhendées de façon plus partielle par les professionnels. **Plus invisibilisées**, ces consommations sont dès lors moins sujettes à des échanges avec les professionnels et ces derniers peuvent être moins réactifs face à d'éventuels besoins – d'information, de matériels – de la part des résidents. Dès lors, les professionnels témoignent plus aisément d'un accompagnement des résidents au sujet de leurs consommations d'alcool (les plus répandues et massives par ailleurs parmi les résidents des dispositifs enquêtés). En revanche, l'accompagnement à la réduction des risques d'autres profils de consommateurs peut s'avérer plus complexe, à l'image de ce que décrit David, traduisant ainsi un certain

³⁹ « En fait ils ne se cachent pas ici. En CHRS, moi j'ai eu des suivis, où... Ils te disent ce que t'as envie d'entendre. Ils se cachent de leur conso, tu rentres dans l'appartement et c'est tout clean, t'avais pas de bouteille qui trainait... Ici, ils se cachent pas, ils nous disent quand ça va, on le voit au niveau des conso, et ils nous le disent quand ils augmentent parce que ça va pas... ». (Laurène et Matthieu, travailleurs sociaux [assistante sociale et éducateur spécialisé], mars 2023)

« Après l'addiction, on arrive vachement à parler librement. Y a pas vraiment de tabou avec ça. On arrive pas mal à en parler quand même. Parce que nous notre objectif c'est pas un arrêt de toute façon de la consommation ; c'est de trouver un seuil où elles se mettent pas en danger, donc qu'elles soient pas en surconsommation ou en sous-consommation parce que les deux sont très dangereux. Donc c'est "qu'est-ce que tu as besoin, toi, dans ta journée de boire pour ne pas être en danger en fait ?". Et c'est un travail qu'on continue à faire. » (Louise, conseillère en économie sociale et familiale, septembre 2023).

sentiment d'impuissance de la part de l'équipe à accompagner un résident « injecteur » dans ses pratiques :

« On avait quelqu'un qui s'injectait, sa chambre c'était n'importe quoi, on lui a demandé quand même de faire un minimum de soins, on lui a proposé de l'aide à l'injection parce qu'il en foutait partout. [...] On lui a quand même mis des directives, on ne pouvait pas laisser une personne quand même, ne serait-ce qu'éthiquement, humainement, se déshumaniser de la sorte donc c'est vrai qu'on l'a pris on l'a secoué. On allait lui ranger sa chambre, en le tannant, en lui disant "tu prends une poubelle, tu ramasses", etc. Et puis ça l'a un peu oppressé donc il a décidé de partir. » (David, coordinateur du dispositif, décembre 2023)

Enfin, **la régulation des consommations sur les dispositifs enquêtés interroge** sur son articulation avec les actions de réduction des risques. Si l'interdiction de consommer des produits illicites dans les espaces communs est valable sur l'ensemble des dispositifs, certains vont plus loin dans la régulation des consommations sur les espaces collectifs en y **interdisant la consommation d'alcool**⁴⁰ ; cette mesure ayant parfois été mise en œuvre au cours de l'expérimentation, du fait d'incidents réguliers en lien avec l'alcoolisation de résidents. Si ces interdictions n'apparaissent pas contradictoires avec l'approche par la réduction des risques pour les professionnels des dispositifs mettant en œuvre ces limitations à l'échelle des espaces collectifs (en ce qu'elles préviennent les situations de tensions en lien avec l'alcoolisation des résidents ainsi que les effets de « tentation » à consommer), elles participent néanmoins d'un processus d'invisibilisation des consommations et limitent les opportunités d'échanges à ce sujet. En un sens, l'interdiction de consommer peut contribuer à maintenir une certaine mise à distance, voire une forme de tabou autour des consommations alors même que la réduction des risques s'inscrit dans une volonté de les déconstruire et que **le niveau des consommations individuelles peut constituer un indicateur de l'état psychique** d'un résident, constituant dès lors **une variable de l'accompagnement**.

Ainsi, si l'approche par la réduction des risques est perçue par les professionnels comme pertinente dans l'accompagnement des publics de l'expérimentation, ses modalités de mise en œuvre traduisent des appropriations hétérogènes du concept et donnent à voir des actions inégales (entre dispositifs, entre types de consommations) et relativement peu structurées – en particulier à l'échelle collective – sur les dispositifs enquêtés dans le cadre de ce travail.

4.3. Gérer la stabilité des équipes dans la durée, une difficulté récurrente pour les porteurs

Les porteurs de projet évalués sont nombreux à être confrontés à une forte instabilité de leurs équipes. Si les facteurs de cette mobilité des professionnels sont nombreux, ils sont en partie liés aux spécificités du

⁴⁰ Armée du Salut (Marseille), Arsea Sésame (Strasbourg), Groupement des possibles Sarthe (Le Mans) et Prado (Bordeaux).

dispositifs (4.3.1). A ce stade de l'expérimentation, les porteurs de projet identifient et mobilisent peu de leviers pour limiter l'effet de rotation au sein de leurs effectifs (4.3.2).

4.3.1. Une mobilité importante des équipes, liée en partie aux spécificités du dispositif

La plupart des dispositifs évalués sont confrontés, depuis leur ouverture, non seulement à **des difficultés de recrutement** mais également à **des enjeux de stabilité des effectifs dans le temps**. En effet, les **arrêts temporaires de travail, mises en retrait** et les **départs** du dispositif (**démission ou réaffectation vers un autre dispositif** interne à la structure porteuse de projet) concernent l'ensemble des dispositifs évalués. Cela a pour conséquence directe d'affecter à la baisse le taux d'encadrement des résidents, nécessite des agencements en termes d'organisation interne (pour le suivi des résidents, le planning de travail, le planning d'astreintes, etc.) et est également susceptible d'affecter les résidents, en particulier lorsque le professionnel absent était identifié comme le référent dans l'accompagnement de la personne.

Deux grands ensembles de **motifs en lien avec la spécificité du dispositif** sont invoqués comme facteurs explicatifs des interruptions de travail, démissions et changements de poste recensés sur les dispositifs évalués. D'une part, **le cadre de l'expérimentation** est mentionné comme un **facteur de déstabilisation de certains professionnels**. En effet, par son caractère expérimental et innovant, le projet revêt une part d'**incertitudes**, de **nouveautés** et de **questionnements** en lien avec la mise en œuvre et la stabilisation progressive de l'expérimentation sur chacun des sites. Par ailleurs, compte tenu de son cahier des charges initial, l'expérimentation rompt avec certaines modalités d'hébergement et d'accompagnement susceptibles d'avoir été expérimentées précédemment par ces professionnels, impliquant une **difficulté persistante à faire évoluer leurs habitudes, pratiques et postures professionnelles**. Certains professionnels ont par exemple éprouvé de « l'ennui » dans le cadre du dispositif, face à des résidents qui ne les sollicitaient que peu sinon jamais, et alors même que le cadre d'intervention n'avait pas vocation à structurer l'accompagnement des personnes autrement qu'à partir de l'expression d'un besoin ou d'une envie de la part des résidents. Ainsi, une partie des départs des professionnels s'explique par **une difficulté des professionnels à gérer au quotidien des modalités d'intervention nouvelles**.

« C'est quelqu'un qui a été mise à mal par la notion d'expérimentation et qui était toujours dans un sentiment de "on ne fait pas bien" [...] et qui avait toujours besoin de beaucoup réfléchir les choses et d'avoir un cadre qui la rassurait. Or, sur un dispositif expérimental, on n'avait pas ça, c'était le deal au départ. [...] La question de ce cadre qui pour elle n'était pas assez strict, ça l'a mise à mal. » (Yohan, chef de service et coordinateur du dispositif, mars 2023)

« Elle [une monitrice éducatrice] ne se sentait pas bien en travaillant ici donc je pense que quand on se sent mal dans son travail et notamment le travail social, c'est très compliqué. » (Louise, conseillère en économie sociale et familiale, septembre 2023).

D'autre part, **les caractéristiques du public accueilli figurent comme un second facteur explicatif** des départs d'une partie des professionnels. Le fait d'intervenir auprès de publics adultes cumulant des vulnérabilités multiples et des expériences difficiles sinon d'échecs, très souvent (poly)consommateurs, susceptibles par ailleurs d'être atteints de pathologies (psychiques comme physiques), « *dans des formes de communication ou de relation à l'autre qui peuvent être basées sur des comportements un peu*

atypiques » (Paul, directeur adjoint d'une association porteuse de projet, mars 2023) etc., a pu générer une part d'inconfort chez certains professionnels, **peu habitués** à intervenir auprès de ce type de publics ou à gérer les manifestations de violences symboliques, verbales ou physiques régulièrement recensées sur les dispositifs. Si ces **phénomènes de violence** ne sont pas propres à l'expérimentation, certains professionnels les ont toutefois perçus comme plus récurrents et plus intenses qu'ailleurs (pour les plus expérimentés d'entre eux), ou les ont tout simplement découvert à l'aune de cette première expérience dans le secteur de l'intervention sociale.

« Je pense qu'il [un éducateur spécialisé] ne faisait pas l'affaire. Concrètement, je pense que le public c'était pas pour lui ; lui c'est plus un public adolescent. Le public adulte, ça passait pas, il avait du mal. Et [prénom d'une autre professionnelle de l'intervention sociale] c'est parce qu'elle est tombée enceinte et vu qu'il y avait des fois des phénomènes un peu de violence, c'est pas énorme, mais je pense qu'après aussi elle n'a pas voulu prendre des risques. » (Dorian, animateur social, juin 2023)

« On a quand même un travailleur social qui est parti parce que c'était compliqué pour elle de s'adapter à ça, à ce fonctionnement-là, à ce public-là, etc. [...] Elle se sentait en insécurité ici. Elle a commencé par être en arrêt de travail, qui a été prolongé, et finalement la médecine du travail lui a dit qu'elle ne pourrait pas revenir au travail. » (Mathilde, éducatrice spécialisée, juin 2023).

Dès lors, des difficultés d'intervention spécifiques au dispositif « Grands marginaux » s'ajoutent à celles déjà documentées de l'intervention sociale. La longévité des professionnels recrutés dans le cadre de l'expérimentation figure donc comme un enjeu fort pour les porteurs de projet en ce que la stabilité des équipes permet d'assurer une continuité de l'accompagnement des résidents et aux porteurs de consacrer davantage de temps aux évolutions du dispositif plutôt qu'à son seul management.

4.3.2. Une faible marge de manœuvre des porteurs de projet pour limiter le turnover des équipes

Si les porteurs de projet enquêtés ont **conscience du phénomène** de mobilité des professionnels recrutés sur cette expérimentation, en raison de ses spécificités, ils disposent de **peu de moyens pour prévenir la survenue d'interruptions de travail répétées ou prolongées et les départs du dispositif**. Les difficultés conjoncturelles de recrutements ainsi que la dotation dont ils bénéficient pour mettre en œuvre l'expérimentation ne permettent pas aux porteurs de projet de recruter et d'élargir les effectifs de leurs équipes.

Des **initiatives** sont cependant mises en œuvre sur quelques dispositifs évalués, dont il apparaît toutefois complexe de déterminer les effets concrets sur le niveau d'adhésion des professionnels au projet et leur maintien en poste. Parmi ces initiatives, figurent par exemple :

- **La diffusion interne de certains outils d'accompagnement** : l'approche par les forces ou encore des notes de synthèses sur les enjeux de santé des résidents ont ainsi été relevés sur certains dispositifs. Le premier outil est une modalité de l'accompagnement social, permettant de valoriser les étapes franchies et les compétences des personnes. Le second est une façon pédagogique d'évoquer les situations de santé rencontrées par les résidents en explicitant, de

façon accessible et pédagogique, le vocabulaire et les réalités auxquelles il renvoie. Si ces outils ne conditionnent pas en eux-mêmes le maintien des professionnels au sein des dispositifs, ils participent de l'instauration de pratiques communes susceptibles de favoriser l'adhésion des professionnels au projet.

« Les outils de l'approche par les forces, c'est bien de dire les principes mais c'est bien d'avoir un tableau des forces ou tu notes les capacités sociales, les capacités à travailler les habiletés etc. et de pouvoir faire un entretien avec la personne et lui montrer son tableau des forces, ça change totalement la relation. Un gros moment d'émotion à chaque fois. Les gens accompagnés sont tellement habitués à être désignés par leurs problématiques que ça fait du bien à l'égo et à la personne en fait. [...] On ne le maîtrise pas tous bien et pour le coup l'équipe porte tellement de choses qu'on a très peu le temps de réfléchir à nos pratiques mais quand on a pu on l'a fait trois ou quatre fois. » (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023)

« J'aime bien dire que je suis une infirmière traductrice entre le système de santé, les personnes concernées, et aussi mes collègues. Par exemple on a un jeune où le diagnostic de psychose a été posé, c'est une première. Je lui ai fait tout un écrit sur la psychose mais « vulgarisé » et plutôt positif que négatif [...] en disant que ce n'est pas non plus la fin du monde, on peut très bien vivre avec. Mes collègues, ils aiment bien aussi ce genre d'écrit. [...] J'ai une certaine expertise. Et puis j'ai été formatrice quelques années. Donc du coup, le côté faire un écrit, transmettre, j'aime beaucoup. » (Karine, infirmière, juillet 2023)

- **La redéfinition ou le « recentrage » des rôles et fonctions de chacun** à l'échelle de l'équipe : devant la forte porosité des tâches entre les membres des équipes, a fortiori dans les premiers temps de l'expérimentation, les porteurs de projet et les professionnels des équipes de certains dispositifs ont estimé nécessaire de travailler à une redistribution des fonctions au regard des spécialités et appétences de chaque membre (voir partie 4.2.1.1).
- **La mise en œuvre de temps d'analyse et de régulation des pratiques** : ces temps collectifs entre les membres de l'équipe, animés par un intervenant extérieur (psychologue), permettent de travailler et déconstruire collectivement des situations de tensions et d'émotions vives vécues par les salariés dans le cadre de leur travail sur le dispositif. Malgré qu'ils soient perçus comme pertinents et utiles, ces temps n'existent pas sur tous les dispositifs, en raison de difficultés organisationnelles à les mettre en œuvre (identifier un partenaire pour l'animation de ces temps, identifier un créneau commun aux membres de l'équipe pour y participer).

« Ça a mis du temps mais néanmoins maintenant on le tient très bien, il nous a fallu 9 ou 10 mois pour avoir un espace de régulation et on a un espace de régulation donc quand bien même il y a des trucs durs à porter, on a un espace pour décharger. » (Lyes, éducateur spécialisé, juillet 2023).

La participation des acteurs enquêtés aux webinaires animés par la DIHAL autour de la mise en œuvre de l'expérimentation par les différents sites soutenus n'a pas été explicitement traitée au cours de l'enquête qualitative que nous avons réalisé. Aussi, bien que la démarche en faveur de l'instauration d'une communauté *nationale* de pratique s'avère pertinente dans le contexte d'une

expérimentation donnant lieu à des mises en œuvre diverses, l'évaluation n'a pas permis de recueillir des propos qualifiant, du point de vue des participants, les apports, l'efficacité, les limites et les points d'amélioration associés à ces temps. Néanmoins, nous formulons des préconisations en lien avec ces enjeux de partage des pratiques (voir partie 7).

- Des **réunions régulières** entre les salariés, la coordination ou la direction des dispositifs sont également des leviers pour évoquer les difficultés ressenties au travail et discuter de l'opportunité faire évoluer les pratiques internes.
- Plus marginalement, certaines directions ont fait le choix – y compris en lien avec des contraintes budgétaires – de **réduire voire de ne pas envisager d'astreintes pour les salariés**, notamment les week-ends, dans le but de les soulager.

« Il n'y a plus de passage le dimanche depuis un mois, simplement parce qu'on est en sous-effectif. [...] On a pris la décision de lever la présence le dimanche au moins le temps du sous-effectif pour deux raisons, d'abord parce que les sites sont calmes, et deuxièmement parce que maintenant, les habitants ont pris l'habitude de nous appeler quand ils ont un problème. [...] ça nous donne une forme de souplesse. [...] Donc si [...] ça continue de bien fonctionner, on pourra l'entériner et l'envisager comme une nouvelle pratique. » (Yohan, chef de service et coordinateur du dispositif, mars 2023)

Si les débuts de la mise en œuvre de l'expérimentation ont peu permis aux porteurs de projet et aux professionnels de réfléchir à leurs pratiques et à différents outils ou méthodes susceptibles d'appuyer le travail quotidien auprès des résidents et de renforcer l'adhésion des équipes au projet, ces réflexions ont davantage émergé après plusieurs mois (jusqu'à la première voire la seconde année) de mise en œuvre du projet. Ces réflexions ont principalement abouti à des ajustements dans l'organisation interne des équipes, se traduisant en particulier par un recentrage des rôles de chacun par rapport à ses compétences initiales. Dans les faits, les porteurs de projet disposent de peu d'outils et de méthodes pour penser les enjeux de stabilité des effectifs professionnels sur le dispositif, dans un contexte global de fortes tensions de recrutement dans le secteur. Il semble néanmoins que toute action clarifiant le cadre de l'intervention et les compétences attendues de chacun, ainsi que les actions favorisant la prise de recul par rapport à ses pratiques quotidiennes participent d'un mieux-être individuel et collectif au travail, susceptible à son tour de renforcer l'adhésion dans le temps des professionnels au projet.

4.4. Conclusion de la partie 4

L'évaluation permet de dégager **les résultats suivants, relatifs aux profils des professionnels mobilisés sur les dispositifs, à leurs modalités d'intervention et d'accompagnement** des personnes en situation de grande marginalité accueillies dans le cadre de l'expérimentation :

- **Les équipes intervenant sur les dispositifs évalués sont pluridisciplinaires**, c'est-à-dire systématiquement composées d'intervenants sociaux et de professionnels de santé (majoritairement internes au dispositif). Les profils de travailleurs sociaux les plus représentés sont des éducateurs spécialisés tandis que parmi les profils de professionnels de santé les plus couramment recrutés sont des infirmiers.

- **Cette pluridisciplinarité des équipes est un atout dans la mise en œuvre du dispositif**, en ce qu'elle permet d'embrasser plusieurs dimensions de l'accompagnement des personnes, d'organiser une répartition des responsabilités entre les professionnels au regard de leurs spécialités et de tendre ainsi vers un accompagnement global des personnes.
- Pour autant, **la pluridisciplinarité des équipes est pertinente à condition que chaque professionnel ait la possibilité d'exercer les fonctions pour lesquelles il a été formé ou a acquis une expérience**. Si la polyvalence des tâches est intéressante du point de vue de la souplesse et de l'adaptation du dispositif aux besoins des personnes accompagnées, elle peut être également source de frustrations et de perte d'adhésion des professionnels au projet si elle n'est pas régulée de façon à ce que chaque intervenant exerce en premier lieu des fonctions en lien avec son domaine d'expertise et/ou ses appétences.
- Les équipes recrutées sont plutôt « jeunes » et moyennement à faiblement expérimentées dans les métiers de l'action sociale et auprès des publics en situation de grande marginalité. Néanmoins, **la diversité des profils en termes d'expériences professionnelles** (diplômés ou non diplômés, peu ou très expérimentés auprès des publics en situation de grande vulnérabilité et de marginalité ou dans les secteurs de l'addictologie notamment) **est un atout**. Elle offre un premier niveau de réflexion sur les pratiques d'accompagnement à l'aune des cultures professionnelles de chacun. La part des professionnels les plus expérimentés doit toutefois être suffisante pour permettre aux moins expérimentés d'acquérir les connaissances et un niveau de pratiques nécessaires pour réaliser, dans une relative autonomie, l'accompagnement des résidents au quotidien.
- Quelles que soient la qualification et l'expérience professionnelle initiale des intervenants, ces derniers éprouvent **le besoin d'être accompagnés et soutenus par leur hiérarchie** ; la proximité entre les différents niveaux hiérarchiques apparaît comme une garantie de l'aisance et de la progressive autonomie des équipes.
- **L'évaluation met en évidence l'importance de la structuration hiérarchique dans le portage de l'expérimentation à l'échelle des structures porteuses de projet**. Au-delà des équipes de professionnels intervenant quotidiennement sur les sites de l'expérimentation, auprès des résidents, les coordinateurs des dispositifs et les directions des structures porteuses (chefs de service, personnel de direction) ont été identifiés comme des échelons structurants dans la mise en œuvre de l'expérimentation, exerçant un rôle soutenant vis-à-vis des équipes dites de terrain et permettant de soulager leurs fonctions et responsabilités auprès des résidents en prenant part à certains processus décisionnels ou à certaines fonctions (de régulation, d'appui à l'accompagnement des résidents, d'appui et/ou de participation à l'animation du dispositif).
- L'expérimentation génère **un bousculement et un questionnement des pratiques et postures professionnelles au quotidien**, en particulier en raison de la forte polyvalence et porosité des tâches exercées, d'un travail d'accompagnement et de *care* (prendre soin) omniscient, de l'implication émotionnelle importante et des enjeux de préservation de la « bonne distance » relationnelle avec les personnes accompagnées, de l'absence de durée d'accompagnement et de projet personnalisé qui peut poser des difficultés d'accompagnement pour les professionnels qui perçoivent l'expérimentation davantage comme un « tremplin » vers l'insertion plutôt qu'un « lieu de vie » et enfin, en termes de gestion des situations de tensions et de crises qui se déterminent « au cas par cas », quitte à susciter des désaccords entre professionnels. Il n'en reste pas moins que ce changement de pratiques - et en particulier

l'émancipation relative des dispositifs vis-à-vis d'une logique d'accompagnement des personnes par le « projet » - est unanimement apprécié et perçu comme un facteur facilitant l'accompagnement. Il constitue d'ailleurs le terreau de réflexions intéressantes pour l'évolution des pratiques d'accompagnement du secteur de l'hébergement dans son ensemble (cf. partie 7 « Préconisations »).

- **Le principe théorique de la réduction des risques est partagé** par la majorité des professionnels. Toutefois, **ses modalités de mise en œuvre traduisent des appropriations hétérogènes du concept et donnent à voir des actions inégales** (entre dispositifs, entre types de consommations) **et relativement peu structurées** – en particulier à l'échelle collective – sur les dispositifs évalués.
- **Les dispositifs évalués connaissent une forte instabilité en emploi des professionnels recrutés**, notamment en lien avec les spécificités de l'expérimentation. Pour autant, les porteurs de projet disposent de peu de moyens pour prévenir la survenue d'interruptions de travail répétées ou prolongées et les départs du dispositif.

5.

Les dynamiques individuelles, collectives et participatives sur les sites de l'expérimentation

L'expérimentation menée dans le cadre de l'AMI se singularise d'autres structures d'hébergement par la configuration spatiale des lieux de vie, leur organisation ou encore leurs modalités de fonctionnement. D'un point de vue spatial, les sites retenus présentent trois caractéristiques majeures, pensées pour favoriser une libre appropriation des lieux par les habitants, ce qui est également encouragé par des règlements globalement peu contraignants (5.1). Cette liberté d'usage se décline en une pluralité de modes d'investissements des espaces collectifs et individuels par les habitants (5.2.). Les structures font enfin une large place aux dynamiques participatives et au principe d'autodétermination des habitants, non sans que celles-ci ne se heurtent à des difficultés, en pratique (5.3).

5.1. Des caractéristiques spatiales et organisationnelles favorisant une libre appropriation des lieux par les résidents

Les lieux d'implantation comme l'organisation spatiale des sites répondent à des caractéristiques communes qui permettent aux habitants de les investir suivant leurs souhaits, en continuité ou en rupture avec leurs modes de vie préalables (5.1.1). Les configurations spatiales des dispositifs étudiés varient néanmoins sur certains aspects (implantation sur un lieu unique ou multi-sites, diversité des modalités d'habitat proposées, ampleur des espaces collectifs), ce qui peut influencer sur certaines dynamiques propres à chaque dispositif (5.1.2). La souplesse du cadre et des règles en vigueur constitue en revanche un

invariant de l'expérimentation, qui suscite l'adhésion des habitants et leur permet de s'ancrer durablement dans les lieux, malgré certaines interrogations récurrentes autour du cadre commun de la vie en collectivité (5.1.3).

5.1.1. Des caractéristiques spatiales communes

Les **configurations spatiales des sites** de l'AMI **se caractérisent par au moins trois invariants majeurs**. Malgré les difficultés et contraintes qui ont pu émailler la recherche de lieux adaptés par les porteurs de projet, ces caractéristiques restent systématiquement présentes sur les sites étudiés, ce qui témoigne de leur dimension structurante dans la façon dont les projets ont été pensés.

Le premier de ces invariants est **le choix d'un lieu permettant d'articuler des espaces individuels et un ou plusieurs lieux à dimension collective**. Quel que soit le type d'habitat proposé (appartements ou maisons en colocation ; chambres dans un hôtel ; bungalows ou mobil-homes sur un terrain ; etc.), un espace propre est toujours réservé à chacun des résidents, aux côtés des espaces partagés avec les autres habitants. Ces deux dimensions des projets sont perçues comme étroitement complémentaires. D'un côté, le caractère collectif permet une certaine continuité par rapport au mode de vie et aux sociabilités antérieures et peut accompagner des dynamiques collectives intéressantes (sociabilité, entraide, projets communs, etc.). De l'autre, la garantie de disposer d'un espace propre, à soi, constitue le pendant de ce collectif et fait figure de lieu de repos, de répit, de refuge, permettant de s'extraire des espaces collectifs autant que de besoin. Cette possibilité de naviguer entre les différents espaces permet de **ne pas faire du collectif quelque chose de subi**, contrairement à ce qui est perçu comme une contrainte difficile à vivre dans d'autres lieux d'hébergement (CHRS, CHU...).

« Il y a un espace ouvert pour les habitants, un grand mobil home collectif, qui sert d'espace d'animation. Mais le vrai endroit qui se partage le plus, c'est la placette au centre [du terrain], qui est comme une place de village : c'est cet espace qui est utilisé [...] pour les repas communs, les apéros... [...] L'idée c'est de se dire, personne ne doit subir le collectif. Quand vous êtes en centre d'hébergement, vous le subissez, vous avez un espace collectif pour dîner, pour regarder la télé, etc. Là, ils ont tous un espace privé, [...] s'ils veulent être totalement autonomes et ne pas participer à la vie collective. »
(Laurent, directeur général d'une association porteuse de projet, mars 2023)

Encadré 4 – Chiffres-clé à l'échelle nationale

- Une moyenne de **19 places** ouvertes par site.
- Un **nombre de places qui varie**, suivant les lieux, **entre 10** (Lens, Le Havre) et **54** (Strasbourg).

Source : tableau de bord de l'AMI, 2023, collecte et traitement Pluricité.

La seconde caractéristique commune tient **au dimensionnement relativement modeste des sites**, qui permet de constituer de « petits collectifs » ou de taille intermédiaire. A l'exception du site de Strasbourg, qui comprend 54 places au total (chambres individuelles, dans un hôtel) et constitue le plus grand site de l'AMI, les dispositifs étudiés oscillent entre une dizaine et une vingtaine de places. Ce dimensionnement « à taille humaine » est alors perçu comme intéressant pour **casser la dimension « anonyme » et impersonnelle** prêtée à certains types de structures, faciliter l'appropriation des lieux et des espaces ou encore pour **favoriser l'interconnaissance, voire l'éclosion de liens étroits** entre habitants, et/ou entre résidents et équipe.

Enfin, la troisième dimension partagée entre les différents sites de l'expérimentation tient à **leur emplacement géographique, et à ce que cette localisation induit**

ensuite dans le quotidien, les déplacements et mobilités des habitants. A l'exception de quelques sites implantés en cœur de villes (site de Marseille, une des trois maisons composant le dispositif à Toulouse), la plupart des lieux étudiés se situent dans un « entre deux » : ils sont simultanément connectés et à distance raisonnable des centres urbains. Si ces types d'implantation résultent initialement plutôt de contraintes que d'un choix intentionnel des porteurs de projet, ces configurations spatiales sont finalement perçues comme opportunes par les équipes : **en décentrant les habitants de leurs lieux, espaces de sociabilité et habitudes préalables, sans pour autant supposer une rupture radicale avec ceux-ci, l'emplacement des sites permet une certaine mise à distance du mode de vie antérieur.** Ce type d'implantation est alors perçu par certains professionnels comme conférant une dimension « protectrice » aux dispositifs.

« Là on est à la bonne distance, ni trop loin, ni trop près. On a besoin aussi de pas être trop proches du centre-ville, parce que ça les préserve des tentations extérieures, ça évite aussi les connaissances qui viennent leur réclamer des sous... Là, on a une distance/proximité qui est pas mal. Et l'environnement est adapté, on a des supermarchés où ceux qui le veulent peuvent continuer de faire la manche. [...] Il faut qu'ils puissent continuer à être autonomes. » (Audrey, infirmière, octobre 2023)

Si les perceptions et pratiques des résidents à ce sujet semblent plus contrastées – certains rompant effectivement avec leurs habitudes antérieures, tandis que d'autres continuent de fréquenter les mêmes lieux et cercles qu'auparavant –, **ils souscrivent à cette vision du site comme un lieu les préservant de certaines « tentations » de la vie à la rue :**

« Déjà on est loin du centre-ville, ça c'est important parce que là-bas, dès qu'on sortait, on était dans la rue, qui est-ce qu'on rencontrait, des potes aussi qui étaient dans la rue, et la facilité des petites épiceries jusqu'à 2h du matin qui faisait qu'on se saoulait à n'importe quelle heure... Du coup on s'est éloigné de ça, même si on a un magasin la journée, mais au moins le soir on n'est pas tous à partir dehors à chercher des bières et tout [...]. Et puis ici ouais, le grand air quoi, enfin pas le grand air mais l'espace, l'environnement, le terrain qu'on peut avoir. [...] C'est vraiment reposant. » (Fred, 56 ans, depuis 1 an et 9 mois dans la structure, auparavant dormait dans une tente, juillet 2023)

Ces trois dimensions majeures confèrent donc aux lieux de l'expérimentation une identité commune : des sites de taille modeste, permettant de constituer des collectifs « à taille humaine », dans des espaces aménagés pour alterner entre vie collective et chez soi individuel, et se situant à distance raisonnable des centres urbains. Pour les porteurs de projet et les équipes, **ces différentes dimensions sont propices à une appropriation progressive des lieux et une installation pérenne dans un « chez soi », tout en laissant d'importantes marges de manœuvres et une forte autonomie** aux habitants dans leurs modes d'investissement des différents espaces ou encore l'organisation de leur quotidien. Néanmoins et au-delà de ces attributs partagés, certains points de différenciation méritent d'être soulignés, dans la mesure où ils ne sont pas sans incidence sur les dynamiques individuelles et collectives.

5.1.2. Des facteurs de différenciation qui peuvent néanmoins influencer sur certaines dynamiques internes

Les sites de l'AMI se distinguent néanmoins par certaines dimensions, **qui peuvent influencer sur des dynamiques repérables** au sein des lieux, et en particulier sur l'importance plus ou moins grande donnée au collectif, l'autonomie laissée aux habitants au quotidien ou encore les liens se nouant entre résidents, et entre résidents et professionnels. S'il ne s'agit pas ici de décrire de façon exhaustive ces facteurs de variation, trois variables méritent néanmoins d'être détaillées, car elles peuvent avoir une réelle incidence sur ce qui se joue au sein des différents dispositifs.

Quelques-uns des dispositifs étudiés, d'abord, présentent **une configuration spatiale dispersée entre différents lieux** : cela a été le cas, temporairement, sur le site de Bordeaux, et c'est le cas du dispositif Intermezzo, à Toulouse, qui se déploie sur 3 lieux physiques différents⁴¹. Cette implantation multi-sites résulte des difficultés à trouver un lieu unique, suffisamment grand, pour accueillir l'ensemble des résidents dans de bonnes conditions – difficultés particulièrement marquées dans les grandes villes, où la pression sur le foncier est plus importante.

Cette configuration multi-sites n'est pas sans effet sur le fonctionnement du dispositif. L'équipe se trouve contrainte de circuler quotidiennement entre les différentes maisons et consacre un temps significatif aux dimensions logistiques de l'organisation du travail (gestion des plannings et de l'usage des véhicules, planification étroite pour accompagner les habitants en rendez-vous individuels, etc.). De fait, ce type de configuration induit **un temps de présence et une disponibilité de l'équipe moindres par rapport à d'autres sites** – non ressentis comme tels par les habitants, qui soulignent la grande disponibilité des intervenants – et **des dynamiques d'accompagnement généralement moins soutenues**. Ce temps de présence plus occasionnel sur site permet, d'un autre côté, de laisser une grande autonomie et une liberté accrue aux résidents – autonomie qui peut être valorisée, mais parfois décriée par les résidents, notamment en cas d'incidents importants. Enfin, on peut souligner **le risque plus important**, dans ce type de configuration, **d'épuisement des professionnels** : de fait, le temps consacré aux déplacements et aux aspects logistiques du travail quotidien, alors que les besoins et demandes d'accompagnement des résidents ne sont pas moins importants qu'ailleurs, peuvent donner aux professionnels le sentiment d'être dépassés et de ne pas pouvoir effectuer leur travail dans de bonnes conditions.

Un **second point de différenciation** entre les sites renvoie aux types d'habitats proposés aux résidents : **certaines offrent une gamme diversifiée de modes d'hébergement** (maisons en colocation ou modulaire individuels d'une part, et studios individuels à proximité ou dans le diffus, d'autre part, par exemple). Cette modularité présente au moins deux avantages : d'un côté, la possibilité laissée aux habitants de choisir entre différents modes d'hébergement en fonction de leurs souhaits (conformément à ce qui est préconisé dans le cahier des charges de l'AMI) ; de l'autre, celle d'ajuster les modalités d'accompagnement (rythme, contenu de l'accompagnement...) aux besoins et attentes exprimées. Ainsi, cette diversité dans les modes d'habitat permet de penser des « parcours » sur mesure :

« C'est à la fois de l'accompagnement modulable, une forme d'hébergement modulable, et qui en fonction de la temporalité du résident, de son état psychologique aussi, c'est l'habitat qui s'adapte en fonction de la crise que traverse la personne. C'est là que c'est très intéressant d'avoir cette modularité qui permet effectivement, presque, de créer un parcours pour chacun. » (Julien et Paul, directeur et directeur adjoint d'une association porteuse de projet, mars 2023)

⁴¹ Ces 3 sites sont des maisons en colocation, proposant pour chacune d'entre elles entre 5 et 8 places ; les 3 sites sont situés à une trentaine de minutes en voiture les uns des autres.

En pratique, néanmoins, ces principes peuvent se heurter à certaines difficultés. D'abord, **la décision entre les différentes modalités d'hébergement semble rarement revenir aux habitants, et relever plus fréquemment d'un choix de l'équipe** en fonction de leur propre évaluation des besoins et « capacités » des résidents ; ainsi, la modularité entre les différentes options et cette « mobilité interne » répondent davantage à une logique de « progression » que de réelle autodétermination des personnes accueillies (cf. 5.3.2.). Ensuite, les modalités d'accompagnement varient fortement suivant les modes d'habitat : au quotidien, les professionnels tendent à se centrer sur le « site principal » (distance des appartements diffus, manque de disponibilité des équipes, besoins perçus comme moindres lorsque les résidents sont qualifiés plus « autonomes ») et l'accompagnement pour le logement diffus relève souvent de logiques plus informelles et/ou d'un rythme plus discontinu. Cette moindre présence et disponibilité des intervenants peut alors être mal vécue par certains habitants de ces appartements ; dans d'autres cas, elle peut mener à des difficultés à détecter des situations problématiques⁴².

Enfin, les sites se distinguent également les uns des autres par **l'ampleur et la diversité des espaces collectifs qu'ils proposent, ou pas, en leur sein**. Les lieux d'implantation sont en effet plus ou moins contraints en termes d'espace. Ainsi, alors que certains sites de l'AMI offrent de vastes espaces collectifs, en intérieur comme en extérieur, d'autres doivent composer avec des espaces communs plus réduits, les espaces collectifs étant relativement exigus, voire limités au strict minimum.

Ces configurations spatiales contrastées ne sont pas neutres : elles peuvent en effet influencer sur certaines dynamiques internes. D'abord, **les sites offrant de vastes espaces extérieurs sont particulièrement plébiscités par les résidents** : ils évitent tout sentiment de contrainte ou d'enfermement, et sont appréciés pour la plus grande liberté qu'ils offrent aux animaux. Ensuite, la diversité des espaces communs, mais également **la présence de points de passage et de rencontres** – comme le vaste hall d'entrée, sur le site de Strasbourg – **tendent à faciliter les interactions spontanées**, à multiplier les occasions d'échanges et ainsi à favoriser les liens, notamment avec l'équipe. Les espaces collectifs, lorsqu'ils sont fréquentés à la fois par les habitants et les professionnels, sont en effet propices au déploiement de moments plus informels qui, bien souvent, permettent d'abord d'établir un lien de confiance, et d'envisager la mise en route d'un travail d'accompagnement. Ainsi, si la présence d'espaces collectifs significatifs permet de favoriser les liens entre habitants, mais également entre équipe et résidents, ce lien n'est pas mécanique : sur un site comme celui de Robinson, à Bourg-en-Bresse, la dynamique collective est très forte, en dépit d'espaces communs moins importants qu'ailleurs, d'autres facteurs entrant en jeu (interconnaissance préalable entre les résidents, fort investissement de l'équipe autour de la dynamique collective durant les premiers mois, etc.).

⁴² Sur l'un des dispositifs, l'équipe a détecté une situation de crise grave chez un résident d'un appartement diffus plusieurs jours après les faits et estime qu'elle aurait été alertée bien plus rapidement si le résident avait été logé sur le site « principal » du dispositif.

Encadré 5 - Des espaces collectifs d'ampleurs variables suivant les sites de l'expérimentation

Si tous les sites de l'expérimentation ont été sélectionnés et aménagés de façon à pouvoir offrir aux résidents des espaces collectifs agréables, tous n'ont en pratique pas bénéficié des mêmes conditions d'installation et font face à des contraintes physiques et spatiales plus ou moins fortes. Ainsi, certains sites se distinguent par de vastes espaces collectifs, comme à Bordeaux ou à Toulouse.



