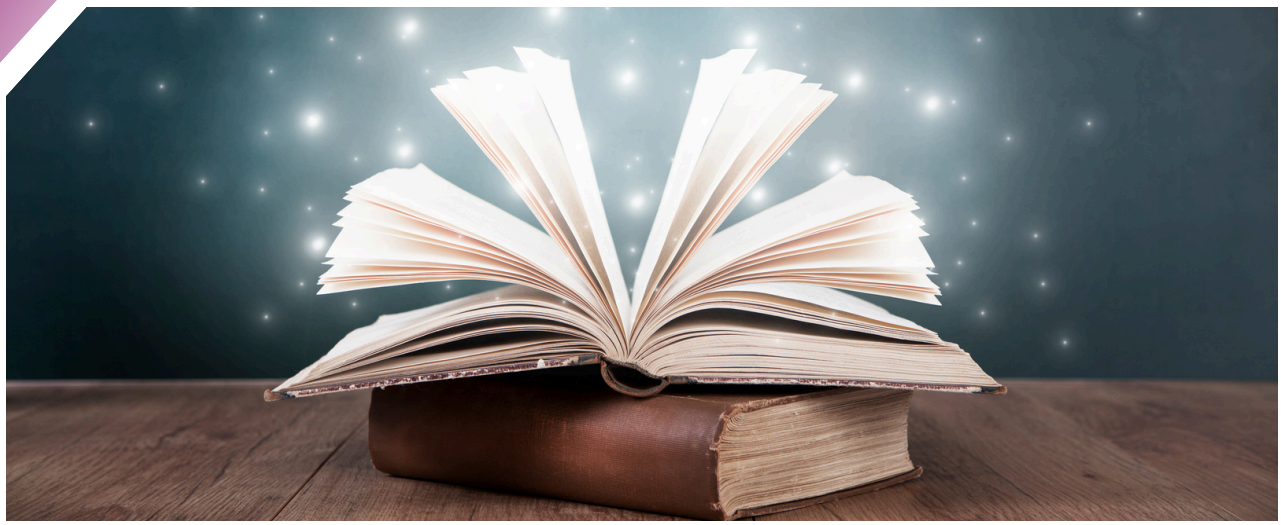
PROJET

DE SERVICE DES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE (ACT)



2025

ADSEAM



Préambule

Depuis sa création en 1960, l'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche (ADSEAM) s'est imposée comme un acteur essentiel dans l'accompagnement des personnes vulnérables sur le territoire de la Manche. Afin de répondre aux besoins diversifiés des populations, l'ADSEAM a su se développer au fil des années en adoptant une approche fondée sur les valeurs de bientraitance, d'accompagnement personnalisé et de respect de la dignité. Le projet associatif, récemment réactualisé, définit les grandes lignes directrices de l'organisation en tenant compte des évolutions sociales et des besoins émergents sur le territoire.

Au sein du Pôle Insertion, les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) se distinguent par des fonctionnements adaptés aux spécificités territoriales, issus de contextes historiques et des dynamiques propres à chaque zone. Sur Cherbourg, leur organisation a émergé d'un partenariat conçu et structuré avec l'association Femmes, permettant une mutualisation des moyens et des compétences, notamment en matière de suivi médical.

En revanche, sur le centre et le sud de la Manche, l'ADSEAM a étendu son action en réponse à un besoin croissant, mais dans un contexte marqué par des déserts médicaux. Cette extension ne permet pas de mobiliser les ressources médicales nécessaires à un fonctionnement identique à celui de Cherbourg. L'organisation s'appuie ainsi sur une mobilisation différente des ressources et sur une approche ajustée aux contraintes locales, tout en maintenant un accompagnement identique pour les personnes.

Le présent projet de service a pour objectif de détailler les missions et les modalités de fonctionnement des ACT, qui occupent une place stratégique dans l'offre du Pôle Insertion. Ces dispositifs, à l'intersection du social et du médical, sont spécifiquement conçus pour accompagner les personnes atteintes de pathologies chroniques et en situation précaire, en leur offrant un suivi personnalisé et adapté à leurs besoins. Ce document retrace les grandes orientations du projet, les principes de l'accompagnement proposé, ainsi que les valeurs qui guident les interventions de l'équipe pluridisciplinaire au service des résidants.

PARTIE I. L'ADSEAM ET SON HISTOIRE

- L'histoire de l'ADSEAM, de 1960 à aujourd'hui
- Le projet associatif
- L'organisation de l'association
- Articulation entre Gouvernance et Direction Générale

PARTIE II. FOCUS SUR LE POLE INSERTION ET SON ORGANISATION

- Les Ressources Humaines
- Les Instances de réunions au sein du pôle
- La formation au sein du pôle
- La Politique d'Amélioration Continue de la Qualité
- La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance

PARTIE III. PRESENTATION GENERALE des ACT Dans et Hors Les Murs

- Le cadre institutionnel et légal
- Le public

PARTIE IV. L'OFFRE DE PRESTATION

LES THEMATIQUES SOCLES QUI GUIDENT NOTRE PRATIQUE

- Le cadre de l'accueil
- Accompagnement vers la santé et l'estime de soi
- Accompagnement à la vie sociale et à la participation
- Accompagnement à l'accès aux droits et à la citoyenneté
- Accompagnement dans et vers le logement
- L'inscription du travail partenarial sur le territoire et son articulation

L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

- L'accompagnement médical et paramédical
- L'accompagnement socio-éducatif
- L'accompagnement via le soutien psychologique
- L'accompagnement des familles : positionnement vis-à-vis des accompagnants et enfants
- Les animations collectives
- Accompagnement vers l'emploi
- Accompagnement à la fin de vie
- Les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance
- La fin de l'accompagnement

PARTIE IV. LA DEMARCHE PROJET DANS LE CADRE DE L'ECRITURE DU PROJET DE SERVICE.

- Le comité de pilotage
- La journée institutionnelle
- Le rôle des groupes de travail
- La circulation de l'information
- L'implication des personnes accompagnées
- L'implication des partenaires
- L'implication des équipes ACT
- Les instances et procédures de validation

CONCLUSION



L'ADSEAM ET SON HISTOIRE

PARTIE I



PARTIE I. L'ADSEAM ET SON HISTOIRE

L'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche (ADSEAM), association de loi 1901, a été créée à l'initiative de Camille BELLIARD, qui en fut le premier Président. Elle prend ses origines en 1960.

1. L'HISTOIRE DE L'ADSEAM, DE 1960 A AUJOURD'HUI

L'association, dénommée à l'époque « Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de la Manche » avait pour but : « la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence inadaptées sous quelque forme que ce soit et la coordination, dans le cadre départemental, des institutions et associations poursuivant le même but…*[1]* ». La démarche initiale de l'association n'était pas de créer, ni de gérer des établissements spécialisés, mais « de réunir ce qui était épars et de métisser les volontés, les professionnels du secteur social et les philosophies des différents partenaires.*[2]* »
En 1966, le bureau accepte de prendre la gestion d'un premier établissement, puis suivra l 'ouverture de nombreux établissements et services, sur l'ensemble du territoire de La Manche. C'est en 1996, compte tenu de l'évolution des activités de l'association, que la dénomination ADSEAM devient « Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche ». Tout en restant fidèle à ses premiers engagements, l'association de militants et de professionnels pour des actions d'utilité sociale, construite à partir de convictions et de compétences, réaffirme ses fondements et développe ses ambitions compte tenu de l'évolution des contextes socio-politiques.

[1] Extrait des premiers statuts de l'association de 1960
[2] Extrait du texte de D. Pillet « De la naissance à la maturité ou les balbutiements d'un nouveau-né dans notre département, à son aboutissement, 40 ans après » élaboré pour le 40ème anniversaire de l'ADSEAM.

1960

Création de l'association. Président fondateur CAMILLE BELLIARD (18/06/1899-27/01/1987. Président jusqu'au 24/11/1976



1967

Création du foyer d'Action Educative "LA RUAUDERIE" à Coutances

1969

Création du SMO à Saint-Lô, Cherbourg et Avranches

1970

Création de l'institut Médico-Professionnel "Les Bons Vents" Mortain
Création du siège administratif de l'association à Saint-Lô

1976

Création de la première Famille d'Accueil Spécialisée

1985

Création du Centre d'éducation Motrice en milieu ordinaire (C.E.M.M.O) à Saint-Hilaire du Harcouet.

1989

Création d'une Maison d'Accueil Spécialisée

1997

Création de l'Institut de Rééducation, devenu Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

1999

Fusion Intégration de l'association Le Cap et du CHRS.
Ouverture du Point Rencontre parents/enfants Le Diapason à CHERBOURG

2003

Création du SEMO à Coutances (SMO)

2006

Création d'un Service d'Accueil Familial Spécialisé (SAFS) sur le Pole Médico Social. Reprise au sein de l'association de l'accueil d'urgence et création du CHRS Sud-Manche

2007

Création du service de médiation familiale 2008 : Création du Service d'Accueil Familial Spécialisé

2010

Fusion avec l'ACAU (Association Cherbourgeoise d'Accueil d'Urgence)
Création du groupement de coopération sociale SIAO 50 avec les trois autres CHRS
Signature du 1er CPOM avec l'ARS pour le Pôle Médico-Social

2011

Création du SIAO dans le cadre d'un GCSMS (Association Femmes, CCAS de Saint-Lô, ADSEAM). Création des Lits Halte Soins Santé 2012 : Réalisation de l'évaluation externe pour les structures concernées

2014

Election à la présidence de monsieur Gilles BIGOT.
Lancement de l'expérimentation « Dispositif ITEP

2015

Mise en place du dispositif « Appui Santé » au Nord Cotentin.
Réécriture du nouveau projet associatif 2016 – 2020.

2017

Conclusion du 1er CPOM avec le Conseil départemental pour le pôle protection de l'enfance.
Ouverture des ACT à Cherbourg, projet conjoint avec l'Association Femmes

2018

Ouverture de la Maison Relais Simone et Antoine Veil avec l'Association Femmes à Cherbourg

2021

Création et ouverture ACT Avranches

2022

Fusion/Absorption CHRS Le Prépont.
Fermeture du dispositif « Appui Santé » au Nord Cotentin

2023

Signature des CPOM du pôle médico-social et protection de l'enfance.
Ouverture Maison Relais Coutances.
Ouverture de la MECS de Baudre du SAJ.