Salon principal et jardin de la maison des Carmes, à Toulouse



Espace extérieur et salle commune, sur le site de Bordeaux

Sur d'autres sites, à l'inverse, ces espaces dédiés à la vie collective sont bien plus exigus, et offrent de fait des possibilités beaucoup plus limitées en termes d'aménagement. C'est par exemple le cas à Marseille, où le dispositif Entr'Elles, situé en plein cœur de la métropole, est pour l'essentiel constitué de containers assemblés – abritant des studios individuels –, et reste très limité en termes d'espace collectif (courette bétonnée, en contrebas du bâti, soigneusement aménagée pour inciter à l'investissement des lieux). A Bourg-en-Bresse, le dispositif Robinson prend place sur un terrain à la lisière de la ville, avec l'installation de 15 mobil-homes individuels et d'un mobil-home collectif. Si cette configuration laisse une place limitée aux espaces collectifs en raison de la superficie du terrain, l'espace extérieur aménagé simplement autour d'une table, de chaises et d'une pergola est très investi par les habitants au quotidien.



Studios-containers assemblés et courette collective, sur le site de Marseille



Mobil-homes individuels et espace commun (table et chaises) au centre du site de Robinson, à Bourg-en-Bresse

Sans en être les seuls déterminants, les configurations spatiales influent donc sur certaines des dynamiques au sein des lieux : dimension collective, disponibilité de l'équipe et intensité de l'accompagnement, autonomie laissée aux résidents au quotidien. En revanche, la souplesse des règles et le fait de favoriser un environnement peu contraignant forment une constante sur les différents sites, qui constitue également une singularité forte par rapport à d'autres structures d'hébergement.

5.1.3. La souplesse du cadre, une singularité du dispositif plébiscitée par les résidents

Les règles en vigueur sur les lieux de l'expérimentation sont à la fois moins nombreuses et moins contraignantes que celles qui régissent les structures d'hébergement plus « classiques » (5.1.3.1). Le cadre établi est généralement perçu comme légitime par les habitants, qui y voient une condition nécessaire pour réguler la vie en collectif, et ce même si des contournements et transgressions de ces règles sont observables (5.1.3.2). Toutefois, les règles sont régulièrement questionnées par les résidents et les professionnels des dispositifs, conduisant à de régulières évolutions de celles-ci (5.1.3.3).

5.1.3.1. Un cadre ouvert, un environnement peu contraignant

S'agissant des modalités de fonctionnement concrètes des dispositifs relevant de l'AMI, l'expérimentation se caractérise par **des règles et un niveau de contrainte assoupli** au regard de celles qui prévalent dans d'autres lieux d'accueil. Le souhait de parvenir à toucher des personnes « *ne souhaitant pas aller vers les dispositifs existants car ne correspondant pas à leurs attentes ou leurs besoins actuels* » (cahier des charges, p. 5) suppose de complètement **repenser les règles habituellement en vigueur** dans la plupart des centres d'hébergement. Comme l'exprime ce directeur d'association, ce « bas seuil » d'exigence constitue une condition *sine qua non*, sans laquelle l'inconditionnalité de l'accueil n'aurait aucune chance d'être effective :

« On accueille un public en situation de grande marginalité, qui a une expérience de vie particulière, qui est souvent inadaptée aux règles de vie en centre d'hébergement. Donc il faut casser les codes ; si on impose des horaires, etc., c'est mort d'avance. Ils préfèrent leur mode de vie : leur mode de vie est insatisfaisant, mais ils sont libres – même s'il faut relativiser cette liberté bien sûr : ils ont le choix entre rien et pas grand-chose... [...] Donc on a voulu arriver avec une proposition très ouverte, avec l'idée de dire : on prend les gens comme ils sont. » (Laurent, directeur général d'une association porteuse de projet, mars 2023)

Ce souhait de proposer des espaces d'accueil et de vie peu contraignants, laissant au quotidien une grande latitude aux résidents se traduit donc, concrètement, par des règlements succincts, s'inscrivant dans un cadre relativement ouvert, susceptible d'évoluer au fil du temps. Initialement, **le processus d'élaboration des règles a pu varier suivant les sites de l'expérimentation** : dans la plupart des structures étudiées, un règlement minimal a été établi par l'association et présenté aux personnes intégrant le dispositif comme le cadre élémentaire à respecter ; plus rarement, certaines structures ont fait le choix d'associer dès les prémices du projet des personnes sans domicile, de façon à prendre en compte leurs points de vue. Cela a par exemple été le cas à Bordeaux, où un groupe de travail réunissant différentes personnes sans domicile a été impliqué dans la réflexion globale sur le projet et a participé à

l'élaboration du règlement du dispositif « Parcours »⁴³. Dans les structures où l'élaboration du règlement a été plus « descendante », les équipes font valoir que les règles de vie établies ont vocation à évoluer au fil du temps, en fonction des retours des habitants comme des constats établis par l'équipe : si des principes de fonctionnement ont pu être élaborés, ils ne sont pas gravés dans le marbre et pourraient être amenés à évoluer chemin faisant.

Les dispositifs étudiés présentent ainsi **un certain nombre de points communs quant aux conditions d'accès et aux règles de vie sur les lieux** : elles cherchent à proposer un cadre souple, auquel chacun puisse se conformer relativement aisément. D'abord, l'entrée dans les dispositifs relevant de l'AMI n'implique pas, en théorie – à quelques exceptions près⁴⁴ –, de durée d'accueil limitée dans le temps, ni d'exigence d'inscription dans un projet d'insertion. Si, en pratique, l'inscription dans un projet d'accompagnement peut être fortement encouragée – voire, au bout d'un certain temps, devenir une condition du maintien sur le site –, il ne s'agit pas en principe d'un critère à l'entrée. Par ailleurs, la possibilité d'intégrer le lieu sans contrepartie de soin ou de sobriété, l'accueil possible des animaux de compagnie, ou encore l'accueil des couples constituent des principes d'accessibilité qui dérogent aux règles habituellement en place dans le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion⁴⁵.

Au-delà des conditions d'entrée, **les règlements qui encadrent la vie des habitants sur les sites témoignent de cette même volonté d'offrir un cadre et un environnement qui soient les moins contraignants** possibles. D'abord, les déplacements, modalités d'entrée et de sortie sur le site ne sont pas cadrés par des contraintes horaires particulières : les habitants sont ainsi libres d'aller et venir suivant leurs souhaits, de passer des nuits à l'extérieur ou d'effectuer des allers retours entre la rue et le site. Ensuite, les résidents disposent de leur espace ou de leur logement personnel : ils disposent d'une clé, ont la possibilité de personnaliser et décorer leurs espaces privatifs et ont un droit de regard sur l'autorisation (ou le refus) d'accès à cet espace. Néanmoins, ceci n'est pas valable sur tous les dispositifs, et sur certains – peu nombreux parmi les sites enquêtés dans le cadre de ce travail évaluatif –, les équipes qui sont bien souvent détentrices de doubles de clés, ouvrent et entrent dans les chambres pour des « inspections », en cas de non-réponse des résidents ou bien encore en cas d'oubli ou de perte de clés par exemple).

Enfin, **deux autres règles sont communes aux structures relevant de l'AMI, mais font l'objet, en pratique, de modalités de déclinaison différenciées**. La première renvoie à l'autorisation de recevoir des visites extérieures : si ce principe est en effet en place dans l'ensemble des structures étudiées, il peut répondre à des formats très différents suivant les lieux, témoignant de conceptions plus ou moins souples. Dans quelques cas, comme à la Rochelle, la possibilité d'accueillir sur le site des personnes extérieures s'étend à un droit d'hébergement : chaque habitant dispose d'un « forfait » de 10 nuits par mois, au cours

⁴³ Une série d'ateliers participatifs a été organisée par le porteur de projet impliquant une quinzaine de personnes concernées, ayant ou non le profil ciblé par le dispositif (en situation de rue, en CHRS, en centre thérapeutique résidentiel, pair-aidant dans un CAARUD, membre du Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA)). Leur participation était volontaire, n'a pas fait l'objet d'une rétribution et ne garantissait pas aux personnes une place dans le dispositif à l'issue de cette démarche.

⁴⁴ Deux exceptions sont à noter dans notre échantillon : le dispositif Intermezzo, à Toulouse, limite à 6 mois la durée d'accueil sur le dispositif ; à Bordeaux, le dispositif « Parcours » demande aux personnes souhaitant intégrer le dispositif d'adhérer à un ou plusieurs des « modules » définis pour structurer le projet et l'accompagnement (« entrer en relation et tisser des liens », « habiter », « prendre soin », « reprendre une activité », « se soigner »).

⁴⁵ Pour certaines d'entre elles, ces règles s'apparentent à ce qui était observable dans les centres de stabilisation, nés à la fin des années 2000 à la suite du Mouvement des Don Quichotte. Leur création répondait à certaines des revendications du Mouvement, appelant à des transformations significatives dans l'accès à l'hébergement et au logement et une prise en compte réelle des personnes sans domicile et de leurs conditions de vie. Ainsi, ces structures se caractérisaient notamment par une durée d'hébergement indéterminée, un accueil non conditionné par l'inscription dans un projet d'insertion, et, plus globalement, un cadre « accessible », au seuil d'exigence adapté (Laumet et Lévy 2012).

desquelles il lui est possible d'héberger un tiers dans son mobil home. Dans les autres structures, l'hébergement de tiers est à l'inverse prohibé, le droit de recevoir des visites étant limité à certaines heures de la journée. Enfin, alors que l'invitation de personnes extérieures est soumise à l'approbation collective des autres résidents sur quelques sites, elle suppose le plus souvent une demande d'autorisation auprès de l'équipe (de façon plus ou moins formelle et anticipée).

La seconde règle soumise à des variations dans ses modalités de mise en œuvre concerne l'autorisation de consommer des produits psychoactifs. Bien que la possibilité de consommer de l'alcool soit affichée comme une règle commune par l'ensemble des dispositifs, inscrite dans une approche de réduction des risques, cette autorisation n'a pas toujours cours dans les espaces collectifs. Ainsi, trois des sites étudiés⁴⁶ ont pris le parti de prohiber la consommation d'alcool dans les espaces partagés, pour certains dès l'ouverture du site, d'autres après plusieurs mois de fonctionnement. Cette décision, généralement de l'équipe, répond au souhait de limiter les « débordements » et d'éviter les logiques d'« entraînement » susceptibles de favoriser des consommations excessives.

Enfin, **l'une des règles fondamentales promue et revendiquée par les équipes renvoie au respect d'autrui et au refus de la violence**, entre les résidents et envers l'équipe. Si cette règle peut en pratique faire l'objet de conceptions plus ou moins extensives ou restrictives, elle constitue néanmoins l'un des principes fondamentaux des structures et est souvent présentée par les professionnels comme un axe crucial à travailler et à rappeler régulièrement.

Ces différentes façons d'encadrer une même règle traduisent donc, concrètement, des latitudes plus ou moins importantes laissées aux résidents dans les dispositifs de l'AMI.

5.1.3.2. Une adhésion globale des habitants aux règlements des structures, malgré des contournements

Alors que l'établissement d'un cadre, aussi minimal soit-il, pourrait être interrogé, voire remis en question plus ou moins frontalement par les habitants, il apparaît que **le règlement des structures est perçu comme légitime par la plupart des résidents** – voire présenté comme trop permissif, dans certains cas. Cette approbation générale des quelques règles qui structurent les dispositifs semblent tenir à différentes raisons, souvent entremêlées.

D'abord, **la perception des règlements des dispositifs de l'AMI trouve un écho positif lorsqu'ils sont comparés à ceux d'autres structures** qui ont pu être fréquentées (souvent brièvement) par le passé (centres d'hébergement d'urgence ou d'insertion et de réinsertion sociale). La liberté de mouvement laissée aux résidents au quotidien, la présence de l'équipe sans dimension obligatoire associée à l'accompagnement ou encore l'accès à un espace individuel sont perçus comme de réels gages de liberté et d'autonomie pour les habitants. En ce sens, ces règlements souples ont souvent constitué **un puissant levier d'adhésion au dispositif**, le cadre proposé étant jugé bien plus adapté aux attentes des personnes que celui en vigueur dans d'autres structures.

« Déjà j'ai lu le règlement, je l'ai signé. Y avait bon une conduite à tenir [...] ça allait, d'ailleurs je l'ai encore le règlement dans ma chambre [...] On est libre de sortir à

⁴⁶ Sésame (Strasbourg), Village des possibles (Le Mans), Entr'Elles (Marseille).

L'heure qu'on veut, on rentre à l'heure qu'on veut, on peut cuisiner à l'heure qu'on veut [...] Tu peux recevoir qui tu veux, à condition que la personne soit correcte aussi, ne foute pas la zizanie entre les uns et les autres; et puis le fait que les animaux soient tolérés... » (Lionel, 60 ans, depuis 16 mois dans la structure, auparavant en tente, dans la rue, juin 2023)

Mais **ces règles sont également jugées nécessaires en ce qu'elles servent de support à la régulation de la vie en collectivité**. En d'autres termes, les règlements adoptés dans les structures prennent également sens au regard de ce qu'ils impliquent également pour les autres résidents : les interdictions ne sont ainsi pas perçues uniquement comme des contraintes pour soi, mais également comme des interdits s'imposant aux autres (et ainsi, de potentielles sources de liberté ou de bien-être à une échelle individuelle). Arnaud, habitant de l'une des structures depuis quelques mois, considère ainsi que le règlement en place relève avant tout du « bon sens » dans un cadre collectif, et ce d'autant plus que les règles édictées s'apparentent à celles que l'on pourrait fixer dans un cadre privé ; Lydie, quant à elle, souligne que malgré les contournements qui peuvent persister, le bienfondé du cadre général fait consensus parmi les résidents.

« Le cadre, les règles qui sont assez souples, y a pas forcément quelqu'un qui est tout le temps-là ouais... C'est la personne qui se gère elle-même. [...] Ouais, y a quelques règles, par exemple ne pas faire venir des gens s'ils ont pas été invités... Comme dans toutes les collectivités. Le tabac, la consommation de drogue dans les chambres et pas dans les parties publiques... Voilà. Comme à la maison. Comme à la maison, tout simplement. [...] C'est normal d'avoir des règles en collectivité. Voilà, et puis elles sont pas trop lourdes. » (Arnaud, 46 ans, depuis 3 mois dans la structure, auparavant en squat, juillet 2023)

« Moi je trouve que c'est très bien, il faut des règles ici. Ouais, si y a pas règle, ce serait le bordel total ici, il faut les respecter. De temps en temps, y en a qui respectent pas mais... Après je pense que tout le monde respecte plus ou moins. » (Lydie, 40 ans, depuis 6 mois dans la structure, auparavant en LHSS, juillet 2023)

Plusieurs nuances doivent néanmoins être apportées à ces constats. D'abord, **l'acceptation du cadre global par les habitants ne signifie pas pour autant qu'aucun contournement ou écart vis-à-vis de ces règles n'ait lieu**. La transgression des règles est loin de faire figure d'exception : sur tous les sites étudiés, des rappels au règlement sont régulièrement effectués et des exclusions (temporaires, et parfois définitives) décidées par les équipes. Ces écarts par rapport au règlement semblent néanmoins moins tenir à une opposition au cadre qu'à d'autres facteurs et notamment **les difficultés des résidents à respecter le cadre, pour différentes raisons** (liées à des pratiques différentes lors de la vie à la rue ; à des pathologies ou addictions ; etc.). Or ce consentement au cadre global n'est pas sans importance : ce n'est qu'à cette condition que des changements peuvent s'opérer. Ainsi, certaines équipes soulignent les évolutions qu'elles ont pu repérer dans les pratiques, les comportements des habitants, vers une acceptation croissante du cadre chemin faisant.

5.1.3.3. Une souplesse évolutive : des règles fréquemment questionnées

Enfin, **certaines règles évoluent régulièrement, témoignant d'une adaptation et d'une souplesse du cadre global de l'expérimentation.** De fait, **la légitimité de certaines règles ou décisions** est fréquemment questionnée et celles-ci font l'objet d'évolutions sur les sites dans le sens général de leur **durcissement**, témoignant d'interrogations autour de la manière d'articuler **liberté individuelle et préservation de la vie en collectivité. Quatre items concentrent en particulier les questionnements et adaptations des réglementations sur les dispositifs évalués** : la consommation d'alcool sur les espaces collectifs, la réglementation des visites sur site, l'acceptation d'animaux, et les motifs d'exclusion.

La première de ces règles concerne **la question des consommations sur les espaces collectifs**, qui concerne la moitié des sites (n=4) et est fréquemment remise en débat. Si c'est pour préserver la **tranquillité de chacun** que l'interdiction des consommations (y compris d'alcool) sur les espaces collectifs est décidée sur certains dispositifs - les phénomènes de consommations apparaissant comme des sujets majeurs de tensions dans le collectif (cf. 5.2.) -, cette règle est pourtant vivement contestée au nom de la **liberté individuelle** ; elle est en outre perçue comme un frein à **l'établissement de relations sociales entre résidents**. Les débats suscités par la question de l'interdiction de consommer de l'alcool sur les espaces collectifs à l'occasion d'une pré-restitution de la présente évaluation sur l'un des sites illustrent l'ambivalence perçue de cette règle :

Prise de notes, pré-restitution du rapport final d'évaluation sur le site bordelais, mars 2024.

« La question de la consommation d'alcool dans les espaces collectifs est ensuite abordée et suscite de vives réactions de la part de l'ensemble des participants, professionnels comme résidents. Ces derniers se prononcent plutôt en faveur de la consommation sur les espaces collectifs : "L'alcool, le vin peut être un objet qui permet de ritualiser un lieu, un espace" ; "C'est bien d'avoir le droit de consommer ensemble à l'extérieur, ça nous permet de nous rejoindre, de nous retrouver. Si c'était interdit, on serait plus chez soi, plus isolé, et donc peut-être qu'il y aurait plus de consommations" (résidents). L'équipe rappelle pourtant que la règle est régulièrement remise sur la table, qu'elle-même n'y est pas opposée (professionnel). »

Une seconde règle sujette à évolutions réside dans les **invitations de personnes extérieures sur site**. Sur la plupart des sites, cette règle a généralement évolué dans le sens d'une **rigidification** face aux nuisances engendrées par les allées et venues de personnes invitées sur le site : nécessité d'écrire à la directrice pour en faire la demande formelle, sur l'un des sites ; interdiction des visites passés 18h sur un autre. Charlie témoigne ainsi de l'ambivalence qu'il ressent quant au durcissement des règles relatives aux invitations de personnes extérieures sur le site, devenues beaucoup plus contraignantes et formelles, avec une oscillation entre reconnaissance de la nécessité de renforcer ces règles et regrets face à ce durcissement :

« [Du coup tu disais que tu trouvais ça plus strict, par rapport à avant, ou d'autres lieux... ?] Par rapport à avant, c'est depuis que ça a changé de directrice ; depuis qu'elle est

arrivée, elle veut que ce soit tac tac, parce que c'était le bordel avant. Y avait trop de débordements... Tout le monde hébergeait n'importe qui, n'importe quand, les gens venaient faire leur barbeuc... Tu vois c'était un peu n'importe quoi. Elle, elle arrive elle remet les choses en place, mais peut être trop vite. Il faut quand même un petit temps d'adaptation, autant pour elle que pour nous, quoi. Parce que passer d'un truc léger à un truc strict, où ça change du jour au lendemain... » (Charlie, 39 ans, depuis 8 mois dans la structure, auparavant dans un squat, juin 2023)

Une troisième règle évolutive réside dans **l'accueil d'animaux de compagnie**. En effet, les sites qui avaient accepté dès l'origine la présence d'animaux sur site se voient progressivement confrontés à des problématiques variées (aboiements, morsures, déjections). Dans ce cadre, les sites acceptant des animaux ont tendu à **formaliser des règles relatives à l'accueil des chiens** en demandant aux résidents de tenir leurs chiens en laisse sur site (à la Rochelle), ou en réalisant, sur deux sites, des aménagements spécifiques, afin de favoriser une cohabitation harmonieuse entre les animaux (aménagements de clôtures autour des *tiny houses* à Montpellier et des modulaires à la Rochelle).

Enfin, des débats agitent les équipes en permanence sur la question des **règles présidant aux exclusions**. Celles-ci ont évolué : si tous les porteurs de projets y voient un échec et si certains se disaient initialement opposés à toute exclusion, quelle que soit son motif, **plusieurs ont revu leur position au fil de l'expérimentation et effectuent désormais des exclusions au cas par cas**. Le motif communément mobilisé est celui de **la violence et de la compromission de la vie en collectivité qu'elle induit**, jugées comme les uniques motifs valables d'exclusion. Pourtant, la certitude pour la majeure partie des professionnels que leur structure constitue le dernier recours pour la plupart des résidents et que l'exclusion se traduit le plus fréquemment par un retour à la rue génère des hésitations majeures quant aux sanctions à prononcer. Les tentatives palliatives mises en place au fil des mois pour éviter la sortie sèche du dispositif – éloignement provisoire de quelques jours, rappels à l'ordre, convocation par l'équipe, interdiction de fréquenter les espaces collectifs provisoirement, etc. – sont dès lors autant de **tentatives** pour repousser autant que possible l'échéance d'une exclusion.

Ces éléments soulignent l'ambivalence qui peut marquer le rapport aux règles des habitants. Si la tendance générale est à l'acceptation du cadre prévalant sur les dispositifs, certaines règles sont régulièrement questionnées (individuellement et collectivement) et transgressées. De manière générale, les questionnements sans cesse renouvelés par l'équipe et par les résidents sur ces sujets sont révélateurs d'un point de tension majeur qui traverse l'ensemble des dispositifs : celui d'être « chez soi » tout en vivant en collectivité.

5.2. Espaces individuels et lieux collectifs : des modes d'appropriation variés

L'ensemble des sites retenus dans le cadre de l'AMI articulent en leur sein des espaces communs et des espaces privés, dont les fonctions, les usages et les perceptions par les habitants varient. Globalement, les lieux partagés sont porteurs de dynamiques contrastées : s'ils sont appréciés pour la socialisation qu'ils permettent et les logiques d'entraide qu'ils peuvent faire émerger, ils sont souvent aussi synonymes de violences et de tensions (5.2.1). *A contrario*, les espaces privatifs sont unanimement appréciés, dans la

mesure où ils représentent des lieux de répit, et ce bien que le temps qu'y passent les résidents ou leurs modalités d'investissement soient susceptibles de fortement varier (5.2.2).

5.2.1. Des espaces collectifs qui suscitent de l'ambivalence : entre nécessité et rejet

Si tous les lieux de l'expérimentation proposent des espaces communs - plus ou moins structurants et centraux sur chacun des sites -, les dynamiques collectives qui y ont cours sont perçues avec une certaine ambivalence par les habitants. En effet, les lieux partagés sont à la fois producteurs de dynamiques vécues comme positives par les résidents (4.2.2.1), mais ils peuvent également être le lieu de débordements, de tensions et d'incidents, et conduire à des stratégies d'évitement (4.2.2.2).

5.2.1.1. Des espaces collectifs vecteurs de sociabilité

D'abord, il faut souligner que le caractère collectif des structures a souvent pu constituer une source de questionnement, voire un facteur d'appréhension, pour les habitants avant leur arrivée sur le site. La perspective de devoir s'adapter aux règles et aux modalités de fonctionnement de la « vie en collectivité », de cohabiter avec d'autres personnes ayant leurs propres histoires, parcours et difficultés, n'a pas toujours été perçue comme évidente. La connaissance préalable d'autres résidents, les informations glanées par bouche-à-oreille, ou la relation de confiance tissée avec un professionnel prescripteur ou intervenant sur le lieu, ont alors pu convaincre les personnes de tenter l'expérience, malgré ces craintes initiales quant aux capacités à s'adapter à une structure collective.

« Après je suis dans le genre, voilà, je suis ouvert à toute personne, tout ça. [...] Mais disons que ça faisait peur, le changement, pas savoir les personnes qu'il y aurait et tutti quanti. Après bon je savais qu'il y avait une personne que je connaissais de longue date déjà, de plus de 7 ans. [...] Donc ça m'a mis plus ou moins à l'aise parce que j'appréhendais. Le temps de m'adapter, à la structure, avec les gens, par rapport aussi à mes chiens... Tout ça, c'est voilà, c'est du changement quoi. » (Jonathan, 38 ans, depuis 3 mois dans la structure, auparavant vivait dans sa voiture, juillet 2023)

Si elle est en effet présente sur l'ensemble des sites, **cette dimension collective peut en revanche prendre des formes contrastées et s'avérer plus ou moins affirmée suivant les dispositifs**, différentes variables entrant en jeu (configurations spatiales plus ou moins propices aux temps collectifs ; distance du centre-ville ; degré d'interconnaissance préalable entre les résidents ; animation de la vie collective par les équipes ; etc.). Ainsi, ces dynamiques collectives « prennent » plus ou moins : elles sont parfois très marquées, comme à Bourg-en-Bresse et à Strasbourg, où les espaces collectifs sont fortement investis par les résidents, tandis qu'elles restent plus timides sur d'autres sites (Marseille, Le Mans). Les logiques d'investissement des espaces communs varient également en fonction des règles en vigueur : ces espaces peuvent être davantage fréquentés lorsque les professionnels ne sont plus présents (soirées, parfois weekends), quand les règles sont perçues comme trop strictes en journée. Elles sont enfin fonction des **animations** dont les espaces collectifs font ou non l'objet de la part des équipes - sur la plupart des sites, celles-ci restent rares, à l'exception de quelques repas ponctuels -, et des **saisons** (fréquentation plus assidue l'été, repli sur les espaces individuels l'hiver).

Les formats et manifestations de ces logiques collectives sont également variables : elles peuvent se traduire par des temps collectifs informels (repas, barbecues, décoration ou entretien du site, etc.), par des ateliers plus institués qui rythment la semaine (ateliers communautaires à Strasbourg, ateliers de socio esthétique à La Rochelle, etc.), par des sorties collectives, initiées par l'équipe ou directement des habitants (sorties à la mer ou à la piscine, visites culturelles ou touristiques, activités sportives...), ou encore par des temps participatifs autour de la vie sur le site (conseils d'habitants, réunions de régulation...). **Ces temps collectifs n'ont rien d'obligatoire** : à l'exception d'un site qui a fait des conseils d'habitants des passages obligés (site de Toulouse), chaque résident est libre d'y prendre part ou non. **Leur organisation demeure en outre complexe** : sur les petits collectifs en particulier, les équipes continuent d'hésiter à organiser des sorties ou activités en très petits groupes (avec un ou deux résident), et les sorties sont ainsi souvent abandonnées, contribuant à alimenter un relatif désintérêt pour les conseils d'habitants, à l'occasion desquels le sujet des sorties est abordé de manière privilégiée⁴⁷ (cf. 5.3.1.).

Si l'évaluation montre que les espaces collectifs institués et la vie collective impulsée par l'équipe restent inégalement appropriés, **des relations en groupe de plus petite envergure se nouent en marge des espaces collectifs**. Des amitiés interindividuelles, ou en groupe réduit (3 ou 4 personnes), se déploient ainsi plutôt dans les espaces privatifs (chambres, mobil-homes individuels), d'autant plus lorsque les consommations sont interdites dans les espaces collectifs (cf. 5.1.3.). Ces amitiés peuvent constituer le prolongement d'amitiés nouées antérieurement à l'arrivée sur le dispositif (cf. 3.2.2.) ou nouvellement créées depuis l'entrée sur le dispositif. Ces amitiés interindividuelles sont ainsi davantage « choisies » et leur caractère fiable et rassurant est opposé à celui instable et fluctuant des relations de groupes, traversées par des tensions fréquentes.

Bien que les usages et modalités d'investissement de ces espaces collectifs puissent être très variables, les entretiens menés montrent que, **globalement, cette dimension collective constitue une force du dispositif, même si elle est souvent perçue avec ambivalence**. En effet, même si tous les habitants n'investissent pas les activités collectives et abordent souvent leur inimitiés et relations tendues avec d'autres habitants du site, **la plupart d'entre eux apprécie de partager avec d'autres des temps plus informels et de nouer des relations interindividuelles**. C'est par exemple le cas de Didier, qui apprécie de regarder des films dans le salon collectif, de participer à l'entretien des espaces verts ou de participer à certaines activités proposées (ping-pong, promenades) ; de Bastien qui passe l'essentiel de son temps dans les espaces collectifs, avec son « équipe » de 4 ou 5 amis, pour discuter, écouter de la musique ou jouer à la pétanque ; de Gabriel, qui souligne ce que les échanges avec les autres résident ont pu lui apprendre ; ou encore de Charlie qui témoigne du soutien que les autres lui ont apporté après une épreuve difficile (le décès d'un proche).

« Là, c'est là où on s'assoit tous, on va jouer aux boules [...] c'est là où la plupart du temps on est tous ; et derrière, y a un autre côté et on est aussi souvent derrière [désigne un endroit avec des tables de pique-nique], c'est notre KG, c'est là où on se met quand il fait trop chaud, et on rigole. [...] Ya l'équipe 1, l'équipe 2, l'équipe 3. Ouais, parce que on est 4, 5 là, 4-5 qui vont là-bas et 4-5 un peu plus loin. C'est toujours les mêmes qui vont au même endroit mais on se parle tous, y a pas d'équipe réellement, mais pour

⁴⁷ En effet, si le règlement des tensions et conflits apparaît comme un sujet dominant largement les réunions CVS, les sorties figurent également parmi les thématiques privilégiées de ces temps participatifs, les résidents suggérant fréquemment des activités diverses (sorties équitation, kayak, etc.). L'abandon de ces projets de sorties participe ainsi de la sensation d'inutilité de ces temps participatifs, fréquemment conçus comme des temps de remontées de doléances plutôt que de participation à proprement parler et dont les aboutissements sont peu perçus.

rigoler [...] on dit toujours là c'est les jeunes et là c'est les vieux [rires], on les embête. [...] Nous on s'installe des chaises, on sort le pc et on écoute de la musique. » (Bastien, 38 ans, depuis un an et demi dans la structure, auparavant à la rue, juin 2023)

« [En parlant de la participation à des ateliers collectifs d'entretien des espaces verts :] Ça va, ça nous occupe, ça passe le temps, on pense à autre chose, on va dire. On pense pas aux problèmes qu'on a. Au moins, ça nous évite de trop boire, de trop fumer autre chose que la cigarette, donc voilà [rires]. » (Didier, 41 ans, depuis 2 ans dans la structure, avant dans un centre d'hébergement, juin 2023)

« Ça va après c'est comme tout endroit, on peut pas être pote avec tout le monde. T'en as, c'est plutôt du voisinage, d'autres c'est plus amical quoi. [...] Certains sont pas dans le même truc, vraiment on vient pas de la même planète, je ne sais même pas quelle est la leur mais bon ben du coup, il faut moi que j'apprenne à moins vouloir imposer ma vision de ma planète et puis à comprendre celle de l'autre. [...] On a échangé des trucs sur comment on a vécu la rue, du coup sait-on jamais que j'y retourne, il y a des trucs que j'avais pas pensé. Le coup du sac poubelle 100 litres, quel merveilleux duvet gratos. » (Gabriel, environ 50 ans, dans la structure depuis 2 ans, auparavant en squat, juin 2023)

« Ils [les autres habitants] sont quand même bien présents... C'est vrai que malgré les petites engueulades, tout ça, ils sont quand même bien présents... C'est bien, on est tous, c'est une grande famille quoi. Y a du cœur quoi. Y a des engueulades et tout, mais ça fait partie du cœur aussi. » (Charlie, 39 ans, depuis 8 mois dans la structure, auparavant dans un squat, juillet 2023)

Ces différents témoignages donnent à voir la diversité des « fonctions » et dynamiques positives qui peuvent être associées à ces temps collectifs. La fréquentation des autres et les nouvelles rencontres offrent, avant tout, **un cadre de sociabilité aux résidents qui, selon les cas, permet de maintenir des liens avec autrui et/ou de rompre avec un certain isolement**. Le collectif exerce également **une fonction « occupationnelle »**, qui permet de se décentrer momentanément de ses difficultés, pour offrir des temps plus légers ou distrayants. C'est notamment le cas des résidents confrontés à des problématiques **psychiatriques** (pensées obsédantes ou suicidaires, voix, etc.), pour lesquels le collectif constitue un cadre rassurant et **contenant**. Dans d'autres cas, la participation à des projets manuels ou créatifs peut être **le support de réalisations individuelles et collectives** et accompagner **des logiques d'affirmation de soi et de revalorisation**. Certains ateliers ou sorties collectives peuvent également être l'occasion de **renouer avec des activités et pratiques** qui avaient longtemps été mises de côté (aller se baigner, prendre soin de son corps, aller au restaurant, etc.). Enfin, la fréquentation d'autres résidents, dont les parcours commencent à s'infléchir (réduction des consommations, soins, reprise d'une activité, apaisement, etc.), peuvent également **favoriser des projections de soi positives** et accompagner progressivement un changement de regard sur l'avenir.

Loin de se limiter aux relations entre résidents, **les résidents entretiennent également des relations privilégiées avec les équipes des sites**⁴⁸. Celles-ci sont appréciées pour plusieurs raisons. D’abord, elles offrent un **espace de sociabilité bienvenue**, qui compense, pour les résidents en quête de liens sociaux, une vie en collectivité parfois peu dynamique. Ensuite, alors que les relations entretenues avec les autres résidents sont régulièrement le théâtre de tensions et conflits (voir 5.2.1.2.), les relations avec l’équipe sont perçues comme plus **apaisées, protectrices et tranquillisantes**. Enfin, l’équipe constitue un **groupe de référence différent** pour les résidents et leur permet de se projeter vers une vie « après » la rue, ce qui passe également par une mise à distance d’autres résidents jugés plus « marginalisés ». C’est ce qu’illustre l’exemple de Nicolas, un résident de 41 ans qui explique avoir pris ses distances vis-à-vis d’amitiés nouées à la rue (les « *copains de boisson* ») qui constituent pour lui une tentation forte de consommer de l’alcool, ce qu’il tente d’éviter : « *Je leur jette pas la pierre mais je préfère les éviter parce que je me connais, moi je suis sensible à ça. Donc je retomberais directement dedans.* » *A contrario*, il se montre en quête du lien avec les équipes, en partageant des déjeuners avec les professionnels ou en participant aux différents temps d’animation qu’ils organisent, y compris lorsque les autres résidents sont absents. Il explique par exemple avoir participé, seul, à la décoration du sapin de Noël organisée par une travailleuse sociale, en l’absence des autres résidents qui n’avaient pas souhaité venir : « *J’ai bien aimé, moi, faire ça ; c’est marrant quoi, c’est agréable.* » Il semble percevoir dans les relations à l’équipe un substitut à une vie collective dont il regrette le faible dynamisme (« *on mange pas beaucoup ensemble quoi* ») et les clivages (« *ça fait des clans si vous voulez : ceux qui consomment, puis ceux qui consomment pas* »). Il y trouve également un soutien : interrogé sur d’éventuelles relations entre résidents, il répond ainsi que ces relations n’existent pas mais qu’« *en fin de compte on n’a pas besoin de beaucoup d’aide, on a besoin des encadrants* ».

Si de nombreuses dynamiques intéressantes peuvent donc être prêtées à ces espaces et temps collectifs, que ce soit en termes de relations aux autres résidents ou à l’équipe, ceux-ci peuvent aussi être le théâtre de moments nettement moins positifs. Les regards et discours des habitants à leur sujet peuvent ainsi se faire beaucoup plus critiques, en raison des risques qui y sont associés et de la violence qui peut continuer d’y surgir.

5.2.1.2. Des lieux qui peuvent également être des espaces de tensions, voire le théâtre de violences et d’exclusion

La dimension collective des sites relevant de l’AMI n’est en effet pas uniquement porteuse de promesses et d’événements connotés positivement. Comme dans toutes structures collectives, **peuvent émerger des conflits d’usages des espaces**, liés à des rythmes de vie, pratiques et habitudes divergentes entre les résidents. Chacun des habitants continuant à être aux prises avec ses propres difficultés, souvent avec ses addictions, parfois avec des pathologies, la cohabitation ne s’avère pas toujours aisée au quotidien et peut mener à des conflits plus ou moins vifs. La **promiscuité** sur certains sites, impliquant une proximité imposée, peut redoubler ces enjeux et devenir source de tensions. La question de l’entretien des lieux collectifs constitue ainsi une problématique récurrente des dispositifs, les résidents en dénonçant le manque d’entretien par les autres résidents et la saleté qu’elle engendre, rendant la fréquentation de ces

⁴⁸ Il est à cet égard significatif qu’en entretien, les résidents rencontrés interrogés sur leur rapport au « collectif » évoquent spontanément leurs relations avec l’équipe au même titre que celles qu’ils entretiennent avec les autres résidents.

espaces moins agréables. De même, la problématique du **bruit** lié à la vie en collectivité est omniprésente dans les discours des enquêtés. Ces nuisances sonores sont perçues d'autant plus négativement qu'elles apparaissent comme un obstacle à ce qui serait l'apport le plus immédiat et le plus consensuel des dispositifs, celui de pouvoir se **reposer** (cf. 6.1.) :

« Ici c'est un peu le bordel : y en a qui rentrent des fois dans des états pas possibles, comment dire, soit ils ont trop bu, soit ils sont trop shootés ou machin, ça se met sur la gueule, on n'a pas la tranquillité qu'on veut, dormir comme on peut, les claquements de portes, les engueulades dans les couloirs, la télé trop forte... » (Didier, 41 ans, depuis 2 ans dans la structure, avant dans un centre d'hébergement, juin 2023)

Ces différents points de tensions se nouant dans les espaces collectifs se cristallisent ainsi dans des discours des résidents souvent émaillés de **références à des moments de tensions ou de crises, d'irruption de la violence ou de consommations excessives**. De ce point de vue, **la fréquentation des espaces collectifs est souvent associée à une certaine prise de risque** : d'être exposé à de la violence, de devenir soi-même violent, d'être encouragé à consommer, de ne pas parvenir à « tenir » ce que l'on s'est promis, etc. Ces risques sont perçus comme d'autant plus importants en l'absence de l'équipe éducative, soit durant les soirées et/ou les weekends, suivant les modalités de fonctionnement des sites. Il convient à ce titre de noter que tous les sites ont connu des incidents et événements graves (agressions à l'arme blanche, violences sexuelles, overdoses et mises en danger, etc.) qui ont durablement marqué les esprits. Enfin, les espaces collectifs peuvent également être des lieux d'exclusion, de stigmatisation et de commérages autour de certains habitants (personnes toxicomanes, personnes arrivées plus tardivement dans le dispositif et peinant à s'intégrer au « noyau » historique, etc.).