2024

Reprise du 115 dans le cadre du GCSMS
Ouverture de la MECS « La Canopée » à Saint-Lô
Création des services AEMO Renforcé
Ouverture des ACT et LHSS Coutances
Extension de 5 places ACT sur le secteur de Saint-Lô
Création d'un service ACT Coutances/Saint- Lô/Avranches

2. LE PROJET ASSOCIATIF



L'ADSEAM s'adresse à une population ciblée dans sa dénomination « de l'enfant à l'adulte » dans les champs du médico-social, de l'insertion et de la protection de l'enfance sur le département de la Manche. Les services développés par l'association pour les personnes vulnérables concernent ainsi les mineurs(es), les jeunes majeurs(es), les adultes, les familles. La finalité de l'association vise un futur voulu, résolument tourné vers la population à laquelle elle s'adresse et qui en constitue sa raison d'être : « Favoriser le développement des compétences et des potentialités de la personne pour optimiser son accession à l'autonomie et l'accompagner dans la construction de son projet de vie. »

SCAN ME

CLICK HERE

6. LES VALEURS ASSOCIATIVES



Ethique de posture

- Bientraitance
- Respect de la dignité
- Déontologie
- Laïcité



Ethique de gouvernance

- Richesse des relations entre le siège et les ESSMS
- Vie associative
- Politique Ressources Humaines - Dialogue sociale - prévention des risques
- Culture Managériale et niveau d'autonomie
- Responsabilité sociétale des Organisation (RSO)



Ethique de mission

- Développement de l'activité
- Démarche d'amélioration continue
- Gestion des risques



Droits de la personne concernée et respect de son individualité

- Individualisation de l'accompagnement
- Co-construction du projet d'accompagnement
- Valorisation des ressources et compétences de la personne concernée
- Expression et participation de la personne concernée
- Utilisation des ressources locales et communautaires
- Accompagnement à l'autonomie
- Accompagnement à la Santé
- Accompagnement à l'inclusion



Ouverture aux autres

- Participation au développement des territoires
- Coopération et ancrage partenarial



Après avoir exploré l'évolution de l'ADSEAM et les étapes marquantes de son histoire depuis sa création et les valeurs qu'elle défend, il convient désormais de se pencher sur la structure et l'organisation actuelle de l'association. Cette transition nous amène à comprendre comment l'ADSEAM a su, au fil du temps, structurer ses actions autour de pôles spécialisés pour répondre aux besoins des populations vulnérables sur le territoire de La Manche.

3. L'ORGANISATION DE L'ASSOCIATION

Le siège de l'ADSEAM est basé à Saint-Lô, où est installée la Direction Générale. Cette dernière constitue un centre de ressources pour l'ensemble des établissements et services, en apportant des compétences transversales en termes de :

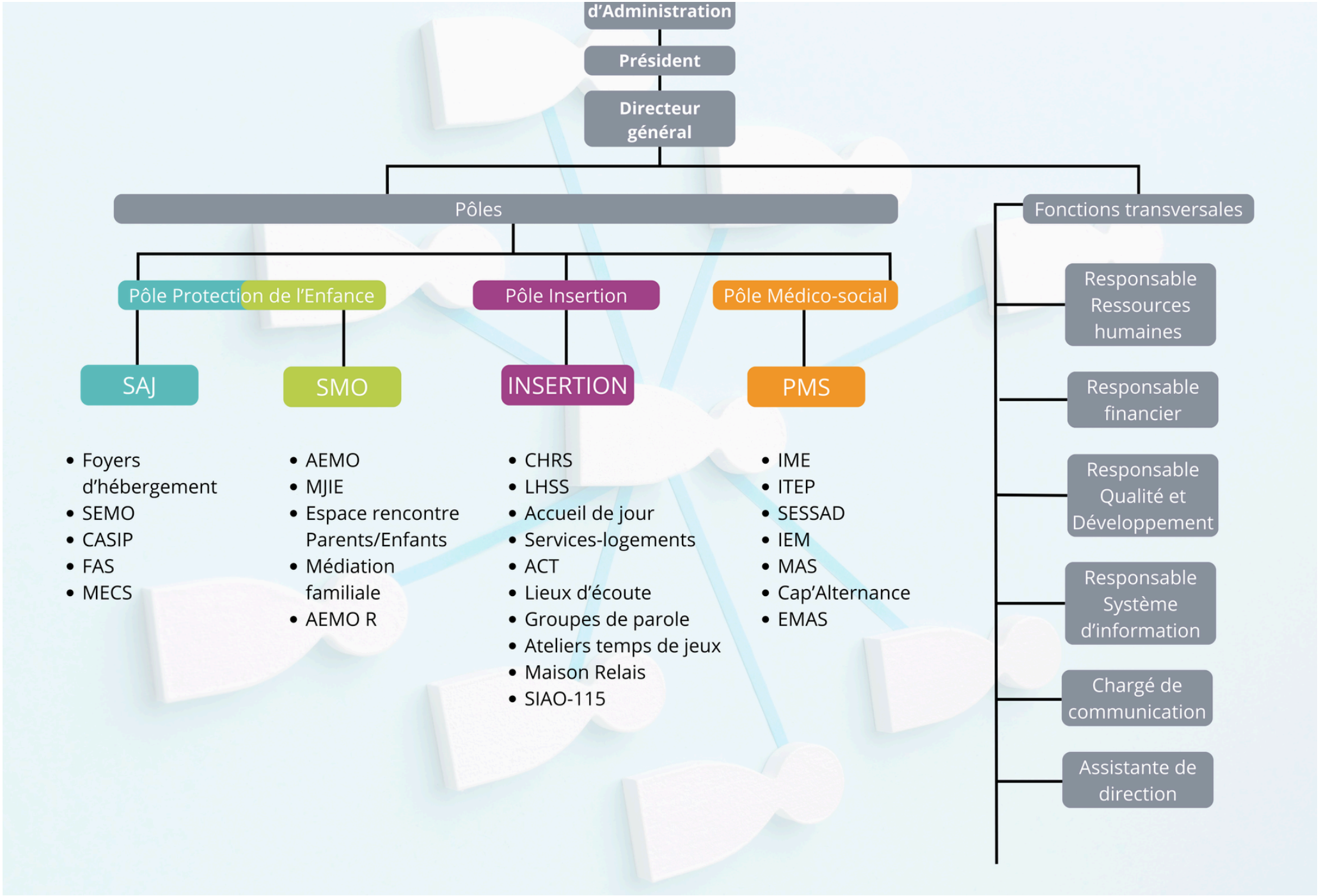
- Gestion financière,
- Démarche d'amélioration continue de la qualité,
- Développement des projets,
- Gestion des ressources humaines.

L'ADSEAM gère actuellement 34 services et établissements répartis en 3 pôles sous la responsabilité de 4 directeurs.

- **Le Pôle Protection de l'Enfance** est dédié à la prise en charge des enfants et jeunes en difficulté.
- **Le Pôle Insertion** se concentre sur l'hébergement et l'accompagnement des personnes vulnérables à travers des dispositifs comme le CHRS, l'AAVA, les LHSS, les ACT, les Maison Relais, les ALT ou encore l'Accueil de jour.
- **Le Pôle Médico-Social** couvre les établissements et services liés aux soins et à l'accompagnement des personnes en situation de dépendance ou handicap.



Le nombre de professionnels est passé de 300 (soit 255 équivalents temps plein - ETP) à 374, correspondant à 367 ETP au 31 décembre 2023. En termes d'ETP, les effectifs étaient de 326 en 2021, puis de 335 en 2022, pour atteindre 293 en 2023 avant de remonter à 367 en fin d'année. Dans le cadre de son nouveau projet associatif, l'ADSEAM accueille des bénévoles en soutien aux professionnels.


d'Administration
Président
Directeur général
Pôles
Fonctions transversales
Pôle Protection de l'Enfance
Pôle Insertion
Pôle Médico-social
SAJ
SMO
INSERTION
PMS
• Foyers d'hébergement
• SEMO
• CASIP
• FAS
• MECS
• AEMO
• MJIE
• Espace rencontre Parents/Enfants
• Médiation familiale
• AEMO R
• CHRS
• LHSS
• Accueil de jour
• Services-logements
• ACT
• Lieux d'écoute
• Groupes de parole
• Ateliers temps de jeux
• Maison Relais
• SIAO-115
• IME
• ITEP
• SESSAD
• IEM
• MAS
• Cap'Alternance
• EMAS
Responsable Ressources humaines
Responsable financier
Responsable Qualité et Développement
Responsable Système d'information
Chargé de communication
Assistante de direction

4. ARTICULATION ENTRE GOUVERNANCE ET DIRECTION GENERALE

L'ADSEAM ancre sa politique dans une gouvernance éthique, basée sur la participation, le dialogue et la vitalité de la vie associative.

La gouvernance de l'association repose sur son Conseil d'Administration représenté par son Président qui délègue une partie de ses prérogatives à la Direction Générale. Celle-ci coordonne et supervise l'ensemble des activités de l'association, en définissant les orientations stratégiques découlant du projet associatif. Elle a également la possibilité de prendre des décisions organisationnelles et fonctionnelles en lien avec les Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS).

Le Conseil d'Administration

- Conformément à l'article 11-2 des statuts de l'ADSEAM, le Conseil d'Administration détermine la politique et les orientations générales de l'association.
- Le Directeur Général assiste aux réunions avec un rôle consultatif, sauf si l'ordre du jour concerne directement sa personne.
- L'ordre du jour du Conseil d'Administration est préparé en collaboration entre le Président de l'ADSEAM et le Directeur Général.
- Les Directeurs des ESSMS peuvent être invités aux travaux du Conseil d'Administration, lorsque ceux-ci portent sur leurs établissements, avec un rôle consultatif. Certains membres du Conseil sont également désignés comme représentants de l'ADSEAM auprès des établissements, répartis par territoire conformément au projet de territorialisation.
- Le Conseil d'Administration accueille régulièrement de nouveaux membres issus de divers horizons professionnels, tous engagés à promouvoir une politique associative en faveur des personnes en difficulté sociale, familiale, en situation de handicap, ou confrontées à des problèmes de santé physique et/ou psychique.

La Réunion des Administrateurs et Cadres

Ces réunions, qui se tiennent une fois par an, visent à encourager les échanges entre les Administrateurs et l'ensemble des cadres hiérarchiques et techniques. Les sujets abordés sont déterminés par le Conseil d'Administration et concernent la politique associative, les objectifs de l'ADSEAM, ainsi que les implications et conséquences de cette politique dans un contexte évolutif du secteur social et médico-social.

Les Commissions Associatives

Les commissions associatives mènent des réflexions visant à répondre aux objectifs de l'ONU dans le cadre de la Responsabilité Sociétale des Organisations (RSO), appliquée au sein de l'ADSEAM. Quatre commissions existent, portant sur les thématiques suivantes :

- Synergie et Ressources
- Veille et Prospective
- Communication
- Ressources Humaines



Chaque commission est composée de :

- Deux Administrateurs
- Le Directeur Général
- Un Directeur de Pôle
- Un Cadre Technique du Siège Social

La participation active des membres du Conseil d'Administration est renforcée. Avec l'accompagnement du Directeur Général et du Directeur référent, ils animent les commissions et valident les orientations avant la création de groupes de travail. Ces groupes incluent des cadres, des salariés non cadres.