Dès lors, **ces appréhensions peuvent se concrétiser par des stratégies d'évitement des espaces collectifs, qui peuvent être permanentes ou plus intermittentes**. Certains habitants ont ainsi fait le choix, dès leur entrée sur site, d'éviter au maximum les espaces communs, comme Mireille, qui préfère limiter les interactions avec les autres pour « éviter les embrouilles », ou encore Malika qui préfère ne pas fréquenter les autres par crainte d'une mauvaise influence (« les autres il ne faut pas, ça boit, dès le réveil jusqu'à la nuit »). Dans certains cas, ces logiques d'évitement s'inscrivent dans une stratégie de distinction plus globale, comme Valentin qui tient à se démarquer des autres résidents, qu'il n'hésite pas à qualifier de « déchets ». Les résidents ambitionnant d'intégrer un autre logement et exprimant une volonté de mettre à distance la vie à la rue et les résidents qui l'incarnent sont à cet égard particulièrement prompts à marquer leurs distances vis-à-vis d'un collectif jugé délétère et incarnant un passé à la rue qu'ils souhaitent mettre à distance. Enfin, dans d'autres cas, ces logiques d'évitement peuvent être plus temporaires, lorsque les conflits ou violences se cristallisent autour d'une à deux personnes, finalement mises à l'écart de la structure en raison de violences et de passages à l'acte répétés.

Par ailleurs, ces espaces collectifs sont régulièrement traversés par une vive tension entre des normes et lois tacites opposées, ce qui ne va pas sans générer des moments d'inconfort, des difficultés à se positionner pour les habitants. **Certains rapports de loyauté entre habitants peuvent ainsi contribuer à entretenir une forme de silence collectif** autour de certaines transgressions, incidents ou violences survenus en l'absence de l'équipe. C'est ce qu'exprime Lydie, qui souligne la difficulté à référer de certaines choses à l'équipe, sous peine de passer pour une « balance ».

« Comme c'est que des addicts, c'est-à-dire qu'il y a des gens qui sont complètement bourrés ou complètement à fond de coke, il y en a qui peuvent être un peu fofou. Et bon. [...] Il y a toujours le téléphone, au cas où [référence au système d'astreinte]. Sauf

que, comme on vient de la rue, pour nous, [téléphoner à l'équipe] c'est qu'on fait la poucave, qu'on fait la balance. Et dans la rue, une fois qu'on est dans la rue, quand on dit 't'as fait la poucave' à quelqu'un, c'est pas bon... Donc on apprend à se taire, sur certaines choses.» (Lydie, 40 ans, depuis 6 mois dans la structure, auparavant en LHSS, juillet 2023)

L'ensemble de ces enjeux relatifs aux espaces collectifs soulignent donc **la très grande ambivalence qui les traverse** : producteurs de dynamiques et d'effets positifs comme de moments de grande violence, ils sont tantôt recherchés et valorisés par les résidents, tantôt fuis et évités. Suivant les situations des habitants et leur perception par les équipes, la dimension collective peut alors amener à opérer certains choix dans leurs trajectoires institutionnelles et résidentielles : certains ne se projettent pas, à long terme, dans un tel cadre collectif ; d'autres, jugés trop vulnérables, sont réorientés par les professionnels vers des structures jugées plus adaptées⁴⁹ ; d'autres enfin sont exclus, en raison des menaces qu'ils font peser sur le bon fonctionnement du collectif. Ainsi, **les équipes sont sans cesse amenées à rechercher le juste équilibre**, entre régulation de ces espaces et marges d'autonomie et de liberté laissées aux habitants, volonté de mettre en pratique effective la notion d'accueil inconditionnel et préservation du collectif.

Dans ce contexte, les espaces privatifs forment des lieux beaucoup moins contrastés : bien que les logiques d'investissement puissent légèrement varier, les espaces individuels sont plébiscités par les habitants et se donnent à voir comme des lieux de repos, de répit et de refuge.

5.2.2. Les espaces individuels, des lieux de répit largement investis par les habitants

Par contraste avec les lieux collectifs, les espaces individuels sont perçus de façon beaucoup plus consensuelle par les habitants : indépendamment du type d'habitat qui leur est proposé, de sa taille ou de son niveau de confort, **l'accès à un espace privé a généralement constitué la première raison et motivation à l'intégration du dispositif et continue**, plusieurs mois ou années après, **d'incarner un espace de répit, préservé des interventions et événements extérieurs** et où il est possible de se retirer à son gré.

Cet accès à un espace propre, individuel, fait en effet figure de **rupture majeure par rapport à leur situation préalable et à leurs conditions de vie** à la rue ou toute autre forme d'habitat précaire (squat, tente, voiture, etc.). Les espaces individuels dont les résidents disposent dans le cadre des dispositifs relevant de l'AMI sont **synonymes de sécurité, sur un plan matériel comme physique**. Les espaces individuels se ferment à clé, permettent d'entreposer ses affaires individuelles sans risque de vol ou de dégradation ; ils représentent également un espace de sécurité pour les résidents eux-mêmes, au sens où ils y sont préservés des différentes formes de violences qu'ils pouvaient expérimenter à la rue. **Ce sentiment de sécurité**, régulièrement mis en avant par les résidents lorsqu'ils évoquent leur espace individuel, **fait de ces espaces privatifs des lieux de répit et de repos** : nombre d'habitants soulignent

⁴⁹ Un porteur de projet a ainsi expliqué avoir refusé l'admission suggérée par le SIAO d'une personne en situation de handicap, jugée trop fragile et dont il craignait qu'elle ne soit « *chahutée* » par les résidents en place. Sur un autre site, une résidente qui était considérée comme « en danger » sur site du fait de certaines pratiques (trafic, prostitution) a été réorientée vers un CHRS.

leur plus grande tranquillité psychologique depuis qu'ils ont intégré le dispositif, et les nombreux bénéfices liés au fait de pouvoir « se poser » dans un espace que l'on peut faire sien (cf. partie 4).

« Au moins je suis plus reposée. Je peux bien me reposer ; à la rue tu peux pas dormir quand tu veux quoi, le moindre bruit ça te réveille. Je sais que je peux fermer à clé, qu'au moins je serai en sécurité. » (Carine, 31 ans, depuis environ un an dans la structure, auparavant dans un squat, juin 2023)

« Déjà de poser ses valises et puis de souffler quoi, on va dire, parce qu'en plus j'étais très mal physiquement [...]. Donc c'est tombé à point ce dispositif que j'ai pu intégrer, et puis me reposer. » (Joël, 54 ans, dans la structure depuis 2 ans et demi, auparavant à la rue, juillet 2023)

Néanmoins, les modalités et niveaux d'investissement de ces espaces individuels peuvent significativement varier et répondre à des formats et logiques disparates. Qu'il s'agisse du temps passé au sein de ces espaces privatifs, de leur niveau de personnalisation, de décoration ou d'entretien, du plaisir pris à y recevoir du monde ou, *a contrario*, à en faire un espace strictement « à soi », toutes les configurations sont repérables.

Pour une partie des résidents, **l'espace individuel est investi comme un lieu refuge.** Dans ce premier cas de figure, les habitants passent une part importante de leur temps dans leur espace individuel, qu'ils ont également personnalisé pour en faire un espace à leur image (décoration, etc.). L'accès à un espace propre est alors synonyme de **rupture avec les habitudes, les connaissances et cercles de sociabilité qui rythmaient le quotidien avant l'entrée dans le dispositif.** L'intégration du dispositif est perçue comme une possibilité d'infléchir sa trajectoire globale, via l'accès à un logement. C'est par exemple le cas de Mireille qui, à 63 ans et après une quinzaine d'années passées entre la rue et des mises à l'abri ponctuelles à l'hôtel par le biais du 115, estime « revivre » depuis qu'elle s'est installée dans son studio. Malgré des difficultés initiales à l'investir, l'accompagnement de l'équipe lui a permis d'en faire progressivement son chez soi. Elle sort aujourd'hui très peu, hormis pour faire quelques courses et parfois boire une bière sur le trottoir, estimant qu'elle a passé tellement de temps à la rue qu'elle n'a plus envie de sortir.

« Je revis. J'ai mon petit chez moi. A la rue je pouvais pas me faire à manger. » (Mireille, 63 ans, depuis 1 an et demi dans la structure, auparavant à la rue, septembre 2023)

D'autres habitants optent quant à eux pour un rythme et un quotidien très centrés sur les espaces du dispositif, mais davantage partagés entre leur espace privé et les lieux collectifs. Ces résidents passent ainsi la majeure partie de leur temps à alterner entre du temps passé dans sa chambre, à se reposer et se détendre, et des moments réguliers passés dans les espaces collectifs, à « passer le temps », discuter et parfois partager des activités (jeux d'échecs, pétanque, etc.) aux côtés d'autres résidents du site. Dans ce cas de figure, si les sorties extérieures peuvent persister et certaines habitudes être conservées, le temps passé à l'extérieur est loin d'être majoritaire et l'entrée dans le dispositif a représenté une bifurcation majeure dans les habitudes quotidiennes.

C'est par exemple le cas de Lydie, qui explique passer beaucoup de temps dans sa chambre pour se reposer et regarder des films et des séries depuis qu'elle vit sur le site, tout en appréciant de passer du temps avec les autres résidents pour partager un repas, plaisanter ou prendre l'apéritif. Elle continue d'aller faire la manche, tous les jours en fin de journée, dans les endroits où elle allait habituellement auparavant, car elle n'a « pas le choix » puisqu'elle n'a aucune autre ressource (de nationalité étrangère, elle ne peut

prétendre au RSA). Didier, de la même manière, passe également beaucoup de temps sur le site du dispositif : il participe aux ateliers communautaires deux fois par semaine consacrés à l'entretien des espaces verts, donne régulièrement un coup de main à l'employé en charge des travaux manuels et petites réparations sur le site, ou passe du temps dans sa chambre (« *pour faire mon petit ménage, m'occuper de moi-même [rires]* »).

« Moi je suis très bien ici. [...] J'ai acheté une télé en plus, parce que j'ai pas de revenus et je l'ai fait avec la manche. (...) [Et si tu devais me raconter ton quotidien ici ?] Moi mon quotidien ici ? Ben ça va être simple... Comme je viens de la rue et que j'ai une télé... Je me suis inscrite à la médiathèque, du coup j'en ai profité à regarder des séries, j'en ai profité à faire à manger, j'en ai profité à boire un coup avec des gens avec qui je m'entends ici. » (Lydie, 40 ans, depuis 6 mois dans la structure, auparavant en LHSS, juillet 2023)

Enfin, certains résidents expliquent ne passer qu'un temps limité dans leur espace individuel, généralement réduit aux nuits et à quelques moments plus ponctuels au quotidien. Ces habitants expliquent **avoir conservé leurs modes de vie, lieux et fréquentations antérieures** et ainsi **passer beaucoup de temps à l'extérieur**, tout en appréciant de **pouvoir se replier, le soir, dans un espace sécurisé et sécurisant**. C'est le cas d'Arnaud, qui a intégré le dispositif après plusieurs années en squat et explique apprécier de partager certains moments de la vie en collectivité (repas partagés, par exemple), tout en passant l'essentiel de son temps à l'extérieur ; ou encore de Gaël, qui a mis du temps avant de réellement « se poser » dans les lieux : il se considère aujourd'hui plutôt bien installé, mais c'est l'aboutissement d'un long processus (sortie pendant une année du dispositif pour « *prendre l'air* », puis retour).

« J'avais un peu oublié genre pour comment faire le ménage et tout, du coup c'était pas... Autant j'étais content de pouvoir rester toute la journée sans bouger et tout, sans courir à droite à gauche, mais après... Après je me suis habitué. J'avais du mal avec le ménage mais après ça allait... » (Gaël, 29 ans, depuis un an dans la structure, auparavant à la rue, juin 2023)

C'est également le cas de Gabriel, qui souligne la qualité et le confort de son espace individuel (« *une cabane de luxe* »), y passe du temps régulièrement, notamment lorsqu'il ne va pas très bien, tout en continuant à être souvent dehors (pour chercher des petits boulots « au black », fréquenter certaines associations, faire du troc...). Il lui est déjà arrivé de quitter le site plusieurs semaines (pour travailler, ou pour « *aller en festival* »), ce qui a déjà failli lui coûter sa place et l'amène aujourd'hui à être plus précautionneux sur ses durées d'absence (« *maintenant je calcule mon truc, je suis pas fou* »).

Ces allers-retours réguliers entre le site et la rue – bien que possibles (le texte de l'AMI précise que « *[les dispositifs doivent] permettre aux personnes de simplement faire une pause sans autre engagement* » et qu'« *ainsi des allers et retours entre le lieu et la rue seront possibles* » (p. 4)), peuvent, sur certains dispositifs et auprès de certains professionnels, mettre en difficulté les équipes en ce qu'elles ont le sentiment d'avoir moins de prises pour mettre en place un « accompagnement » ou, *a minima*, lancer certaines démarches d'accès aux droits.

Si des modalités d'investissement contrastées émergent donc, il demeure complexe d'établir précisément les variables qui déterminent ces différents « usages » du dispositif. Quelques facteurs discriminants se dessinent néanmoins.

agencephare

- D’abord, le **genre** semble jouer, les femmes rencontrées investissant souvent plus fortement les espaces individuels. On peut supposer que leur plus forte exposition aux violences lors de la vie à la rue, mais également le fait que leurs parcours soient, en tendance, plus souvent marqués par des phases d’hébergement institutionnel Marie Loison et Gwenaëlle Perrier, « Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection », *Déviance et Société*, 2019, vol. 43, n° 1, p. 77-110., jouent en faveur de cet investissement plus important des espaces privatifs qui leur sont proposés.
- Ensuite, **l’âge (et l’état de santé**, facteurs pour partie corrélés) peut également avoir une incidence sur la propension à investir le site et les espaces individuels : de fait, les limitations liées à des difficultés de santé, mais également la « fatigue » associée à la vie à la rue et à l’itinérance sont souvent plus marquées chez les résidents les plus âgés.
- La question de **l’ancienneté et de la durée de la trajectoire à la rue** semble également pouvoir jouer, **dans un sens comme dans l’autre**. Ainsi, nombre de personnes ayant intégré le dispositif après une longue trajectoire de rue mettent davantage de temps à investir les lieux (en particulier individuels) que d’autres, en raison de modes de vie, d’habitudes et de pratiques préalables très différents ; *a contrario*, certaines personnes ayant eu un long parcours sans-abri font rapidement de leur espace privé un espace « refuge ».
- Le **mode d’habitat dominant avant l’entrée sur le dispositif** et son caractère plus ou moins collectif semble également influencer sur l’appropriation et les usages des dispositifs. Les résidents ayant vécu en squat par exemple, maintiennent des liens de sociabilité importants avec les lieux, personnes et habitudes qui composaient leur cadre de vie avant leur entrée sur le dispositif. Ces profils apparaissent dès lors davantage partagés entre leur vie sur le dispositif et leur vie « d’avant », la première ne se substituant pas à la seconde.
- Enfin, **les caractéristiques des sites et certaines modalités de fonctionnement** des dispositifs ont également une incidence sur leurs modes d’investissement (cf. partie 4.1.).

Si les usages, modes d’appropriation et perceptions des lieux collectifs et privatifs oscillent entre plébiscite et mise à distance par les personnes concernées, la prise en compte de leurs avis, idées ou suggestions est encouragée dans le cadre de l’AMI et promue comme vecteur de participation et d’autodétermination des personnes. Dans la pratique, l’application de ces principes se heurte à un certain nombre de difficultés.

5.3. Des structures qui font une large place à la participation et à l’autodétermination des résidents

La prise en compte et la reconnaissance des projets, suggestions ou encore des aspirations des habitants constituent des principes qui se trouvent au cœur de l’AMI. A une échelle collective, l’ensemble des sites s’efforcent ainsi de promouvoir des dynamiques participatives, mais celles-ci ne s’avèrent pas toujours aisées à initier ou à faire perdurer (5.3.1). A une échelle individuelle, le principe d’autodétermination guide – souvent de façon implicite – l’action des professionnels, mais peut se heurter à des difficultés lorsqu’il s’agit de l’appliquer sur le terrain (5.3.2).

5.3.1. La dimension participative des dispositifs, un défi permanent

La volonté de favoriser la participation des habitants dans les projets et la vie des structures constitue une ambition partagée par les différents sites étudiés, qui se décline suivant des modalités variées (5.3.1.1). Ces dispositifs participatifs ne sont néanmoins pas toujours mobilisateurs, et leur animation comme leur maintien dans la durée soulèvent des questionnements du côté des équipes (5.3.1.2). En revanche, des formats plus spontanés et moins formels de contribution à la vie des structures émergent sur certains sites (5.3.1.3).

5.3.1.1. Favoriser la participation des habitants : un enjeu partagé par les structures de l'AMI

Dans l'ensemble des dispositifs étudiés, **des modalités d'implication des habitants à la vie de la structure ont été pensées et mises en place**, de façon à leur permettre de donner un avis consultatif ou, de façon plus ambitieuse, de leur octroyer un certain pouvoir décisionnaire. **Cette importance donnée collectivement aux enjeux de participation des habitants semble davantage tenir à l' « esprit » ou la « philosophie » générale de l'AMI**, à laquelle souscrivent les porteurs de projet (respect du choix des personnes, approche de réduction des risques, pas d'exigence d'inscription dans un projet, etc.), **qu'à des attentes clairement établies** dans le texte qui le fonde : celui-ci n'évoque que succinctement le fait que les projets « [pourront] développer des modalités de gestion communautaire » (p.5), sans préciser plus avant les conditions et modes de déclinaison de ce principe. Pour autant, l'ensemble des sites de l'AMI étudiés dans le cadre de l'évaluation proposent des temps et formats collectifs cherchant à favoriser la participation et l'implication des résidents dans la vie collective et le fonctionnement du lieu. **Ces configurations de la participation sont susceptibles de prendre des formats variables, plus ou moins intégrés au projet depuis sa genèse, formels et ambitieux :**

- Un seul site, celui de Bordeaux, a pensé la constitution d'instances impliquant des personnes sans-abri dès les premiers temps de réflexion et de montage du projet. Pour les autres, **la constitution d'instances de participation s'est faite a posteriori**, et a été envisagée davantage comme l'une des modalités de mise en œuvre du projet plutôt que comme l'une de ses conditions de réussite.
- Sur l'ensemble des sites, ces temps participatifs s'incarnent avant tout **dans des temps collectifs institués, qui peuvent prendre des dénominations variées** (conseil des habitants, conseils de vie sociale, réunions de régulation...) et dont le rythme de réunion oscille entre temps mensuels (le plus fréquent) et hebdomadaires (plus rare). **Ces conseils d'habitants**, auxquels la participation est vivement recommandée (voire présentée aux résidents comme le seul temps obligatoire pour les habitants, comme à Toulouse), **mêlent le plus souvent différents types d'objectifs** : délivrer des informations, faire passer des messages et régler des questions pratiques ou logistiques ; faire le point sur la vie collective, les derniers événements et éventuels incidents survenus ; évoquer des envies, suggestions ou projets à l'initiative des habitants et échanger sur leur faisabilité ; mettre en discussion les règles en vigueur sur le site, les sanctions associées aux manquements observés.
- **D'autres modalités d'inclusion des résidents ont été pensées** sur certains sites, invitant les **habitants à participer à des temps habituellement réservés aux professionnels** : à Bordeaux, les résidents peuvent s'ils le souhaitent assister aux réunions d'équipe, ou sont conviés à des comités de mise à jour du projet de service.

- **Enfin, des temps de participation « externes », plus occasionnels mais tout aussi structurants**, peuvent également être proposés aux habitants, à l'occasion des rencontres et échanges entre sites de l'AMI (niveau régional ou national) ou autres événements institutionnels.

Les temps collectifs pour favoriser l'implication des habitants se déclinent donc de façon assez variée sur les sites de l'AMI, et mêlent généralement, sur un même site, plusieurs de ces formats. Certains sites de l'AMI ont néanmoins particulièrement investi cette dimension participative (Bourg-en-Bresse, de Bordeaux) lorsque d'autres sites s'y sont attelés de façon plus modeste (Marseille, Le Mans). Quoiqu'il en soit, ces modes de fonctionnement participatif ne vont pas sans soulever certaines difficultés et se heurtent à des freins dans les différents lieux étudiés.

5.3.1.2. Mais un fonctionnement participatif qui ne va pas de soi et se heurte à des difficultés

Si des initiatives pour favoriser les logiques participatives sont repérables sur l'ensemble des sites étudiés, **elles ne sont pas toujours pleinement probantes et peuvent s'avérer difficiles à maintenir dans la durée pour les équipes.** Trois grands types de difficultés apparaissent.

D'abord, il faut souligner que le maintien de ces temps participatifs (conseils des habitants) et d'un rythme régulier supposent **un engagement fort de la part des professionnels.** Les habitants restent difficiles à mobiliser dans leur ensemble, les dynamiques reposant souvent sur une poignée de personnes motrices. Les équipes sont donc amenées à jouer un rôle fort d'animation, de relance et d'impulsion pour que ces temps perdurent. Or cette nécessité d'être dans **une posture incitative forte peut être perçue comme relativement paradoxale** par rapport à l'esprit général de l'expérimentation : les équipes peuvent ainsi craindre de **se positionner dans une forme d'injonction à la participation et dans une logique assez descendante**, ce qui est souvent perçu comme contre-productif et peu cohérent au regard des principes qui animent le dispositif.

Ensuite, une autre des difficultés récurrentes tient au fait que les réunions d'habitants, parce qu'elles impliquent de faire un retour sur le fonctionnement de la vie en collectif, sont **souvent source de conflictualité entre les résidents.** Il est en effet fréquent que les réunions **se polarisent sur des sujets de désaccords** et qu'elles contribuent à réactiver des discussions houleuses, voire des conflits entre habitants, amenant certains résidents à les éviter précisément pour cette raison. Si cette fonction des réunions est perçue comme pour partie inévitable – la vie en collectif supposant de « mettre à plat » les dysfonctionnements rencontrés –, les équipes de professionnels comme les habitants peuvent **regretter que ces temps ne servent souvent qu'à remonter des doléances individuelles** et qu'elles ne soient finalement qu'**assez peu au service du projet participatif en soi** (évolution des règles, planification de sorties ou de projets, aménagement des lieux, etc.).

« Moi pour de vrai je trouve que ça sert à rien [les conseils d'habitants]. [...] On a les éducateurs tous les jours donc... Tous les jours si y a un truc qui se passe, on leur en parle, donc quand on arrive à la réunion, bah du coup, on parle de choses qui vont pas, on parle pas de choses qui vont bien... [...] On a fait une boîte à idées, les gens s'en servent pas. Pourtant la réunion elle devrait servir à ça quoi... [...] Et puis il y a trop de monde. [...] les gens se coupent, les gens s'entendent pas. » (Charlie, 39 ans, depuis 8 mois dans la structure, auparavant dans un squat, juin 2023)

Enfin, le troisième type de difficulté rencontré par les équipes tient **au flou qui entoure les « règles du jeu » de la participation au cours de ces réunions**. En effet, lorsque ces temps peuvent être investis par les habitants pour faire évoluer ou proposer de nouvelles règles de vie, il peut arriver que les professionnels soient tentés d'écarter les propositions faites (celles-ci étant jugées irréalistes, trop « dures » ou difficiles à mettre en pratique), ce qui peut susciter un certain inconfort des équipes. Autrement dit, les professionnels peuvent se trouver en difficulté pour affirmer un positionnement clair et trouver le juste équilibre, entre volonté de laisser la main aux résidents sur ces temps et souhait de garder le contrôle quant à la gestion du site.

Ces différents éléments amènent ainsi **les équipes à se questionner régulièrement sur les ajustements à apporter aux formats et modalités d'implication des résidents, autour de différents enjeux** : le rythme de ces réunions participatives (risque de susciter du désintérêt si elles sont trop fréquentes, ou au contraire trop espacées), leur fonction et leur périmètre (volonté de continuer à y pointer les dysfonctionnements et incidents pour réguler la vie collective, mais souhait également que ces temps puissent créer un certain élan et enthousiasme participatifs, autour des projets et envies des résidents), leur vocation et les règles qui les régissent (quelles marges de manœuvres et quelles limites poser aux propositions qui émanent des habitants ?), ou encore leur suivi et leurs suites opérationnelles (difficultés parfois à concrétiser ce qui y est suggéré). Mais au-delà de ces temps « fléchés » pour favoriser la participation, d'autres types de temps, plus informels et souvent organisés autour d'activités pratiques, permettent d'impliquer les habitants autour de la vie du lieu, de façon plus spontanée et informelle, et formant un terreau fertile pour des actions et réflexions collectives.

5.3.1.3. Des formes de contributions spontanées et informelles à la vie du lieu

L'analyse des dynamiques participatives sur les sites de l'AMI révèle que **d'autres formats et types de temps collectifs tendent à émerger sur les différents sites**, dessinant différentes logiques de contribution à la vie des dispositifs. En effet, ces temps, souvent moins formels que les réunions d'habitants et généralement structurés autour d'activités manuelles ou pratiques, n'ont **pas une vocation de participation en tant que telle, mais plutôt de contribution et d'implication dans la vie du lieu** (entretien, embellissement, décoration, etc.).

« Et là t'as vu on a commencé à débroussailler ici. Là ça a repoussé. Ils nous ont fait une formation, comment débroussailler, on est 3 à l'avoir fait. Ici, on nettoie... [...] On entretient quand même, on a planté des patates, on a fait un petit jardin au bout... voilà c'est des choses qu'on fait comme ça, pour s'occuper aussi, on entretient le site, parce que c'est chez nous aussi. » (Magali, 38 ans, depuis deux ans et deux mois dans la structure, auparavant vivait dans un garage, juillet 2023)

Il peut s'agir d'ateliers réguliers (ateliers communautaires proposés à Strasbourg autour de l'entretien des espaces verts) ou de temps plus informels, issus de propositions de l'équipe (mise en place d'un potager ou d'activités d'entretien du site, à Bourg-en-Bresse ou à Bordeaux ; temps informels de nettoyage ou de réparation, une fois par mois, organisés entre les habitants qui le souhaitent et des professionnels, à Toulouse). Dans certains cas, ces initiatives peuvent émaner des résidents eux-mêmes : c'est par exemple le cas à Bourg-en-Bresse, où l'un des résidents a suggéré aux autres de mettre de côté et de récupérer l'ensemble des objets en aluminium – en particulier les canettes –, pour les revendre. Les recettes qui en découlent sont ensuite mises en commun pour financer des temps conviviaux et repas collectifs (barbecue sur le site, sortie au restaurant, etc.).

Ces exemples sont intéressants dans la mesure où ils permettent de **distinguer des temps participatifs qui ont vocation à questionner ou à faire évoluer les modalités de fonctionnement, voire les règles de vie**, des sites – qui ont du mal à « prendre » dans la plupart des lieux étudiés –, et des **temps collectifs de contribution directe à la vie du lieu**, souvent plus mobilisateurs. Si ces temps ne poursuivent pas les mêmes enjeux, il n'en reste pas moins que les seconds types de temps évoqués répondent à **des logiques d'actions beaucoup plus spontanées, qui peuvent former un terreau fertile pour des actions et réflexions collectives**. Ces différentes dimensions seront questionnées de façon plus approfondie lors de la suite du terrain d'enquête.

5.3.2. L'autodétermination des personnes : un concept partagé mais limité devant le principe de réalité

Au-delà de ce qui touche à la participation des habitants vis-à-vis des dispositifs qu'ils ont intégrés, **le cahier des charges de l'AMI fait une place très importante à l'enjeu d'autodétermination des personnes** : l'importance de laisser le choix entre différentes options aux personnes y est mentionnée, en amont de leur entrée sur les dispositifs (proposition de différentes solutions d'hébergement, pour éviter une logique d'imposition) et pendant leur durée d'accueil sur les sites, en leur proposant un « environnement capacitant » favorisant « le développement du "vouloir agir" et du "pouvoir agir" » (p. 4) et leur laissant le temps de « construire un projet qui leur appartient » (p. 4). Cet enjeu d'autodétermination est censé irriguer toutes les dimensions des parcours des personnes et inspirer plus globalement la conception de l'accompagnement guidant les professionnels.

Cette notion d'autodétermination renvoie à une logique d'empowerment, à une échelle individuelle⁵⁰ . : il s'agit, non pas seulement de reconnaître la capacité des habitants à faire des choix et à décider de ce qui les concerne, mais également de les accompagner dans un processus pour qu'elles puissent faire ces arbitrages. En d'autres termes, l'enjeu pour les professionnels est de « **rendre l'information accessible [afin] d'aider [les] personnes à décider, sans [les] influencer de façon exagérée** » Manon Masse, « Autodétermination : enjeux et limites pour le travail social », *Actualité sociale*, 2018, vol. 75.. Dans les faits, si ce principe guide bel et bien les pratiques des professionnels, ces derniers mobilisent assez peu la notion en tant que telle en entretien, insistant davantage sur l'importance de « faire avec et non pas à la place de ».

A l'issue de l'évaluation, il apparaît que l'autodétermination des résidents sur les sites de l'AMI revêt deux aspects majeurs, qui correspondent à deux temporalités différenciées :

- **A court terme, l'autodétermination s'incarne par la possibilité pour les personnes de s'approprier leur lieu de vie au quotidien, et d'y mener leur existence comme elles le souhaitent.** De ce point de vue, l'autodétermination des personnes sur les dispositifs de l'AMI apparaît comme un relatif **succès** : peu d'obligations à l'entrée, règlements succincts, environnements peu contraignants, volonté d'encourager la participation des habitants, acceptation des consommations sur le site, non-imposition d'un projet de soin, etc.

⁵⁰ William A. Ninacs, *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Presse de l'Université Laval., s.l., 2008.

- **A moyen terme, l'autodétermination se traduit par la possibilité pour les personnes de faire des choix par et pour elles-mêmes.** Plus précisément, elle se concrétise de deux manières :

- **Par un « outillage » des personnes pour gérer leur quotidien en autonomie.** Les multiples accompagnements déployés au quotidien font de ce volet de l'autodétermination une **réussite** : apprendre à maîtriser un budget, doser ses consommations d'alcool ou de substances psychotropes pour ne pas être dépassé, savoir réaliser des démarches administratives ou médicales constituent autant de formes **d'autonomisation** pour des résidents aux parcours souvent hachés, confrontés à de fortes inégalités en matière d'accès au droit et aux soins. Anthony, au parcours familial heurté (violences intrafamiliales), explique avoir toute sa vie sollicité ses conjointes successives pour réaliser ses démarches administratives, et être en incapacité de les réaliser par lui-même. La description qu'il livre de son évolution sur le dispositif illustre ainsi le potentiel émancipateur que revêt l'accompagnement pour lui apprendre à vivre seul et lui permettre d'envisager, à terme, un logement individuel :

« [Et est-ce que tu as l'impression de voir l'avenir, ou tes projets, ont évolué depuis que t'habites ici ?] Ouais, par rapport à ça, ouais, au niveau du budget tout ça, j'ai réglé, j'arrive à faire mes courses, j'achète mes produits d'hygiène, j'achète ma nourriture... Quand je leur demande franchement c'est quand j'ai plus d'argent, et franchement à part ça, non, j'ai rien d'autre à dire. » (Anthony, 39 ans, dans la structure depuis un an et demi, auparavant à la rue, juin 2023)

- **Par une association des résidents au choix de leur lieu de vie.** Les résultats de l'évaluation s'avèrent à ce niveau, plus **nuancés**, car trois principales limites sont observables. **D'abord, les souhaits des personnes peuvent être mis en discussion, différés ou « mis en concurrence » par d'autres propositions faites par les professionnels accompagnants**, notamment lorsque ces derniers estiment que d'autres possibilités que celles évoquées en première intention par les résidents semblent préférables. C'est par exemple le cas lorsque des résidents - à l'image de Malika ou de Joël - expriment le souhait d'accéder à un logement individuel social mais que l'équipe estime ce projet prématuré au regard de la situation - psychologique, de santé, sociale, etc. - des personnes. D'autres formes d'habitats sont alors discutées et présentées comme des alternatives au projet initial des résidents (maison relais par exemple). Ensuite, **la temporalité restreinte de l'accueil sur certains sites** ou encore le fait que les professionnels considèrent le dispositif comme un **« tremplin »** ayant vocation à permettre l'intégration d'un autre dispositif peut conduire les équipes à davantage inciter les résidents à formuler un projet de sortie, alors même que, dans certains cas, celui-ci n'était pas envisagé. C'est par exemple le cas de plusieurs résidents parmi les plus âgés de notre échantillon d'enquêtés, en situation de perte d'autonomie, qui peuvent se voir suggérer d'intégrer un Ehpad malgré leur envie de s'installer sur le dispositif de manière pérenne (cf. partie 6.3.). Enfin, une autre limite majeure - plus structurelle et donc bien moins « maîtrisable » - tient à **l'environnement et aux contraintes institutionnelles externes** qui s'imposent aux professionnels et aux personnes et participent à orienter leurs trajectoires. Ainsi, le principe de laisser aux futurs habitants différentes options avant d'entrer dans l'expérimentation s'est quasi systématiquement heurté à **l'impossibilité concrète de proposer des alternatives à l'AMI**, dans un

contexte général de manque de places et de saturation des dispositifs de droit commun. De la même manière, la possibilité de laisser le choix, à la sortie du dispositif, et de proposer une option qui convienne à la personne et à ce qu'elle souhaite envisager pour la suite s'avère bien souvent difficile à mettre en pratique, compte tenu du peu de solutions disponibles, comme le regrette une professionnelle : *« Là par exemple on a plusieurs sorties LHSS pour les maisons de retraite ; il y a des listes d'attente phénoménales, ça prend longtemps, on ne fait plus trop de soins avec elles, elles n'ont plus trop de raison de rester là, on fait quoi ? On les met à la rue ? on attend ? Là on a lancé démarches et on attend. »*

A ce titre, le respect du principe d'autodétermination des personnes sur les dispositifs s'incarne surtout dans les pratiques du quotidien et l'outillage des personnes à faire des choix pour elles-mêmes. Il se heurte néanmoins à des contraintes structurelles et en particulier à une offre d'hébergement et de logement sous tension qui contraint très fortement la capacité des résidents à décider de leur lieu de vie, sur le long terme. Ces limites sont néanmoins à nuancer par le sentiment largement partagé par les personnes enquêtées d'être respectées et écoutées dans l'expression de leurs choix et préférences.

5.4. Conclusion de la partie 5

Concernant les dynamiques individuelles, collectives et participatives sur les sites relevant de l'AMI, l'évaluation fait émerger différents enseignements majeurs :

- Les **configurations spatiales des sites** de l'AMI se caractérisent par **trois invariants majeurs** : **l'articulation d'espaces individuels et d'un ou plusieurs lieux à dimension collective** offrant dès lors la possibilité de naviguer entre les différents espaces et de ne pas faire du collectif quelque chose de subi ; **le dimensionnement relativement modeste des sites**, qui favorise l'interconnaissance entre habitants et/ou entre résidents et équipe et **l'emplacement géographique simultanément connectés et à distance raisonnable des centres urbains**, permettant un maintien ou une mise à distance vis-à-vis du mode de vie antérieur.
- **Certaines caractéristiques spatiales peuvent influencer sur les dynamiques des lieux** : l'implantation multi-sites impacte ainsi l'organisation du travail, le temps de présence et la disponibilité des équipes voire induit des dynamiques d'accompagnement moins soutenues. La diversité des modes d'hébergement permet *a priori* un choix du type d'hébergement et une modularité des accompagnements (bien que ceux-ci résultent avant tout des décisions de l'équipe plutôt que de l'expression d'un choix par les résidents). Enfin, l'ampleur et la diversité des espaces collectifs favorisent ou contraignent la fréquentation de ces espaces par les résidents et l'établissement de liens entre eux et avec les équipes.
- Un « bas seuil » d'exigence caractérise l'ensemble des dispositifs qui ont tous pour point communs de se structurer autour de **règles et niveaux de contrainte assouplis**, au regard de celles qui prévalent dans des structures d'hébergement classiques. **L'entrée dans le dispositif n'est pas** – ou exceptionnellement – **conditionnée** (ni durée de séjour, ni nécessité de s'inscrire dans un projet d'insertion, pas de contrepartie de soin ou de sobriété, accueil des couples et animaux de compagnie autorisés). Une fois entrés sur le dispositif, la vie des résidents est encadrée par des **règlements peu contraignants** (pas de contraintes horaires, accès à son propre logement –

les résidents gèrent la clé de leur logement). **Deux règles tendent à différencier les sites : le format des visites extérieures et l'autorisation de consommer des produits psychoactifs (alcool) sur les espaces collectifs.**

- **Une approbation générale des règles qui structurent les dispositifs par les résidents, en comparaison d'autres structures et en ce qu'elles sont perçues comme régulatrices des lieux de vie.** Toutefois, les écarts aux règlements sont fréquents, en raison de difficultés multifactorielles de certains résidents à respecter le cadre. La légitimité des règles sont également régulièrement questionnées, en particulier lorsqu'elles évoluent et tendent vers un durcissement global du cadre de vie sur le site, et la souplesse globale du cadre s'avère **évolutive**.
- **Une perception ambivalente des espaces communs par les résidents** : à la fois producteurs de sociabilités et espaces « à risque » (violences, consommations, laisser-aller, etc.), tantôt recherchés et valorisés par les résidents, tantôt fuis et évités.
- *A contrario*, les espaces individuels sont plébiscités par les habitants et se donnent à voir comme des lieux de repos, de répit et de refuge. Les **modalités d'investissement de ces espaces sont contrastées**, en fonction notamment du genre, de l'âge et de l'état de santé, de l'ancienneté et de la durée du parcours de rue, du mode d'habitat dominant avant l'entrée sur le dispositif ou encore des caractéristiques des sites et de certaines modalités de fonctionnement.
- La participation des habitants sur les dispositifs est recherchée sur l'ensemble des sites et se décline sous différents formats (écriture du projet en amont de son ouverture, temps collectifs institués, participation à des temps institutionnels...). Toutefois, elle ne s'avère **pas toujours pleinement probante et peut s'avérer difficile à maintenir dans la durée** (en raison du fort engagement des équipes qu'elle implique, des situations de conflictualités qu'elle peut générer et de l'inconfort ou de la mise en difficulté qu'elle peut susciter auprès des professionnels lorsque ceux-ci sont amenés à décliner des propositions émanant des habitants par exemple).
- **De même, le principe d'autodétermination des personnes demeure assez diffus dans les discours et pratiques des professionnels enquêtés, traduisant un certain nombre de limites quant à son effectivité.** Il se déploie principalement dans la possibilité pour les résidents de vivre comme ils l'entendent sur les sites et de se saisir selon leur gré des accompagnements qui leur sont proposés, bénéficiant ainsi d'un outillage leur permettant de faire des choix éclairés, à moyen et long termes. Néanmoins, le principe d'autodétermination ne se traduit que marginalement par une réelle association des résidents à leurs projets de sortie, qui restent étroitement conditionnés par l'impulsion des professionnels et leur perception des besoins des résidents mais aussi par l'offre d'hébergement contrainte sur le territoire.

6.

Les effets de l'expérimentation sur les parcours des personnes accompagnées

PARTIE 6

L'évaluation vient démontrer un certain nombre d'effets de l'expérimentation sur les trajectoires des personnes accueillies sur les dispositifs, ainsi que les limites et les conditions nécessaires pour les atteindre. En premier lieu, l'entrée sur le dispositif permet aux résidents d'instaurer une pause dans un parcours d'errance éprouvant et, très graduellement, de prendre ses marques dans son nouvel environnement de vie qui deviendra, pour certains, un « chez soi » (6.1). L'accompagnement social mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation offre par ailleurs une sécurisation administrative probante pour les résidents qui voient ainsi, à mesure que les démarches sont mises en œuvre, leur retour progressif dans le droit commun, condition nécessaire pour mener certains projet (6.2). Une fois les démarches administratives stabilisées, des perspectives résidentielles nouvelles peuvent émerger à travers l'élaboration, « pas à pas », d'un projet de logement (6.3). Sur le volet de l'accompagnement aux soins, l'expérimentation produit des effets significatifs en permettant aux résidents de réinvestir la question de leur santé (6.4), ainsi qu'un cadre plus sécurisé pour consommer qui se traduit par une tendance à la réduction des consommations bien que celle-ci ne soit ni linéaire, ni généralisée (6.5). Enfin, pour une partie des résidents, l'expérimentation favorise également le retour vers l'activité, qu'elle soit salariée ou bénévole, aux effets structurants sur les trajectoires des personnes (6.6).

6.1. De la « pause » à la projection vers « l'après » : des effets gradués dans le temps

L'intégration du dispositif permet aux résidents d'accéder à des conditions matérielles et à une intimité qui leur donnent le sentiment de faire une « pause » dans un parcours d'errance épuisant. La grande liberté qui leur est laissée dans les premiers temps de leur arrivée favorise leur bien-être sur le site et leur permet de créer progressivement un lien de confiance avec les professionnels (6.1.1.). Le sentiment d'être chez eux n'est en revanche pas systématique : il ne se crée que progressivement, et semble conditionné notamment par la configuration et l'organisation des lieux, ainsi que par le rapport entretenu au collectif (6.1.2.). Enfin, les conditions de stabilité et de confort matériel permettent aux personnes de penser leur situation et leurs besoins immédiats et à plus long terme et de commencer à se projeter (6.1.3).

6.1.1. Une « pause » bienvenue dans un parcours de vie fragmenté

Les enquêtes menées auprès des résidents permettent de mettre en évidence l'**effet « soulageant » de leur entrée sur le dispositif**. Bien que plusieurs résidents aient fait le choix de ne plus s'adresser au 115 pour obtenir des solutions d'hébergement d'urgence, privilégiant la vie « dehors » avant leur entrée dans le programme, beaucoup décrivent **un état de lassitude psychologique et de fatigue physique lié à leurs conditions de vie** précaires à la rue ou entre deux solutions temporaires d'hébergement. Les enquêtés évoquent l'instabilité de leurs conditions de vie avant leur entrée dans le programme et la nécessité de développer des stratégies permanentes pour accéder aux besoins primaires (électricité, nourriture, espace de repos, espaces d'hygiène). Leur entrée dans le dispositif était donc perçue comme **une pause dans leur trajectoire d'errance** ainsi qu'**un retour à des conditions matérielles élémentaires et à dimension individuelle** (voir encadré 2).

Encadré 6 – Extraits d'entretien avec des résidents illustrant la perception de leur entrée dans le programme

Un sentiment de lassitude et de précarité psychologique et matérielle a conduit Gabriel et Gaël à considérer favorablement l'opportunité d'entrer sur le dispositif :

*« Un moment donné je me suis retrouvé vachement dans la **précarité, plus mentale que financière**, tu sais plus où t'es... Du coup ouais j'ai découvert tour à tour les squats, les squats autogérés, les forêts, squatter les rivières, les gares...[...] Mais dans tous les trucs **ça coûtait beaucoup d'énergie, et on manque tout le temps de courant, d'USB, de stabilité quoi.** » (Gabriel, environ 50 ans, dans la structure depuis 2 ans, auparavant en squat, juin 2023)*

*« J'en avais marre d'être toujours **à droite à gauche** genre pour manger, pour avoir l'électricité **j'avais besoin d'un espace.** » (Gaël, 29 ans, dans la structure depuis 1 an et un 1 mois, auparavant à la rue en tente, juin 2023).*

Une situation de vulnérabilité sanitaire et sociale et un sentiment d'insécurité ont permis à Joël, Fred et Carine de considérer leur entrée sur le dispositif comme une opportunité de se reposer et de prendre soins d'eux :

« Déjà de **poser ses valises** et puis de **souffler** quoi on va dire parce qu'en plus j'étais **très mal physiquement**, j'avais une sciatique, j'ai eu une sciatique paralysante et donc ça n'a pas été évident, et donc c'est tombé à point ce dispositif que j'ai pu intégrer, et puis **me reposer**. » (Joël, 54 ans, dans la structure depuis 2 ans et demi, auparavant à la rue, juillet 2023)

« La période ça c'est bien, [...] ça nous laissait quand même un temps large pour **pouvoir se retaper** et puis relancer quelque chose et retrouver une vie sociale quoi. » (Fred, 56 ans, depuis 1 an et 9 mois dans la structure, auparavant dormait dans une tente, juillet 2023)

« Au moins je suis plus reposée. Je peux bien me reposer ; à la rue tu peux pas dormir quand tu veux quoi, le moindre bruit ça te réveille. Je sais que je peux fermer à clé, qu'au moins je serai en sécurité. » (Carine, 33 ans, depuis environ un an dans la structure, auparavant dans un squat, juin 2023)

Pour Charlène, l'accès à un espace et des commodités individuels l'ont convaincue d'entrer sur le dispositif qu'elle a perçu comme une solution transitionnelle vers un logement autonome :

« Moi ce qui m'a plu c'est d'être seule dans le studio, d'avoir les toilettes, la douche dans le studio, d'avoir tout ce qui faut, tout ce qui est nécessaire [...] J'étais d'accord parce qu'il me fallait **un truc à moi** le temps que je puisse me trouver autre chose, un logement à moi. » (Charlène, 41 ans, depuis 1 an et mois dans la structure, auparavant en CHRS, septembre 2023).

Source : Agence Phare (2023)

Ainsi, la perspective d'être hébergé, *a fortiori* dans un cadre se différenciant des dispositifs connus jusqu'alors, dans une perspective de long terme et avec peu de règles perçues comme contraignantes, ont convaincu les résidents d'entrer dans le dispositif.

Une fois rentrés sur le dispositif, les résidents disposent généralement d'un **temps au cours duquel l'équipe ne les sollicite pas** ou marginalement afin de leur permettre de **s'installer** et de **se familiariser avec leur nouvel environnement de vie**. Ce **temps « d'installation »** précède le **temps de l'accompagnement** à proprement parler ; il permet de préfigurer un terrain de confiance entre les résidents et les équipes mais également de favoriser la transition entre l'univers de la rue et celui du dispositif. Pour certains résidents, cette transition se traduit par une rupture avec « la rue » et les sociabilités associées et un repli sur soi et son nouveau logement plus ou moins long ; quand d'autres résidents alternent entre le nouveau dispositif et les lieux et relations qu'ils avaient jusqu'à alors. Ce temps « d'installation » des résidents est utile aux professionnels en ce qu'il leur permet de découvrir les personnalités et les modes de vie des résidents et d'adapter en conséquence leur démarche de mise en lien avec eux. Nous n'avons pas noté, sur les huit dispositifs évalués, d'identification par les porteurs de projet et les professionnels d'une période fixe qui serait à respecter avant d'entrer plus avant en lien avec les résidents ; il s'agit généralement de quelques semaines.

Néanmoins, les porteurs de projet comme les professionnels sont attachés à **créer du lien** avec chaque résident, **prémisse fondamentale de l'accompagnement des personnes**. Dans certains cas,

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

— — 120

l'élaboration de ce lien entre des résidents et l'équipe est longue, irrégulière et se traduit par des relations sporadiques ne permettant pas d'enclencher une démarche d'accompagnement approfondi. Ces situations sont alors souvent vécues comme problématiques par les professionnels :

« On a des gens qui ne se posaient jamais nulle part et qui finalement d'avoir un lieu où ils peuvent se poser sans qu'on les fasse suer, se posent. Et donc au lieu d'être dans une errance, au lieu d'alterner l'hôpital, la rue, ils sont posés là mais ils ne font rien. On a un monsieur [...] qui n'arrive pas à aller aux soins, dans les démarches, qui n'arrive pas à être dans la continuité avec nous [...] pour autant il est posé là depuis un an [...] et il y a des fois on ne le voit pas pendant 3 semaines. [...] Le problème c'est que, OK, on a réussi un projet initial qui est de se poser, sortie de rue ; mais ça ce n'est pas le fondamental du projet. Le fondamental du projet pour nous c'est d'améliorer le bien-être et les conditions de vie de la personne. » (Yohan, chef de service et coordinateur du dispositif, mars 2023).

Cet exemple traduit la **difficulté** pour certains porteurs de projet et professionnels à **considérer l'expérimentation dans la seule perspective d'être un lieu de vie** pour les résidents, une parenthèse dans leur parcours de vie fragmenté. Cela renvoie aux **acceptions différenciées** qu'ont les acteurs de « l'esprit » et **de la finalité première de l'expérimentation, entre « lieu de vie » et « tremplin » pour l'insertion** (voir partie 4, 4.2.1.4). En effet, certains acteurs à l'image de Yohan considèrent que le temps de « pause » permis à l'entrée des personnes dans le dispositif doit constituer le terreau favorable à l'initiative d'un certain nombre de démarches en faveur sinon d'une insertion, à tout le moins d'une amélioration globale des conditions de vie des personnes. Dans cette perspective, la « pause » nourrit une intention et les professionnels interviennent alors en appui de cette intention des personnes d'aller plus loin. En revanche si le lien avec la personne ne parvient pas ou difficilement à s'établir, les professionnels ont tendance à considérer qu'elle ne manifeste pas d'intentions particulières au-delà de « simplement » s'établir dans le lieu de vie, ce qui, à leurs yeux, ne recouvre qu'en partie réduite les potentialités et finalités du dispositif.

6.1.2. Se sentir « chez soi » : un sentiment contrasté et un lent processus

Sortir de la rue ou d'une situation d'errance et accepter d'intégrer le programme expérimental constituent l'étape élémentaire de l'accompagnement des personnes en situation de grande marginalité. En accédant à un logement dans un lieu de vie à dimension collective, **les personnes retrouvent un espace d'habitation** entièrement individuel (dans le cadre des studios, appartement, tiny-houses, bungalows) ou semi-collectif (dans le cadre des hébergements avec cuisine partagée, collocations) et à travers lui, la **possibilité de recréer un environnement privé et intime** de façon pérenne⁵¹.

Pour autant, **l'occupation d'un espace « réservé » à soi ne se traduit pas mécaniquement par le sentiment « d'être chez soi »**. A ce stade de l'évaluation, le sentiment de se sentir chez soi dans le

⁵¹ La perception par les résidents de la « pérennité » de l'accueil et de l'accompagnement est, nous le verrons dans la partie 4.3 « *Des projections et perspectives graduelles selon les profils* », ambivalente car si la plupart des enquêtés évoquent l'inconditionnalité et l'intemporalité de l'accueil, ils sont également nombreux à considérer que leur présence sur le dispositif n'a pas vocation à durer dans le temps.

cadre de l'expérimentation est très variable, d'un dispositif à l'autre et à l'échelle même d'un dispositif selon les profils. Néanmoins, **nous avons identifié deux grands facteurs affectant le sentiment d'être chez soi ou non** sur le dispositif : **le cadre et la configuration des lieux** d'une part, et **le rapport aux autres résidents et au collectif** d'autre part. Le tableau suivant synthétise, à partir des entretiens menés avec les résidents enquêtés, les éléments susceptibles de **susciter leur adhésion** ou au contraire, de **freiner leur sentiment d'être chez eux**.

Tableau 9 - Facteurs identifiés comme participant ou limitant le sentiment d'être « chez soi » par les résidents

	Cadre et configuration des lieux	Rapport aux autres et au collectif
Favorise le sentiment d'être « chez soi »	<ul style="list-style-type: none"> • Le logement et ses équipements • L'absence d'horaires d'entrée et de sortie • L'autonomie pour les repas (absence d'horaires, possibilité de cuisiner soi-même) • La possibilité de participer à l'aménagement des espaces individuels • La participation financière • L'acceptation des animaux de compagnie • L'accompagnement par les professionnels à « habiter », par exemple par un appui à l'entretien de son espace individuel <p><i>« Et là, je me sens vraiment chez moi, je me sens pas assistée quoi, je fais mes courses... Pas comme au CHH ou on me donne à manger. Je participe au loyer. Je me sens chez moi quoi, je me sens bien. » (Irina, 33 ans, depuis un mois dans la structure, auparavant en centre d'hébergement, juin 2023)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La possibilité de participer à l'aménagement des espaces collectifs • La possibilité de consommer de l'alcool sur les espaces collectifs <p><i>« On a commencé à débroussailler ici. Là ça a repoussé. Ils nous ont fait une formation, comment débroussailler, on est 3 à l'avoir fait. [Designant un autre endroit]. Là ça fait un peu jungle. Tu vois plus rien, en gros t'ouvres la fenêtre tu vois que l'herbe, ça pousse vite. On entretient quand même, on a planté des patates, on a fait un petit jardin au bout... Voilà c'est des choses qu'on fait comme ça, pour s'occuper aussi, on entretient le site, parce que c'est chez nous aussi. » (Magali, 38 ans, depuis deux ans et deux mois dans la structure, auparavant vivait dans un garage, juillet 2023)</i></p>
Freine le sentiment d'être « chez soi »	<ul style="list-style-type: none"> • La durée de l'accompagnement (fixée à 6 mois sur un le dispositif toulousain ; contrainte à 3 années – du fait de la durée de l'expérimentation – sur les autres dispositifs) • Certaines règles du dispositif telles que les horaires de visites extérieures, le signalement d'une visite extérieure auprès de l'équipe, l'interdiction de consommer de l'alcool sur les espaces collectifs⁵² • L'absence d'espace de nuitée pour des visiteurs • La présence des travailleurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • La coprésence des autres résidents sur le dispositif (en dehors de ceux qui vivent dans des appartements individuels) et les problématiques qui leur sont attribuées : <ul style="list-style-type: none"> - bruit, - consommations, - (absence d') entretien des espaces partagés, - tensions relationnelles. <p><i>« J'ai voulu partir il y a même pas un mois de ça parce que je commençais vraiment à en avoir marre des autres, comme il faisait beau tout ça je me</i></p>

⁵² Armée du Salut (Marseille), Arsea Sésame (Strasbourg) et Groupement des possibles Sarthe (Le Mans).

<ul style="list-style-type: none"> • L'entrée des salariés dans les espaces individuels via la possession d'un double des clés des résidents <i>« Ici on ne peut pas forcément recevoir, c'est pas complètement libre. Il faut prévenir qu'on veut héberger quelqu'un mais c'est pas un truc où on va faire venir nos potes. »</i> (Gabriel, environ 50 ans, dans la structure depuis 2 ans, auparavant en squat, juin 2023) 	<i>suis dit allez je m'en fous, je me casse d'ici. Je commençais à m'énerver. Et moi il y a des trucs que je supporte pas. [...] C'est moi qui fais un peu la police là-haut et j'en ai marre. »</i> (Fred, 56 ans, depuis 1 an et 9 mois dans la structure, auparavant dormait dans une tente, juillet 2023)
---	--

Source : Agence Phare (2024)

Si le **sentiment d'être « chez soi »** dans le cadre du dispositif est à ce point variable entre les résidents c'est aussi probablement **en lien avec leur trajectoire personnelle et leurs projections dans l'avenir**. En effet, l'appropriation personnelle des lieux est d'autant plus marquée dans le discours des résidents ayant connu de façon durable ou répétée la vie à la rue et/ou dans des structures d'accueil d'urgence. Dans ce cas, les conditions de vie au sein du dispositif marquent une telle rupture avec leurs expériences antérieures que cela nourrit le sentiment d'être **« chez soi » ou davantage « chez soi »** dans le cadre de ce dispositif **en comparaison de situations passées**.

« Ouais ben si, si, ouais je suis chez moi ouais ; ouais ça c'est net ça. Je suis pas dans la rue, on va pas me dire de bouger et de partir. » (Tom, 56 ans, depuis deux ans et deux mois dans la structure, auparavant vivait dans un parking, juillet 2023)

Par ailleurs, la **capacité qu'ont les résidents de se projeter** à plus ou moins court terme **vers davantage d'autonomie** (par le logement et l'emploi) **tend à limiter leur appropriation des lieux** comme un environnement familier. Ces profils de résidents projettent davantage l'idée d'être chez eux dans un futur proche, au sortir de ce dispositif et associée à des conditions d'existence plus autonomes. Autrement dit, ils considèrent davantage le dispositif comme **un lieu de vie transitoire** leur permettant de **se refamiliariser avec un mode d'existence au sein d'un logement**.

A l'image des différentes lectures dominantes qu'ont les porteurs de projet et les professionnels de l'expérimentation (entre perceptions d'un lieu de vie et perceptions d'un lieu « tremplin » avant tout), les résidents ont également des représentations différenciées de la temporalité d'accueil et d'accompagnement proposée dans le cadre de l'expérimentation (entre perceptions d'un accueil inconditionnel et atemporel et perceptions d'un accueil limité et transitoire). Or ces niveaux de lecture influent sur la perception du dispositif comme d'une étape dans leur parcours, sur leur appropriation des lieux et le sentiment d'être « chez soi » ou encore sur leurs projections et perspectives à court et moyen termes (voir partie 5.3).

6.1.3. La temporalité et le cadre de l'expérimentation : une opportunité de se projeter

Par ses conditions d'accueil inconditionnelles et atemporelles, l'expérimentation offre aux résidents, au-delà d'un temps de pause, les **conditions de stabilité et de confort matériel pour penser leur**

situation et leurs besoins immédiats et à plus long terme. La majorité des personnes enquêtées déclare ainsi que **le dispositif permet de se projeter**, qu'il s'agisse de perspectives de court ou plus long terme. Ces projections dans l'avenir se construisent « **pas à pas** » et semblent intimement **liées à l'adhésion des résidents au dispositif** et à leur relatif **bien-être** depuis leur arrivée.

Sortis de l'urgence du présent caractéristique de la vie à la rue et/ou de l'errance institutionnelle qu'ils connaissaient jusqu'alors, les résidents semblent retrouver, à l'entrée dans le dispositif, une temporalité et un cadre facilitant leurs **projections au-delà des seuls besoins élémentaires**. L'accès à un hébergement sans contrainte de durée et la dimension individuelle de l'hébergement et de l'accompagnement proposés offrent une forme de stabilité matérielle permettant de dégager du temps et de l'espace mental pour **penser au-delà des seules nécessités de l'instant, réorganiser un quotidien, reprendre des habitudes voire réaffirmer une logique d'expression de soi**.

« Ça m'apporte que je vis plus dehors. Ça m'apporte d'avoir une maison, et ça me dit que si je suis là, c'est pas pour retourner à la rue en fait. [...] Au moins t'as un abri, t'es chez toi [...] Ca m'a appris à changer, ça m'a appris à voir les choses autrement, dans le sens où le bien-être d'avoir ta maison, de plus te lever tous les matins, prendre tes affaires et aller te laver chez Pierre et Jacques, tu vois... Ça c'est bien [...] Moi c'est ce qui a réussi à faire que je change et que j'avance. [...] T'es posé, t'as plus le souci du lendemain quoi. » (Magali, 38 ans, depuis deux ans et deux mois dans la structure, auparavant vivait dans un garage, juillet 2023)

« Moi ça me soulage d'être ici, je me sens chez moi, j'ai une routine maintenant, ma routine du soir, ma routine du matin, que j'ai marquée dans mon journal intime, je marque tous les jours ce que je fais [...], ce que j'avais pas là-bas [dans le centre d'hébergement d'urgence où elle résidait auparavant]. [...] Ici je suis plus organisée, je suis plus... J'ai le moral ici. » (Irina, 33 ans, depuis un mois dans la structure, auparavant en centre d'hébergement, juin 2023)

L'entrée dans le dispositif offre donc pour certains résidents **un ancrage, une stabilité propice à soigner les stigmates de la rue** (Fred évoque à ce titre son intention de se « *retaper* » dans le cadre de son dispositif) **et à penser une « suite »** (après la rue voire après leur passage au sein du dispositif). En effet, certains résidents perçoivent l'expérimentation non pas seulement comme un lieu de vie mais comme une opportunité de « *rebondir* » (Arnaud, 43 ans). Dès lors, l'accompagnement au sein de l'expérimentation permet d'initier des démarches en faveur d'une prise en charge de sa santé (à l'image de Fred) ou une forme de réinsertion, dans un parcours de droit commun, jusqu'au logement et/ou l'emploi (comme en témoigne Laurent qui entrevoit l'opportunité d'étudier de nouvelles perspectives – « *d'autres possibilités* »).

« [Tu dirais que ça t'apporte quoi finalement ce lieu?] La stabilité. Ouais la stabilité. Ouais. De se poser. C'est plutôt positif. Pour moi ça peut être que positif. [...] C'est une porte ouverte vers d'autres possibilités. Y a pas assez de maisons comme ça, parce qu'à mon avis je pense que pour certaines personnes ils ont vraiment besoin de faire cette pause. D'avoir un endroit où ils peuvent ranger leurs affaires, ou tu peux prendre une douche, tu peux manger... Parce que les trois quarts du temps c'est ça, tu peux pas rebondir parce que t'as pas d'endroit où c'est fixe, et c'est hyper difficile pour rebondir.

Hyper difficile. » (Arnaud, 46 ans, depuis 3 mois dans la structure, auparavant en squat, juillet 2023)

« C'est vraiment un endroit où on peut se retaper quoi, se remettre en forme. C'est ce que je fais. J'essaie de relancer tous mes trucs médicaux. J'ai fait mes prises de sang. Là j'ai encore mes examens gastriques à faire, les dents tout ça ; que je faisais pas quand j'étais dans la rue, je m'en foutais. » (Fred, 56 ans, depuis 1 an et 9 mois dans la structure, auparavant dormait dans une tente, juillet 2023)

A court terme, les résidents soulignent donc un apport des dispositifs expérimentaux sur leur **confort matériel** agissant plus globalement sur leur **rythme de vie**. Plusieurs d'entre eux évoquent en effet la notion de « **repos** » comme **facteur de changement majeur** depuis leur entrée sur les sites évalués. Or, **l'amélioration du bien-être global des personnes est un prérequis essentiel pour se projeter vers l'avenir**. Pour les résidents parvenant à une forme de stabilité dans le cadre du dispositif, ces projections seront d'autant plus aisées et concrètes.

« Il y a déjà eu beaucoup d'évolutions en un an... Il faudrait peut-être encore trois ou quatre ans. [...] En fait, c'est toujours hyper fragile avec ces personnes-là ; on se rend compte d'une évolution et du jour au lendemain ça peut se casser la gueule. On est tout le temps en train de jongler, on avance, puis on recule de trois pas ». (Laurène et Matthieu travailleurs sociaux [assistante sociale et éducateur spécialisé], mars 2023)

Pour autant, ces projections individuelles relèvent d'un **processus long et particulièrement fragmenté** (voir extrait d'entretien ci-dessus). A ce titre, l'enclenchement d'un certain nombre de démarches permet de concrétiser pour partie ces projections et de générer de premiers effets valorisants tant du point de vue des résidents que des professionnels les accompagnant.

6.2. Une sécurisation administrative probante, favorisant l'accès au droit

Les résidents enquêtés présentent des situations administratives et des niveaux d'accompagnement sur ces questions hétérogènes à leur entrée dans le dispositif : certains ont en effet très peu de droits ouverts et/ou actualisés, et ne bénéficient pas d'un accompagnement social, d'autres au contraire étaient déjà suivis par le passé et présentaient un certain nombre de droits ouverts et régulièrement actualisés par un référent social avec lequel ils sont d'ailleurs toujours en lien après avoir intégré le dispositif. Les accompagnements administratifs qui se déploient sur les sites de l'AMI prennent alors des configurations différenciées en fonction des situations de départ des résidents et de l'existence, ou non, d'un suivi hors site par un travailleur social, un tuteur ou encore un curateur. On peut dès lors distinguer trois types d'accompagnements typiques :

- **Un accompagnement impulsé en interne pour des résidents en rupture de suivi administratif, qui (ré)initient des démarches qui avaient été abandonnées.** Pour ces

résidents en rupture de suivi, la proactivité des équipes joue un rôle-clé dans l'amorce de ces nouvelles démarches :

« Je refais tous mes papiers, ils sont en route, ils sont en cours. J'avais plus rien quand je suis arrivé : pas de carte vitale, pas de carte d'identité, rien de rien. Ils m'ont tout fait, c'est tout enclenché, ça va vite avec eux. Vraiment, franchement, ça m'apporte. Ce que j'ai pas fait en 2 ans, 3 ans, je l'ai fait en 6 mois ici, c'est quand même énorme je trouve. Il manque plus que impôts, la demande de logement, puis attendre que ça arrive. Je trouve que c'est bien. » (Charlie, 39 ans, depuis 8 mois dans la structure, auparavant dans un squat, juin 2023)

- **Un accompagnement « en appui » d'un suivi administratif externe dans le cas de résidents déjà suivis hors dispositif** (au CCAS, via une tutelle/curatelle, etc.), **et qui avaient déjà mis en place certaines démarches**. L'équipe intervient alors en complément des référents et travailleurs sociaux externes au dispositif pour en accélérer certaines ou en réaliser d'autres de manière plus réactive (prise de rendez-vous, notamment).

« Faut que je refasse ma CMU par contre, elle est bientôt finie. Fallait que je voie avec [l'équipe du dispositif] pour prendre rendez-vous avec la Sécurité sociale. Appeler avec le téléphone d'ici, parce que le numéro de la sécu il est payant, et moi avec mon téléphone j'ai pas envie de payer un hors forfait. [...] Je vais pas aller au CCAS, attendre d'avoir rendez-vous au CCAS juste pour prendre rendez-vous à la sécu, non, autant que j'appelle direct [rires]. » (Carine, 31 ans, depuis environ un an dans la structure, auparavant dans un squat, juin 2023)

- **Un accompagnement très ciblé et seulement ponctuel pour les résidents réalisant leurs démarches en autonomie, sans accompagnement par un travailleur social (ni à l'intérieur, ni à l'extérieur de la structure)**. Dans cette configuration – qui concerne une minorité de résidents enquêtés, l'accès au dispositif facilite la réinitialisation de démarches qu'ils avaient l'habitude de réaliser par le passé mais qu'ils ont interrompues du fait de leurs conditions de vie à avant leur arrivée sur le dispositif. De plus, certains résidents comme Valentin et Fred préfèrent conserver une certaine autonomie dans leurs démarches administratives (et de santé également), sans nécessairement impliquer une tierce personne :

« Ils proposent un accompagnement. Je crois qu'ils m'ont proposé, ils m'ont dit, si tu veux prendre des rendez-vous on t'aide, on cherche, on t'amène, machin, on t'accompagne. Mais c'est moi qui veux pas après, je préfère faire mes choses moi-même. [...] ça me va bien te faire mes choses tout seul. J'ai toujours été comme ça. [...] [Ils m'ont aidé] sur la CAF, sur mes amendes. Et sur CV, lettre de motivation. » (Valentin, 27 ans, depuis deux ans dans la structure, auparavant à la rue, juin 2023)

« Je passe pas beaucoup par... Vraiment quand c'est compliqué, quand je veux des papiers qu'ils peuvent me réimprimer je passe par [le dispositif]. Comme ils ont tous le matos là. [...] Mais question administratif dans l'ensemble je me débrouille, je sais où aller quand il faut un papier. » (Fred, 56 ans, depuis un an et 9 mois dans la structure, auparavant en tente, janvier 2024)

Concrètement, il est possible de distinguer plusieurs types de démarches administratives fréquemment menées par les résidents, avec un appui plus ou moins décisif des équipes.

- **Le renouvellement de la carte d'identité.** La réactualisation de ce document, arrivé à expiration, dérobé ou perdu, constitue bien souvent la toute première démarche mise en œuvre au sein des sites – notamment parce qu'elle conditionne la possibilité de solliciter certaines prestations sociales ou médicales (RSA, CSS).
- **La demande ou le renouvellement de la domiciliation.** Pour des raisons similaires, les démarches de domiciliation sont effectuées ou réactualisées lorsque les résidents en possédaient déjà une.
- **Le renouvellement de la CSS et de la carte Vitale.** La quasi-totalité des résidents rencontrés (à l'exception de ceux qui perçoivent l'AAH) sont éligibles à la CSS mais n'avaient plus de carte Vitale et/ou n'avaient pas réactualisé leurs droits. Ceux-ci sont alors mis à jour, ce qui permet par la suite d'amorcer de nouvelles démarches. A ce titre, les démarches administratives précèdent et conditionnent généralement les démarches de santé entamées par les résidents. Au vu de la prégnance des personnes éligibles à la CSS parmi les enquêtés et donc de l'absence de reste à charge, la demande de mutuelle apparaît cependant très marginale⁵³.
- **Un accompagnement à la demande de prestations sociales, et en premier lieu du revenu de solidarité active (RSA), et à la déclaration de ressources.** La plupart des résidents perçoivent le RSA et le percevaient déjà avant leur entrée sur le dispositif, bien que de manière très irrégulière : leur instabilité résidentielle et la nécessité de renouveler trimestriellement la déclaration de ressources en compromettaient régulièrement la perception. A ce titre, l'arrivée sur les sites de l'AMI se traduit le plus souvent par une réactualisation des demandes et un suivi plus régulier de la part de l'équipe.
Plus rarement, des demandes d'AAH peuvent être réactualisées mais cette situation semble minoritaire parmi notre échantillon d'enquêtés.
Par ailleurs, les résidents sont fréquemment accompagnés dans le cadre de démarches de déclaration d'impôts mais aussi dans la sollicitation d'APL (étendue à l'ensemble des résidents sur certains des sites exigeant un loyer).
- **La mise en œuvre de démarches juridiques :** les entretiens auprès des résidents ont ainsi permis d'identifier un certain nombre d'exemples dont la mise en place de mesures de protection juridique pour les résidents les plus dépendants (tutelle, curatelle ; actualisation des mesures de tutelle et curatelle en cas d'éloignement ou de difficultés rencontrées avec le tuteur/curateur actuel) ; médiation des relations parentales ou familiales, via l'accompagnement des résidents par des travailleurs sociaux devant le juge aux affaires familiales ; accompagnement dans des démarches pour faire annuler des amendes⁵⁴ ; accompagnement dans le dépôt de plainte contre un conjoint violent.
- **La mise en place d'aides à domicile pour les résidents en situation de dépendance, âgés ou vulnérables sur le plan physique ou psychique,** notamment pour les appuyer dans l'entretien de leur espace individuel ou leur fournir des repas (sur les sites ne proposant pas de restauration et n'intervenant qu'*a minima* dans l'entretien des espaces individuels).
- **La mise en place de cartes de transport pour favoriser la mobilité des résidents,** parfois même prises en charge financièrement par les structures.

⁵³ Parmi les résidents enquêtés, un seul, percevant l'AAH et à ce titre non éligible à la CMU, possédait une mutuelle.

⁵⁴ Pour certains résidents, le fait d'avoir des dettes ou des amendes joue un rôle désincitatif pour réamorcer notamment des démarches de retour à l'emploi, au risque de voir saisie une partie de leur revenu.

Ces premières démarches ont des effets concrets : elles permettent aux résidents d'**avoir des revenus** (RSA, AAH, retraite, etc.), de **régulariser leur situation** (déclaration d'impôts, carte d'identité, domiciliation), de renouveler leurs **droits de protection universelle maladie** (carte vitale). Elles peuvent ainsi, pour certains, constituer des **étapes** vers des démarches de plus long terme : retrouver un travail, accéder à un parcours de soins, accéder à un logement autonome (des démarches qui seront abordées dans des sous-parties dédiées, cf. 6.3. et 6.6.).

Ces démarches peuvent néanmoins se heurter à deux types de freins. Des freins « intrinsèques », d'une part : certains résidents s'engagent en dents de scie dans la démarche, peinent à les pousser jusqu'au bout. Dans ce cadre, l'inconditionnalité de la durée du séjour et le suivi très fin et réactif des professionnels apparaissent comme essentiels pour favoriser leur aboutissement. **Des freins institutionnels « extrinsèques », d'autre part** : c'est ce qu'illustre par exemple la nécessité d'obtenir un titre de séjour qui conditionne l'accès à un ensemble de droits pour les résidents en situation irrégulière, ou encore la confrontation à la réalité de l'offre d'hébergement locale, souvent compétitive et hors de portée des budgets les plus modestes, pour les résidents qui entament des démarches dans l'objectif d'accéder *in fine* à un logement autonome :

« Par exemple on a un résident qui a signé un CDI, est autoentrepreneur en livraison, sans problème d'addictions, pour nous la prochaine étape clairement c'est le logement ; du coup le fait de pas subvenir à cette demande-là génère une déception au final. On avance avec les résidents mais je sais qu'on avance vers un mur au final. On a besoin de cet espoir-là du logement pour pouvoir avancer ; je sais pas si on arrivera un jour ou l'autre avec un bailleur social. » (Mohammed, éducateur, juin 2023)

Ainsi, le dispositif se révèle-t-il efficace dans l'accompagnement des personnes sur le volet administratif. Aucun des résidents enquêtés dans le cadre de cette évaluation qualitative n'a pu être accompagné dans ses démarches d'accès au droit commun : tous mentionnent des évolutions significatives, en termes de renouvellement de droits et/ou d'accès à de nouvelles prestations. Cet accompagnement se heurte marginalement à des difficultés : la longueur et la complexité de certaines démarches, l'insuffisante maîtrise de certaines démarches par des professionnels peu expérimentés ou encore certains aléas tels que le vol des papiers fraîchement renouvelés ou l'oubli d'une déclaration trimestrielle du RSA susceptibles de compromettre un certain temps des démarches qui avaient parfois mis plusieurs semaines ou mois à aboutir. Malgré cela, le cadre de l'expérimentation offre, pour une majorité de résidents, l'opportunité de régulariser leur situation administrative et ainsi, d'ouvrir de nouvelles perspectives en particulier en lien avec le logement ou l'emploi. A cette régularisation des droits s'ajoute la restauration symbolique de l'identité des personnes comme citoyens de droit commun. Comme en a témoigné un résident d'un dispositif lors d'une pré-restitution de la présente étude, l'expérimentation est *« un dispositif expérimental de régénération citoyenne. [...] Personne n'est SDF ; nous sommes tous des citoyens égaux. »*

Encadré 7 – Un accompagnement différencié en fonction des compétences administratives des résidents : les cas de Valentin, d’Anthony, de Joël et de Mireille

Si l’arrivée sur les dispositifs se traduit généralement par une accélération des démarches administratives amorcées par les résidents, l’équipe y joue un rôle plus ou moins conséquent en fonction du niveau d’autonomie des résidents dans la réalisation des démarches, du suivi dont ils bénéficiaient par ailleurs avant leur entrée sur le dispositif mais également des contextes singuliers ou des demandes particulières des résidents.

Le cas de Valentin, 27 ans, est celui d’un jeune homme relativement autonome dans ses démarches. En hébergement précaire depuis ses 18 ans et à la rue depuis 4 ans, Valentin ne pouvait intégrer de logement du fait de la présence de ses quatre chiens. L’arrivée sur le dispositif de l’AMI se traduit par l’amorce d’un ensemble de démarches administratives, qu’il mène pour la plupart sans l’aide de l’équipe. Il semble en effet détenir des compétences administratives certaines et une capacité à identifier et solliciter les structures susceptibles de l’aider, comme l’illustre son discours très détaillé en entretien sur le nombre important de démarches qu’il a engagées et sur la longue liste de structures qu’il a sollicitées pour obtenir des renseignements sur ses droits.