L'Accueil des Nouveaux Salariés

Chaque année, une demi-journée est dédiée à l'accueil des nouveaux salariés, avec la participation du Président ou de son représentant et des membres du conseil de direction. La présentation de l'ADSEAM et de ses activités par le Président, le Directeur Général et les Directeurs doit favoriser une plus grande interaction avec les nouveaux salariés.

Le Siège Social

L'équipe du Siège Social joue un rôle central pour atteindre les objectifs de l'association en favorisant une dynamique et une collaboration collective. Les missions sont alignées avec les orientations stratégiques et les besoins techniques de l'association.

Les cinq missions principales du Siège Social sont :

- Assurer le fonctionnement administratif de l'association et de ses instances (gestion du personnel, finances, qualité, systèmes d'information).
- Soutenir et actualiser les projets des établissements en cohérence avec le projet associatif.
- Effectuer une veille technique pour encourager l'innovation dans les modes d'intervention.
- Coordonner la vie associative et animer les commissions mises en place par le Conseil d'Administration.
- Représenter l'association, par délégation du Président, auprès des organismes externes.

Le Siège Social agit comme un lien entre le Conseil d'Administration et les ESSMS. Ses rôles sont de :

1. Définir la stratégie globale de l'organisation en tenant compte des besoins et des ressources disponibles.
2. Renforcer la dynamique associative en mutualisant les ressources pour assurer la conformité légale.
3. Mettre en place une approche transversale pour harmoniser les actions au sein de l'association.

Le Siège Social compte actuellement 6 équivalents temps plein, avec une capacité limitée d'auto remplacement. Le staff se compose de :

- Directeur Général
- Assistante de Direction
- Responsable Administratif et Financier (RAF)
- Responsable des Ressources Humaines (RRH)
- Responsable des Systèmes d'Information (RSI)
- Responsable Qualité et Développement (RQD)
- Intervient également un apprenant en master 2, communication.

Les Instances du Siège Social

Les instances du Siège Social, sous la responsabilité du Directeur Général, contribuent aux objectifs principaux de l'association.

Le Conseil des Directeurs

Tous les directeurs participent à cette réunion mensuelle. L'ordre du jour est établi par le Directeur Général après consultation des directeurs. Un directeur rédige le compte-rendu de la réunion.

Le Conseil des Directeurs prend des décisions managériales et met en œuvre les orientations du Conseil d'Administration. Des objectifs opérationnels pour 2022-2027 ont été définis, avec une évaluation bimestrielle.

Chaque directeur rencontre le Directeur Général tous les quinze jours pour discuter des sujets choisiset un compte-rendu est envoyé au Conseil des Directeurs.

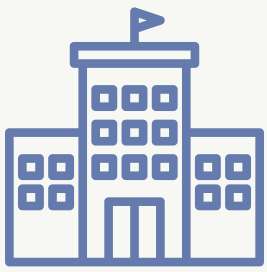
Le Conseil de Direction

Il regroupe le Conseil des Directeurs et les responsables du Siège (RAF, RRH, RSI, RQD et Assistante de Direction). Cette instance se réunit mensuellement pour traiter des sujets transversaux comme les systèmes RH, financiers ou la qualité. Elle veille à la mise en œuvre des décisions du Conseil d'Administration.

Les Réunions du Staff

Tous les salariés du Siège se réunissent toutes les deux semaines pour :

- Faire un point sur les interventions auprès des établissements.
- Suivre l'avancement des actions en cours.
- Préparer l'ordre du jour du Conseil de Direction.
- Discuter des situations complexes dans les domaines du système d'information, des finances, des RH et de la qualité.
- Gérer l'organisation générale du Siège (absences, télétravailetc.).
- Contribuer à l'élaboration de l'ordre du jour du Conseil d'Administration.
- Formaliser un relevé des décisions pour le staff.



FOCUS SUR LE PÔLE INSERTION ET SON ORGANISATION

PARTIE II

FOCUS SUR LE POLE INSERTION

Le Pôle Insertion de l'ADSEAM s'est construit pas à pas, en réponse aux besoins croissants des populations en grande précarité. Ce pôle, qui s'est développé au fil des décennies, trouve ses origines dans la création du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) Le Cap à Cherbourg. À partir de 1975, plusieurs associations humanitaires et caritatives, confrontées à un manque criant de structures d'hébergement pour les personnes marginalisées, initient ce projet pour offrir un lieu d'accueil.



De la Création du CHRS Le CAP à la Structuration en Pôle : Évolution et Développement

Premiers Pas : La Création du CHRS Le Cap (1975-1986)

Face à l'urgence de la situation, en 1984, la Communauté Urbaine de Cherbourg (CUC) propose un terrain à la sortie ouest d'Équeurdreville, acheté par l'association Le Cap. Sur ce terrain, six modules habitables, de type abris de chantier, sont installés, fournissant les premières bases temporaires d'hébergement pour les personnes en difficulté. Ces infrastructures modestes répondent à un besoin immédiat, mais l'ambition d'une structure plus pérenne est en gestation.

Le 1er septembre 1986, le CHRS Le Cap ouvre officiellement ses portes, suite à un agrément du Préfet de la Manche obtenu en mars de la même année. Cet événement marque un tournant décisif dans la prise en charge des sans-abris dans la région de Cherbourg, en offrant une première réponse concrète et immédiate à la crise de l'hébergement.

Renforcement et Fusion avec l'ADSEAM (1999-2005)

Malgré des avancées, le CHRS Le Cap rencontre des difficultés financières et organisationnelles, ce qui conduit en 1999 à un rapprochement avec l'ADSEAM. Deux conventions de collaboration sont signées en janvier et août, avant une fusion complète en octobre de la même année. Cette intégration dans une structure plus large permet au CHRS de renforcer ses capacités tout en préservant les objectifs fondateurs.

En 2000, le CHRS déménage dans ses locaux actuels au 60 avenue Bremerhaven à Cherbourg. Ce nouveau lieu, mieux adapté et plus fonctionnel, offre des conditions d'hébergement plus dignes et permet à l'équipe de répondre aux besoins croissants des résidants dans de meilleures conditions.

En 2001, un arrêté préfectoral en date du 29 août habilite officiellement le CHRS Le Cap à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, avec une capacité portée à 30 places. Cette reconnaissance confirme l'importance du CHRS dans le paysage social local et renforce sa légitimité en tant qu'acteur de l'insertion.





La Formation du Pôle Insertion et Son Expansion Géographique (2005-2010)

En 2005, le CHRS Le Cap ouvre une antenne à Avranches, dans le Sud-Manche, permettant de répondre aux besoins spécifiques des femmes. Cette nouvelle antenne marque un tournant important, avec une offre désormais répartie entre Cherbourg et Avranches, atteignant 34 places d'hébergement. C'est à partir de ce moment qu'il devient possible de parler de "Pôle Insertion", symbolisant la structuration de l'offre de services pour les personnes en situation de précarité dans cette région.

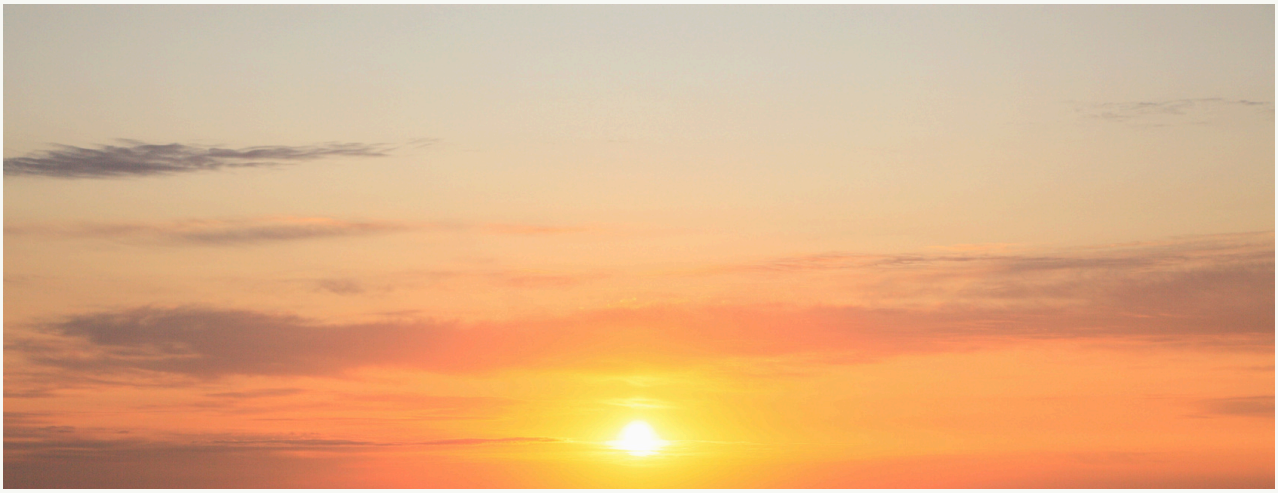
En 2007, face à une demande croissante, un arrêté préfectoral porte la capacité totale du CHRS à 45 places : 30 à Cherbourg et 15 dans le Sud-Manche. Cette augmentation permet une meilleure répartition géographique de l'offre d'hébergement dans le département tout en assurant un accompagnement socio-éducatif de qualité. En 2008, trois places d'accueil d'urgence supplémentaires sont créées dans le Sud-Manche. En 2010, un nouvel arrêté préfectoral ajoute encore sept nouvelles places, portant la capacité totale à 55 places, dont 3 d'urgence à Cherbourg et 3 à Avranches.

Diversification et Création de Nouveaux Dispositifs (2011-2018)

En 2011, le Pôle Insertion innove en créant les Lits Halte Soins Santé (LHSS), un dispositif essentiel permettant d'accueillir les personnes sans domicile nécessitant des soins médicaux sans pour autant justifier une hospitalisation. Ces structures offrent un hébergement sécurisé et des soins adaptés, répondant à des besoins spécifiques de plus en plus pressants.

En 2015, le dispositif Appui Santé est lancé dans le Nord Cotentin, pour accompagner les personnes vulnérables ayant des besoins en matière de santé et de suivi médical, tout en leur offrant un soutien social.

Le Pôle Insertion continue à se développer avec l'ouverture des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) à Cherbourg en 2017, en partenariat avec l'Association Femmes. Ce dispositif permet d'accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques, en leur offrant un hébergement adapté. En 2018, la Maison Relais Simone et Antoine Veil est inaugurée à Cherbourg, renforçant l'offre d'hébergement à long terme pour les personnes en difficulté, toujours en partenariat avec l'Association Femmes.

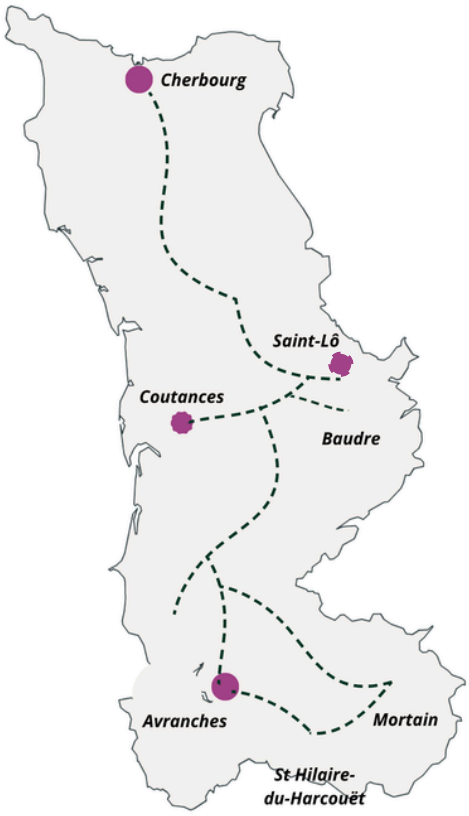


Renforcement Territorial et Nouvelles Perspectives (2019-2024)

En 2021, le Pôle Insertion continue d'étendre son action avec la création de nouveaux ACT à Avranches, renforçant ainsi sa couverture territoriale. En 2022, l'absorption du CHRS Le Prépont et la fermeture du dispositif Appui Santé au Nord Cotentin marquent une nouvelle phase de restructuration. En 2023, la Maison Relais de Coutances ouvre ses portes, poursuivant l'expansion géographique du pôle.
L'année 2024 s'annonce comme une année clé avec l'ouverture des ACT et LHSS à Coutances, l'extension de 5 places ACT dans le secteur de Saint-Lô et la création d'un service ACT dédié à Coutances, Saint-Lô et Avranches. Ces nouveaux dispositifs renforcent encore les capacités d'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficulté sur tout le territoire.

Malgré des contraintes budgétaires récurrentes, le Pôle Insertion de l'ADSEAM a su se montrer innovant et réactif, en adaptant constamment ses services pour répondre aux besoins des personnes en grande précarité. Chaque difficulté liée au financement s'est transformée en une opportunité, permettant d'élargir les capacités d'accueil et de diversifier les solutions d'hébergement.
Ainsi, le Pôle Insertion est désormais structuré de manière à offrir une gamme complète de services adaptés aux besoins des personnes en grande précarité, comprenant des dispositifs d'hébergement d'urgence, des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), des Lits Halte Soins Santé (LHSS), des maisons relais pour un accompagnement à long terme et des antennes géographiquement réparties entre Cherbourg, Avranches et Coutances, le tout avec une capacité d'accueil croissante







CHERBOURG

CHRS : 31 places
LHSS : 5 hébergements, 5 HLM
ACT : 5 hébergements, 6 HLM
Accueil de jour
ALT : 28 places
Baux glissants : 10 mesures
Maison Relais : 54 places



COUTANCES / SAINT-LÔ

CHRS : 23 places
AAVA : 6 places
LHSS : 3 hébergements
ACT : 8 places hébergement, 5 places HLM
ALT : 21 places
AVDL : 10 mesures
ASI : 8 mesures
Maison Relais : 23 places



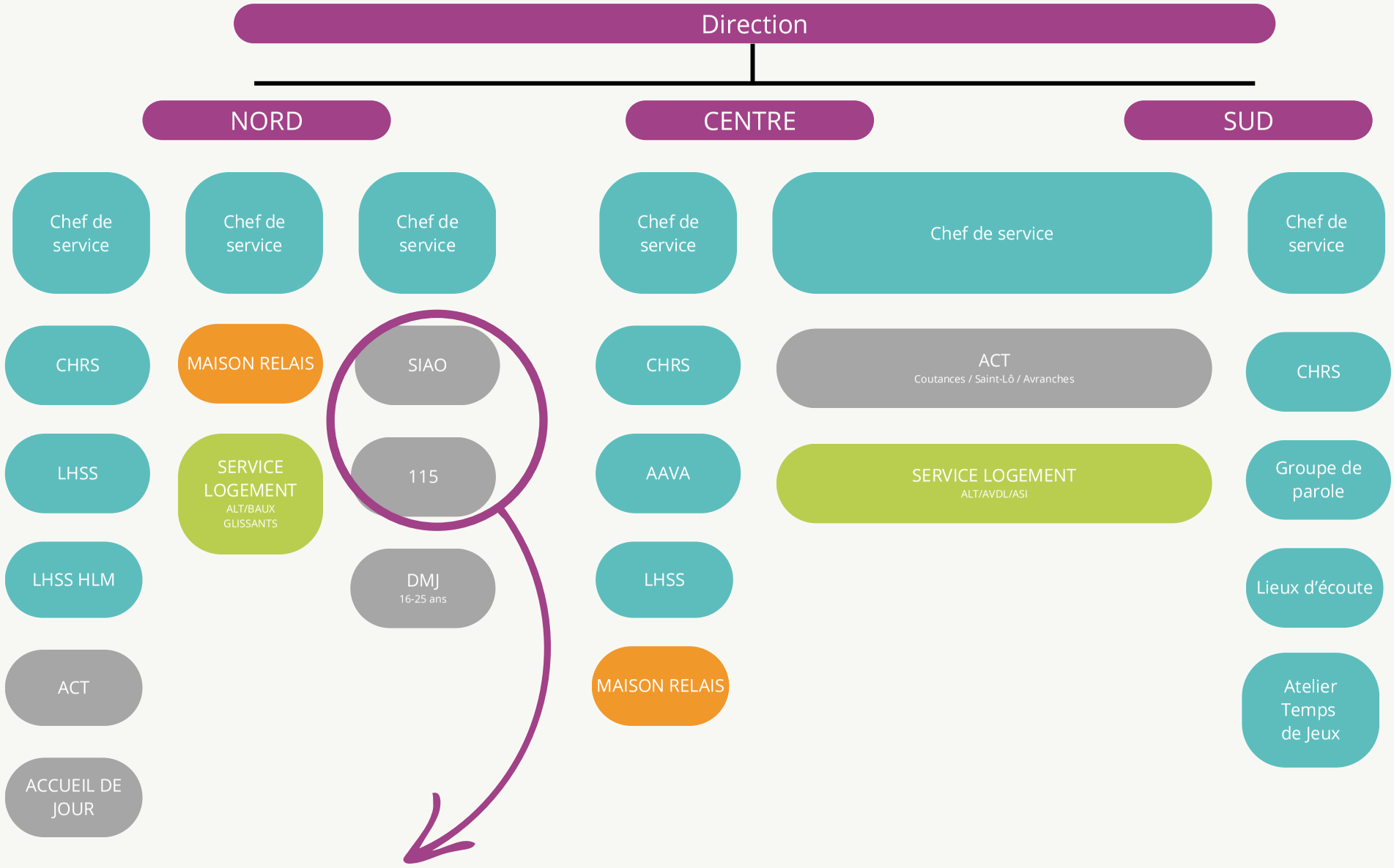
AVRANCHES

CHRS : 32 places

- **Lieux d'écoute :**
- **Ateliers Temps de Jeux**
- **Groupes de parole**

ACT : 6 places hébergement, 4 HLM

L'ORGANIGRAMME DE L'INSERTION



GCSMS : rattachement administratif au pôle insertion [3]

3 Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale est un outil qui favorise la coopération et l'optimisation des ressources dans leurs secteurs respectifs, contribuant ainsi à une meilleure prise en charge des patients et des usagers.

L'ORGANIGRAMME DES PLACES DE L'INSERTION

Secteur Nord

CHRS Cherbourg (31)

Diffus : 22 places
Collectif : 5 places
Urgence : 4 places

LHSS avec hébergement

5 places

LHSS hors les murs

4 à 5 mesures

Maison relais

54 places

ACT Nord avec hébergement

5 places

ACT Nord hors les murs

6 places

Service logement

ALT : 9 logements (28 places)

BAUX GLISSANTS : jusqu'à 10 baux glissants par an

Secteur Centre

CHRS Coutances (23)

Diffus : 6 places
Collectif : 13 places
Urgence : 4 places

Maison relais

23 places

AAVA

6 places

ASI

8 mesures

ALT

6 logements (21) places)

AVDL

10 mesures

LHSS avec hébergement

3 places

ACT
8 places hébergement

Hors les murs
5 places

Secteur Sud

CHRS Avranches (32)

Diffus : 22 places
Urgence : 6 places
FVV : 4 places

ACT Sud avec hébergement

6 places

ACT Sud hors les murs

4 places



L'ORGANISATION



1. Les Ressources Humaines

composition de l'équipe des ACT :

L'équipe des ACT se structure autour de plusieurs fonctions clés, réparties entre les volets administratifs, éducatif et managérial.

L'équipe administrative :

Sur le plan administratif, l'équipe comprend deux secrétaires, une comptable, et une aide-comptable. Ces professionnelles jouent un rôle crucial dans le bon fonctionnement du service, assurant la gestion des tâches administratives, financières, et comptables. Leur temps de travail n'est pas exclusivement dédié aux ACT, mais est réparti sur l'ensemble du pôle insertion, apportant ainsi leur expertise à différents services.

La directrice :

Sous l'autorité du Directeur Général et avec le soutien des services du Siège, la directrice de pôle, membre du comité de direction, est responsable du pilotage du Pôle insertion.

La directrice joue un rôle central dans l'animation de l'équipe de direction, en veillant à harmoniser et à maximiser l'efficience entre trois dimensions clés : la vision stratégique, les aspects techniques et la gestion financière.

Les Chefs de service :

Les chefs de service assurent une gestion polyvalente en partageant leur temps de travail sur différents services du pôle dont les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) et d'autres missions liées à l'insertion. Cette répartition permet une supervision cohérente et une coordination efficace entre les différents services. Ils sont au nombre de deux, répartis de la manière suivante : 0,8 ETP sur le Centre et le Sud, 0,7 ETP sur le Nord (avec une répartition 0,2 ETP ADSEAM et 0,5 ETP Association Femmes).

L'équipe éducative :

L'équipe éducative est composée de cinq travailleurs sociaux. Ils sont au cœur de l'accompagnement des résidants. Le rôle de l'équipe éducative est de soutenir et d'accompagner les personnes accueillies en favorisant leur développement personnel et leur insertion sociale. L'équipe collabore pour assurer un suivi adapté aux besoins individuels et renforcer le lien avec les partenaires du réseau.

L’infirmière :

L’infirmière participe à la coordination du suivi médical des personnes accompagnées en concertation avec le médecin coordinateur. Elle participe à des actions de soutien à l’observance, des actions de prévention et d’éducation à la santé à la demande des personnes. Elles sont au nombre de 4 aujourd’hui pour un total de 2 ETP.

le psychologue :

Le psychologue travaille en étroite collaboration avec l’équipe. Il assure un accompagnement psychologique des personnes accueillies en proposant un espace d’écoute et de parole. Après l’évaluation des demandes d’admission, il est amené à proposer des entretiens individuels Il communique ses observations à l’équipe et travaille avec les partenaires pour renforcer le réseau.