Alors qu’il touchait le RSA à son arrivée, il trouve un emploi en intérim qui lui permet d’économiser de l’argent. Avec celui-ci, il passe et obtient le permis de conduire et achète une caravane, dans l’objectif, à terme, de quitter le dispositif pour partir voyager. Il effectue également des demandes d’annulation gracieuse de ses dettes, mais celles-ci échouent. L’équipe ne joue dans ces démarches qu’un rôle secondaire, ne l’appuyant que dans le cadre de sa recherche d’emploi (rédaction d’une lettre de motivation, élaboration d’un CV).

Pour Valentin, le dispositif apparaît ainsi comme un tremplin pour amorcer des démarches compromises par la vie à la rue. Si sa situation apparaît comme relativement minoritaire – peu de résidents, parmi ceux qui ont été rencontrés, font preuve d’une telle maîtrise dans la conduite de démarches administratives -, elle est néanmoins révélatrice d’un « effet de lieu » qui permet à certains résidents qui portent des projets très précis (d’insertion socioprofessionnelle, de voyages, etc.) de profiter pleinement de l’arrivée sur le dispositif pour mener à bien un certain nombre de démarches dans un temps court.

Le cas d’Anthony est sensiblement différent. Agé de 39 ans, et, de ses propres termes, en difficulté pour mener à bien des démarches administratives que, par le passé, il faisait réaliser principalement par ses compagnes successives, il a été accompagné sur le dispositif AMI pour la réalisation d’une carte d’identité et d’une carte vitale, ainsi que dans sa déclaration d’impôts. Il explique voir dans le fait d’avoir intégré le dispositif une opportunité de s’acculturer à un certain nombre de démarches essentielles à maîtriser pour, estime-t-il, pouvoir un jour prétendre à un appartement individuel. Ce projet reste néanmoins relativement vague et les démarches qu’il doit réaliser pour les mener à bien restent floues à ses yeux (il évoque le nécessaire dépôt d’un dossier dans une structure « près du Carrefour market », sans savoir spécifier laquelle). Les équipes, qui suivent sa situation administrative de près, joue donc un rôle décisif dans l’aboutissement des diverses démarches qu’il a pu amorcer au sein du dispositif. La situation d’Anthony est ainsi révélatrice d’un profil de résidents peu familiers des processus et démarches administratifs, et, à ce titre, fortement dépendants de l’aide reçue à cet égard de la part de l’équipe des sites.

Enfin, les cas de Joël, 54 ans, et de Mireille, 63 ans, illustrent également le rôle que peuvent jouer les équipes et les dispositifs dans l’accompagnement des résidents sur des démarches singulières, spécifiques aux situations vécues par les résidents. Joël a « classiquement » été accompagné sur un certain nombre de démarches de renouvellement et d’actualisation de ses droits, parmi lesquels le renouvellement de sa carte d’identité qu’il s’était fait voler, le renouvellement de son adresse de domiciliation, de sa carte vitale, de son RSA. Par ailleurs, ayant appris le décès de ses deux parents, Joël s’est vu confronté aux démarches liées à l’héritage, dans un contexte familial marqué par de vives tensions avec son frère, une

distance géographique importante entre lui et le lieu où résidaient ses parents – et où est implanté le notaire en charge du dossier de succession -, un « manque de patience » de Joël pour ce qui relève des démarches administratives (« tout ce qui touche l'administratif pour moi c'est quelque chose de gonflant, parce que c'est très lent, et je n'ai pas de patience, j'abandonne vite. ») et enfin, une émotion et un sentiment d'incompréhension d'avoir appris le décès de ses parents bien après leurs funérailles. Ainsi est-il accompagné par l'équipe d'un point de vue administratif pour traiter la situation, mais également « psychologiquement » : le coordinateur du dispositif a évoqué l'idée de l'accompagner physiquement dans la région de ses parents défunts pour finaliser la procédure de succession et le soutenir dans cette épreuve (« il a peur que je frappe mon frère »).

De son côté, Mireille, 63 ans, a souhaité aborder avec une travailleuse sociale du dispositif (« sa préférée ») la question de son propre décès et entamer ainsi les démarches nécessaires de prévoyance obsèques. Ainsi, Louise rapporte : « Je suis en train de parler un peu des assurances décès et toutes ces joies mais qui sont un peu obligées d'en parler dans notre travail, et Mireille m'a fait une déclaration comme quoi elle souhaitait que ce soit moi qui retrouve son corps. Donc c'est une marque de confiance, en même temps ça met un petit coup. Et donc ça montre que Mireille bon, c'est chez elle. » (Louise, conseillère en économie sociale et familiale, décembre 2023).

Ces deux derniers exemples tendent à illustrer la capacité de l'expérimentation et des équipes à accompagner « au cas par cas » les résidents sur des démarches d'accès aux droits « classiques » mais aussi des démarches plus spécifiques. La proposition du coordinateur d'accompagner Joël chez le notaire, au prix de quelques centaines de kilomètres en voiture et d'un déplacement probable sur plusieurs jours, traduit par ailleurs le lien de confiance entre eux (Joël est présent sur le dispositif depuis 2 ans et demi). De même, la sollicitation de Mireille à l'égard de Louise, la travailleuse sociale qui l'accompagne depuis son entrée sur le dispositif, donne à voir les effets de la relation de confiance entre professionnels et résidents sur l'anticipation et la projection de ces derniers à moyen et long terme.

6.3. L'émergence et la construction « pas à pas » de perspectives résidentielles

Si les demandes d'hébergement des résidents sont souvent exprimées très tôt dans l'accompagnement, la mise en œuvre effective de démarches autour de l'accès à un autre hébergement ou logement n'intervient souvent que dans un **deuxième temps**, une fois les démarches administratives et de santé « fondamentales » mises en place (renouvellement de carte d'identité ou de carte vitale, mise en place de la CSS, demande de prestations sociales, etc.). **Ces demandes émanent en général des résidents eux-mêmes mais la mise en œuvre concrète des démarches favorisant l'accès au logement sont impulsées dans la majorité des cas par l'équipe**, qui organise et gère celles-ci.

Les volontés exprimées par les résidents en matière d'accès au logement sont de **trois types** :

- **La grande majorité des résidents rencontrés souhaite, à terme, quitter le dispositif AMI**, la plupart du temps pour intégrer un hébergement individuel (au sein même du dispositif lorsque des appartements en diffus sont disponibles, dans le cadre d'un dispositif – maison relais par exemple -, ou logement social), dans de plus rares cas un logement avec dispositif médicalisé, ou encore pour partir voyager en itinérance (caravane, camion aménagé, etc.). Si ces résidents disent

apprécier la vie quotidienne sur les sites de l'AMI et se sentir libres d'y vivre comme ils l'entendent (en lien notamment avec la souplesse du cadre et des règles de fonctionnement), l'envie d'intégrer à terme un autre hébergement correspond généralement à une lassitude de la vie en collectivité : « *J'ai pas envie de m'embrouiller avec les gens ici, parce que c'est mes potes à la base ; sinon, un jour ou l'autre, soit un matin, soit un soir, y aura un truc qui va pas le faire* », témoigne ainsi Farrah, 46 ans, qui a obtenu de quitter le collectif pour aller sur l'un des appartements gérés par le dispositif de l'AMI.

- **Une partie – minoritaire– des résidents enquêtés souhaite demeurer sur le long terme au sein du dispositif AMI.** Les résidents rencontrés concernés par ce cas de figure sont plus âgés, parfois retraités, et ont un long parcours de rue derrière eux (plus de 15 ans et jusqu'à 30 ans), avec des problèmes de santé (de mobilité, notamment) et des niveaux d'addictions importants. Ils expriment en entretien leur sentiment de bien-être sur le site et leur envie d'y rester. Certains d'entre eux ont à ce titre refusé les dispositifs que les équipes leur ont proposé de rejoindre (EHPAD, ACT) pour diverses raisons (refus d'aller en maison de retraite, impossibilité de consommer sur l'hébergement suggéré, envie de demeurer sur un dispositif comportant des espaces verts).

« Je suis bien, regardez, retournez-vous : y a de la verdure. Moi le béton j'en veux pas. [Tout à l'heure, [la travailleuse sociale] disait qu'elle t'avait proposé d'aller ailleurs et que tu avais refusé ?] Ouais. [C'était quoi ?] C'était un HLM, je veux pas un HLM moi. Enfin HLM-foyer, je sais pas ce que c'est...J'suis bien ici moi donc euh, comment dire, j'ai mes amis, j'me sens bien, y a pas de soucis, j'suis bien quoi. » (Gabin, 52 ans, depuis 2 ans dans la structure, janvier 2024)

« Je suis chez moi, j'ai un chez moi. [...] Je suis bien chez moi. J'envisage que ça reste le plus longtemps possible. [Tu te verrais rester ici ?] Ouais. » (Tom, 56 ans, depuis deux ans et deux mois dans la structure, auparavant vivait dans un parking, juillet 2023)

- **Enfin, quelques résidents expliquent souhaiter à terme quitter le dispositif AMI, mais sans formuler de projet précis d'hébergement ou de logement.** Ces résidents tendent en effet à considérer que leur situation administrative, médicale ou leur capacité à gérer leur vie quotidienne en autonomie sont encore trop instables pour envisager de vivre seuls. Ils insistent alors sur les conditions préalables à la formulation d'un projet concret de sortie : l'aboutissement de démarches médico-sociales. A leurs yeux, la sortie vers un autre type d'hébergement reste lointaine et peu concrète :

« [Tu as fait des demandes pour des logements déjà ?] Pas pour l'instant, on va voir par la suite. [...] Comme j'te dis j'ai besoin de c'te cure déjà avant de bien penser au reste. [...] C'est beaucoup de questions que je me suis même pas posées encore. » (Maelys, 34 ans, depuis 9 mois dans la structure, janvier 2024)

Si les résidents formulent des vœux quant à leurs projets de sortie, **il n'en reste pas moins que les équipes conservent une certaine mainmise sur l'impulsion effective des demandes d'hébergement ou de logement**, dans un contexte où les résidents disposent rarement des compétences administratives nécessaires pour les réaliser en autonomie et de la connaissance des dispositifs susceptibles d'être ciblés. Dans les faits, les demandes de logement ou les sollicitations de dispositifs sont principalement initiées pour des **résidents jugés stabilisés sur les sites** (avec une situation

administrative régulière, accompagnés sur le volet médical, etc.), d'une part, **et les personnes âgées dépendantes en perte d'autonomie**, pour lesquelles les dispositifs ne sont plus jugés adaptés, d'autre part.

L'accompagnement sur les démarches d'accès à un autre logement ou hébergement se fait alors généralement en plusieurs étapes :

- **D'abord par la conception d'un projet résidentiel qui tienne compte à la fois des envies des résidents et du caractère contraint de l'offre de logement et d'hébergement institutionnel** (tensions locatives sur le territoire, règles d'accueil contraignantes sur certains dispositifs, disponibilité limitée dans les structures visées, etc.). Concevoir ce projet passe alors bien souvent par un travail de pédagogie auprès des résidents pour leur faire prendre conscience des implications induites par chaque type d'hébergement visé. C'est par exemple le cas lorsque des résidents se projettent dans des logements individuels malgré certaines habitudes et pratiques pouvant compromettre leur bien-être voire leur santé à terme (consommations importantes, difficulté à gérer la vie quotidienne – entretien du logement, alimentation -, etc.). Préparer une demande d'hébergement ou de logement revient également à préparer les résidents à des temporalités parfois longues de traitement de leur demande voire de l'éventualité d'un rejet de leur demande :

« Moi je ne vais pas dire non, je vais aller au bout de sa réflexion, par exemple sur un logement autonome : c'est une fois qu'il aura fait toute la démonstration que je lui dirai "Il faudrait que tu te fasses à manger..." Je pense que beaucoup de collègues le font, accompagner la réflexion jusqu'au bout » (Augustin, psychologue, juin 2023).

- **Ensuite, il s'agit de réaliser la demande d'hébergement ou de logement en tant que telle et suivre son aboutissement.** Il peut s'agir alors de préparer les résidents à l'éventualité de la sortie en leur proposant par exemple de visiter le logement afin qu'ils puissent s'y projeter, ou encore de réaliser les demandes d'orientation via le SIAO.
- **Enfin, se pose la question de sécuriser les sorties.** Pour les résidents sortis du dispositif, se retrouver seuls dans un hébergement peut être déstabilisant ; l'équipe peut alors proposer de garder contact et maintenir un lien entre le résident sorti et l'équipe, durant quelques temps. Ainsi, Davin que nous avons rencontré sur un dispositif lors de la première vague d'entretiens, a depuis intégré un logement social. Bien que nous n'ayons pas pu le rencontrer une seconde fois, les professionnels du dispositif ont indiqué garder des relations (certes ténues) avec lui et le travailleur social de la résidence qu'il a intégré. Gaël pour sa part avait quitté, pour la seconde fois, le dispositif au moment de la deuxième vague d'entretien pour retourner habiter à la rue et hébergé chez un tiers. Néanmoins, il a gardé de bonnes relations avec l'équipe du dispositif, ce qui a permis aux travailleurs sociaux de le recontacter et de lui proposer de participer à un second entretien avec nous, ce qu'il a accepté.

Par ailleurs, lorsque les dispositifs possèdent plusieurs types d'hébergements (individuels sur un site collectif et individuels ou partagés en diffus), des mobilités internes au dispositif sont possibles, selon les souhaits exprimés par les résidents et/ou des difficultés rencontrées sur un type d'hébergement. Ces **mobilités internes aux dispositifs** sont davantage pensées par les porteurs de projet comme un moyen d'adapter l'accompagnement aux besoins et aux situations des résidents ; elles ne constituent pas – à l'échelle des sites évalués – un moyen de tester les « capacités d'habiter », en particulier en individuel, des résidents avant d'envisager une sortie du dispositif. A cet égard, **le caractère multisites de certains**

dispositifs constitue indéniablement un atout, non seulement pour faciliter l'orientation, mais aussi pour assurer une transition « en douceur », éventuellement rétroactive, vers un autre type d'hébergement⁵⁵ (cf. partie « préconisations »).

Par notre échantillon d'enquêtés, 10 résidents sont sortis du dispositif entre la première et la seconde vague d'entretiens (entre le printemps 2023 et l'hiver 2024), soit environ un tiers de notre échantillon d'enquêté. Le tableau n°10 ci-dessous précise le type de sortie à l'issue de leur passage par les structures relevant de l'AMI. Parmi eux, notons que quatre résidents faisaient partie du dispositif toulousain, limitant la durée de séjour à six mois. D'après les connaissances disponibles, seuls trois résidents ont intégré un dispositif (CHRS, maison relais, résidence sociale) ; les autres ayant plutôt été hébergés chez des tiers ou connu un retour à la rue. **Bien qu'il faille interpréter ces données avec prudence, il semble que la durée de séjour sur les dispositifs de l'AMI favorise une sortie vers un logement autonome en structure (ici en maison relais) ou en résidence sociale** ; en effet, les enquêtés ayant intégré ces dispositifs avaient séjourné plus d'un an et plus de deux sur les dispositifs. La réorientation d'Irina vers un CHRS est intervenue moins d'un an après son entrée sur le dispositif, en lien avec un cumul de difficultés (consommations, « deal » sur le dispositif, prostitution) amenant l'équipe à considérer que le cadre du dispositif ne permettait plus de garantir sa sécurité sur le site.

Au moment de la seconde vague d'entretiens, environ huit résidents enquêtés avaient entamé des démarches de demandes de logement et étaient en attente de réponse dont trois résidents pour un logement social (Joël, Anne et Richard), deux résidents pour une maison relais (François, Fred), deux résidents pour un logement adapté non précisé (Malika, Jack) et un résident pour une maison de retraite spécialisée (Christian).

Au total donc, parmi notre échantillon de personnes enquêtées, environ un quart est sorti du dispositif dont trois ont intégré un logement en institution ou un logement social ; un second quart a entamé des démarches de demande de logement et se projette en logement individuel plus ou moins autonome, et la moitié des enquêtés n'a pas initié de démarche particulière, soit parce qu'ils n'ont pas identifié de perspectives claires, soit parce qu'ils ne se projettent pas – pour le moment – ailleurs que dans le dispositif.

⁵⁵ Cette souplesse du passage entre hébergement collectif et individuel a pu être constatée pour plusieurs des résidents rencontrés en entretien et ayant intégré des dispositifs multisites. Nicolas, 41 ans, avait par exemple intégré initialement un hébergement individuel, puis avait été réintégré au sein du site collectif, du fait de difficultés liées à l'entretien de son espace personnel. Didier, 41 ans, était quant à lui victime de brimades dans sa colocation, et a donc été réorienté vers le collectif. Enfin, Farrah, qui avait intégré le site collectif, avait sollicité une orientation vers un appartement individuel, décrétant ne plus supporter la vie en collectivité, avant de finalement changer d'avis et de revenir sur le site collectif.

Tableau 10 – Résidents enquêtés au printemps 2023 et sortis des dispositifs avant la fin de l'évaluation

PRENOM anonymisé	SEXE	ÂGE	SITUATION FAMILIALE	ANNEES DE RUE ET OU D'ERRANCE	LIEU DE VIE PRINCIPAL AVANT ENTREE DANS LE DISPOSITIF	ANCIENNETE DANS LA STRUCTURE	INFORMATION SUR LA SORTIE
<i>Lydie</i>	F	40	En couple (depuis 6 ans) ; sans enfant	+ 5 ans	LHSS	6 mois	Hébergée chez des tiers. En attente du SIAO.
<i>Arnaud</i>	H	46	Célibataire ; 1 enfant	Non connu	Squat	3 mois	Pas de nouvelles depuis la sortie.
<i>Jonathan</i>	H	38	Célibataire	7 ans, puis 2 ans et demi	Rue (voiture)	3 mois et demi	Habitat alternatif, puis hébergé chez un tiers.
<i>Jérémy</i>	H	31	Célibataire 3 enfants, de 3 unions différentes	+ 5 ans	Rue (tente) et squat	4 mois	Pas de nouvelles depuis la sortie.
<i>Irina</i>	F	33	En couple (depuis 1 an et demi); 3 enfants de 2 unions (2 vivent chez leur père, 1 placé ASE)	6 mois	CHU hivernal	1 mois	Réorientée vers un CHRS.
<i>Davin</i>	H	28	Célibataire, un enfant	3 ans	Rue	1 an	A intégré une résidence sociale.
<i>Gabriel</i>	H	49	Célibataire, sans enfant	Plus de 15 ans	Squat	2 ans	A intégré une maison relais.
<i>Didier</i>	H	41	En couple, sans enfant	Entre 15 et 18	Centre d'accueil et d'hébergement	Depuis 9 mois dans le collectif ; précédemment hébergé dans les appartements en colocation	Exclu définitivement du dispositif ; retour à la rue.
<i>Bastien</i>	H	38	Célibataire, 4 enfants	1 an et demi	Rue	1 an et demi	Exclu temporairement du dispositif ; n'est pas revenu. Pas de nouvelles.
<i>Gaël</i>	H	29	Célibataire, sans enfant	5 ans	Rue	1 an et quelques semaines (coupure d'un an entre sa première année sur le dispositif et son retour récent)	Entre rue et hébergement chez un tiers.

Que les résidents se projettent sur le dispositif, « ailleurs » mais sans toutefois avoir bien déterminé où, ni entamé de démarches particulières, « ailleurs » en ayant clairement entamé des démarches ciblées ou qu'ils aient déjà intégré un autre hébergement, **l'expérience sur le dispositif évalué permet à une majorité de résidents de réexpérimenter et redonner un sens à la notion d'habiter, à travers l'occupation d'un logement et l'expérience de l'autonomie progressive dans ce logement.** C'est donc **sur la base de l'expérience du dispositif comme « un lieu de vie » que se construit parallèlement, une trajectoire résidentielle nouvelle,** qui se concrétise grâce à l'accompagnement proposé par les équipes de ces dispositifs. **La durée de cet accompagnement** ainsi que **l'atemporalité** de l'expérimentation constituent à cet égard des **conditions fortes** pour non seulement permettre aux personnes de prendre le temps d'envisager des perspectives, de mettre en œuvre les démarches en vue de concrétiser ces perspectives et se préparer à un « après », coconstruit entre résidents et équipes. Autant de séquences de l'accompagnement qui s'inscrivent dans une logique de temporalité longue et un accompagnement de proximité.

Encadré 8 – Des projections variées sur les sites de l'AMI, mais des débouchés inégaux aux vœux résidentiels formulés par les résidents inégale social

L'orientation des résidents vers d'autres types d'hébergements est loin d'aller de soi et les souhaits qu'ils formulent en la matière ne sont pas toujours suivis d'effets. Les situations de Jack, Christian et Nicolas sont ainsi révélatrices des diverses manières dont les résidents se projettent sur les dispositifs de l'AMI. Le témoignage de Gaël illustre quant à lui en quoi l'intégration d'un dispositif adapté – maison relais – lui permet désormais de se projeter dans une insertion sociale et professionnelle plus globale.

Jack, 41 ans, souhaite quitter le dispositif collectif pour un appartement individuel. Ce résident possède un parcours de rue relativement court mais une situation de vulnérabilité importante en raison des problématiques psychiatriques et addictives qu'il rencontre. Si l'équipe note les profonds changements qui se sont opérés chez lui depuis son arrivée sur le dispositif (il est suivi par l'équipe médicale et participe aux ateliers organisés sur site), elle juge néanmoins que le dispositif n'est plus adapté pour lui, car la prise en charge médicale n'est pas suffisante et que le collectif exerce sur lui une incitation à la consommation (il a commencé à user de nouvelles substances psychoactives qu'il ne prenait pas auparavant). Jack souhaite également rejoindre un logement individuel, décrétant ne plus supporter la vie en collectivité. Pourtant, la demande d'hébergement individuel qu'il a réalisée avec l'équipe a été refusée, ce qu'il regrette amèrement à plusieurs reprises au cours de l'entretien.

Christian, 67 ans, ne souhaite pas quitter le dispositif et ambitionne d'y finir sa vie. Après un parcours de rue de plus de vingt ans, il y a développé des habitudes et dit se sentir bien sur ce site où il entretient une relation chaleureuse avec l'équipe, qu'il va voir tous les jours dans son bureau. Il a fortement investi son mobil-home, décoré aux couleurs de son stade de football fétiche. L'équipe souhaiterait néanmoins qu'il intègre une maison de retraite médicalisée (EHPAD) : il connaît en effet des problèmes de santé importants, se déplace à l'aide d'une canne, et le dispositif n'est que peu adapté pour des personnes à mobilité réduite. Pourtant, il ne le souhaite pas, notamment parce qu'il appréhende le caractère plus normatif de l'EHPAD (impossibilité de consommer de l'alcool comme il le souhaite). Il assume ainsi vouloir finir ses jours sur le dispositif, ce qui génère de fortes interrogations au sein de l'équipe, entre volonté de respecter le choix de ce résident et craintes de ne pas être en mesure d'accompagner sa perte d'autonomie.

Nicolas, 41 ans, souhaiterait, à terme, intégrer un logement autonome, mais ce projet reste, au moment de l'entretien, hypothétique et flou. Il a d'abord intégré le dispositif AMI en hébergement individuel mais cette expérience s'est mal passée, car il a éprouvé des difficultés à prendre soin de son logement ; il a ainsi été réorienté vers le collectif (modulaires), ce qui a été permis par le caractère multisites du dispositif. Son cas est à cet égard similaire à celui de **Didier, 41 ans, également résident d'un dispositif multisites.** Didier a d'abord été orienté vers une colocation, avec une faible présence éducative, puis - suite à un passage en prison lui ayant fait perdre sa place et au constat de l'équipe qu'il était malmené par ses

colocataires - vers le dispositif collectif. Néanmoins, Didier **regrette ce choix** : il estime avoir perdu en autonomie et en tranquillité.

Gaël, 49 ans, a vécu un peu plus de 2 années sur le dispositif, d'abord en chambre individuelle sur un logement collectif puis en tiny-house. S'il garde de bons souvenirs de ses deux années sur le dispositif, en particulier de certains voisins avec qui il s'entendait bien et des membres de l'équipe, le poids du collectif et un certain sentiment d'être en décalage par rapport à la plupart des résidents (du fait qu'il ne consomme pas de substances psychoactives et peu d'alcool) l'ont conduit à entrevoir la perspective d'intégrer une pension de famille. La possibilité de disposer d'un logement individuel, de disposer d'une très grande autonomie et d'être moins en prise avec le collectif l'ont convaincu d'envisager cette option. Il a finalement intégré la maison relais quelques semaines avant le second entretien avec l'évaluatrice. Au cours de cet entretien, il évoquera avoir commencé une activité de bénévolat au sein d'une structure située à proximité de son nouveau logement. Gaël envisage désormais de s'investir dans cette activité et pourquoi, aller vers une activité salariée. Sur les apports du dispositif évalué sur sa trajectoire, il déclare que cela lui a davantage donné de « l'envie » d'avancer, et un cadre pour y parvenir : « Il faut faire rêver les gens et leur donner envie de vivre et après t'as envie de retourner vers la tune, vers le taf mainstream, de faire des trucs classiques. [Ça a pu contribuer un peu ça ?] Ben carrément je vais pas mentir mais en fait ouais quand même carrément. Après c'est dur de remercier mais ouais, ouais quand même. Ils m'ont recadré quoi. Parce que j'ai vu qu'il y avait des gens comme moi qui n'étaient pas forcément riches [...] et qui travaillaient, et qui avaient gardé leurs convictions et qui avançaient, et là je me suis rendu compte que je suis très fainéant. » Avancer en accord avec ses principes, telle pourrait être sommairement résumée la trajectoire de Gaël au sein du dispositif.

6.4. Un effet significatif du dispositif sur l'accompagnement aux soins des personnes

L'intégration dans le dispositif permet aux résidents d'amorcer ou de réinitialiser des démarches de soins, dans un contexte où **la majorité d'entre eux avait un accès très limité à l'offre de santé avant leur entrée sur le dispositif**, souvent conditionné à des problématiques de santé ou d'addictions lourdes (6.4.1). L'entrée sur le dispositif et l'accompagnement par les professionnels ont **un effet significatif sur l'accès aux soins des personnes** et la réintégration progressive d'une partie d'entre elles dans une logique de parcours de soins (6.4.2). Ce « retour » aux soins se caractérise par **sa graduation et sa progressivité**, permises par **un certain nombre de conditions de l'accompagnement** que nous explicitons ci-après (6.4.3).

6.4.1. Avant l'entrée sur le dispositif, un accès aux soins limité aux situations les plus problématiques

Parmi les 38 personnes interrogées, environ **un tiers déclare avoir un suivi médical à l'entrée sur le dispositif**. Ce suivi médical concerne principalement le fait d'aller régulièrement consulter un **médecin généraliste** et/ou de disposer d'un **médecin traitant**. Plus marginalement, parmi ces personnes déclarant avoir un suivi antérieur à leur entrée sur le dispositif, certaines mentionnent un suivi avec des professionnels du secteur de la **psychologie et psychiatrie** ou des **professionnels addictologues**.

Deux éléments communs à ces résidents nous permettent de caractériser leurs profils. D'une part, ce lien maintenu avec des professionnels de santé en dépit de parcours résidentiels fragmentés et instables est **très souvent lié à des problématiques de santé importantes et/ou des addictions fortes, et à la nécessité de suivre et donc de renouveler un traitement médicamenteux de façon régulière**. Quatre résidents (Irina, Jérémy, Tom et Nicolas) évoquent en effet des rendez-vous réguliers auprès de leur médecin ou d'un CSAPA en lien avec leurs addictions et toxicomanie.

« J'ai un médecin généraliste. [Tu vas le voir de temps en temps ?] Une fois par mois. [...] Je suis suivi pour mon addiction à l'héroïne, et puis prendre des anti-dépresseurs, mais ça je prends pas trop. [...] C'est un médecin libéral, ça fait depuis que je suis arrivé à Montpellier que je passe par le même docteur. [...] Je vais toujours au même endroit. Et j'y vais tous les mois : c'est réglé comme une horloge. » (Tom, 56 ans, depuis 2 ans et 2 mois dans la structure, auparavant vivait dans un parking, décembre 2023)

Pour une autre partie des résidents, le lien avec les professionnels de santé est justifié par des **problématiques de santé** pour lesquelles un suivi est préconisé – sinon nécessaire –, ainsi qu'un traitement. Parmi les principales problématiques citées figurent des **pathologies psychologiques et psychiatriques**, des **pathologies chroniques** (maladies respiratoires, diabète) ou encore des formes de handicaps pouvant nécessiter des contrôles.

« J'ai eu un grave accident de moto, en 2013, qui a fait que... Maintenant je suis handicapée quoi, j'ai la jambe, la hanche, le genou, c'est un peu tout cassé quoi. [Et t'as un médecin traitant ?] Oui, elle est bien. Elle arrive bien à me suivre. [Oui donc tu as un suivi plutôt régulier] Oui, pas le choix, pas le choix. [...] Et avec mon asthme j'ai un suivi avec le pneumologue... Quand j'étais à la rue j'essayais quand même d'aller à mes rendez-vous. [...] Mais ouais ma santé, ça mes rendez-vous, j'y vais toujours. » (Magali, 38 ans, depuis deux ans et deux mois dans la structure, auparavant vivait dans un garage, juillet 2023)

Le suivi médical dont disposaient donc certains résidents avant leur entrée sur le dispositif est très souvent lié à **des problématiques de santé diagnostiquées**, dont les personnes ont **conscience** et vis-à-vis desquelles elles **ont accepté** une forme de suivi et/ou un traitement.

D'autre part, plus que le nombre d'années passées « à la rue » (en squat, habitats précaires ou hébergements d'urgence) avant l'entrée sur le dispositif, c'est avant tout **la fréquentation (plus ou moins régulière) d'institutions** (hébergements d'urgence, CHRS, hôtel social, mais aussi prison) qui **semble jouer sur le maintien d'un lien avec l'univers du soin**. En effet, parmi les 11 personnes enquêtées déclarant avoir conservé un lien avec des professionnels de santé avant leur entrée sur le dispositif, sept ont fréquenté, au cours des mois et années d'errance institutionnelle précédant leur arrivée, des structures et dispositifs diverses et ce, quelle que soit le nombre d'années de rue qu'elles déclarent (de quelques mois à une dizaine d'années). En revanche, à part Tom qui déclare une trentaine d'années de vie en errance et à la rue, l'échantillon d'enquêtés ayant conservé un certain suivi médical avant leur entrée sur le dispositif ne compte pas d'autres profils. **Le fait d'avoir vécu à la rue, en marge de tout type d'institution d'hébergement ou d'urgence, apparaît comme un facteur favorisant la rupture des parcours de soins**, à l'image de Joel qui, après 9 années à la rue, déclare : *« Je m'en foutais. Tu sais quoi t'es à la rue, j'étais bien, tout se passait bien. »* (Joël, 54 ans, dans la structure depuis 2 ans et demi, auparavant à la rue, juillet 2023).

Ainsi, l'arrivée sur le dispositif de ces personnes a pu constituer l'**opportunité de stabiliser leur parcours de soins et/ou les conditions d'accès et de suivi de leurs traitements** – c'est notamment le cas de Carine qui peut désormais, depuis son entrée sur le dispositif, stocker son insuline et prendre régulièrement son traitement contre le diabète, ce qu'elle ne pouvait faire lorsqu'elle vivait à la rue : *« J'ai des problèmes de santé, avec le diabète... pour stocker l'insuline c'était compliqué dehors, je prenais plus mon traitement. »* (Carine, 33 ans, depuis environ un an dans la structure, auparavant dans un squat, juin 2023) -. Pour les autres tiers environ de notre échantillon d'enquêtés, l'arrivée sur le dispositif a pu donner lieu à un retour progressif vers les soins dont la plupart des résidents enquêtés semble s'être saisie, à des niveaux divers.

6.4.2. Un effet positif du dispositif sur le retour vers les soins des personnes accompagnées

L'évaluation distingue **trois niveaux d'accompagnement** des résidents **sur les questions de santé** :

- **Un accompagnement « minimal », interne au dispositif** : la présence des professionnels de santé internes au dispositif ou les interventions des partenaires externes permettent d'assurer un suivi global de l'état de santé des résidents (par des échanges avec les résidents eux-mêmes mais également par l'intermédiaire d'échanges réguliers avec les équipes – d'autant plus précieuses pour les professionnels externes qui ne sont pas présents au quotidien sur le dispositif). Cet accompagnement se traduit concrètement par une **« veille » de l'état de santé** (physique, psychologique) des personnes, la réalisation de **soins « basiques »** (soigner « la bobologie »), assurer le **suivi médicamenteux** des personnes le cas échéant. Ce type d'accompagnement concerne en particulier les résidents qui ne souhaitent pas solliciter des professionnels de santé extérieurs (par crainte, refus, déni, etc.) ou dans le cas où les résidents ont des pathologies n'appelant pas de suivi par un spécialiste et pouvant être traitées directement par les professionnels de santé présents sur site. Cette internalisation du suivi de santé est néanmoins perçue par les équipes comme transitoire, l'objectif étant à terme que les personnes puissent réintégrer un parcours de soin « hors les murs » dans l'optique d'une éventuelle future sortie du dispositif.
- **Un accompagnement dans une logique de parcours de soins, interne et externe au dispositif** : Les professionnels exercent alors davantage un rôle de **médiateur** entre les résidents et l'institution médicale ou hospitalière : ils assurent la prise de rendez-vous, accompagnent les résidents aux rendez-vous lorsque ces derniers le souhaitent, s'assure du suivi des traitements, « traduit » le langage médical des professionnels de santé ainsi que des ordonnances aux résidents, rend visite pendant les périodes d'hospitalisation, etc. Ce type d'accompagnement concerne des résidents qui bénéficiaient déjà d'un suivi médical extérieur avant leur entrée sur le dispositif (dans le cas de pathologies diagnostiquées et prises en charge : maladies chroniques, psychologiques ou psychiatriques par exemple), mais également des résidents qui, du fait d'un long parcours de rue notamment, sont en situation de rupture de soins et souhaitent ou nécessitent un accompagnement de proximité pour réaliser certaines démarches. Ces profils de résidents sont davantage enclins à initier ou poursuivre des démarches de soins.
- **Une absence d'accompagnement mais le maintien d'une possibilité de dialoguer autour des questions de santé** : la présence sur site de professionnels de santé permet de maintenir

les questions de santé visibles dans le cadre de l'accompagnement global des personnes. Lorsque les personnes sont éloignées des questions de santé – parce qu'elles ne les priorisent pas, les évitent ou les nient –, l'enjeu pour les professionnels de santé est alors, à minima, de maintenir la possibilité d'un dialogue avec les résidents sur les questions de santé. Il peut s'agir d'évoquer des consommations, un état psychologique, des symptômes mentionnés par le résident ou plus globalement de travailler à une logique de déconstruction des actes de soins et rendez-vous médicaux : « *Je leur donne l'impression que c'est moins contraignant que ce qu'ils pensent de se faire soigner.* » (Constance, infirmière, juin 2023).

Parallèlement, les entretiens effectués auprès des résidents permettent de mettre en évidence **un niveau de « saisine » de l'accompagnement proposé sur les questions de santé gradué**, allant schématiquement d'une absence d'implication à une implication forte dans les démarches de santé (voir tableau 11 ci-après). L'enquête menée auprès des 38 résidents (dont, pour rappel, 17 ont été enquêtés à deux reprises) révèle qu'**une très grande majorité de résidents ont moyennement ou fortement investis le volet « santé » de l'accompagnement** proposé dans le cadre du dispositif.

Tableau 11 – Niveau d'investissement sur les démarches de santé déclaré par les résidents enquêtés

	ABSENCE D'INVESTISSEMENT	INVESTISSEMENT FAIBLE	INVESTISSEMENT FORT	NON RENSEIGNE
Nombre de résidents enquêtés	6	12	14	5

Une absence d'investissement sur le volet santé fait référence aux résidents qui, depuis leur entrée sur le dispositif, n'ont initié aucune démarche de soins (pas de bilan de santé, pas de rendez-vous médicaux, pas d'examen, etc.). Les résidents enquêtés n'ayant initié aucune démarche particulière en lien avec leur santé l'expliquent au travers de différents motifs :

- Une appréhension vis-à-vis de l'univers médical : « *Je fais jamais ça, des examens médicaux, tout ce qui est médecine ça me fait peur donc je ne le fais pas.* » (Gaël, 29 ans, depuis un an dans la structure, auparavant à la rue, juin 2023)
- Une non-priorisation malgré le fait d'avoir conscience de l'intérêt d'initier certaines démarches (ce qui peut par ailleurs traduire des formes de déni vis-à-vis des questions de santé) : « *Ça c'est moi qui traîne. Je sais ce que j'ai à faire mais il faut que je me fasse tout enlever là – les dents. C'est moi qui traîne un peu, je sais qu'il faut que je le fasse.* » (Farrah, 46 ans, depuis quelques mois dans la structure, auparavant à la rue, juin 2023).
- Une perception d'être en bonne santé (ce qui là encore, peut traduire une logique de déni) : « *Le seul gros souci de santé que j'ai eu c'est quand j'étais jeune, j'ai eu la péritonite.* » (Pierre, 40 ans, depuis 4 mois dans la structure, auparavant en prison et à la rue, décembre 2023).

Un investissement qualifié de « faible » sur le volet santé fait référence aux résidents qui ont initié un nombre limité de démarches en santé (une à deux), principalement en lien avec les professionnels présents ou intervenant sur le dispositif. Il peut ainsi s'agir de résidents qui ont bénéficié de **soins infirmiers** dans le cadre du dispositif, qui ont entamé **un travail de suivi psychologique** auprès d'un

professionnel interne ou externe à la structure ou bien qui ont réalisé la démarche de **déclarer un médecin traitant** (auprès d'un professionnel interne à la structure).