Le médecin :

Comme défini dans la circulaire relative aux ACT, le médecin a pour mission d’assurer la coordination du suivi médical des personnes accueillies. Il aide à structurer leurs parcours de santé afin qu’ils bénéficient de soins appropriés et coordonnés.

L’organisation et la coordination des ACT reposent sur une équipe structurée et pluridisciplinaire, alliant compétences administratives, éducatives, managériales et psychologiques. Afin de garantir l’efficacité de cette organisation et d’assurer une cohérence dans les actions menées, des instances de réunions régulières sont mises en place au sein des services et du Pôle Insertion. Ces instances jouent un rôle central dans la circulation de l’information, le partage des bonnes pratiques et la réflexion collective autour des enjeux stratégiques et opérationnels.

En effet, les réunions institutionnelles, de direction, administratives et d’équipes permettent de consolider le travail de chacun, tout en maintenant une communication fluide entre les différents services du pôle. Elles offrent également un cadre d’échanges constructifs pour aligner les pratiques avec les besoins des publics accueillis, renforçant ainsi la cohésion et la collaboration au sein des équipes.



2. Les Instances de réunions au sein du pôle

Les réunions institutionnelles :

La réunion institutionnelle se tient une fois par an et requiert une importante logistique en raison de la diversité des services et de la vaste couverture géographique du territoire de la Manche. Elle regroupe l'ensemble des salariés du pôle, offrant ainsi un moment unique de rassemblement.

Ce temps de rencontre se veut à la fois convivial et constructif. D'un côté, il favorise la cohésion entre les équipes à travers un cadre propice aux échanges informels et à la création de liens entre collègues issus de différents établissements. De l'autre, cette réunion est structurée autour d'un travail collectif, portant sur une ou plusieurs thématiques de réflexion choisies à l'avance. Ces thématiques peuvent être liées aux enjeux du secteur, aux évolutions des pratiques professionnelles, ou à des problématiques spécifiques rencontrées sur le terrain.

L'objectif est de permettre à chaque participant de contribuer à la réflexion commune, en partageant ses idées et son expérience, afin d'enrichir les discussions et de trouver des solutions ou des pistes d'amélioration pour les actions du pôle. Cette approche collaborative permet de faire émerger des propositions concrètes qui peuvent influencer les futures orientations stratégiques ou les méthodes de travail.

En résumé, cette réunion annuelle, malgré sa complexité logistique, est un moment essentiel pour renforcer la cohésion d'équipe tout en menant une réflexion collective sur des thématiques clés pour le pôle.



Les réunions de direction pôle insertion :

Les réunions de direction se tiennent une fois par mois et rassemblent les chefs de service du pôle Insertion ainsi que la directrice de pôle. Ces rencontres régulières ont plusieurs objectifs essentiels pour assurer la bonne coordination et le bon fonctionnement des différentes structures du pôle.

Premièrement, elles constituent un espace d'échanges constructifs où les chefs de service peuvent discuter des sujets d'actualité propres à leurs établissements respectifs. Cela permet de partager les difficultés rencontrées, de mettre en lumière les réussites et d'apporter des solutions communes aux problématiques rencontrées. Cet échange d'informations contribue à renforcer la cohésion et la collaboration entre les différentes équipes.

Deuxièmement, ces réunions servent de canal pour diffuser les informations stratégiques venant du siège de l'association. La directrice de pôle informe les chefs de service des orientations prises par la direction générale, des évolutions institutionnelles, ainsi que des nouvelles directives et politiques à appliquer dans les établissements.

Enfin, les réunions de direction sont un lieu où sont discutées et structurées les stratégies de projet. Cette démarche permet de donner une vision claire et commune du développement des projets, tout en veillant à leur adéquation avec les réalités du terrain et les besoins des personnes accompagnées.

Les réunions équipes administratives :

Les réunions des personnels administratifs animées par la directrice de pôle, se tiennent une fois par trimestre et rassemblent l'ensemble des professionnels administratifs, tels que les comptables, les aides-comptables et les secrétaires. Ces réunions ont pour vocation de renforcer la cohésion et d'améliorer la coordination entre les différents services répartis sur l'ensemble du territoire de la Manche.

L'un des objectifs principaux est d'améliorer la communication interne. Ces réunions permettent aux participants de partager leurs expériences, leurs difficultés et les bonnes pratiques. Elles aident à mieux comprendre les besoins de chaque service et à rendre les échanges d'informations plus fluides et efficaces.

Un autre enjeu est le développement d'outils communs. Durant ces rencontres, les participants travaillent à l'harmonisation des pratiques administratives en élaborant des outils partagés, comme des modèles de documents, des procédures standards ou des logiciels communs. Cela permet non seulement de gagner en efficacité, mais aussi d'assurer une plus grande cohérence dans les pratiques administratives, quel que soit le service ou le site concerné.

Les réunions d’équipes :

Les réunions d'équipes se tiennent chaque semaine et sont animées par le chef de service. Ces rencontres régulières jouent un rôle clé dans la gestion quotidienne des services et permettent de maintenir une bonne communication et une coordination efficace entre les membres de l’équipe.

Le premier objectif de ces réunions est de travailler sur l'organisation et le fonctionnement des services. Cela inclut la répartition des tâches, l'ajustement des plannings et l'anticipation des besoins pour assurer un bon fonctionnement.
Ces réunions permettent de transmettre les informations importantes, qu'elles proviennent du chef de service ou de la direction, telles que des changements et évolutions légales ou à l’échelle de l’association.

Enfin, un autre aspect central de ces réunions est la discussion des situations particulières, notamment celles des usagers ou des problématiques complexes rencontrées sur le terrain. Ce temps d’échange permet à l’équipe de réfléchir collectivement sur les solutions à apporter, de partager des retours d’expérience et des pratiques efficaces et d’assurer une prise en charge cohérente et adaptée des usagers. Ce travail en équipe permet de trouver des solutions concertées et d’assurer un suivi de qualité des situations.

Les instances de réunions constituent un axe essentiel de l’organisation du Pôle Insertion, assurant une coordination et une cohésion d’équipe. En parallèle, la formation s’inscrit pleinement dans cette organisation, en garantissant que les équipes disposent des compétences nécessaires pour répondre aux enjeux spécifiques de leur travail.



3. La formation au sein du pôle

Le développement des compétences est un levier essentiel pour assurer la qualité des services et l'évolution des pratiques professionnelles. Au sein du pôle, la formation joue un rôle clé dans la mise à jour des savoirs et dans l'accompagnement des équipes pour répondre aux enjeux spécifiques du secteur.

Le plan de développement des compétences associatif :

Le plan de développement des compétences associatif vise à harmoniser les pratiques et les compétences à l'échelle de l'association. Il a pour objectif de garantir la cohérence des formations, en prenant en compte les besoins spécifiques des différents pôles et en s'adaptant aux évolutions législatives, techniques et méthodologiques. Ce plan permet de mutualiser les ressources, d'assurer une équité dans l'accès aux formations et de renforcer les compétences transversales indispensables au bon fonctionnement global de l'association.

Le plan de développement des compétences au sein du pôle :

Le plan de développement des compétences au sein du pôle est plus ciblé et concerne directement les équipes opérationnelles. Il est élaboré à partir des besoins identifiés par les responsables de service et les collaborateurs eux-mêmes. Il comprend des actions de formation spécifiques à la mission du pôle, telles que des mises à jour réglementaires, des formations techniques ou des modules sur l'amélioration des processus internes. Ce plan prend en compte les priorités stratégiques du pôle et vise à maintenir un haut niveau de compétence en adéquation avec les besoins des bénéficiaires.

L'analyse de la pratique professionnelle :

L'analyse de la pratique professionnelle est un outil nécessaire pour l'amélioration continue des compétences au sein du pôle. Elle permet aux professionnels de prendre du recul sur leurs pratiques, de réfléchir collectivement à des situations complexes et d'enrichir leur approche méthodologique. Encadrée par des intervenants extérieur, cette démarche favorise le partage d'expériences et d'idées pour développer une réflexion sur les pratiques. Elle vise à améliorer la qualité des interventions et à soutenir le développement professionnel, à la fois individuel et collectif.

La formation et l'analyse de la pratique sont deux leviers complémentaires pour renforcer l'expertise des équipes, améliorer les pratiques professionnelles et assurer une adaptation continue aux évolutions du secteur.

4. La Politique d'Amélioration Continue de la Qualité

La démarche qualité au sein de l'Association a évolué au cours des cinq dernières années, avec une adaptation spécifique pour chaque Pôle grâce à la révision du Document Unique de Délégation (DUD). Les actions sont centralisées et gérées par le Siège Social, où des réunions qualité sont régulièrement tenues, aussi bien au Siège que dans les Pôles. Cette démarche inclut les évaluations, projets institutionnels, audits, retours d'expérience et doit intégrer les résultats des questionnaires, des Conseils de la Vie Sociale (CVS), des DUERP et l'analyse des événements indésirables.

Ethique et Bientraitance :

La bientraitance et l'éthique constituent des valeurs fondamentales au cœur des engagements de l'Association. Elles sont non seulement inscrites dans le projet associatif, mais également au centre de toutes les actions et décisions menées. Compte tenu de la diversité des activités déployées au sein de ses établissements et services, l'Association a élaboré une politique spécifique qui se décline désormais au sein de chaque structure. Cette politique assure que les valeurs et principes de bientraitance et d'éthique sont non seulement respectés, mais qu'ils imprègnent l'ensemble des pratiques professionnelles. Le projet associatif réaffirme ainsi leur importance et s'assure qu'elles soient appliquées de manière cohérente et rigoureuse dans chaque secteur d'activité, garantissant un cadre d'intervention respectueux des personnes accompagnées et de leurs droits.

Par ailleurs, le projet de service s'inscrit pleinement dans cette démarche en adoptant une approche centrée sur la bientraitance. Chaque service de l'Association, qu'il s'agisse d'un établissement d'accueil, d'un service de soutien ou d'un programme d'accompagnement, est imprégné de la volonté de promouvoir et d'incarner les principes de bientraitance au quotidien.

Cette volonté se traduit par une attention particulière portée à la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes bénéficiaires. Le respect de la dignité, la bienveillance dans les interactions, ainsi que l'écoute active des besoins et attentes de chacun sont au cœur des pratiques professionnelles. Ainsi, le projet de service vise non seulement à garantir la sécurité physique et psychologique des personnes accompagnées, mais aussi à créer un environnement où chacun se sent valorisé, entendu et respecté.



Procédure plaintes et réclamations :

Procédure plaintes et réclamations

Procédure plaintes et réclamations

Sont considérées comme « plaintes » et « réclamations » toutes les formulations de mécontentement, d'une insatisfaction, de remarques, de suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non et ce qu'elle qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral).

Evènements Indésirables :

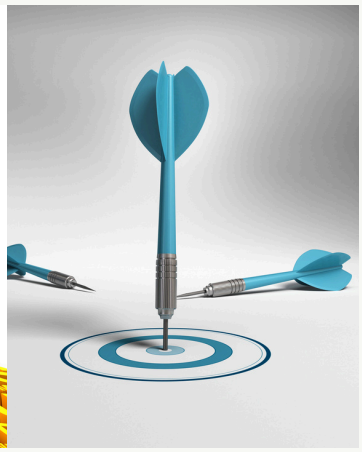
Evènements Indésirables

Une procédure associative de gestion des évènements indésirables a été définie (déclaration EI/EIG, suivi, analyse, …). Elle comprend notamment des fiches spécifiques en cas de maltraitance d'un usager ou en cas de violence d'un usager à l'égard d'un professionnel.

La formation au sein du Pôle Insertion, en favorisant la montée en compétences des équipes, s'intègre pleinement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette dernière, essentielle à l'organisation, vise à structurer les pratiques, garantir la cohérence des actions, et renforcer l'éthique et la bientraitance dans l'ensemble de nos services.







5. La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance

Procédure de signalement et de traitement des situations de maltraitance :

La loi n° 2022-140 du 7 février 2022 a introduit une nouvelle définition légale de la maltraitance dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), via l'article L119-1. Cet article définit la maltraitance comme toute action ou inaction qui compromet les droits, les besoins, la santé ou le développement d'une personne vulnérable dans un contexte de relation de confiance ou de dépendance. La maltraitance peut être ponctuelle ou durable, intentionnelle ou nonet peut provenir d'individus ou d'institutions.

La notion de vulnérabilité est centrale : elle concerne les personnes qui, en raison de leur âge, état de santé, handicap, précarité, ou environnement violent, ne peuvent se défendre ou faire valoir leurs droits.

La bientraitance, quant à elle, est une approche globale visant à respecter les droits, les libertés et les besoins des usagers, tout en cherchant à prévenir la maltraitance.

Une procédure est en cours d'élaboration au sein de l'ADSEAM. Elle vise à formaliser les actions à entreprendre pour repérer, signaler et traiter les situations de maltraitance, tout en renforçant la protection des personnes vulnérables. Ce document inclura des mesures spécifiques pour améliorer la communication entre les équipes, les personnes accompagnées et les représentants des usagers.



Les modalités de communication auprès des personnes :

L'articulation entre la lutte contre la maltraitance et le travail en réseau se manifeste par une coordination continue avec des services spécialisés, tels que l'addictologie, la santé mentale, ou encore les services judiciaires. Le partenariat assure que les personnes bénéficient d'un accompagnement global, respectueux de leurs droits et de leur sécurité. Que ce soit à travers des partenariats formels ou informels, la coopération avec ces acteurs permet de fluidifier les parcours et d'éviter les ruptures dans le suivi. Cette approche garantit que chaque résidant, en plus de bénéficier d'un accompagnement adapté à ses besoins spécifiques.

Le dossier unique informatisé :

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale comporte l'obligation pour les ESSMS de constituer un dossier usager unique. Le DUI est la version dématérialisée de ce dossier. Il s'inscrit dans l'action 21 de la Feuille de route du numérique en santé issue de la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Ce DUI doit regrouper l'ensemble des dossiers physiques qui existaient auparavant et rester accessible pour l'usager.

« Le DUI recueille toutes les données et écrits professionnels utiles pour rendre compte des besoins d'un usager afin de faciliter la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de plans personnalisés d'accompagnement. C'est un outil nécessaire à la définition, la conduite et l'évaluation des prestations d'un ESSMS" (source Agence nationale d'appui à la performance(ANAP)).

Celui-ci contient donc plusieurs éléments :

- Administratif (instruction de la demande, aides sociales, évaluation des besoins, informations sur les proches de l'usager, contrats, avenants, parcours d'accompagnement, projet personnalisé, mesure de protection, justificatif de revenus…) ;
- Educatifs et pédagogiques (projet d'activité, comptes rendu, évaluations…)
- Soins (informations médicales, soins, ordonnances, suivi de prise en charge…) ;
- Relations internes et externes (suivi extérieur, transmissions, gestion des rendez-vous, courriers de liaison, lettres de situation…).

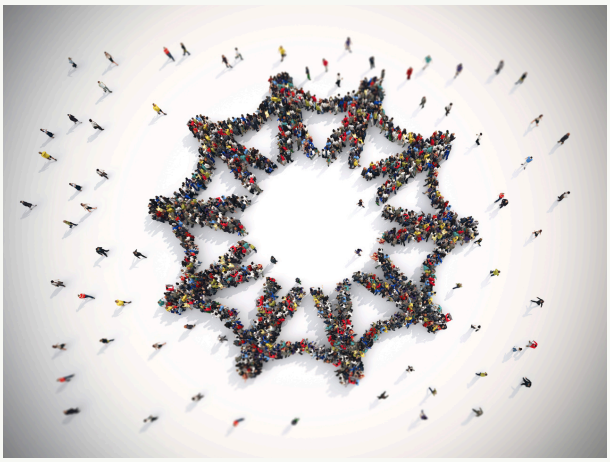
Le pôle insertion comme l'ensemble des autres pôles doit poursuivre le déploiement de cet outil. L'objectif étant une utilisation pleine et entière dès la fin 2025.

La dynamique du Pôle Insertion de l'ADSEAM illustre sa capacité à s'adapter aux besoins croissants des populations en situation de précarité. Le pôle n'a cessé de se développer, enrichissant ses dispositifs et étendant sa couverture géographique.

A présent, il convient de s'intéresser à l'un des dispositifs du Pôle Insertion : les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Ces services médico-sociaux, destinés à accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques en situation de précarité, jouent un rôle crucial dans l'offre d'hébergement et de soins coordonnés.

Comme précisé dans la partie historique, les ACT ont débuté à Cherbourg en décembre 2017, dans le cadre d'un projet conjoint avec l'Association Femmes, avant de s'étendre progressivement à Avranches puis à Coutances. Fin 2024, une nouvelle étape de structuration a été franchie avec l'ajout de 5 places en hébergement et de 5 places supplémentaires hors les murs sur le secteur de Saint-Lô. Cette extension a rendu nécessaire une réorganisation des services et une redistribution des charges de travail des chefs de service et du personnel administratif, ainsi qu'un renforcement des équipes pour mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées sur l'ensemble du centre, sud et nord du département.

Ces ajustements vont permettre de renforcer la présence des ACT sur le territoire, en optimisant leur organisation. Avec cette évolution, le Pôle Insertion affirme sa position centrale dans la lutte contre la précarité en Manche.





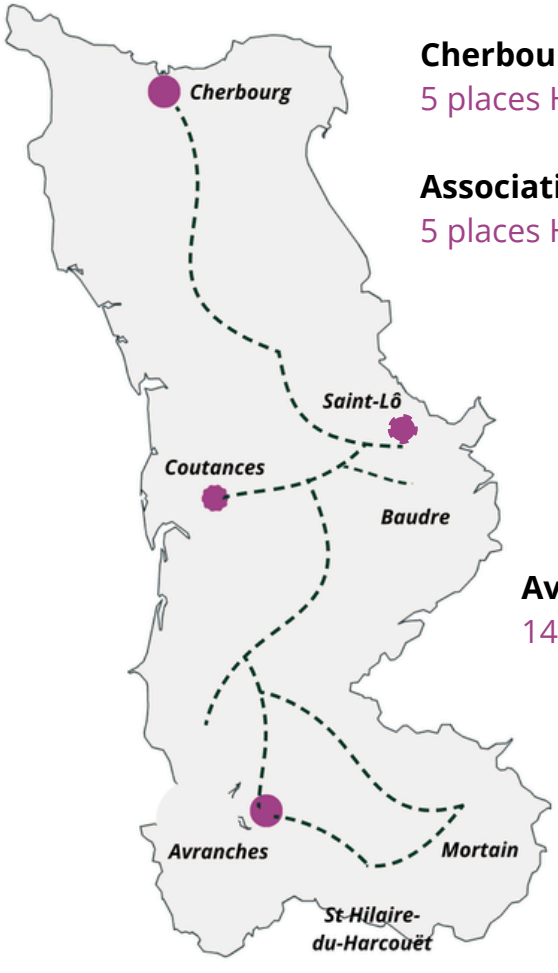
PRESENTATION GENERALE DES ACT DANS ET HORS LES MURS

PARTIE III

PRESENTATION GENERALE

Ainsi, nos services implantés à Cherbourg, Coutances, Saint-Lô et Avranches existent sur un modèle qu'on peut appeler « diffus ». Plus concrètement, les logements mis à disposition sont pour la plupart situés dans des quartiers à proximité des commodités et centres hospitaliers.
Le pôle insertion est aussi doté de places appelées ACT « hors les murs ». Il s'agit d'une prestation identique à la différence que la personne accompagnée dispose de son propre logement et/ou hébergement. A ce jour, ce type d'accompagnement intervient le plus souvent en amont ou en aval c'est à dire avant une entrée sur le dispositif ACT dit classique ou à la sortie permettant ainsi de garantir la stabilité retrouvée.





Cherbourg :
5 places Hébergement et 6 places HLM

Association Femmes :
5 places Hébergement et 8 places HLM



Avranches - Saint-Lô - Coutances :
14 places Hébergement et 9 Places HLM



1 LE CADRE INSTITUTIONNEL ET LÉGAL

Pour mieux comprendre l'évolution et les particularités du cadre réglementaire encadrant les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), voici un développement plus approfondi sur les principales lois, décretset dispositifs impliqués :

Origines et cadre de financement :

- Loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale et Décret du 3 octobre 2002 :
  - Ces textes législatifs ont marqué le début d'une organisation formelle pour les ACT, qui se sont vus attribuer un financement sous forme de dotation globale par l'assurance maladie. Cela signifie que les ressources financières allouées ne sont pas basées sur l'activité ou le nombre de résidants, mais sur un budget annuel prédéfini, assurant ainsi une stabilité financière.
  - Le financement s'inscrit dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour le secteur médicosocial, qui englobe les établissements et services destinés aux personnes handicapées et vulnérables.

- Rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) depuis la Loi HPST de 2009 :
  - Avec la Loi portant réforme de l'hôpital (HPST) du 21 juillet 2009, les ARS ont acquis des responsabilités accrues en matière de tarification et de régulation des ACT. Elles veillent à la répartition des financements, au respect des normes et à la coordination régionale des services de santé.

Définition des missions des ACT :

- Décret du 3 octobre 2002 :
  - Ce décret précise que les ACT fonctionnent sans interruption et offrent un hébergement temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale. Il s'agit principalement de personnes ayant besoin d'un suivi médical régulier, de soins coordonnés et d'un soutien dans la gestion de leur traitement.
  - Les missions incluent l'accompagnement social, l'assistance psychologique, l'aide à l'insertion (sociale, professionnelle, ou vers un logement autonome)et la promotion de la santé.
  - Les équipes pluridisciplinaires sont composées au minimum d'un médecin, pouvant être assisté par des professionnels paramédicaux, des travailleurs sociaux et des éducateurs spécialisés.