« [T'avais un médecin traitant en arrivant ici, ou...] Non, c'est celle d'ici. C'est elle maintenant. Quand j'étais dehors j'en avais pas. [T'avais pas du tout de suivi santé ?] Non. » (Florence, 43 ans, depuis 2 ans et 2 mois dans la structure, auparavant a vécu 1 an et demi à la rue et a fait de la prison, octobre 2023).

Il peut également s'agir de résidents ayant réalisé quelques **démarches de bilan** de santé (prise de sang), certains **examens** (radiographie) ou des **consultations spécialisées** (dentiste, gynécologie) mais en nombre limité et sans que cela ait donné lieu à des suites particulières. Enfin, cela peut également concerner des résidents qui ont entamé certaines démarches et manifestent des intentions d'en poursuivre d'autres dans les semaines ou mois à venir. C'est le cas par exemple pour Jonathan qui envisage d'aller consulter un dentiste mais qui avant cela, aimerait s'occuper de son nez fracturé :

« Hier j'en ai parlé à [nom d'une professionnelle] justement, pour essayer de me prendre un rendez-vous pour le nez... Parce que j'ai eu le nez brisé, entre les fractures, que ce soit rugby et bagarres, à la rue, vous savez. [...] Donc par rapport au nez, en fonction de ce qu'ils vont faire, demander de faire prendre rendez-vous au dentiste. Parce que le dentiste, avec la cloison nasale déviée, c'est compliqué. » (Cédric, 38 ans, depuis 3 mois et demi dans la structure, auparavant a vécu en tente, dans sa voiture et chez un tiers, juin 2023).

Enfin, **un investissement fort des questions de santé** renvoie aux résidents qui, depuis leur arrivée sur le dispositif, ont initié un nombre important de démarches, **de façon progressive** (« *au début le superficiel, maintenant les scanners, radios, tout ce qu'elle déteste faire. Adhésion totale.* », Louise, conseillère en économie sociale et familiale, décembre 2023 à propos de Mireille), **ou « cumulative »** (« *Richard, lui, il a tout saisi. Il a vraiment dit "bon, j'ai besoin de ça, ça, ça". On a pris les rendez-vous ensemble. Il a tout géré. Donc, lui, il s'est vraiment saisi tout.* », Karine, infirmière, juillet 2023). Les résidents concernés sont nombreux à employer le terme de « **check-up** » pour décrire les démarches en santé qu'ils ont mené depuis leur arrivée sur le dispositif.

« J'ai fait beaucoup au niveau médical. Ben oui parce qu'il fallait quand même que je fasse un peu entre guillemet un check-up. Vous savez, quand on a consommé beaucoup d'alcool, quand on a été dans la dérive, dormir dehors... Plein de choses comme ça. Donc je fais pas mal d'examens médicaux, des radios, de l'échographie du foie... J'ai fait plein de choses. » (Anne, 52 ans, depuis un an et trois mois dans la structure, a vécu auparavant six mois entre un CHRS et la rue)

L'éventail des démarches réalisées est ainsi plus large chez ces résidents : **bilan de santé** (prise de sang), **rendez-vous médicaux** auprès de médecins généralistes et spécialistes (pneumologue, cardiologue, gynécologue, dentiste, ophtalmologue, etc.), **examens** (radiographie, scanner, IRM, échographie, fibroscopie, etc.), renouvellement de lunettes de vue, etc. Ce retour aux soins a permis pour des résidents – à l'image de Fred (voir extrait d'entretien ci-dessous) - de **diagnostiquer une maladie** et de **bénéficier de traitements adaptés** en conséquence, d'**aller vers des professionnels de santé** qu'ils ne souhaitaient pas et n'avaient pas l'occasion de consulter auparavant (voir extrait d'entretien de Richard qui a initié un travail avec une psychologue) et contribue plus largement à **améliorer le confort et le**

bien-être physique et psychique des personnes (plusieurs enquêtés déclarent ainsi en entretien « se sentir bien », « se sentir en forme », ou encore « aller mieux »).

« Ça va toujours aussi bien, de mieux en mieux parce que je m'occupe bcp de ma santé, j'ai dû avoir une dizaine de rdv chez le cardiologue [...] Apparemment j'ai une maladie qui serait génétique et héréditaire donc ils vont faire des recherches. Alors y a ça qui me tracassait, donc ça va mieux. » (Fred, 56 ans, depuis 1 an et 9 mois dans la structure, auparavant dormait dans une tente, juillet 2023)

« J'ai commencé à voir une psychologue. On va dire que ça fait 5 mois. Je la vois régulièrement tous les mois. Ça se passe très bien avec elle [...] On a parlé de beaucoup de choses avec qui je ne parlais pas avant. J'ai trouvé une oreille qui m'écoutait. [...] Quand on me parlait de psychiatre, de psychologue et tout j'étais pas trop... J'étais pas trop ouvert là-dessus. Et ensuite j'ai eu des problèmes relationnels avec mon frère, beaucoup. Donc je me suis décidé. » (Richard, 56 ans, depuis 11 mois sur le dispositif, auparavant dormait dans une tente, janvier 2024)

Les résidents interrogés, en particulier ceux qui ont investis « moyennement » ou « fortement » l'accompagnement aux soins dans le cadre du dispositif, sont nombreux à estimer qu'ils n'auraient pas mené ces différentes actions indépendamment du cadre du dispositif et de l'appui des professionnels y intervenant. L'évaluation met ainsi en exergue un certain nombre de conditions favorisant l'accompagnement des personnes sur les questions de santé dans le cadre du dispositif expérimenté.

6.4.3. Des conditions favorisant l'accompagnement des personnes sur les questions de santé

Quel que soit le niveau d'accompagnement des résidents sur les questions de santé et l'investissement des résidents ce volet, nous identifions **cinq grandes conditions favorisant l'accompagnement des résidents vers les soins** : la relation de **confiance** tissée entre les résidents et les professionnels du dispositif, la **part informelle de l'accompagnement** permis par le cadre de l'expérimentation, la **présence renforcée** de professionnels de santé au sein des dispositifs, la disponibilité des professionnels pour **accompagner physiquement** les résidents dans leurs démarches de santé, et enfin, **l'intemporalité** de la durée d'accueil sur le dispositif.

La relation de confiance entre les personnes et les professionnels apparaît en premier lieu comme **un vecteur essentiel et particulièrement mobilisateur** pour amener les résidents vers le soin. Elle peut ainsi permettre de faire évoluer la situation d'un résident, d'une situation de déni à une prise de conscience de la nécessité vitale de soins, comme l'illustre sur l'un des sites enquêtés la relation particulière nouée entre une résidente atteinte d'un cancer du sein, en refus de soin depuis plusieurs mois, et l'une des infirmières de l'équipe :

Notes d'entretien informel avec une infirmière, juin 2023.

« [Cette résidente] elle était complètement dans le déni sur son cancer. Elle allait pas aux rendez-vous. [...] C'était épuisant, il fallait venir deux, trois heures avant le rendez-vous, toquer à la porte toutes les deux minutes, lui dire je vous emmène, je vous recherche, je vous raccompagne ; de fil en aiguille on déconnaît bien en voiture. J'ai dit : écoutez pour toutes les chimios je vous emmène, pour tous les rendez-vous. [...] J'allais avec elle, je prenais les rendez-vous. Je me suis investie aussi et ça valait le coup : elle a enfin accepté de se faire opérer, a fait une ablation du sein. [...] Là elle est chimio et va commencer en radiothérapie. »

La relation de confiance ainsi tissée a permis à la résidente concernée de renouer avec un parcours de soins, au prix néanmoins d'un investissement très fort de l'infirmière - ce qui fait écho au risque d'épuisement des équipes mentionné plus haut (cf. partie 4).

Cette relation de confiance permet par ailleurs d'actionner un **autre levier mobilisateur** sur les questions de santé à travers **le caractère informel des échanges** entre professionnels et résidents, comme l'explique ce professionnel :

« On crée lien de confiance, on rigole, on instaure la confiance, et du coup certains besoins sont exprimés indirectement. [...] Par exemple un résident qui va me parler d'un autre résident : "Ah c'est bien qu'il ait ralenti cette consommation, il était cool aujourd'hui." « Ah bah c'est cool, toi sur ta conso tu voudrais faire quelque chose ? » Idem sur les activités : "Untel a fait ça", "Ah et toi ça t'intéresserait ?" Je rebondis là-dessus pour parler d'eux. » (Mohammed, éducateur, juin 2023)

Si le lien de confiance peut s'initier au travers de discussions informelles, l'idée commune à l'ensemble des professionnels est, comme l'explique une infirmière, de faire émerger les questions de santé comme un axe d'accompagnement possible, voire un processus de progressive autonomisation des personnes.

« Ce sont des personnes qui ont perdu la confiance, soit parce qu'il y a eu des échecs dans certaines structures, soit parce qu'à cause de ces échecs ils ont tout arrêté. [...] Pour moi c'est les amener vers l'autonomie et la conscience de la problématique de santé. » (Constance, infirmière, juin 2023)

Or, la création d'une relation de confiance entre résidents et professionnels et la part informelle de l'accompagnement sont dépendants du **temps de présence des professionnels sur les sites, troisième levier favorisant l'accompagnement des personnes sur les questions de santé**. A ce titre, l'intégration de professionnels de santé au sein des équipes s'avère pertinente en ce qu'ils peuvent mettre à profit leurs temps de présence prolongés, répétés ou permanents dans le cas « d'équivalent temps plein » sur le volet « santé » de l'accompagnement et décharger les professionnels sociaux de ces enjeux. La présence de professionnels de santé au sein des équipes permet une connaissance affinée des situations des résidents et de s'en nourrir pour adapter l'accompagnement sur les questions de santé. Comme en témoigne cette infirmière recrutée sur l'un des dispositifs évalués, la réalisation d'un bilan de santé par une résidente traduit l'aboutissement d'un travail subtil de **repérage de « signaux faibles »**, d'**interprétation** et *in fine*, d'une **écoute** et d'une **attention « au long cours »** de la professionnelle vis-à-vis de cette résidente :

« [Prénom d'une résidente] était convaincue d'avoir une maladie à l'intérieur d'elle. Le mot n'a jamais été posé, mais tel qu'elle en parlait, ça faisait très "cancer". "J'ai un cancer". Et du coup il fallait la rassurer pour essayer de faire qu'elle ne tombe pas dans des consommations plus importantes ou autres. Et en fait, au bout d'un moment, on a réussi à... à faire qu'elle ait envie d'aller faire un bilan de santé. Donc je l'ai amenée à la Sécurité sociale, on lui a fait un bilan de santé complet. » (Karine, infirmière, juillet 2023)

En lien avec la constitution (pluridisciplinaire mais aussi numérique) des équipes, **la disponibilité des professionnels** constitue une quatrième favorable à l'accès aux soins, en particulier lorsque les professionnels disposent du temps nécessaire pour **accompagner physiquement les résidents** qui le souhaitent (ou le nécessitent sans toutefois l'exprimer comme un souhait en tant que tel) dans leurs démarches de santé et leurs rendez-vous médicaux. Une fois l'acceptation par la personne d'aller vers le soin, l'appui des professionnels pour réaliser les prises de rendez-vous et accompagner les résidents aux consultations ou aux examens est déterminant pour permettre de concrétiser leurs intentions initiales. En effet, le rôle des professionnels permet de ne pas remettre au lendemain ses projets, de ne pas manquer les rendez-vous « le jour-j », de lever les freins à la prise de rendez-vous (qu'ils soient techniques ou psychologiques), de faciliter la mobilité des personnes (en se rendant aux rendez-vous avec une voiture de fonction par exemple) ou bien encore de rassurer et de mettre en confiance la personne vis-à-vis des examens ou rendez-vous prévus.

« Elle [la professionnelle] m'a amenée là-bas [à l'hôpital]. J'ai dit "tu restes pas avec moi ?", elle me dit "mais non Mirelle je peux pas parce que je dois envoyer une fille qui est sur une chaise roulante au dentiste". J'ai dit "ça va". Et quand elle est venue le lendemain, j'étais tellement énervée que je l'ai envoyée balader, oh putain, je l'ai engueulée. [...] Parce que normalement elle devait venir et elle devait rester. Mais elle a pas pu, parce qu'elle a eu un empêchement. [Et ça aurait pu changer les choses pour toi ? Tu serais pas partie ?] Ah oui pour moi oui. [Oui ok ça t'aurait aidée que quelqu'un reste avec toi en fait ?] Ouais. (Mireille, 63 ans, depuis 1 an et demi dans la structure, auparavant à la rue, septembre 2023)

Si plusieurs résidents indiquent et sont décrits par les équipes comme autonomes dans leurs démarches d'accès aux soins, bon nombre d'enquêtés déclarent nécessiter cet accompagnement des professionnels pour mener à bien leur projet de soins. Or, le niveau d'autonomie des personnes sur ces questions est une composante importante à prendre en compte dans le projet d'orientation des personnes à la sortie du dispositif : selon l'état de santé et des besoins des personnes, une orientation vers un dispositif offrant une continuité de l'accompagnement sur les questions de santé s'avéra prioritaire.

Enfin, **l'intemporalité** de la durée d'accueil sur le dispositif constitue un cinquième levier mobilisateur pour permettre un retour vers le soin des personnes accompagnées. En effet, **parmi les enquêtés, ceux qui ont une ancienneté de plus d'un an sur le dispositif (d'un an à plus de deux ans) sont également ceux qui ont initié le plus de démarches sur le volet santé** ; *a contrario*, les durées courtes de séjour sur les dispositifs (moins de 6 mois) et les durées inférieures à un an sont moins propices à engager des actes de soins, en particulier sur les dispositifs ne disposant pas de professionnels de santé au sein de leur équipe et sur les dispositifs proposant une durée d'accompagnement limitée à six mois comme sur le site Toulousain. **L'absence de durée de séjour sur le dispositif conditionne à elle-seule l'ensemble des leviers décrits précédemment : sans contrainte de temps, les**

professionnels et les résidents ont davantage la possibilité de se connaître, de créer un lien de confiance réciproque – facilité par la répétition des échanges et rencontres informels ou non centrés spécifiquement sur les questions de santé – et de dédier du temps à l’accompagnement tant psychologique que physique des personnes vers les soins.

Ainsi, la réinscription dans un parcours de soin au sein des structures se fait de manière progressive, respectant la temporalité des personnes et leurs dispositions à engager des démarches en santé.

6.5. Une réduction des consommations et un accompagnement à la réduction des risques souhaités mais peu linéaires

Parmi les démarches de santé engagées, la démarche de **réduction des consommations** occupe une place singulière puisque la consommation d’alcool et/ou de drogues concerne quasiment l’intégralité des résidents rencontrés en entretien – et, de manière générale, une grande partie des résidents des dispositifs, d’après les professionnels enquêtés.

A cet égard, l’entrée dans l’hébergement peut avoir des effets contrastés sur les consommations, comme le notent de nombreux professionnels :

« Sur la question des consommations, c’est vraiment au cas par cas. Il peut y avoir des personnes qui diminuent vraiment leurs consos, en étant hébergées sur les maisons ; Et à l’inverse, pour certaines personnes, on a le mécanisme inverse : le fait d’être posé, ça crée un vide existentiel, et ça fait augmenter les consos... Y a vraiment les deux mécanismes. » (Sarah, infirmière, juillet 2023)

Néanmoins, comme le souligne cette infirmière, le cas majoritaire parmi les enquêtés que nous avons rencontré est celui d’une démarche de **réduction des consommations**. Pour certaines personnes, l’intégration du dispositif elle-même est pensée d’emblée comme une manière de réduire ses consommations :

« Elle [L’éducatrice qui l’a orienté vers le dispositif] m’a dit que c’était surtout pour faire des pauses au niveau des consommateurs de drogue, parce qu’elle avait remarqué que je consommais, que ça se voyait quoi. Et que ça me ferait du bien d’avoir cet endroit-là pour me poser, pour pouvoir faire un peu le point par rapport à ça. C’est fait pour ça. C’est conçu pour ça, pour les gens qui ont des addictions au niveau de certaines drogues, pour faire une pause sur les addictions... Et j’avoue que pour moi c’est efficace, c’est vraiment efficace, ça me fait du bien. Après je sais pas sur les autres

si ça agit, mais moi c'est... C'était ce que j'avais besoin. » (Arnaud, 46 ans, depuis 3 mois dans la structure, auparavant en squat, juillet 2023)

Pour d'autres, l'envie de restreindre les consommations émerge petit à petit comme un **effet de la stabilisation sur le site**. Ainsi, le fait de vouloir se remettre à travailler, de renouer avec des enfants dont l'on s'est éloigné, de réintégrer un logement autonome, ou, tout simplement, de reprendre le contrôle sur ses consommations, peuvent constituer autant de motivations pour réduire les consommations.

Concrètement, les démarches de réduction des risques et des dommages au sein des structures se traduisent par **plusieurs types d'effets** pour les personnes :

- **Un sentiment de légitimité – et non de stigmatisation – à aborder ses consommations avec les professionnels** : à travers la possibilité de consommer sur les sites, de bénéficier d'un suivi médical, de kits de consommation à moindre risque, de délivrance d'alcool, etc. L'invitation à déjeuner de professionnels du CAARUD sur l'un des sites, afin de « normaliser » leur présence auprès des résidents et de créer du lien entre ces derniers et les addictologues de cette structure⁵⁶, illustre de manière paradigmatique une volonté de briser le tabou autour de ces sujets. Nombre de résidents évoquent ainsi librement leurs consommations avec les professionnels. Ils peuvent bénéficier en la matière de l'écoute bienveillante des professionnels, de « dépannages » sur certains dispositifs (délivrance d'alcool, par exemple), de boissons de substitution (eau gazeuse pour tromper le besoin d'alcool, par exemple), sans jugement.
- **Des consommations dans un cadre limitant les risques**. Les résidents peuvent avoir accès à du matériel sécurisé pour leurs consommations de drogues (kit de consommation à moindre risque), mais c'est aussi le fait de bénéficier de la présence des professionnels sur site et de la vigilance d'autres résidents, susceptibles d'intervenir en cas de surdose par exemple, qui est sécurisant⁵⁷.
- **L'initiative de démarches de soins en faveur d'une réduction de ses consommations**. C'est le cas par exemple de résidents ayant commencé à consulter des **addictologues** pour avoir accès à des traitements de **substitution** (méthadone), ou bien ayant commencé des cures de **désintoxication**. Néanmoins, la **lenteur** de certains processus (délais d'attente pour des rendez-vous chez l'addictologue) ainsi que le caractère fortement **normatif** de certaines institutions (déploré par exemple par un résident ayant entamé une cure et l'ayant arrêté car il lui était interdit de fumer) peuvent constituer autant de **freins** à l'aboutissement de ces démarches. De plus, le retour des résidents partis en cure et post-cure de désintoxication sur les dispositifs peut également être vécu avec appréhension, non seulement par les personnes elles-mêmes mais également certains professionnels du dispositif, au regard de l'influence que peut avoir le collectif sur la reprise ou la « capacité à résister » des personnes sevrées de retour de cure.

Si, au fil des semaines et des mois passés au sein de la structure, les résidents qui expriment l'envie de réduire leurs consommations ou du moins entament une discussion avec un membre de l'équipe à ce sujet

⁵⁶ Dans les faits, ce déjeuner – auquel l'Agence Phare a participé – a été perçu comme décevant par les professionnels du site qui ont regretté la faiblesse des échanges entre les professionnels du CAARUD et les résidents présents. Néanmoins, cet événement témoigne d'une volonté de renforcer les liens avec cette structure et de rendre familière aux yeux des résidents la figure de ces professionnels de santé, qui interviennent régulièrement sur le site.

⁵⁷ Sur un site enquêté, une résidente déclare appeler régulièrement les professionnels d'astreinte lorsqu'elle constate certains effets collatéraux des consommations (chute dans les escaliers, etc.).

sont de plus en plus nombreux, **les démarches de réduction des consommations n'ont rien de linéaire**. La plupart du temps, les consommations sont en « dents de scie », avec des phases de réduction suivies de consommations importantes. Ces diminutions en dents de scie peuvent être difficiles à gérer pour les personnes qui peuvent éprouver la tentation – voire ont déjà tenté – de cesser brusquement toutes leurs consommations, s'exposant ainsi à des problèmes de manque (*delirium tremens*, par exemple). Les professionnels ont ainsi la tâche délicate de promouvoir une **diminution contrôlée, progressive, sur un moyen, voire long, terme, des consommations** -.

L'évaluation ne permet pas de conclure à une réduction générale et pérenne des consommations, mais note néanmoins une réduction globale, sur le long terme, entrecoupées de périodes de consommation. Parmi les leviers favorisant la réduction des consommations mentionnés par les résidents enquêtés figurent notamment :

- **L'arrivée sur le dispositif et la stabilisation permise par celui-ci.**
- **L'accompagnement par les équipes :** « *Je bois encore un peu. Mais je bois beaucoup moins quoi, beaucoup, beaucoup moins. [Le fait d'être accompagné par l'infirmière] ça motive : tout seul, je l'aurais pas fait. [...] c'est comme ça. [...] un accompagnement, ça motive quoi.* » (Nicolas, 41 ans, depuis deux ans dans le dispositif, auparavant à la rue, juin 2023)
- **Les perspectives futures (logement et travail notamment) :** « *J'aimerais arrêter le cannabis, pouvoir prendre une vie normale. De pouvoir travailler correctement. Sans penser, sans penser justement à ce que le soir je rentre, je vais pouvoir m'en taper un.* » (Luc, 33 ans, depuis 2 ans et demi sur le dispositif, alterne la vie à la rue et en institutions d'urgence depuis environ 15 ans, janvier 2024)
- **(Lever indirect) L'obligation de soins dans le cadre d'une procédure pénale :** « *Ça a diminué. Ça a beaucoup diminué, j'arrive à gérer. Quand je suis passé devant le juge d'application des peines, elle m'avait dit que j'étais obligé de... Obligation de soins.* » (Richard, 56 ans, depuis 11 mois sur le dispositif, auparavant dormait dans une tente, janvier 2024)

Inversement, plusieurs **limites** à la réduction des consommations sont évoquées par les enquêtés, au premier rang desquelles **l'influence du collectif** et le fait d'être en contact quotidien avec d'autres résidents consommateurs.

Bien qu'il soit complexe d'isoler les seuls effets de l'approche par la réduction des risques d'autres facteurs (l'hébergement, l'accompagnement global, des éléments externes « déclencheurs » etc.), **des effets sur les consommations** des résidents sont visibles, « *de belles évolutions* » (Camille, infirmière, partenaire extérieure au dispositif, juin 2023) attestant notamment que « *ça va mieux* » pour certaines personnes qui parviennent à réduire leurs consommations ou à consommer de façon plus sécurisée.

6.6. Un retour vers l'activité – bénévole ou professionnelle – mineur mais structurant pour les personnes concernées

Pour une partie des résidents (environ un quart de notre échantillon d'enquêtés), **l'arrivée sur le dispositif se traduit par un retour progressif à l'emploi ou à l'activité bénévole, riches d'effets pour les résidents concernés.**

L'accès à l'emploi ou au bénévolat est généralement **sollicité par les résidents**, parfois inspirés à cet égard par le fait de voir d'autres habitants s'y impliquer. Ils y trouvent plusieurs sources de motivation, à court et moyen termes. A court terme, ils expliquent vouloir **augmenter leurs revenus, tromper l'ennui** ressenti au quotidien sur des sites manquant parfois d'animation, et, de manière corrélée, **diminuer des consommations** dont ils imputent la fréquence et le volume au désœuvrement éprouvé dans un contexte de faible animation des sites (cf. partie 5). A plus long terme, et de manière marginale, le retour à l'emploi est envisagé par certains résidents comme une manière **d'économiser de l'argent dans l'optique de mener à bien divers projets** (intégrer un appartement individuel, partir voyager) ou de **retrouver un mode d'existence proche de ce qu'ils ont pu connaître par le passé**.

L'accès à l'emploi peut également être suggéré directement par les professionnels, qui ciblent alors ceux qui semblent les plus stabilisés sur le dispositif (présents depuis un certain temps, ayant amorcé un certain nombre de démarches, aux consommations relativement stables, entretenant un lien avec les équipes, etc.) ou à tout le moins, ceux qui manifestent un intérêt pour une remise en activité à l'évocation de celle-ci. Sur plusieurs dispositifs enquêtés, **les résidents auxquels est suggéré un retour à l'activité professionnelle correspondent donc à un profil spécifique de résidents plutôt stabilisés sur les sites**. Le propos d'un porteur de projet l'illustre :

*« Y a une phrase que je dis souvent, on a autant de situations qu'on a de personnes, pour [certains résidents], on est déjà sur : ben on voit que tu prends soin de toi, on voit que t'arrives à te lever à une certaine heure, moi je pense que t'es capable de bosser. »
(Cyril, directeur de structure, février 2023)*

Dans la très grande majorité des cas, **le retour à l'emploi s'opère alors via des contrats de travail adaptés et d'insertion au sein de structures d'insertion par l'activité économique ou le dispositif « Premières heures en chantier » porté par l'association Convergence France**, qui propose des retours à l'activité modulables et progressifs sur différents types d'activité (espaces verts, petite manutention, etc.). Ces contrats de travail adaptés offrent des conditions appréciées par les résidents en bénéficiant : réactivité de l'intégration dans le dispositif, bonnes relations avec les travailleurs sociaux sur site, tâches appréciées, augmentation progressive des heures travaillées. Par ailleurs, une minorité d'enquêtés a repris une activité intérimaire (Pierre, Valentin).

Outre une hausse de leurs revenus, les effets positifs de ce retour à l'emploi, identifiés aussi bien par les équipes que par les résidents, sont nombreux.

Le retour à l'emploi favorise tout d'abord une reprise de confiance en soi et une amélioration du sentiment de bien-être des résidents concernés. La fierté d'avoir « passé le test » de l'entretien d'embauche avec le référent de l'ACI concerné puis, au quotidien, d'avoir l'opportunité de valoir leurs compétences et savoir-faire, et, enfin, de contribuer à l'intérêt général, est ainsi source de valorisation pour les résidents, comme l'explique l'un d'entre eux :

« C'est mon chef d'équipe [...]. Il avait compris. Il m'a dit toi [...], va travailler dehors. T'as toutes les machines, s'il faut réparer tu ré pares, je sais que tu t'y connais en mécanique. » (Bastien, 38 ans, depuis un an et demi dans la structure, auparavant à la rue, juin 2023)

« Ça fait du bien, je le disais la dernière fois, on se sent utile, on se sent u-tille. Pas comme quand tu es dans une tente à la rue, là tu es à la limite tu es un déchet. Mais maintenant, tu sais quand tu fais les parcs et tout, y a des personnes qui viennent "merci" », "bon

courage” tout ça, ça fait plaisir. Et ça nous arrive souvent. [...] Puis moi je suis motivé pour me lever le matin maintenant, franchement... La motivation en général.» (Richard, 56 ans, depuis 11 mois dans la structure, auparavant en toile de tente, janvier 2024)

Cette reprise de confiance en soi passe aussi par le fait de renouer avec des journées rythmées par l’activité professionnelle, qui permet de lutter contre un sentiment d’oisiveté :

« Ça fait du bien déjà de me lever, d’aller au travail, vivre le matin. Quand je travaillais, j’aimais bien me lever de bonne heure et aller au travail ouais. [...] [Ca me donne] une certaine stabilité dans ces journées, j’ai l’impression d’avoir fait quelque chose quand je rentre, de me dire ben au moins je peux me poser, je peux prendre ma douche tranquille. » (Fred, 56 ans, depuis un an et neuf mois dans la structure, auparavant en tente, janvier 2024)

Le retour à l’activité professionnelle permet ensuite, chez la plupart des résidents qui s’y engagent, une diminution de leurs consommations d’alcool et de substances psychoactives. L’impératif de devoir « tenir » au travail en y étant sobres pendant plusieurs heures, voire pendant une journée entière, conduit ainsi les résidents à surveiller plus étroitement leurs consommations. Cette diminution est alors fréquemment décrite comme un *challenge* ; elle génère en tout cas une sensation de dépassement de soi importante, et elle est source de fierté pour nombre de résidents qui ne se croyaient pas toujours capables d’y parvenir :

« Même moi au début quand j’ai commencé à travailler, j’ai pris un traitement assez tôt, mais j’avais encore les tremblements et j’avais peur de travailler sur le coup [...]. Un matin je regarde Luc, et je dis écoute j’ai pris un risque : 8 heures sans alcool. [...] Et en fait [...], j’ai tenu. Je suis rentré ici, j’ai bu trois bières, j’ai mangé, je me suis couché. J’étais tellement fatigué de ma journée de 8 heures que voilà. J’ai tenu. Trois bières après, je me suis dit : voilà ce qu’il faut. » (Bastien, 38 ans, depuis un an et demi dans la structure, auparavant à la rue, juin 2023)

« Et j’ai même pas besoin de boire des fois, la fatigue m’a saoulé [rires], je bois moins. » (Fred, 56 ans, depuis un an et neuf mois dans la structure, auparavant en tente, janvier 2024)

La reprise du travail favorise enfin une projection vers l’avenir plus confiante et optimiste. Le retour à l’emploi et l’amélioration de l’image de soi qu’il suscite permettent aux résidents d’envisager, à terme, un retour à l’activité salariée, une augmentation significative de leurs revenus et la possibilité d’intégrer un hébergement en diffus. Si, dans les faits, cette trajectoire d’insertion de plus long terme est rarement linéaire (cf. infra), il n’en reste pas moins que des ébauches de la mise à distance symbolique du passé de rue et la projection vers un « ailleurs », aussi théorique soit-il, est d’ores et déjà perceptible dans les comportements qu’adoptent les résidents salariés sur les sites et dans leurs attitudes vis-à-vis des autres habitants – notamment via une prise de distance à leur égard :

« Aujourd’hui on a on a quelques personnes qui bossent et on a vu qu’en fait ça les a rapprochés. Ils s’extirpent un peu du reste quoi : "ça va, moi j’arrive maintenant à plus gérer mes consommations, je vais plus trop traîner avec ce groupe-là mais je vais

traîner avec les autres personnes qui bossent" parce qu'ils ont plus de choses à se raconter, ils vont aller bosser ensemble pour ceux qui bossent sur les mêmes chantiers et là ça crée de nouveaux groupes. » (Cyril, directeur de structure, février 2023)

Pourtant, passée la « lune de miel » des débuts de retour à l'emploi, **les abandons progressifs sont fréquents et plusieurs résidents peinent à s'inscrire sur la durée dans cette démarche, malgré la très grande souplesse du dispositif et sa modularité.** C'est ce dont témoigne Luc, qui juge que l'augmentation de ses heures en ACI a été trop rapide, ce à quoi il impute son progressif abandon (arrêts maladie successifs puis fin de contrat décidée par PHC, qui lui a néanmoins indiqué qu'il lui serait possible de solliciter de nouveau le dispositif à l'avenir). A ce titre, la perte de l'emploi est source pour lui d'un sentiment d'échec douloureusement vécu, fréquemment retrouvé dans les propos d'autres résidents concernés par les mêmes situations d'interruption de l'emploi :

« C'est terminé. Une rupture de contrat, ils ont mis fin donc maintenant il faut que je trouve quelque chose parce que j'ai besoin de travailler, tu vois [...] Il fallait s'en douter [NB: il fait référence à ses arrêts maladie qu'il n'a pas justifiés auprès de son employeur] et je m'en suis douté, que l'entretien ça allait être ça [une fin de contrat]. Un peu stressé. Mais bon, ça m'a aidé. Maintenant je vais avancer pour faire autre chose. » (Luc, 33 ans, depuis deux ans dans la structure, janvier 2024)

Ainsi, bien que le retour à l'activité soit producteur de nombreux effets positifs pour les résidents, le retour à l'emploi peut se solder par une mise en échec aux répercussions potentiellement importantes sur les personnes concernées (en termes de moral, de consommations, d'adhésion à l'accompagnement proposé dans le cadre du dispositif, etc.).

Enfin, **des activités de bénévolat ou d'entretien des espaces collectifs sont proposées de manière hétérogène selon les sites, dans le cas où les résidents eux-mêmes ainsi que les professionnels estiment prématuré un retour à l'emploi immédiat** (en raison de consommations importantes ou de problèmes de santé physique ou mentale peu pris en charge par exemple). Ainsi, sur le site de Strasbourg, des **ateliers communautaires** (évoqués plus haut) ont été mis en place à l'initiative du psychologue et d'un membre de l'équipe éducative. A un rythme bi-hebdomadaire, ces ateliers permettent aux résidents qui le souhaitent de participer à des activités de petite manutention (entretenir les espaces verts, nettoyer la terrasse, etc.) sur un temps court (30 minutes environ, *versus* 4 heures pour les contrats les plus courts de PHC). Ces temps semblent appréciés des résidents qui y voient une manière de se « *vider la tête* » (Jack, 43 ans, dans la structure depuis deux ans) ou de tromper l'ennui de journées jugées parfois monotones, faute d'activités.

D'autres résidents reprennent une activité par l'entremise du bénévolat comme Anne citée ci-après, qui perçoit cette opportunité comme une occasion de se « tester » en vue d'un éventuel retour à l'emploi :

« J'ai commencé mes bénévolats. [...] Ça me permet quand même de mettre le pied à l'étrier, moi je voulais ça. Je ne voulais pas me lancer dans le travail, j'avais peur. J'avais pas peur au sens de travailler, c'est pas la peur du travail qui me fait peur, mais j'avais peur de ne pas être à la hauteur des demandes qu'on allait me dire, de ne pas être au top, de ne pas pouvoir me réveiller le matin. maintenant je me réveille tous les matins à 6 heures du matin, même si je ne travaille pas je me réveille à 6 heures du matin, donc maintenant c'est bon je sais que je peux travailler, je peux me lever le

matin, je bois plus d'alcool.» (Anne, 52 ans, depuis un an et trois mois dans la structure, a vécu auparavant six mois entre un CHRS et la rue)

Bien qu'émergents, des **partenariats avec certaines structures** à l'instar de l'association Liane à Strasbourg permettent aux résidents de renouer avec des activités de bénévolat auprès d'animaux, appréciées des résidents qui s'y engagent. Néanmoins, **ces initiatives d'activités bénévoles à destination de résidents éloignés de l'emploi restent minoritaires**, et gagneraient à être diffusées plus largement sur les sites en cas de pérennisation (cf. partie « Préconisations »).

6.7. Conclusion de la partie 6

Plusieurs effets de l'intégration du dispositif peuvent être observés sur les trajectoires des résidents :

- **L'arrivée sur le site leur permet de se (re)poser après un parcours de rue fragmenté.** Ce temps de repos est indispensable pour laisser aux personnes la possibilité de créer un lien de confiance avec les professionnels de la structure, étape préalable à l'amorce de futures démarches (administratives ou médicales) ou à la conception de nouveaux projets.
- **Le fait de se sentir chez soi dépend de plusieurs facteurs, en particulier du cadre et de la configuration des lieux, mais aussi du rapport au collectif.** Ce sentiment s'exprime de façon différenciée en fonction du parcours d'hébergement antérieur des personnes et de la manière dont elles envisagent la place du dispositif dans leur trajectoire résidentielle (comme plus ou moins transitoire).
- Cette première « pause » est propice à **l'amélioration du bien-être global des personnes, prérequis essentiel pour se projeter vers l'avenir.** Elle permet également de dégager du temps et de l'espace mental pour **penser au-delà des seules nécessités de l'instant, réorganiser un quotidien, reprendre des habitudes voire réaffirmer une logique d'expression de soi**
- **Le dispositif se révèle efficace dans l'accompagnement des personnes sur le volet administratif.** Il permet **l'amorce de nouvelles démarches administratives** qui se traduisent par **des évolutions significatives**, en termes de **renouvellement de droits et/ou d'accès à de nouvelles prestations**. Si cet accompagnement sur le volet « administratif » se heurte marginalement à des difficultés, le cadre de l'expérimentation offre, pour une majorité de résidents, l'opportunité de régulariser leur situation administrative et ainsi, d'ouvrir de nouvelles perspectives en particulier en lien avec le logement ou l'emploi. A cette **régularisation des droits** s'ajoute la **restauration symbolique de l'identité des personnes comme citoyens de droit commun**.
- Sur la base de l'expérience du dispositif comme « un lieu de vie » se construit parallèlement une **trajectoire résidentielle nouvelle**, qui se concrétise grâce à l'accompagnement proposé par les équipes de ces dispositifs. **Un peu plus d'un quart des résidents enquêtés** dans le cadre de cette évaluation **ont intégré un logement** en institution ou un logement social **ou ont entamé des démarches de demande de logement** et se projette en logement individuel plus ou moins autonome. La durée de l'accompagnement ainsi que l'atemporalité de l'expérimentation

constituent à cet égard des conditions fortes pour non seulement permettre aux personnes de prendre le temps d'envisager des perspectives, de mettre en œuvre les démarches en vue de concrétiser ces perspectives et se préparer à un « après ».

- **Sur le volet de l'accompagnement aux soins, l'expérimentation produit des effets significatifs en permettant aux résidents de réinvestir la question de leur santé.** Si les modalités d'accompagnement des résidents sur les questions de santé varient fortement d'un site à l'autre (en fonction notamment de la présence au sein des équipes de professionnels de santé), **une très grande majorité de résidents a investi le volet « santé » de l'accompagnement** et réalisé un certain nombre de démarches en santé (bilan de santé, examens médicaux, rendez-vous médicaux, renouvellement ou mise en place d'un traitement, etc.). Cependant, l'accompagnement sur le volet de la perte d'autonomie des personnes demeure limité, tant par la configuration des sites (peu sont aménagés pour permettre un accueil des personnes en situation de handicap), l'absence de compétences en interne ou l'accès contraint aux dispositifs et structures idoines sur le territoire (FAM, LAM, Ehpad spécialisés, etc.).
- **Si des effets sur les consommations** des résidents sont visibles, avec notamment une tendance à la réduction des consommations des personnes depuis leur entrée sur le dispositif, et bien que la plupart des sites permette une sécurisation des pratiques de consommation via la RDR, les démarches de réduction des consommations n'ont rien de linéaire. L'évaluation ne permet pas de conclure à une réduction générale et pérenne des consommations.
- L'arrivée sur le dispositif se traduit pour une partie des résidents, par **un retour progressif à l'emploi ou à l'activité bénévole, riches d'effets pour les résidents concernés** (reprise de confiance en soi, amélioration du sentiment de bien-être, opportunité de faire valoir des compétences et savoir-faire, sentiment de contribuer à l'intérêt général, réduction des consommations, instauration d'un rythme de vie respectueux des horaires, renforcement des interactions sociales, etc.).