L'article 1 du Décret n°2002-1227 du 3 octobre2002 relatif aux Appartements de Coordination Thérapeutique, définit la fonction des ACT :

« Les Appartements de Coordination Thérapeutique fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. »

Des soins et accompagnement psycho-social :

- Coordination médicale :

1. La coordination est assurée par un médecin différent du médecin traitant, pour garantir une approche complémentaire. Elle englobe la constitution et le suivi du dossier médical, la gestion des soins en lien avec les médecins prescripteurs et l'intégration des différents acteurs de soins (hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers, kinésithérapie etc.).
2. Une importance est accordée à l'observance thérapeutique : l'objectif est d'assurer que les résidants suivent correctement leurs traitements, grâce à un soutien continu et une éducation à la santé. Par exemple, les conseils nutritionnels ou la gestion des addictions peuvent faire partie du plan de soins.
3. Le soutien psychologique est également pris en charge, contribuant à l'amélioration du bien-être global des résidants.

- Coordination psychosociale :

1. La coordination psychosociale est assurée par le personnel socio-éducatif, qui s'occupe du soutien émotionnel, de l'accès aux droits (comme l'assurance maladie, les aides sociales)et de l'aide à l'insertion professionnelle et au logement.
2. Les interventions visent à favoriser l'autonomie des résidants, en les guidant dans leurs démarches administratives, en facilitant leur accès aux services existants et en les accompagnant dans leurs déplacements, si nécessaire.

Renforcement des droits des résidants :

- Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement **:**

    - Cette loi introduit la notion de "personne de confiance" dans les ACT. Chaque résidant peut désigner une personne qui sera consultée sur les décisions importantes le concernant, en cas d'incapacité à s'exprimer.

- Loi du 27 janvier 2017 sur l'égalité et la citoyenneté :

    - Afin d'améliorer la continuité du parcours des résidants en fin de séjour dans les ACT, la loi prévoit une priorité pour l'accès au logement social pour les malades chroniques. Cela permet d'éviter les ruptures de prise en charge et de faciliter la réinsertion dans la société.
    - Les bénéficiaires du DALO (Droit au Logement Opposable) ont également accès prioritaire au logement, permettant une meilleure gestion de la transition hors des ACT.

Modernisation du système de santé :

- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 :

    - Cette loi a été une réponse à la nécessité de réformer l'organisation de la santé en France. Elle repose sur trois axes principaux :
        - Le renforcement de la prévention, visant à réduire les risques de maladies évitables par des campagnes d'information et d'éducation sanitaire.
        - La réorganisation des soins de proximité, en mettant le médecin généraliste au centre de la prise en charge, afin d'assurer une meilleure coordination des soins.
        - Le développement des droits des patients, en renforçant les informations fournies aux patients et en facilitant leur accès aux services de santé.
    - La loi prévoit la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT), visant à mutualiser les ressources des hôpitaux et à assurer une meilleure couverture territoriale des soins.
    - Les décrets de juillet et octobre 2016 précisent les conditions de partage d'informations entre professionnels de santé et du secteur médico-social. Il s'agit de faciliter les échanges nécessaires à la prise en charge tout en respectant le consentement des patients, notamment en ce qui concerne les données médicales.

Méthodologies de travail et bonnes pratiques :

- La réglementation permet de mieux encadrer le partage d'informations entre professionnels, notamment dans les équipes pluridisciplinaires des ACT, pour garantir la continuité et la qualité des soins.
- Les ACT doivent s'assurer du recueil du consentement préalable des résidants avant tout partage d'informations médicales avec des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Ainsi, les Appartements de Coordination Thérapeutique se situent au croisement des domaines social et médical, avec pour objectif d'accompagner les personnes fragiles vers une meilleure qualité de vie, une stabilisation de leur état de santé et une réinsertion sociale. Le cadre législatif et réglementaire s'est renforcé au fil du temps pour répondre aux besoins évolutifs des populations accueillies et pour garantir une prise en charge adaptée et continue.

Ce contexte réglementaire vise à offrir stabilité, continuité et qualité de soins aux résidants, tout en renforçant leurs droits et facilitant leur réinsertion. À présent, nous aborderons les différents publics accompagnés, pour mieux comprendre et identifier les besoins spécifiques auxquels répondent les ACT.

2 LE PUBLIC

Les personnes en grande précarité sont souvent sans domicile fixe, vivant dans la rue, ou se trouvant dans des situations de logement difficiles, comme dans un camping, une caravane, un squat, ou des logements inadaptés à leurs besoins, notamment en raison d'un handicap ou de la perte d'autonomie. Certaines disposent d'un logement mais font face à des menaces d'expulsion dues à des impayés, des conflits de voisinage.

Leurs ressources financières sont généralement très limitées, se réduisant souvent à des allocations chômage, des retraites ou des minima sociaux comme le RSA ou l'AAH, avec des difficultés à gérer ces ressources. Certaines personnes peuvent recevoir des allocations pour invalidité ou des indemnités journalières liées à une incapacité de travail reconnue par la Maison Départementale de l'autonomie (MDA). La majorité de ces personnes ne sont pas en emploi et peuvent bénéficier d'une mesure de protection.

Les personnes accueillies peuvent être des individus seuls ou des couples, avec ou sans enfants.

Parmi le public, on trouve également des personnes ayant un passé judiciaire, qui sont suivies par un conseiller d'insertion et de probation après une condamnation. De plus, certains ont déjà été en contact avec des établissements médico-sociaux ou ont été hébergés dans des dispositifs d'hébergement d'urgence ou dans des centres pour demandeurs d'asile.

Les personnes confrontées à des problématiques de santé bénéficient souvent d'une reconnaissance d'affection de longue durée, en raison de la gravité de leur pathologie et du caractère chronique de celle-ci, nécessitant des traitements prolongés et coûteux.

Les affections peuvent être très variées, comme des hépatites, le VIH, ainsi que des polypathologies combinant des problématiques en oncologie, diabétologie, pneumologie et cardiologie.

Les ACT peuvent également accueillir des personnes à mobilité réduite, à condition que le logement soit adapté et accessible, par exemple avec un ascenseur. Cependant, à l'heure actuelle, aucun des sites ne dispose de logements adaptés aux personnes à mobilité réduite (PMR).

À l'échelle nationale, les principales problématiques rencontrées dans les ACT sont les addictions, les troubles du comportement et les maladies infectieuses. De nombreuses personnes accueillies ont souvent renoncé à se faire soigner à un moment donné de leur vie, voire n'ont jamais pris l'habitude de le faire.

Malgré leurs fragilités, les personnes accueillies doivent avoir une certaine autonomie pour gérer leur logement sur le plan fonctionnel (hygiène, alimentation, prise de médicaments etc.) ainsi que sur le plan intellectuel, en sachant faire appel aux services appropriés en cas de besoin (médecins, pompiers, police etc.). Toutes les aides nécessaires peuvent être mises en place dans les ACT pour soutenir les résidants, telles que l'hospitalisation à domicile, l'aide à domicile ou le service de livraison de repas.

Les résidants des ACT peuvent également venir avec leurs animaux, tant que cela reste raisonnable et compatible avec leur état de santé.

Après avoir identifié les différents types de public, intéressons nous à l'offre de prestations, conçue pour répondre aux besoins spécifiques de chacun. Avant cela, il convient de rappeler qu'en avril 2024, le pôle s'est réuni lors d'une journée institutionnelle. À cette occasion, des groupes de travail ont exploré des thématiques clés, constituant un socle commun de réflexion pour l'ensemble du pôle, y compris les ACT. Parmi ces thématiques figuraient notamment :

- **Le projet d'accompagnement personnalisé,**
- **L'accueil et l'admission des personnes,**
- **L'accompagnement dans le logement,**
- **Le soutien à la santé et à l'estime de soi,**
- **Le renforcement des partenariats,**
- **La participation des personnes accompagnées,**
- **Les outils nécessaires pour se conformer à la loi de 2002,**
- **L'accompagnement à la vie sociale et à la citoyenneté.**

Ces réflexions nourrissent et orientent nos pratiques. Elles permettent d'assurer une cohérence et une qualité de service au sein de l'ensemble du pôle. Ainsi, notre approche de l'accompagnement, qu'il s'agisse de l'accueil, du logement, de la santé ou de la participation des personnes accompagnées, repose sur cette base commune, assurant un accompagnement adapté et harmonisé sur l'ensemble du territoire.



3 L'OFFRE DE PRESTATION

1. Le cadre de l'accueil

Nos services sont ouverts du lundi au vendredi, de 9h à 18h, avec des horaires adaptables selon les besoins et les projets. Une astreinte par territoire est mutualisée avec les CHRS.

Les fondements de l'accueil

L'accueil applicable à l'ensemble des services. Il s'agit d'un accueil individualisé, qui tient compte des besoins repérés par la personne, l'équipe et les partenaires à l'origine de l'orientation.

L'Évaluation des besoins

Il est essentiel de comprendre et de répondre aux besoins spécifiques identifiés par et pour la personne accueillie. Ces besoins incluent :

1. Besoins d'écoute et de réponses : Offrir une oreille attentive et être en mesure de répondre aux demandes exprimées par la personne.
2. Besoins de confiance : Créer un environnement où la personne peut établir une relation de confiance avec les professionnels.
3. Besoins de sécurité : Assurer que la personne se sente en sécurité, tant physiquement que psychologiquement.
4. Besoins d'informations : Fournir des informations claires sur le fonctionnement et l'organisation du lieu d'accueil afin de permettre à la personne de se repérer et de se sentir à l'aise.
5. Besoins de conseil : Assister la personne dans ses démarches administratives, souvent rendues complexes par l'absence de documents ou de connaissances nécessaires.
6. Besoins d'orientation : Offrir l'expertise d'un professionnel capable de guider la personne vers les services et les solutions les plus adaptés à sa situation.





L’offre d’hébergement

Au pôle insertion de l’ADSEAM, par expérience, nous sommes devenus de plus en plus attentifs à la qualité des propositions faites par les bailleurs privés ou sociaux envers notre public en situation de précarité. Notre objectif est d’offrir un logement digne, répondant aux besoins des personnes accompagnées en termes d’équipements mais aussi en termes de situation géographique.

En outre, à travers le logement l’objectif recherché sera aussi de permettre à la personne d’expérimenter des conditions d’hébergement favorable à l’amélioration de leur santé et de les aider à se réapproprier ou s’approprier les gestes simples du quotidien. Il s’agit alors de la notion « habiter son logement ». En ce sens, la mise en situation d’autonomie permettre à la personne et à l’équipe d’évaluer ses capacités à vivre de façon indépendante ou au contraire à se rendre compte de ses difficultés et ainsi lui permettre de réfléchir à une solution de logement plus adaptés.