7. Préconisations

A l'issue de l'évaluation, il est possible de dégager plusieurs préconisations, stratégiques d'une part (7.1), et opérationnelles d'autre part (7.2), que nous avons regroupées par thématique.

7.1. Préconisations stratégiques

D'un point de vue stratégique, des préconisations d'ordre structurel (7.1), et des préconisations concernant le déploiement du dispositif expérimenté (7.2).

7.1.1. Préconisations stratégiques concernant le système et les pratiques d'hébergement

L'évaluation démontre la singularité et la pertinence de l'expérimentation en ce qu'elle parvient à lever certains freins à l'accès à l'hébergement et à l'accompagnement socio-médical des personnes en offrant un cadre et des conditions spécifiques et *a fortiori* plus adaptés – à tout le moins perçus comme tels par les résidents et les professionnels des dispositifs enquêtés – que dans les structures qu'ont pu connaître préalablement les enquêtés et qui ont contribué à alimenter une logique de non-recours. Ces constats confirment qu'au-delà de l'insuffisante offre d'hébergement, l'assouplissement des conditions d'accueil et d'accompagnement sur les dispositifs existants permettrait de limiter le phénomène de non-recours et d'éviter la création d'une filière spécifique.

Préconisation stratégique 1 : Renforcer l'offre d'hébergement globale pour prévenir les phénomènes d'orientation « par défaut » vers le dispositif de l'AMI. En effet, augmenter le nombre de places d'hébergement disponibles permettrait de « désengorger » le système d'hébergement et favoriserait donc une plus grande fluidité dans l'orientation des personnes. L'évaluation confirme en effet un phénomène mis en lumière de longue date par la littérature scientifique, à savoir les effets délétères du manque de places d'hébergement sur les trajectoires des personnes : plus grande « sélection » des profils dans un contexte de tension de l'offre d'hébergement disponible, phénomène d'auto-exclusion des personnes par habitude de se voir refuser une place, etc. Renforcer l'offre d'hébergement globale semble essentiel pour éviter que les dispositifs de l'AMI ne deviennent une solution palliative pour des personnes pour lesquelles des dispositifs plus « classiques » auraient pu convenir, et pour éviter les phénomènes d'orientation « par défaut », dans un contexte de demandes d'orientation supérieure à la capacité d'accueil.

Préconisation stratégique 2 : Renforcer en particulier l'offre d'hébergements et de logements à destination de personnes rencontrant des problématiques importantes de santé ou d'autonomie. L'évaluation a permis de constater que la tension très forte sur l'offre d'hébergement conduisait parfois les orienteurs à diriger vers le dispositif de l'AMI des personnes vulnérables, avec des problèmes de santé importants, notamment, faute d'avoir trouvé une place dans un dispositif adapté. Il semble alors indispensable de développer l'offre d'hébergement et de logement (adapté) et en particulier l'offre à destination de personnes souffrant de problématiques psychiatriques, de handicaps, en situation de perte d'autonomie, ou encore dont le pronostic est sombre, pour deux raisons. D'une part, ces orientations « par défaut » peuvent être lourdes de conséquences pour les personnes (sites inadaptés pour la prise en charge de personnes à mobilité réduite ou présentant des pathologies spécifiques, notamment). Et, d'autre part, le développement de l'offre permettrait d'éviter une spécialisation des sites comme une solution de « dernier recours » pour un ensemble de publics ne correspondant pas nécessairement au public-cible initial du dispositif.

Préconisation stratégique 3 : Faire évoluer les pratiques d'hébergement vers un plus grand seuil de tolérance en termes d'accueil et de conditions d'accompagnement, pour éviter que les dispositifs relevant de l'AMI ne deviennent systématiquement le « dernier recours » d'une

trajectoire résidentielle fragmentée. L'évaluation a permis de mettre en avant l'hétérogénéité des profils des résidents, avec notamment des résidents parfois durablement éloignés de l'hébergement et en situation de non-recours en raison du caractère normatif des conditions d'hébergement et des modalités d'accueil sur les dispositifs existants (interdiction des animaux de compagnie, interdiction des consommations, horaires strictes d'entrée/de sortie/de repas, etc.). Faute de trouver leur place ailleurs, ces publics finissent par intégrer les dispositifs de l'AMI alors qu'un assouplissement des règles permettrait probablement de limiter le phénomène de non-recours des dispositifs classiques. Faire évoluer les règles permettrait enfin d'éviter que les dispositifs de l'AMI ne deviennent la « soupape » d'une perpétuation de pratiques plus normatives dans d'autres dispositifs d'hébergement.

7.1.2. Préconisations stratégiques concernant le dispositif expérimenté

L'évaluation constate que l'expérimentation a démontré deux tendances concernant le dispositif : sa pertinence (en termes de ciblage des publics et d'effet sur la stabilisation des personnes accompagnées) et son efficacité en ce qu'elle permet l'amorce de démarches administratives (renouvellements, régularisations, primo-demandes...), de démarches de santé (le dispositif permet de sécuriser les consommations et une réduction globale des consommations, bien qu'il s'agisse d'une tendance non linéaire), et permet enfin d'initier des réflexions et démarches relatives au parcours résidentiel des personnes). Ainsi, le dispositif agit-il en faveur d'une réinsertion des personnes dans un parcours de droit commun, d'une progressive autonomisation des personnes et participe d'une restauration symbolique de l'identité citoyenne des personnes.

A cet égard, l'évaluation identifie trois préconisations concernant le dispositif.

Préconisation stratégique 4 : Pérenniser et généraliser à certaines conditions le dispositif dans le cadre d'une politique nationale de lutte contre le sans-abrisme. Au regard de sa pertinence et de son efficacité, l'expérimentation a démontré son rôle et sa plus-value en matière d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de grande marginalité⁵⁸, entendues comme des personnes durablement éloignées de l'hébergement ou du logement, ayant connu un parcours de rue ou d'errance institutionnelle. La levée du statut expérimental en faveur d'une pérennisation du dispositif permettrait par ailleurs de dépasser les limites associées à la durée de l'expérimentation (intégration d'une notion de « durée » déterminée de l'accueil et de l'accompagnement par les résidents, incertitudes pour les porteurs de projet et les résidents concernant « l'après » expérimentation, accélération de certaines démarches et du processus d'accompagnement des personnes). En vue de sa pérennisation et de sa généralisation nationale, des ajustements d'ordre opérationnel sont préconisés, afin d'améliorer et adapter les modalités de mise en œuvre du dispositif. Ces évolutions apparaissent comme des conditions du « passage à l'échelle » de l'expérimentation (cf. préconisations opérationnelles ci-après).

Préconisation stratégique 5 : Articuler le dispositif national à destination des personnes en situation de grande marginalité avec les dispositifs existants (un Logement d'abord, Un chez soi d'abord, maisons relais, pensions de famille, etc.). Cela afin de ne pas faire de ce dispositif une

⁵⁸ Est retenue ici la définition suivante : des personnes durablement éloignées de l'hébergement ou du logement, ayant connu un parcours de rue ou une situation d'errance institutionnelle.

fin en soi, ni une « filière » spécialisée dans l'accompagnement et l'hébergement de publics mis en échec ou non orientables vers les structures existantes. Le dispositif évalué peut en effet permettre à des personnes stabilisées et qui en expriment le souhait, d'aller vers d'autres projets résidentiels parmi les dispositifs existants. En ce sens, l'articulation du dispositif de l'AMI avec ceux existants signifie ne pas le considérer comme isolé de l'existant, mais l'envisager au regard des solutions existantes, *via* les commissions d'admission, et dans une logique de parcours des personnes.

7.2. Préconisations opérationnelles

Les préconisations opérationnelles portent sur le ciblage et modalités d'orientation des publics vers les dispositifs (7.2.1), les modalités d'animation du collectif (7.2.2), l'organisation des espaces à l'échelle des dispositifs (7.2.3), les pratiques professionnelles d'accompagnement (7.2.4) et les pratiques de réduction des risques en particulier (7.2.5), les dynamiques partenariales (7.2.6), et enfin, les modalités de sortie du dispositif (7.2.7).

7.2.1. Améliorer le ciblage des publics en situation de « grande marginalité »

Préconisation opérationnelle 1 : Privilégier autant que possible des orientations par le SIAO ou le SIAO dit « adapté » (commissions partenariales *ad hoc*, indépendante du SIAO bien que pouvant réunir des acteurs qui y sont également associés, réunissant la structure porteuse de projet et les partenaires de l'orientation en cas de vacance de place). L'évaluation a permis de montrer que ce système favorise une visibilité renforcée du dispositif auprès des partenaires locaux, et garantit le ciblage des personnes les plus éloignées de l'hébergement. *A contrario*, les orientations « directes » par des structures partenaires répondent partiellement aux critères initiaux de l'AMI, en particulier parce qu'il s'agit de publics ayant recours à des hébergements au moment de leur orientation. Pour garantir que le public-cible soit bien touché, le SIAO semble à privilégier comme orienteur « principal », tandis que le SIAO adapté constitue également une solution intéressante mais plus coûteuse logistiquement (nécessité d'organiser une commission spéciale en cas de vacance de place).

Préconisation opérationnelle 2 : Favoriser une meilleure compréhension des usages, non-usages ou mésusages du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) afin de revaloriser le rôle et les fonctions de coordination de ce dernier, à l'échelle des territoires. Afin d'encourager les acteurs à mieux se saisir de cet instrument, une étude approfondie permettant d'en saisir les usages, les contournements, les limites et les apports perçus par les acteurs, au regard des contextes territoriaux et institutionnels dans lesquels ils évoluent, permettraient d'adapter les informations et les modalités de mise en œuvre de cet outil en faveur d'une meilleure appropriation par les parties prenantes. A défaut, il pourrait s'agir d'étudier les effets de l'*Instruction du Gouvernement du 31 mars 2022 relative aux missions des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) pour la mise en œuvre du Service public de la rue au logement* sur la visibilité, le rôle et les impacts du SIAO dans la structuration de l'orientation des personnes vers l'hébergement et le logement.

7.2.2. Améliorer le lien social entre les résidents en renforçant l'animation à l'échelle des dispositifs

Préconisation opérationnelle 3 : Favoriser un nombre restreint de résidents à l'échelle des dispositifs. La petite taille du collectif apparaît en effet comme un élément majeur de sensation d'être chez soi. Elle favorise en outre l'interconnaissance et les relations de confiance et d'horizontalité entre professionnels et résidents. Spécifier le nombre exact de résidents par site semble malaisé, car il importe qu'il s'adapte à la taille de l'équipe, d'une part, et à la configuration des lieux permettant d'articuler vie collective et espaces individuels dans une perspective favorisant le sentiment d'être chez soi, d'autre part. Néanmoins, on peut faire l'hypothèse que pour une équipe d'environ 5 ETP et dans une configuration spatiale adaptée, entre 15 et 20 résidents pourraient être reçus sur site.

Préconisation opérationnelle 4 : Proposer davantage d'activités sur les sites, y compris quand celles-ci réunissent un petit nombre de personnes. Passée une première période de repos après l'expérience de la rue, certains résidents en quête de lien social sur les sites ont pu faire valoir le désœuvrement qu'ils éprouvaient sur site, alors même que les sorties sont bénéfiques et riches d'effets (moindre sentiment d'ennui, liens de sociabilité avec les autres résidents ou avec l'équipe accrus, diminution des consommations, découverte de nouvelles activités voire naissance de vocations, etc.). A ce titre, décréter le maintien des activités, y compris lorsque celles-ci ne concernent qu'un ou deux résidents, semble important, tout comme le fait de proposer des activités « spontanées », au fil de l'eau, en fonction des besoins des résidents, une pratique qui semble jusque-là peu répandue. Toute activité favorisant un « prétexte » au lien social, avec un support médiant le lien social, est à encourager. Des activités de socio-esthétique, d'équithérapie, la présence d'un animal etc. sont autant de « supports » à des discussions entre équipes et résidents qui ne trouvent pas nécessairement à se déployer autour de temps plus institutionnalisés, potentiellement sources de violence symbolique pour les résidents. *A contrario*, la mise en œuvre d'activités « prétextes » apparaît comme une manière de mettre en confiance les résidents et de favoriser l'accompagnement pour celles et ceux qui en seraient le plus éloignés. Des activités axées autour de la cuisine et de l'alimentation (comme la préparation collective d'un repas par exemple) pourraient être utilement proposées, car elles semblent non seulement plus « aisées » à organiser mais permettent aussi d'accompagner les résidents vers une alimentation plus saine et régulière.

Préconisation opérationnelle 5 : Diversifier les thématiques des activités proposées, notamment sur la thématique de la nutrition. Le développement d'activités autour de la nutrition est à encourager dans un contexte où les publics visés par l'expérimentation sont très régulièrement concernés par des problématiques de malnutrition. En outre, cette activité est l'occasion de proposer du lien avec les résidents, et pourrait être le support de l'organisation de repas collectifs (des temps généralement appréciés des résidents).

Préconisation opérationnelle 6 : Organiser les temps participatifs et démocratiques autour de temps conviviaux, et en particulier de repas. Sans être formels ou très institutionnalisés, les temps participatifs tels que les Conseils de vie sociale ou conseils d'habitants organisés sur les sites ont pris la forme de débats collectifs animés par l'équipe, généralement autour d'une table. Ils ont peiné à s'instituer de manière pérenne et régulière et à susciter une forte adhésion des résidents. L'Agence Phare préconise ainsi d'organiser ces temps d'échanges et de débats autour de moments conviviaux – idéalement des repas

ou des apéritifs⁵⁹ -, afin d'échanger de manière plus spontanée et de favoriser ainsi la régularité de ce type d'échanges dans le temps.

Préconisation opérationnelle 7 : Dans le cas spécifique des conseils d'habitants, veiller au suivi des requêtes formulées par les résidents dans le cadre. De fait, la non-prise en compte de ces requêtes génère une désaffection des espaces de participation démocratique sur les sites, les résidents regrettant que leur parole et leurs demandes ne soient pas suivies d'effets. Si celles-ci ne peuvent aboutir, il pourrait être *a minima* intéressant d'en expliciter de façon systématique les raisons.

Préconisation opérationnelle 8 : Encourager l'implication des résidents dans les modalités de gestion et d'organisation du site en lien avec la présence des animaux. L'évaluation montre que la présence des animaux sur site est source de lien social pour les résidents et favorise l'émergence d'un collectif ; or, ces externalités positives sont d'autant plus fortes lorsque les « règles » de cohabitation entre résidents et animaux sont coconstruites avec les personnes concernées.

Préconisation opérationnelle 9 : Maintenir un lien entre des « anciens » résidents du dispositif et des résidents « actuels ». L'invitation d'anciens résidents lors d'évènements organisés sur le dispositif peut par exemple permettre un partage d'expérience « entre pairs » intéressant pour les résidents comme pour les équipes.

7.2.3. Améliorer la configuration spatiale et fonctionnelle des sites pour favoriser une appropriation individuelle et collective des lieux

Préconisation opérationnelle 10 : Favoriser autant que possible la présence d'espaces verts au sein des dispositifs. Ceux-ci permettent en effet de diminuer le sentiment d'enfermement des résidents et d'atténuer le choc éventuel que représente la sortie de rue. L'évaluation a en outre permis de mettre en lumière leur rôle comme support de dynamiques collectives et d'activités communes (mise en place et entretien d'un potager, aménagement des espaces extérieurs etc.) et de sociabilité (regroupements spontanés des résidents en extérieur, organisation de repas, etc.).

Préconisation opérationnelle 11 : Privilégier autant que possible une organisation des lieux permettant d'alterner entre usages « individuels » et « collectifs » dans l'organisation du quotidien. A titre d'exemple, proposer une banque alimentaire tout en offrant la possibilité aux résidents de cuisiner par eux-mêmes – une pratique adoptée par plusieurs sites – semble pertinent, à la fois pour garantir une alimentation de qualité aux résidents aux faibles revenus mais aussi pour permettre à ceux qui le souhaitent de se faire leurs propres repas, une pratique très appréciée par les résidents concernés et vectrice d'estime de soi. Dans une logique similaire, favoriser la présence de cuisines collectives et individuelles participerait de cette même dynamique d'alternance entre l'individuel et le collectif.

⁵⁹ Notons en outre que si l'usage d'alcool lors des temps collectifs n'était pas autorisé sur les sites enquêtés par l'Agence Phare, la structuration des Conseils de vie sociale autour d'apéritifs a pu être observée dans le cadre d'une autre évaluation menée par l'Agence Phare auprès d'un site de l'AMI (la maison Corinne Masiero, dispositif porté par l'ABEJ Solidarité et Cèdragir, à Lille). A cet égard, l'Agence Phare a pu constater qu'elle favorisait l'établissement de liens de confiance, davantage horizontaux, entre résidents et professionnels.

Préconisation opérationnelle 12 : Favoriser l'aménagement d'espaces collectifs à la fois intérieurs et extérieurs, et placer les espaces collectifs dans des lieux centraux du site, pour favoriser le déploiement d'interactions informelles. L'évaluation a mis en lumière le rôle structurant de l'organisation des sites dans l'économie des échanges collectifs. Sur certains sites, les espaces collectifs étaient relégués dans des espaces reculés du dispositif, étaient particulièrement réduits ou confinés ou simplement inexistantes ou non aménagés. Cette configuration ne favorise pas les opportunités de rencontres fortuites, supports d'échanges informels et de sociabilités. *A contrario*, sur les sites favorisant des points de rencontre (hall d'entrée, salon, cuisine, etc.), et des espaces extérieurs aménagés, même *a minima* (quelques chaises, des cendriers), des relations plus dynamiques entre résidents et équipes ont pu être observées. A ce titre, une réflexion autour de la disposition des lieux et espaces collectifs semble indispensable pour éviter que les lieux collectifs ne soient des angles morts des sites et favoriser au contraire leur dynamisme. Dans une logique similaire, la situation du bureau de l'équipe apparaît essentielle pour favoriser ou non les interactions informelles qui peuvent servir de point de départ à des accompagnements de plus long cours.

Préconisation opérationnelle 13 : Favoriser une proximité géographique entre sites collectifs et hébergements individuels sur les dispositifs multisites. L'évaluation a en effet permis de montrer que la dispersion géographique des sites se traduisait bien fréquemment par un suivi plus relâché des résidents sur les logements individuels, pouvant se traduire par des dégradations de situations non maîtrisées par l'équipe et un plus grand sentiment d'isolement des résidents, de fait moins en lien avec les professionnels des dispositifs. A ce titre, des logements individuels en plus grande proximité géographique des sites collectifs permettraient une présence et un suivi plus réguliers de l'équipe. A défaut, un renforcement de l'organisation interne au dispositif (en termes de ressources humaines et de gestion des emplois du temps) en faveur de passages plus réguliers auprès des résidents occupant des logements « en diffus » est préconisé.

Préconisation opérationnelle 14 : Encourager une modularité de l'offre de logements (individuels sur un site collectif et individuels ou partagés en diffus) à l'échelle de chaque dispositif. L'existence de différents types de logements à l'échelle des dispositifs permet une mobilité interne des résidents, et à travers elle, d'adapter les accompagnements selon les souhaits exprimés par les résidents et/ou des difficultés qu'ils sont susceptibles de rencontrer sur un type d'hébergement. Cette modularité est pertinente toutefois si elle n'est pas conçue, par les porteurs de projet, comme un moyen de tester les « capacités d'habiter », en particulier en individuel, des résidents avant d'envisager une sortie du dispositif.

Préconisation opérationnelle 15 : Envisager la possibilité d'accueillir des proches de résidents lors de visites prolongées. Peu de dispositifs proposent un espace d'accueil dédié aux visiteurs avec notamment la possibilité pour ces personnes de loger plusieurs jours sur site ou à proximité. Il semble dès lors pertinent de renforcer la réflexion des porteurs de projet sur l'intégration de tels espaces à l'échelle de leur dispositif.

7.2.4. Proposer un accompagnement au plus près des besoins des personnes pour en adapter au mieux le contenu

Préconisation opérationnelle 16 : Favoriser un système de multiréférence dans l'accompagnement des résidents. Le turnover nuit en effet à la continuité des accompagnements prodigués aux résidents, et peut en outre conduire à une lassitude ou un refus des résidents de répéter

leurs situations personnelles à un nouvel interlocuteur référent. Un système de multiréférence semble à cet égard indispensable à introduire dès le début de l'accompagnement, pour favoriser une continuité de l'accompagnement proposé. En outre, les apports de la multiréférence sont nombreuses et largement documentés par les propos rapportés par les différents porteurs de projet de l'AMI dans le cadre des webinaires organisés par la DIHAL : développement du pouvoir d'agir des résidents, meilleure visibilité de l'équipe auprès de ceux-ci et auprès des partenaires, etc.

Préconisation opérationnelle 17 : S'assurer que la taille des équipes permet de préserver la qualité de l'accompagnement et renforcer la taille des équipes le cas échéant. Cette recommandation est essentielle, à plusieurs égards. D'abord, pour garantir une certaine stabilité des équipes qui peuvent rapidement se retrouver en sous-effectifs lors du départ d'un membre de l'équipe – une situation fréquemment observée sur les sites enquêtés –, au risque de mettre à mal la qualité des accompagnements amorcés. Ensuite, pour garantir la disponibilité de l'équipe et sa réactivité vis-à-vis des demandes des résidents – deux caractéristiques essentielles pour favoriser l'instauration d'un lien de confiance préalable à leur réinscription dans un parcours d'accompagnement. Enfin, pour favoriser l'autodétermination des résidents et un fonctionnement participatif des structures. Les structures fonctionnant en sous-effectifs tendent en effet à adopter « mécaniquement » des modes de fonctionnement plus standardisés, et les temps de concertation collective et de discussion autour des pratiques et des modalités de vie commune en sont amoindris, remettant en question la capacité d'autodétermination des résidents.

Préconisation opérationnelle 18 : Permettre autant que possible la présence de plusieurs professionnels sur site en simultané avec un seuil minimum de salariés à temps plein à observer. L'évaluation montre que le sentiment d'isolement des professionnels contribue en partie au *turnover* observé sur les dispositifs, et impacte leur disponibilité pour proposer un accompagnement réactif aux résidents. Le fait d'être seul sur site peut en effet conduire à être accaparé par des tâches pratiques ou logistiques, et l'accompagnement des résidents peut alors tendre à devenir secondaire. De plus, la diffraction des postes a pu être source de souffrance pour les rares salariés présents sur site quotidiennement, qui étaient les seuls à avoir une vue d'ensemble de la structure et se sentaient peu soutenus par leurs collègues, moins au fait des actualités du site. Cette présence renforcée des équipes peut également permettre d'être davantage en lien avec les résidents des logements autonomes, en cas de dispositifs multisites. L'évaluation a en effet montré que le suivi des résidents en logement individuel dans cette configuration était souvent bien moins important que sur les collectifs, faute d'une équipe et d'un temps de présence suffisamment importants pour assurer des visites au domicile des personnes. Cette situation a pu poser des problèmes conséquents (dégradation de la situation physique de certains résidents, problèmes d'entretien majeurs des logements, etc.).

Préconisation opérationnelle 19 : Favoriser une présence importante sur site des coordinateurs *a minima* (ces derniers étant en charge de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif au sein de la structure porteuse de projet et du management des équipes), et le passage au moins régulier des directions (chefs de service ou membres de la direction de la structure porteuse de projet). L'évaluation a permis de montrer l'importance du soutien de la hiérarchie dans la stabilité des équipes et le rôle de support voire de gestion de difficultés que celle-ci était susceptible de jouer.

Préconisation opérationnelle 20 : Favoriser la constitution d'équipes pluridisciplinaires, avec la présence *a minima* d'un professionnel de santé (prioritairement un/une infirmier/ère) interne aux équipes des dispositifs. Au regard de l'importance des problématiques de santé des résidents, et de la difficulté d'accès aux structures de droit commun que peuvent rencontrer certains d'entre eux, une présence médicale de proximité régulière semble indispensable, en complément d'une formation de

l'ensemble des équipes à la réduction des risques. Les professionnel·les de santé auraient ainsi vocation à assumer un rôle de prévention, de promotion, de coordination et d'accompagnement du parcours de soin, qui viendrait s'ajouter à une prise en charge « en interne » de soins de petite ampleur (plaies, délivrance de médicaments, etc.).

Préconisation opérationnelle 21 : Lorsque cette éventualité est possible, développer la présence d'une équipe sociale en soirée, pour s'adapter autant que possible au rythme des résidents, y compris en leur proposant certains accompagnements le soir. Une partie importante des résidents rencontrés a expliqué adopter un mode de vie nocturne plutôt que diurne, et dormir en journée. Dans ce contexte, offrir la possibilité aux résidents de bénéficier d'un accompagnement en soirée ou tout simplement de solliciter les équipes permettrait de renforcer le lien entre équipes et résidents peu présents sur les espaces collectifs en journée.

7.2.5. Renforcer l'ancrage des pratiques de réduction des risques

Préconisation opérationnelle 22 : Privilégier l'embauche de professionnels ayant eu une formation ou une expérience professionnelle relative à la réduction des risques, et inclure dans leur fiche de poste le développement d'activités en ce sens. Ces professionnels pourraient ainsi être des personnes « ressources » pour les autres membres de l'équipe, que ce soit en les y formant ou en intervenant directement en cas de problématique particulièrement complexe concernant un résident. L'embauche d'un travailleur pair pourrait à ce titre constituer une perspective intéressante pour proposer un accompagnement de pair-à-pair sur les sites.

Préconisation opérationnelle 23 : Assurer un socle de formation en addictologie – et plus particulièrement en réduction des risques – à l'ensemble des membres des équipes des dispositifs. Si l'embauche de référents expérimentés en la matière et pouvant jouer le rôle de référents aux yeux de l'équipe semble indispensable, il est néanmoins essentiel que la réduction des risques soit un horizon commun pour l'ensemble des équipes et non l'apanage d'un petit nombre de professionnels en leur sein – comme cela tend à être le cas à l'heure actuelle –, au risque que cette pratique soit mise à mal par le *turnover* au sein des équipes. A l'échelle des professionnels, cette formation constituerait en outre un outil très précieux pour répondre à des problématiques de consommation quotidiennes sur les sites enquêtés. Il pourrait être envisagée qu'elle soit assurée par des partenaires extérieurs, par ailleurs amenés à rencontrer les résidents du dispositif et donc à avoir une vision très concrète des problématiques du site (CAARUD, CSAPA), et à intervalles réguliers, afin de s'assurer que les équipes restent sensibilisées à ce sujet malgré leur *turnover*.

Préconisation opérationnelle 24 : Encourager la venue sur les dispositifs des professionnels du secteur de l'addictologie. Celle-ci est restée, sur les sites enquêtés, ponctuelle et inégalement mise en œuvre. Pourtant, ces pratiques « d'aller vers » sont vectrices d'inclusion dans le soin des personnes les plus éloignées de l'accompagnement médical et semblent à ce titre indispensables, en particulier pour les résidents les plus vulnérables.

Préconisation opérationnelle 25 : Développer les pratiques de réduction des risques sous un angle collectif. Aujourd'hui, les pratiques de réduction des risques se déploient essentiellement dans l'accompagnement individuel des résidents, mais peinent à s'ancrer dans un cadre commun. Pourtant, l'enjeu relatif aux consommations est tout autant un enjeu collectif qu'individuel, dans la mesure où le groupe peut être le lieu de « tentations » de consommer et que les consommations entre résidents sont régulières et support de sociabilités. A titre d'exemple, des groupes de parole, des échanges de « bonnes

pratiques » ou d'expériences autour des consommations, ou encore la présence dans les équipes d'un travailleur pair, pourraient être envisagés, afin de favoriser une approche collective du sujet, dont on peut faire l'hypothèse qu'elle serait également stimulante et motivante pour les résidents.

Préconisation opérationnelle 26 : Favoriser autant que possible la possibilité pour les résidents d'accéder à un hébergement individuel à l'issue d'une cure ou d'une post-cure. Les résidents ayant réalisé de telles démarches témoignent de la difficulté à revenir sur les sites de l'AMI où les consommations sont fréquentes et ostensibles, ce qui peut être source de tentations et mettre à mal la réduction amorcée dans le cadre des démarches thérapeutiques suivies. A ce titre, favoriser la possibilité pour les résidents d'être hébergés temporairement loin du collectif, tout en y revenant à l'occasion d'activités ponctuelles, permettrait de « sécuriser » les trajectoires de stabilisation des consommations.

7.2.6. Améliorer la qualité des interventions par des partenariats à l'échelle des territoires

Préconisation opérationnelle 27 : Encourager les pratiques d'« aller vers » des structures partenaires de l'accompagnement, et en particulier ceux du champ médical et de l'addictologie, en favorisant leur venue sur site dans le cadre de permanences régulières. Les partenaires intervenant sur site sont restés peu nombreux, pouvant générer des non-recours aux soins notamment pour les résidents les plus vulnérables. A ce titre, favoriser leur présence régulière sur site, y compris lors de temps informels (invitation à des événements organisés avec les résidents sur le site par exemple), permettrait de favoriser l'accès aux soins des résidents qui en sont le plus éloignés.

Préconisation opérationnelle 28 : Favoriser les partenariats avec des structures de prises en charge de femmes victimes de violences. La question de la prise en charge des femmes reste un relatif impensé sur les structures (à l'exception notable de celles qui leur sont dédiées), d'autant que celles-ci restent minoritaires sur les sites. Pourtant elles sont soumises à des enjeux spécifiques (stigmatisations, violences sexuelles, etc.). A ce titre, favoriser une réflexion collective sur les sites autour de ces enjeux, notamment sur la question des violences sexistes et sexuelles, semble essentiel.

Préconisation opérationnelle 29 : Favoriser la mise en réseau partenariale de proximité et des visites des sites de l'AMI entre eux. Si les temps organisés par la DIHAL (séminaires, webinaires) ont été appréciés des professionnels enquêtés, ceux-ci ont néanmoins noté la grande diversité des dispositifs mis en œuvre, limitant ainsi le partage d'expériences et de « bonnes pratiques ». Pourtant, certains sites ont pris l'initiative de « rendre visite » à d'autres dispositifs de la même région pour échanger autour de leurs pratiques. Ces temps ont également pu être l'occasion de faire participer certains résidents invités à témoigner de leur expérience. Ces pratiques sont intéressantes à développer car elles permettent de mettre en lien des partenaires issus d'un écosystème similaire et d'échanger à l'échelon territorial. Des communautés de pratiques s'articulant autour du partage de certains temps et outils (temps d'échange entre structures de type similaire, non nécessairement situées sur le même territoire (par exemple, des structures accueillant des publics aux profils sociodémographiques similaires, etc.) ; webinaires ; groupes de travail ; immersions croisées ; partage d'outils d'accompagnement, etc.) pourraient ainsi être expérimentées.

7.2.7. Anticiper et sécuriser les sorties du dispositif en adaptant les règles de vie des lieux et le suivi des personnes

Préconisation opérationnelle 30 : Permettre aux sites d'être à la fois des « tremplins » et des « lieux de vie », en fonction des envies des résidents, sans leur imposer une fonction prédéfinie.

Cela impliquerait d'envisager la possibilité pour certains résidents de rester sur le long terme sur le dispositif, sans envisager d'autres projets de sortie.

Préconisation opérationnelle 31 : Prévenir et éviter les sorties « sèches » et/ou les exclusions définitives, en privilégiant autant que possible celles temporaires voire très temporaires (quelques heures).

Les sorties « sèches » du dispositif peuvent en effet se traduire par des dégradations subites des situations des résidents accueillis, d'autant que le dispositif apparaît souvent comme « dernier recours » pour les résidents et que les résidents exclus n'intègrent que rarement d'autres dispositifs, du moins à court terme. A ce titre, il semble important de privilégier des conditions d'exclusion temporaires aussi sécurisantes que possible (par exemple, assurer une place en hébergement d'urgence, garder contact avec la personne exclue pendant la durée de son éloignement). Par ailleurs, des types de sanctions intéressantes, alternatives à l'exclusion, ont pu être expérimentées sur certains sites, à l'instar de l'interdiction de fréquenter le collectif.

Préconisation opérationnelle 32 : Poursuivre le suivi de résidents sortis vers d'autres dispositifs dans le but de « sécuriser » leur sortie et d'assurer une transition vers d'autres prises en charge.

Cela permettrait de sécuriser des démarches administratives ou médicales amorcées, toujours précaires, mais aussi de sécuriser l'arrivée des personnes sur de nouveaux dispositifs. Concrètement, les modalités pratiques de suivi des résidents suite à leur départ de la structure pourraient être discutées directement avec ceux-ci, en amont de leur départ.

Tableau 12 – Répartition des préconisations au regard des moyens à engager pour les mettre en œuvre

OBJECTIFS	A COÛTS CONSTANTS	MOYENS RENFORCES
Améliorer le ciblage	Préconisation 1 : privilégier autant que possible des orientations par le SIAO ou le SIAO dit « adapté »	Préconisation 2 : revaloriser le rôle et les fonctions de coordination des SIAO à l'échelle des territoires par une meilleure compréhension des usages, non-usages ou mésusages du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO).

Améliorer le lien social

Préconisation 3 : Favoriser la constitution de collectifs restreints de résidents

Préconisation 4 : Proposer davantage d'activités sur les sites, y compris quand celles-ci réunissent un petit nombre de personnes

Préconisation 6 : Organiser les temps participatifs et démocratiques autour de temps conviviaux, et en particulier de repas

Préconisation 7 : Dans le cas spécifique des conseils d'habitants, veiller au suivi des requêtes formulées par les résidents dans le cadre.

Préconisation 8 : Encourager l'implication des résidents dans les modalités de gestion et d'organisation du site en lien avec la présence des animaux.

Préconisation 5 : Diversifier les thématiques des activités proposées, notamment sur la thématique de la nutrition

Préconisation 9 : Maintenir un lien entre des « anciens » résidents du dispositif et des résidents « actuels ».

<p>Améliorer la qualité de vie des personnes en ajustant la configuration spatiale et fonctionnelle des lieux</p>	<p><u>Préconisation 11</u> : Privilégier autant que possible une organisation des lieux permettant d’alterner entre usages « individuels » et « collectifs » dans l’organisation du quotidien.</p> <p><u>Préconisation 12</u> : Favoriser l’aménagement d’espaces collectifs à la fois intérieurs et extérieurs, et placer les espaces collectifs dans des lieux centraux du site, pour favoriser le déploiement d’interactions informelles</p> <p><u>Préconisation 13</u> : Favoriser une proximité géographique entre site collectifs et hébergements individuels sur les dispositifs multisites.</p> <p><u>Préconisation 15</u> : Envisager la possibilité d’accueillir des proches de résidents lors de visites prolongées.</p>	<p><u>Préconisation 10</u> : Favoriser autant que possible la présence d’espaces verts au sein des dispositifs.</p> <p><u>Préconisation 14</u> : Encourager une modularité de l’offre de logements (individuels sur un site collectif et individuels ou partagés en diffus) à l’échelle de chaque dispositif.</p>
<p>Améliorer les pratiques professionnelles</p>	<p><u>Préconisation opérationnelle 16</u> : Favoriser un système de multiréférence dans l’accompagnement des résidents.</p> <p><u>Préconisation opérationnelle 19</u> : Favoriser une présence importante sur site des coordinateurs <i>a minima</i>, et le passage au moins régulier des directions.</p>	<p><u>Préconisation 18</u> : Permettre autant que possible la présence de plusieurs professionnels sur site en simultané avec un nombre minimal de salariés à temps plein.</p> <p><u>Préconisation 17</u> : Renforcer la taille des équipes pour préserver la qualité de l’accompagnement.</p> <p><u>Préconisation 20</u> : Favoriser la constitution d’équipes pluridisciplinaires, avec la présence <i>a minima</i> d’un professionnel de santé (prioritairement un/une infirmier/ère) interne aux équipes des dispositifs</p> <p><u>Préconisation 21</u> : Lorsque cette éventualité est possible, développer la présence d’une</p>

		équipe sociale de nuit, pour s'adapter autant que possible au rythme des résidents.
Améliorer les pratiques de prévention des risques	<p><u>Préconisation 22 :</u> Privilégier l'embauche de professionnels ayant eu une formation ou une expérience professionnelle relative à la réduction des risques.</p> <p><u>Préconisation 24 :</u> Encourager la venue sur les dispositifs des professionnels du secteur de l'addictologie.</p> <p><u>Préconisation 25 :</u> Développer les pratiques de réduction des risques sous un angle collectif.</p>	<p><u>Préconisation 23 :</u> Assurer un socle de formation en addictologie – et plus particulièrement en réduction des risques – à l'ensemble des membres des équipes des dispositifs.</p> <p><u>Préconisation 26 :</u> Favoriser autant que possible la possibilité pour les résidents d'accéder à un hébergement individuel à l'issue d'une cure ou d'une post-cure.</p>
Améliorer la qualité des interventions par les partenariats		<p><u>Préconisation 27 :</u> Encourager les pratiques d'« aller vers » des structures partenaires de l'accompagnement, et en particulier ceux du champ médical et de l'addictologie, en favorisant leur venue sur site dans le cadre de permanences régulières.</p> <p><u>Préconisation 28 :</u> Favoriser les partenariats avec des structures de prises en charge de femmes victimes de violences.</p> <p><u>Préconisation 29 :</u> Favoriser la mise en réseau partenariale de proximité et des visites des sites de l'AMI entre eux.</p>
Anticiper et sécuriser les sorties du dispositif en adaptant les règles de	<u>Préconisation 30 :</u> Permettre aux sites d'être à la fois des « tremplins » et des « lieux de vie », en fonction	

<p>vie des lieux et le suivi des personnes</p>	<p>des envies des résidents, sans leur imposer une fonction prédéfinie.</p> <p><u>Préconisation 31</u> : Prévenir et éviter les sorties « sèches » et/ou les exclusions définitives, en privilégiant autant que possible celles temporaires voire très temporaires (quelques heures).</p> <p><u>Préconisation 32</u> : Poursuivre le suivi de résidents sortis vers d'autres dispositifs dans le but de « sécuriser » leur sortie et d'assurer une transition vers d'autres prises en charge.</p>	
--	---	--

8. Annexes

Sommaire des annexes

Annexe 1 – Liste des webinaires ou temps animés par la DIHAL et thématiques associées auxquels a pris part l'Agence Phare dans le cadre d'observations non-participantes.

Annexe 2 – Éléments expliquant l'impossibilité de mener un second entretien en phase 3 avec 15 résidents enquêtés en phase 2.

Annexe 3 – Tableau récapitulatif des 16 entretiens menés auprès des responsables de structures et coordinateurs des dispositifs évalués.

Annexe 4 – Tableau récapitulatif des 24 entretiens menés auprès des professionnels intervenant sur les dispositifs évalués.

Annexe 5 – Tableau récapitulatif des 55 entretiens menés auprès des résidents sur les dispositifs évalués.

Annexe 6 – Tableau présentant les profils des résidents rencontrés dans le cadre des *focus groups* sur deux dispositifs évalués.

Annexe 7 – Synthèses des temps de pré-restitutions des résultats de l'évaluation sur les dispositifs « Parcours » à Bordeaux et « Sésame » à Strasbourg.

Annexe 1 – Liste des webinaires ou temps animés par la DIHAL et thématiques associées auxquels a pris part l'Agence Phare dans le cadre d'observations non-participantes

DATE	THEMATIQUE DU WEBINAIRE
2 mai 2023	La mobilisation des habitants sur le lieu de vie
12 septembre 2023	Présentation des résultats de collecte de données par Pluricité
2 octobre 2023	Séminaire de restitution du numéro « Sans-abri : expériences et politiques » coordonné par Mauricio Aranda, Julien Levy et Gwen Le Goff
3 octobre 2023	Les modalités de mise en sécurité des sites
9 novembre 2023	Restitution « Première Heures en Chantier » : étude sur les effets du rapprochement entre l'AMI « Grands marginaux » et PHC (Itinere/Orseu)
28 novembre 2023	Restitution des travaux de recherche menés à Grenoble, Lyon et Villeurbanne
9 janvier 2024	Restitution des travaux de Rémi Eliçabe « Accompagner les personnes en très grande précarité souffrant de maladies graves dans des lieux collectifs adaptés »
6 février 2024	Principes et pratiques du rétablissement en santé mentale

Annexe 2 – Éléments expliquant l'impossibilité de mener un second entretien en phase 3 avec 15 résidents enquêtés en phase 2

Prénom anonymisé du résident	Dispositif concerné	Motifs expliquant l'impossibilité d'un second entretien en phase 3
<i>Davin</i>	« Parcours », Bordeaux	Personne sortie du dispositif, vit désormais en résidence sociale. Second entretien prévu à son domicile mais n'était pas présent ni joignable le jour du rendez-vous et n'a pas donné suite.
<i>Youcef</i>	« Parcours », Bordeaux	Personne accompagnée hors hébergement dans le cadre du dispositif, vit à la rue. Perdu de vue par le dispositif au moment de la phase 3, impossibilité d'organiser un second entretien.
<i>Charlène</i>	« Entr'Elles », Marseille	Exclue temporairement du dispositif au moment du second terrain.
<i>Anna</i>	« Entr'Elles », Marseille	N'a pas souhaité réaliser l'entretien le jour de présence de l'enquêtrice. N'a pas donné suite les jours suivants pour mener l'entretien par téléphone.
<i>Lydie</i>	« Intermezzo », Toulouse	Spécificité du dispositif qui limite la durée d'accompagnement à 6 mois. Ces 4 enquêtés étaient sortis du dispositif au moment de la phase 3 de l'évaluation.
<i>Jérémy</i>		
<i>Arnaud</i>		
<i>Jonathan</i>		
<i>Irina</i>	« Tremplin », Bourg-en-Bresse	Sortie du dispositif (réorientation).
<i>Charlie</i>	« Tremplin », Bourg-en-Bresse	Sorti du dispositif.
<i>Didier</i>	« Sésame », Strasbourg	Exclu du dispositif.
<i>Bastien</i>	« Sésame », Strasbourg	A choisi de ne pas revenir dans le dispositif à la suite d'une mise à distance temporaire décidée par l'équipe.
<i>Farrah</i>	« Innov'Toit », La Rochelle	N'était pas présente sur le dispositif le jour de l'entretien.

Annexe 3 – Tableau récapitulatif des 16 entretiens menés auprès des responsables de structures et coordinateurs des dispositifs évalués

STRUCTURES	PRENOM ANONYMISE	SEXE	AGE	POSTE OCCUPE	ANCIENNETE DANS LE POSTE	ANCIENNETE DANS LA STRUCTURE	PREMIER (entre janv. et
Association laïque du Prado - BORDEAUX	Jacques	H	50	Directeur du SAMU Social chez association laïque AI Prado	3 ans	3 ans	x
	Olivier	H	45	Coordinateur du dispositif Parcours	2 ans	6 ans	x
Altea Cabestan – LA ROCHELLE	Joanna	F	Quarantaine	Cheffe de services Urgences	Non renseigné	8 ans	x
	Samuel	H	Quarantaine	Chef de service	< 6 mois	< 6 mois	
	Clément	H	Quarantaine	Maître de maison	2 ans	2 ans	
Armée du Salut - MARSEILLE	Adel	H	Cinquantaine	Directeur d'établissement	< 6 mois	< 6 mois	x
	Clara	F	Quarantaine	Directrice adjointe d'établissement	< 6 mois	6 ans	x
	Thomas	H	Quarantaine	Coordinateur du dispositif	< 6 mois	+ 10 ans	x
	Louise	F	Vingtaine	CESF	2 ans	3 ans	
Arsea - STRASBOURG	Cyril	H	40	Directeur du pôle développement social de l'association Arsea	1,5 an	1 an	x
	Aina	F	25	Cadre intermédiaire	1 an	Un peu plus d'un an	x
	Linda	F	Quarantaine	Directrice provisoire	< 6 mois	12 ans	
	Agnès	F	Quarantaine	Directrice	< 1 mois	< 1 mois	
	Julien	H		Directeur	+ 10 ans	+ 20 ans	x

Gestare – MONTPELLIER	Paul	H		Directeur adjoint	6 ans	15 ans	x
	David	H	Trentaine	Coordinateur du dispositif	3 ans	Non renseigné	
Gpt des possibles Sarthe – LE MANS	Richard	H	52	Responsable des services	4 ans	12 ans	x
	Maeva	F	Trentaine	CESF et coordinatrice du dispositif	2 ans	2 ans	
Tremplin – BOURG-EN- BRESSE	Laurent	H		Directeur général de l'association	10 ans	10 ans	x
	Sophie	F	Quarantaine	Directrice du pôle hébergement de l'association	Non renseigné	Non renseigné	
UCRM & Clémence Isaure – TOULOUSE	Guillaume	H	Non renseigné	Chef de service	8 ans	13 ans	x
	Sophie	F	Non renseigné	Responsable des secteurs justice et habitat alternatif	3 ans	8 ans	x
	Marine	F	33	Cheffe de service	2 ans	2 ans	
	Thibault	H	Non renseigné	Educateur spécialisé	Non renseigné	Non renseigné	

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

Annexe 4 – Tableau récapitulatif des 24 entretiens menés auprès des professionnels intervenant sur les dispositifs évalués.

PRENOM ANONYMISE	SEXE	AGE	FONCTION	FORMATION INITIALE	ANCIENNETE DANS LE POSTE	ANCIENNETE DANS LA STRUCTURE
<i>Mathilde</i>	F	24	Educatrice spécialisée	Educatrice spécialisée	1,5 an	2 ans
<i>Amandine</i>	F	Quarantaine	Socio-esthéticienne	CAP petite enfance ; BEP CSS ; puis diplôme d'aide-soignante; plus tard (2016), formation de socio-esthéticienne	1,5 an	8 ans
<i>Constance</i>	F	49	Infirmière	Infirmière (diplôme initial), puis mandataire de justice	1,5 an	1,5 an
<i>Louise</i>	F	Vingtaine	CESF	CESF	2 ans	< 3 ans
<i>Maité</i>	F	Soixantaine	Psychologue, responsable pôle santé	Ethnologie, théologie, psychologie	1,5 an	+ 20 ans
<i>Augustin</i>	H	27	Psychologue	Psychologie	1,5 an	1,5 an
<i>Mohammed</i>	H	Environ 25	Educateur	BTS designer industriel	1 an	1 an
<i>Alexandra</i>	F	35	Maîtresse de maison	BTS économie sociale et familiale (formation initiale) ; diplôme de maîtresse de maison (obtenu en 2017)	1 an	1 an
<i>Dorian</i>	H	35	Animateur social	Militaire	2 ans	2 ans
<i>Camille</i>	F	Quarantaine	Infirmière (partenaire extérieure)	Infirmière	< 1 an	< 1 an
<i>Damien</i>	H	Trentaine	Veilleur de nuit	Expériences diverses (dont animateur social)	2 ans	> 3 ans

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

<i>Maeva</i>	F	Trentaine	CESF	Licences de langues (interrompues) ; diplôme de CESF	1,5 an	1,5 an
<i>Lydie</i>	F	Quarantaine	Intervenante sociale	Formation en sociologie ; DESS en santé publique	1,5 an	21 ans
<i>Nadège</i>	F	59	Infirmière	Infirmière	1 an	1 an
<i>Laurène</i>	F	Trentaine	Coordinatrice du dispositif	Assistante sociale	2 ans	2 ans
<i>Matthieu</i>	H	Quarantaine	Educateur spécialisé	Educateur spécialisé	2 ans	10 ans
<i>Audrey</i>	F	40	Infirmière (salariée)	Infirmière	2 ans	2 ans
<i>Marine</i>	F	33	Coordonnatrice et cheffe de service	Educatrice spécialisée	2 ans	2 ans
<i>Julia</i>	F	Trentaine	Coordonnatrice éducatrice spécialisée et	Educatrice spécialisée	2 ans	12 ans
<i>Hanna</i>	F	36	Infirmière (salariée)	Infirmière	2 ans	2 ans
<i>Lyes</i>	H	34	Educateur spécialisé	Educateur spécialisé	2 ans	2 ans
<i>Karine</i>	F	58	Infirmière	Infirmière	10 mois	10 mois
<i>Blaise</i>	H	46	Veilleur de nuit	Expérience de commercial	8 mois	8 mois

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

Jean	H	54	Pair-aidant	Sans	2 ans	2 ans
------	---	----	-------------	------	-------	-------

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

Annexe 5 – Tableau récapitulatif des 55 entretiens menés auprès des résidents sur les dispositifs évalués.

PRENOM anonymisé	SEXE	ÂGE	SITUATION FAMILIALE	ANNEES DE RUE ET OU D'ERRANCE	LIEU DE VIE PRINCIPAL AVANT ENTREE DANS LE DISPOSITIF	ANCIENNETE DANS LA STRUCTURE	TYPE DE LOGEMENT OCCUPE
Enquêtés interrogés à deux reprises entre avril 2023 et avril 2024							
<i>Magali</i>	F	38	Célibataire - séparée (1 enfant de 6 ans qui vit avec son ex-compagne)	3 ans et demi	Tente dans un garage	Deux ans et deux mois	Mobil-home
<i>Maelys</i>	F	La trentaine	Célibataire, sans enfant	Pas de rue	Camping-car depuis plusieurs années	9 mois	Chambre individuelle (en LHSS)
<i>Anthony</i>	H	39	Célibataire, sans enfant	4 ans	Rue	Un an et demi	Chambre individuelle dans modulaire
<i>Carine</i>	F	33	Célibataire, sans enfant	15 ans	Rue et squat	Un an environ	Chambre individuelle dans modulaire
<i>Nicolas</i>	H	41	Non renseigné	2 ans et demi	Rue	Deux ans	Chambre individuelle dans modulaire (après quelques semaines passées en appartement individuel)
<i>Christian</i>	H	67	Non renseigné	Non renseigné (plusieurs années, sans doute plus de 10 ans)	Rue	Un an et demi	Mobil-home individuel
<i>Valentin</i>	H	27	En couple, sans enfant	4 ans	Rue	Deux ans	Mobil-home individuel
<i>Mirelle</i>	F	63	Célibataire, sans enfant	Une quinzaine d'années	Rue	Un an et demi	Studio individuel
<i>Malika</i>	F	51	Veuve, un enfant de 13 ans (qui vit chez le frère de Malika dans une autre région)	Pas de rue mais squat et hébergement d'urgence	Hôtel social	7 mois	Studio individuel
<i>Tom</i>	H	53	Célibataire, 1 enfant	Plus de 30 ans	Rue	2 ans et 2 mois	Tiny-house

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

<i>Gaël</i>	H	29	Célibataire, sans enfant	5 ans	Rue	1 an et quelques semaines (coupure d'un an entre sa première année sur le dispositif et son retour récent)	Appartement diffus
<i>Gabriel</i>	H	49	Célibataire, sans enfant	Plus de 15 ans	Squat	2 ans	Tiny-house
<i>François</i>	H	63	Célibataire, sans enfant	Plus de 20 ans	Rue	Trois ans	Appartement diffus
<i>Lionel</i>	H	60	Célibataire, 3 enfants	Plus de 30 ans (a fait de la prison)	Rue	16 mois	Chambre individuelle
<i>Richard</i>	H	56	Célibataire, un enfant	5 ans	Rue	11 mois	Chambre individuelle
<i>Joël</i>	H	54	Célibataire, un enfant	9 ans	Rue	2 ans et demi	Studio individuel
<i>Fred</i>	H	56	Célibataire, deux enfants	8 ans (répartis sur une trentaine d'années)	Rue	1 an et 9 mois	Chambre individuelle
Enquêtés interrogés une fois en phase 2 (entre avril et décembre 2023)							
<i>Irina</i>	F	33	En couple (depuis 1 an et demi); 3 enfants de 2 unions (2 vivent chez leur père, 1 placé ASE)	6 mois	CHU hivernal	1 mois	Mobil-home
<i>Charlie</i>	H	39	Célibataire (veuf, décès récent de son compagnon)	Non connu	Squat	8 mois	Mobil-home
<i>Lydie</i>	F	40	En couple (depuis 6 ans) ; sans enfant	+ 5 ans	LHSS	6 mois	Chambre dans colocation
<i>Jonathan</i>	H	38	Célibataire	7 ans, puis 2 ans et demi	Rue (voiture)	3 mois et demi	Chambre dans colocation
<i>Arnaud</i>	H	46	Célibataire ; 1 enfant	Non connu	Squat	3 mois	Chambre dans colocation
<i>Jérémy</i>	H	31	Célibataire 3 enfants, de 3 unions différentes	+ 5 ans	Rue (tente) et squat	4 mois	Chambre dans colocation
<i>Didier</i>	H	41	En couple, sans enfant	Entre 15 et 18	Centre d'accueil et d'hébergement	Depuis 9 mois dans le collectif ; précédemment hébergé dans les appartements en colocation	Chambre individuelle

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

<i>Bastien</i>	H	38	Célibataire, 4 enfants	1 an et demi	Rue	1 an et demi	Chambre individuelle
<i>Anne</i>	F	52	Célibataire, un enfant de 25 ans qu'elle ne voit pas	Quelques nuits dehors pendant son séjour de 6 mois en CHRS	CHRS	1 an et 3 mois	Studio individuel
<i>Charlène</i>	F	41	Célibataire, 3 enfants	Quelques jours, surtout squat et hébergement d'urgence	CHRS	1 an et 3 mois	Studio individuel
<i>Farrah</i>	F	46	Célibataire, sans enfant	Plus de 30 ans (avec différents types d'hébergements temporaires)	Rue	Non renseigné (quelques mois)	Mobil-home individuel ; au moment de l'entretien, s'apprête à intégrer un appartement individuel
<i>Youcef</i>	H	33	Célibataire, sans enfant	5 ans	Vit toujours principalement à la rue (est accompagné hors hébergement)	2 ans	Accompagnement hors hébergement
<i>Davin</i>	H	28	Célibataire, un enfant	3 ans	Rue	1 an	Chambre individuelle
Enquêtés interrogés une fois en phase 3 (entre décembre 2023 et février 2024)							
<i>Florence</i>	F	43	En couple, 3 enfants	1 an et demi (a fait de la prison)	Rue	2 ans et 2 mois	Mobil-home
<i>Nelson</i>	H	55-60	Célibataire, sans enfant	5 ans	Rue	3 mois	Mobil-home
<i>Pierre</i>	H	40	Célibataire, 1 enfant	1 an et demi (probablement plus par le passé ; a fait de la prison)	Rue	4 mois	Chambre individuelle
<i>Samara</i>	F	29	En couple, non renseigné	Plusieurs mois	Rue et structures d'hébergement d'urgence (halte de nuit)	4 mois	Chambre individuelle
<i>Jun</i>	H	44	Non renseigné	1 an et demi	Rue et squat	1 mois	Chambre individuelle

<i>Gabin</i>	H	52	Veuf, 5 enfants (qu'il ne voit plus)	Longue durée non précisée (depuis « toujours »)	En caravane	2 ans	Mobil-home
<i>Jack</i>	H	43	Célibataire, 2 enfants	2 ans	Hôtel social	2 ans	Chambre individuelle
<i>Luc</i>	H	33	Célibataire, pas d'enfant (un enfant décédé à la naissance)	Environ 12 ans entre rue et institutions	Centre d'accueil et d'hébergement	2 ans	Chambre individuelle

Annexe 6 – Tableau présentant les profils des résidents rencontrés dans le cadre des *focus groups* sur deux dispositifs évalués.

PRENOM anonymisé	SEXE	ÂGE	SITUATION FAMILIALE	ANNEES DE RUE ET OU D'ERRANCE	LIEU DE VIE PRINCIPAL AVANT ENTREE DANS LE DISPOSITIF	ANCIENNETE DANS LA STRUCTURE	TYPE DE LOGEMENT OCCUPE
<i>Odile</i>	F	44	Non renseigné	Non renseigné	Hôtel Pax	2 ans	Chambre individuelle
<i>Wil</i>	H	45	Non renseigné	Non renseigné	Hôtel Pax	2 ans	Chambre individuelle
<i>Jamal</i>	H	49	Non renseigné	Non renseigné	Hôtel Pax	2 ans	Chambre individuelle
<i>Edmundo</i>	H	64	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné	7 mois	Chambre individuelle
<i>Eudes</i>	H	64	Non renseigné	Non renseigné	Hôtel Pax	2 ans	Chambre individuelle
<i>Romain</i>	H	54	Non renseigné	Non renseigné	Hébergement d'insertion ou d'urgence	Non renseigné	Chambre individuelle
<i>Luc</i>	H	33	Non renseigné	12 ans	Centre d'accueil et d'hébergement	2 ans	Chambre individuelle
<i>Joël</i>	H	54	Célibataire, un enfant	9 ans	Rue	2 ans	Studio individuel
<i>François</i>	H	Nr	Non renseigné	6,5 ans	Rue (sous un escalier)	3 ans	Studio individuel
<i>Michel</i>	H	60	Non renseigné	20 ans	Rue	1 mois	Chambre individuelle
<i>Mattéo</i>	H	34	Non renseigné	8 ans	Rue (tente en forêt)	5 mois	Chambre individuelle
<i>Stéphanie</i>	F	46	Non renseigné	5-6 ans	Rue et squat	2 ans et demi	Studio individuel
<i>Amin</i>	H	69	Non renseigné	Une vingtaine d'années	Rue, foyer d'accueil d'urgence	3 ans	Studio individuels
<i>Richard</i>	H	56	Célibataire, un enfant	5 ans	Rue	11 mois	Chambre individuelle

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE
CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

Annexe 7 – Synthèses des temps de pré-restitutions des résultats de l'évaluation sur les dispositifs « Parcours » à Bordeaux et « Sésame » à Strasbourg.

Synthèse des échanges sur le dispositif « Parcours » à Bordeaux

Participants :

- 11 résidents (présents de manière discontinue)
- 5 professionnels dont un éducateur animateur, deux éducateurs spécialisés, une animatrice sociale et le coordinateur du dispositif
- 3 personnes de la DIHAL
- 2 évaluatrices de l'Agence Phare

Les spécificités perçues de l'accompagnement sur le dispositif

- **Le temps long de l'accueil** sur site apparaît comme indispensable, pour plusieurs raisons :
 - **Il permet de prendre le temps de créer du lien avec l'équipe :** « *Il faut un peu de rigolade pour que j'arrive à avoir une affinité, une approche plus sérieuse.* » (un résident)
 - **Il permet d'éprouver concrètement la signification et la pertinence de l'accueil et de l'accompagnement dits « inconditionnels » :** « *On arrive ici on se dit : ça va pas tenir [...] Il faut qu'on puisse poser nos bagages et pour ça il faut du temps pour nous, et du temps avec eux.* » (une résidente). Cela passe aussi par le fait de pouvoir faire des faux pas et de voir que l'équipe reste présente, « *On a le choix, même de se casser la gueule* » (une résidente).
 - **Il permet d'initier des démarches :** « *Ce qui est positif ici par rapport à l'équipe, c'est l'accompagnement. Sans ça, on ne serait pas arrivés à ce stade [...] C'est rassurant, il y a des démarches que je n'aurais pas faites* » (un résident) ; une personne accompagnée hors hébergement évoque sa position « ambivalente » vis-à-vis de l'accompagnement proposé sur « Parcours » (« *je reste ambivalente dans mes positions, mes pensées* ») bien qu'elle reconnaisse un apport concret de l'accompagnement sur sa trajectoire de vie, en particulier le fait d'avoir initié un traitement de radiothérapie.
 - **Il peut permettre d'affirmer des décisions et de réaliser des choix éclairés :** « *Chez parcours on a le choix d'habiter ou de ne pas habiter.* » (un résident) ; « *La question de la temporalité [...] permet aux gens de tester des choses* » (le coordinateur du dispositif).
- Les échanges ont également mis en évidence la **subsistance de questionnements** relatifs aux spécificités de l'accompagnement dans le cadre de cette expérimentation, **en particulier de la part des professionnels de l'équipe** au sujet de :
 - **L'ajustement de l'accompagnement sur le temps long :** l'équilibre demeure parfois complexe à maintenir entre les principes de respect de la temporalité de chacun et de « faire avec » et non « à la place de », y compris dans des moments perçus comme compliqués par les équipes (lorsque les relations avec les résidents sont distantes ou tendues ou que les situations des personnes semblent peu évoluer) : « *Il faut veiller à garder tout le temps la gymnastique du faire avec, pas à la place, même dans les moments compliqués. Quand des actes posés sont inacceptables, il faut se poser la question de comment maintenir le lien malgré tout.* » (une professionnelle)
 - **L'autonomie et l'autodétermination des personnes accompagnées :** de la même manière, l'équilibre entre le respect des aspirations et choix des personnes et les

projections des professionnels en faveur de ce qui pourrait être « le mieux » pour les résidents est parfois difficile à mesurer : « *On est toujours sur ce questionnaire de : à quel moment on laisse la personne faire ? Et à quel moment on est acteur ?* » (le coordinateur du dispositif).

L'interdiction de boire dans le collectif : bonne ou mauvaise idée ?

- Le fait de pouvoir consommer dans les espaces collectifs extérieurs constitue un élément de **mise en confiance** des résidents vis-à-vis de l'équipe d'une part, et entre résidents d'autre part, en particulier dans les premiers temps suivant l'arrivée sur le dispositif : « *La première année, on a vachement bu pour tisser du lien, se connaître.* » (un résident). Face au **rôle socialisateur** de l'alcool et plus largement des consommations, l'interdiction de consommer dans les espaces communs est perçue par certains résidents comme un risque de repli, d'isolement et *in fine*, d'augmentation individuelle des consommations : « *C'est bien d'avoir le droit de consommer ensemble à l'extérieur, ça nous permet de nous rejoindre, de nous retrouver. Si c'était interdit, on serait plus chez soi, plus isolé, et donc peut-être qu'il y aurait plus de consommations.* » (une résidente). La dimension « incitative » des consommations dans les espaces collectifs est discutée : pour certains, elle influe négativement sur les consommations individuelles ; pour d'autres, les incitations à consommer sur le dispositif ne diffèrent pas de celles qui existaient « à la rue » auparavant.
- **La question de l'interdiction de boire sur les lieux collectifs est un sujet qui revient de manière récurrente sur le dispositif**, en particulier à l'initiative des résidents eux-mêmes, devant le constat d'une difficulté à réguler les consommations sur les espaces collectifs : « *L'alcool était autorisé sur les parties communes mais les habitants ont fait le choix d'arrêter car ils n'arrivaient pas à s'organiser, notamment pour l'entretien des lieux et il y avait des alcoolisations massives.* » (le coordinateur du dispositif).
- Les évolutions de « règles » en matière de consommation d'alcool sur les espaces collectifs (autorisée, puis interdite sur les espaces collectifs intérieurs, puis assouplies est autorisée lors d'événements particuliers) traduit une certaine difficulté du dispositif à lier la question des consommations et l'approche par la réduction des risques à l'échelle collective. L'équipe du dispositif dresse le constat selon lequel **l'approche par la réduction des risques est essentiellement mise en œuvre à l'échelle individuelle** et non collective : « *Notre approche RDR est très individuelle mais on n'a pas encore trouvé comment la faire vivre collectivement* » (le coordinateur du dispositif).
- L'interdiction de consommer de l'alcool dans les espaces collectifs intérieurs au dispositif génère **des conséquences ambivalentes sur la manière dont sont appropriés ces espaces** :
 - Compte tenu de la configuration spatiale du dispositif, l'interdiction de consommer dans les espaces collectifs intérieurs permet de disposer d'espaces au sein desquels professionnels et résidents peuvent se rencontrer et discuter, dans des espaces autres que les logements des résidents et le bureau des professionnels, et dans une plus grande logique d'intimité. Ces espaces matérialisent donc concrètement l'accompagnement dans le cadre du dispositif « Parcours » : « *Il n'y a pas assez de salles de confiance, pas de lieu où on peut recevoir dans l'accompagnement. C'est un espace sas, un espace de réunion. Et on arrive aussi à les utiliser comme tels parce qu'il n'y a pas de conso à l'intérieur.* » (un professionnel).
 - Néanmoins, ces espaces collectifs intérieurs sont faiblement appropriés par les résidents qui privilégient les lieux de rencontre autorisés aux consommations (espaces collectifs

extérieurs et logements individuels) : « *les gens viennent boire chez moi, y a pas de bordel* » (un résident).

- L'interdiction de consommer est globalement **perçue comme une règle dont le caractère intangible demeure relatif**, car les modalités de présence de l'équipe permettent *de facto* de la contourner : « *Toutes les règles sont faites pour être contournées* » (un résident), « *Il est interdit de se faire prendre, c'est tout* » (le coordinateur du dispositif).

« L'esprit » du dispositif Parcours : un lieu de vie ou un lieu tremplin ?

- La **perception du dispositif comme un lieu « tremplin » est partagée par la majorité des résidents**. Elle correspond à ce qui a été défini initialement par la structure porteuse de l'expérimentation et présenté aux résidents à leur entrée sur le dispositif : « *On a construit le projet comme un lieu transitoire – une transition qui pouvait être longue* » (le coordinateur du dispositif).
- A travers la notion de « tremplin », les résidents évoquent **plusieurs dimensions** : en termes de logement, l'objectif n'est pas nécessairement de trouver « *mieux, mais autre* » (une résidente), et donc de se « servir » du dispositif comme d'un « **outil** » (un résident). Un autre résident évoque l'idée selon laquelle le dispositif permet d'envisager des **perspectives** : « *C'est un lieu qui nous permet d'avoir l'expérience des perspectives progressives* » (un résident). Toutefois, la vision du dispositif comme un « tremplin » interroge en ce que les perspectives sont différentes selon les personnes et les façons dont le dispositif va les accompagner à atteindre ces perspectives le sont tout autant.
- Pour certains résidents, la durée sur le dispositif tend également à en faire **un lieu de vie** : « *Quand je suis arrivé ici, c'était un tremplin. Maintenant je me vois rester ici.* » (un résident).
- La question de la **temporalité de l'accueil et de l'accompagnement** réémerge au sujet de « l'esprit » selon lequel est perçu le dispositif ; en effet, à Bordeaux, le cas d'un résident « installé », dans sa « *zone de confort* » mais qui ne payait pas son loyer et « *n'était pas dans l'accompagnement* » malgré ce que l'équipe percevait de ses « *capacités* » (le coordinateur du dispositif) a amené les professionnels du dispositif à pousser cette personne à réagir en le contraignant soit à payer son loyer, soit à quitter le dispositif. Cet exemple illustre la vision de l'expérimentation adoptée par le dispositif « Parcours », à savoir un lieu de vie transitoire et non un lieu de vie pérenne.

L'activité de photolangage

L'activité a permis de dégager deux axes de discussions. D'une part, l'apport « matériel » du dispositif dans la vie des résidents, et d'autre part, la dimension sociale permise par le collectif : « *On a retrouvé une douche et la famille (avec tout le monde).* » (un résident). Le collectif est mentionné comme étant globalement apprécié car il est vecteur de lien social : « *Je suis en demande de me resocialiser, je suis aussi dans l'effort de recréer des contacts. Je passe mes nuits à parler avec le veilleur de nuit et [un autre résident], c'est une bonne surprise. Donc oui de manière générale il y a quand même du positif dans le collectif.* » (un résident). La dimension collective du dispositif, qu'il s'agisse des liens entre résidents mais aussi des liens entre résidents et professionnels de l'équipe permet, selon les propos d'un résident, de répondre aux besoins « d'amour, d'affection, d'amitié » : « *J'ai pu me rendre compte qu'il y avait des gens – des professionnels – qui avaient la possibilité justement de répondre à ma quête.* »

Synthèse des échanges sur le dispositif « Sésame » à Strasbourg

Participants :

- 5 résidents (1 départ pendant la pré-restitution)
- 5 professionnels dont la directrice du Sésame, le psychologue, un éducateur, un veilleur de nuit, l'infirmière coordinatrice
- 2 personnes de la DIHAL
- 2 évaluatrices de l'Agence Phare

Les « profils » des résidents des dispositifs de l'AMI

- **Les résidents n'identifient pas d'éléments différenciant spécialement le public du dispositif de celui d'autres hébergements fréquentés par le passé, hormis leurs addictions :** un résident juge ainsi qu'« *il n'y a que des camés, des alcooliques* ».
- Le débat s'engage autour du fait de « **choisir** » ou non la « **marginalité** ». L'équipe tend à davantage la percevoir comme subie (un professionnel parle d'« *accidents de la vie* »), bien qu'elle ne soit pas nécessairement négative (des professionnels parlent de « *liberté* », , de « *créativité* »). L'un des résidents s'oppose, valorisant la responsabilité individuelle de chacun : d'après lui, « *y a pas de marginal ici, c'est des gens qui ont perdu beaucoup de choses mais marginalité ça fait un peu saltimbanque. Y en a qui font le choix [de la marginalité], oui.* »
- **L'équipe souligne par ailleurs l'importance de la temporalité** (longue, et indéterminée) de l'accompagnement **dans l'émergence d'une envie « d'avoir des projets, d'un ailleurs »**, et s'interroge sur la marche à suivre quand le résident ne se saisit pas de l'accompagnement : « *On est un établissement médico-social, que faire si un résident ne demande que le médical ? que le social ?* »

Les apports de la vie en collectivité

- **L'aspect collectif du Sésame est globalement apprécié :** « *c'est bien* », « *c'est rassurant* » (des résidents). Des relations d'entraide s'y nouent : deux résidents expliquent avoir décidé de diminuer leurs consommations ensemble ; un autre explique : « *j'ai besoin du collectif en ce moment parce que je suis cassé de partout* ».
- **Le collectif est vecteur de sociabilités avec les autres résidents et les professionnels** (amitiés, confidences, soutien, relations amoureuses...), et permet une relation aux autres et une ouverture plutôt bienvenue : « *c'est vivant* ».
- **Il favorise aussi l'adoption d'un certain rythme de vie** pour une partie des résidents, par les différents temps de vie en collectivité qui structurent et rythment les journées (horaires des repas, sorties, accompagnements aux rendez-vous, etc.).
- Plusieurs limites sont néanmoins associées au collectif par les résidents : la **difficulté à tisser des liens de confiance** (« *Chacun est quand même dans sa bulle. Moi j'ai pas vraiment envie de me mettre en relation avec d'autres personnes. J'aime bien ce côté isolé* », témoigne une résidente), les problèmes de chacun, qui limitent la possibilité de tisser des liens solides (« *Tout le monde a un petit peu son problème, du coup pour trouver des amitiés, c'est un peu compliqué* »), la pression du collectif sur les plus vulnérables ;
- A cet égard, les résidents insistent aussi sur l'importance de pouvoir être **seul au sein du collectif** et d'y être autonome : « *J'aime bien ce côté isolé* » ; « *Il faut que tu gères ta vie toi-même, t'es plus un bébé* » (des résidents).

L'interdiction de boire dans le collectif : bonne ou mauvaise idée ?

- Pour l'équipe, l'interdiction de consommer sur les espaces collectifs intérieurs « *fait partie des murs* » (professionnel) : mise en œuvre dès l'ouverture de la structure, elle n'est pas contestée par les résidents. L'équipe est néanmoins consciente qu'elle est fréquemment contournée : « *en réalité l'alcool est transvasé dans un autre contenant* » (professionnelle).
- Les résidents expliquent apprécier **la posture faiblement normative de l'équipe en la matière**, car elle leur laisse l'opportunité de solliciter les professionnels pour discuter de leurs consommations quand ils s'y sentent prêts : « *quelqu'un qui rentre trop dans nos consos, ça donne envie de se sauver* » ; « *je voudrais pas qu'on gère ma dose* » (des résidents). L'équipe confirme : « *on prend plus de temps quand la conversation [au sujet des consommations] vient du consommateur* » (professionnelle).
- Cette relation de confiance et l'acceptation des consommations permet aux résidents de ne pas dissimuler leurs consommations : « *quand tu bois en cachette, t'es pas assuré* » (un résident).

L'activité de photolangage

L'activité de photolangage a principalement porté sur le fait que le dispositif permettait aux résidents de bénéficier des équipements leur permettant de conserver une certaine hygiène. A cet égard, le rôle crucial de la maîtresse de maison et de l'accompagnement qu'elle prodigue aux résidents dans l'entretien de leur chambre a été souligné par l'équipe. Celle-ci a néanmoins rappelé que la volonté première d'accompagner les résidents dans une autonomisation d'activités d'entretien (lessives) se heurtait à la complexité des modalités d'organisation collective. Le nombre limité de lave-linge disponibles, le système de « réservation » des machines et le nombre important de résidents sur site complexifient concrètement la mise en place d'un tel accompagnement : « *on essaie de les accompagner dans cette démarche, mais on est 50 et il y a 5 machines à laver* » (une professionnelle). Dans les faits donc, le linge reste principalement géré par les agents d'entretien présents quotidiennement sur site.

De même, la cuisine mise à disposition des résidents pour leur permettre de cuisiner en autonomie, en complément de la livraison des repas assurée sur site, n'est pas en libre accès, car l'équipe souhaite qu'une certaine propreté des lieux collectifs soit maintenue.

Enfin, l'équipe exprime un constat d'échec de la mobilisation des résidents pour l'entretien des lieux communs : « *Les espaces communs sont normalement entretenus par les résidents, mais ce n'est pas encore ça* » (professionnelle).

9. Bibliographie

BESOZZI Thibaut, « La structuration sociale du monde des sans-abri », *Sociologie*, 2021, vol. 12, n° 3, p. 247-266.

BOLTANSKI Luc et CHIAPELLO Eve, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard (coll. « NRF essais »), 1999, 843 p.

GARDELLA Edouard, « Comprendre le refus d'hébergement d'urgence par les sans-abri », *Métropolitiques*, 2019.

GARDELLA Edouard, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, 2016, vol. 7, n° 3.

GARDELLA Edouard, « L'urgence comme chronopolitique. Le cas de l'hébergement des sans-abri », *Temporalités*, 2014, n° 19.

LAUMET David et LEVY Julien, « Hébergement d'urgence et stabilisation : l'accueil inconditionnel », *Revue du CREMIS*, 2012, vol. 5, n° 3.

LEVY Julien, « L'urgence sociale à l'épreuve du non-recours », *Plein droit*, 2015, vol. 106, n° 3, p. 7-10.

LOISON Marie et PERRIER Gwenaëlle, « Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection », *Déviance et Société*, 2019, vol. 43, n° 1, p. 77-110.

MASSE Manon, « Autodétermination : enjeux et limites pour le travail social », *Actualité sociale*, 2018, vol. 75.

MATHIEU Sylvain, « La stratégie « logement d'abord » », *Constructif*, 2022, vol. 62, n° 2.

agencephare

« ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE DANS LE CADRE D'UN LIEU DE VIE INNOVANT A DIMENSION COLLECTIVE »

NINACS William A., *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Presse de l'Université Laval., s.l., (coll. « Travail social »), 2008.

NOBLET Pascal, « Les Enfants de Don Quichotte. De la "stabilisation" au "logement d'abord" », *Le Sociographe*, 2014, vol. 48, n° 4, p. 11-20.

SAHLIN Ingrid, « The staircase of transition », *Innovation, The European Journal of Social Sciences*, 2005, vol. 2, n° 18.

SOULIE Charles, « Le classement des sans-abris », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1997, n° 118, p. 69-90.

WARIN Philippe, « Chapitre 1. Modèles d'analyse et définition du non-recours » dans *Le non-recours aux politiques sociales*, FONTAINE, Presses universitaires de Grenoble (coll. « Libres cours Politique »), 2017, p. 17-44.