Les appartements ACT du pôle insertion sont répartis comme suit :

- A Cherbourg, 5 appartements du T3 au T4
- A Coutances, 3 appartements de type T2
- A Saint-Lô, 5 appartements du studio au T4
- A Avranches, 6 appartements du studio au T4.

Ils sont tous situés à proximité de toutes commodités (commerces d’épicerie, supermarchés, laveries, …) et aussi proche des structures de soins (pharmacie, cabinets médicaux généralistes, laboratoire d’analyse, …).

Les résidants peuvent se déplacer à pied, utiliser les transports en commun existants ou solliciter les associations de solidarité transport en fonction du motif de déplacement ainsi que le personnel dédié aux ACT pour se rendre sur ces différents lieux.

Chaque logement est meublé et équipé (électroménagers et meubles, vaisselle et linge de maison). Chaque résidant peut apporter tout objet de la vie courante qui contribuera à son confort sous réserve du respect des normes en vigueur. Il peut également apporter des objets de décoration pour s’approprier les lieux et s’y sentir bien.

L’admission :

Comme mentionné dans la partie consacrée à l’historique du Pôle, les ACT du Nord ont été développées en partenariat avec l’association Femmes, tandis que celles des territoires Sud et Centre Manche sont directement gérées par l’ADSEAM. Cette organisation découle d’adaptations spécifiques aux contraintes propres à chaque territoire lors de leur mise en place, ce qui explique des modes de fonctionnement légèrement différents entre Cherbourg, d’une part, et Avranches/Saint-Lô/Coutances, d’autre part. Toutefois, cette distinction constitue la seule variation notable entre les territoires, le reste des modalités d’accompagnement et des procédures étant uniformisé. Par ailleurs, l’absence prolongée d’un médecin, suivie aujourd’hui par un temps médical restreint sur le Sud et Centre Manche, a nécessité une adaptation de notre procédure d’accueil.

Par conséquent, nous présenterons ici les deux procédures, afin de refléter ces spécificités territoriales.

le schéma ci-dessous présente la procédure à suivre pour une demande d’admission aux appartements de coordination thérapeutique de l’adseam :

- **Appeler** : La première étape consiste à contacter l'ADSEAM par téléphone pour initier la demande.
- **Demander le dossier** : Une fois le contact établi, il faut demander le dossier, qui sera envoyé par e-mail au travailleur social.
- **Remplir le dossier** : Le dossier contient deux volets :
  - *Volet médical : à faire remplir par un médecin.*
  - *Volet social : à remplir par le demandeur, seul ou accompagné.*
  - *Il est également nécessaire d’inclure une lettre expliquant les besoins et attentes, ainsi que tout document complémentaire jugé pertinent (facultatif).*

- Constituer le dossier : Rassembler toutes les pièces, dont les deux volets et les documents requis.
- Envoyer le dossier : Une fois le dossier complet, il doit être envoyé par e-mail à l’adresse indiquée.
- Réception du dossier : Après envoi, une notification par e-mail sera envoyée pour confirmer la réception et l’intégralité du dossier.

⚠️ Attention : Si le dossier est incomplet, il ne sera pas étudié. Il est donc important de vérifier que tous les éléments demandés sont inclus.

Ce processus vise à s'assurer que toutes les informations nécessaires sont fournies pour une évaluation complète de la demande.



Le traitement de la demande se déroule ensuite de la manière suivante :

- **Notification de réception du dossier :** Le travailleur social reçoit un e-mail qui précise si le dossier est complet ou non. Si le dossier est incomplet, l'e-mail indique également la date prévue pour l'étude de la demande. La personne doit téléphoner pour convenir d'un premier rendez-vous. Par la suite, l'équipe recontacte la personne, et un rappel sera nécessaire au moment de la décision finale.
- **Rencontre avec les équipes est organisée en 2 temps :**

1. *Entretien avec l'équipe médicale*
2. *Entretien avec l'équipe sociale*

L'objectif sera de s'assurer de la motivation de la personne à se mobiliser dans l'offre de soins proposé par les ACT.

- **Prise de décision :** Dans les 15 jours suivant la rencontre, une décision est prise par l'équipe. Vous devez appeler pour connaître la décision.

- **Emménagement ou liste d'attente :**

1. Si une place est libre, vous pourrez emménager dans un délai de deux semaines.
2. Si aucune place n'est disponible immédiatement, mais se libère dans les trois mois suivants, vous serez placé sur liste d'attente.



Notice explicative relative aux Appartements de Coordination Thérapeutique adressée aux bénéficiaires

La demande d'admission

1. Appeler le :
2. Demander le dossier et le recevoir sur votre boite e-mail
3. Remplir le dossier : volet social et le volet médical et y inclure toutes les pièces jointes
4. **La constitution du dossier**
   - Volet médical à remplir par votre médecin
   - Volet social à remplir seul ou accompagné
   - Votre lettre expliquant vos besoins et vos attentes
   - Facultatif Tous documents complémentaires
5. Envoyer le dossier complet à l'adresse mail
6. Vous recevrez une notification par e-mail de la réception de votre dossier et une confirmation qu'il est bien complet

Si votre dossier n'est pas complet, nous ne pourrons pas l'étudier

Le traitement de la demande

Conservez cette notice : elle contient des informations utiles pour toute la durée du traitement de votre demande d'admission



Pour toute question, nous sommes à votre écoute



1. Vous recevez une notification par mail :
   - votre dossier est complet
   - votre dossier est incomplet

   sera inscrit la date d'étude de votre demande. Nous vous invitons à nous appeler suite à cette date pour définir une 1ère rencontre
2. Une rencontre en deux temps :
   - Entretien avec l'équipe médicale
   - Entretien avec l'équipe sociale
3. Dans les 15 jours La décision est prise en équipe. Vous nous rappelez pour connaitre la décision
4. Si une place est libre vous pourrez emmenager sous 2 semaines. Si une place se libère dans les 3 mois suivants vous serez sur liste d'attente.

Pour les ACT gérées conjointement entre ADSEAM et l'association femmes :

Il n'y a pas de dossier médical à remplir en amont puisque le médecin est présent sur les temps de réunions et sur les rendez-vous d'admission.

Les demandes d'accueil peuvent être formulées par téléphone ou par courrier. Elles peuvent provenir soit d'un professionnel du secteur médico-social, avec l'accord de la personne concernée, soit directement de la personne souhaitant un accueil.

- **Demande par téléphone :** Une fiche contact est remplie pour consigner les informations communiquées.
- **Demande par courrier :** Le courrier est intégré à la fiche contact pour centraliser les éléments de la demande.

Dans les deux cas, les informations recueillies sont examinées lors d'une réunion d'équipe. Un rendez-vous d'entretien est proposé pour évaluer la situation de manière approfondie.

L'entretien d'admission :

L'entretien d'admission se déroule en deux étapes distinctes. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'un entretien de sélection : il n'y a aucune mise en concurrence entre candidats, une seule candidature est examinée pour le logement disponible.

Entretien médical :

Cet entretien se déroule avec le médecin coordinateur et une infirmière du service. Son objectif est de :

- Faire un bilan de la situation médicale de la personne ;
- Évaluer ses besoins et attentes sur le plan médical ;
- Présenter les modalités d'accompagnement médical et paramédical proposées par le dispositif.

Lors de cet échange, l'infirmière remplit une fiche d'entretien médical, consignant les informations clés.

ADSEAM

Entretien social :

Cet entretien est mené par le chef de service et un travailleur social. Il permet de :

- Faire un point sur la situation globale de la personne (familiale, sociale, financière, judiciaire, etc.) ;
- Identifier ses attentes, besoins et projets personnels ;
- Présenter le dispositif des Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT).
-

Le travailleur social complète une fiche d'entretien social pour formaliser les éléments abordés.

Accompagnement lors des entretiens :

La personne sollicitant un accompagnement au sein des ACT peut être accompagnée par un professionnel du secteur social ou médical. L'entretien peut se dérouler en présence de cet accompagnateur ou, selon les situations, en deux temps distincts.

Décision et suivi :

À l'issue des entretiens, il est demandé à la personne de recontacter le service dans un délai de quinze jours pour connaître la décision prise concernant sa demande.

Après avoir détaillé les procédures d'admission, il est essentiel d'explorer l'accompagnement proposé au sein des ACT. Cette transition marque le passage d'un cadre administratif à une approche humaine et personnalisée.



2. Accompagnement vers la santé et l'estime de soi

L'accompagnement à la santé et l'estime de soi sont étroitement liés, cette thématique représente le socle du parcours d'insertion en abordant les aspects de la santé physique, mentale et émotionnelle.

Les résidants et les professionnels du pôle insertion ont traduit ces termes en utilisant un acrostiche.

A 
Accueillir

C 
Conseiller

C 
Construire

O 
Orienter

M 
Mesurer

P 

Possibles

A 
Aller vers

G 
Guider

N 
Nommer

E 
Ecouter

R 
Restaurer

S 
Soutenir

A 
Accompagnement

N 

Nouveau

T 
Travailler

E 
Encourager

E 
Envisager

S 
Souffler

T 
Temporairement

I 
Individuellement

M 
Mesurant

E 
Emotions

SOI



Souffrances p**o**ur favoriser un mi**e**ux être

En s'appuyant sur notre expérience, la santé s'impose comme la composante incontournable et transversale à l'accompagnement social global et elle est non réduite au somatique.

Professionnels et résidants s'accordent sur le fait que la santé mentale et physique doit être pris en compte favorisant ainsi le parcours du résidant. De fait, l'écoute avec considération et sans jugement sera d'ores et déjà une démarche soignante.

Au-delà de l'écoute, Il s'agit alors de co-construire avec les personnes accueillies à travers le projet d'accompagnement personnalisé son parcours de soins : identifier avec les personnes, leurs besoins, mobiliser leurs ressources et leurs savoir-faire et aussi pouvoir échanger autour des fragilités.

Un soutien adéquat des professionnels peut significativement renforcer l'estime de soi, vecteur de mieux être moral et physique. Cette démarche associée à une posture professionnelle consiste à :

- Rendre acteur la personne accompagnée de son parcours de soin (suivi et restauration)
- Offrir et garantir une coordination des interventions au profit du parcours de soin du résidant.
- Formaliser, développer et entretenir les partenariats médicaux et paramédicaux
- Favoriser une dynamique d'échanges, de partage et d'évolution continue des pratiques sur la thématique
- Promouvoir une posture professionnelle tolérante, non stigmatisante et respectueuse

La santé et l'estime de soi constituent des prérequis essentiels pour permettre aux personnes de se projeter dans une vie sociale active et participer à leur parcours d'insertion.



3. Accompagnement à la vie sociale et à la participation

La participation dans un cadre d'accompagnement social ne doit pas être confondue avec la simple offre d'activités. Bien que les activités telles que les après-midi jeux de société, les sorties, ou les ateliers de couture soient essentielles, elles servent avant tout à atteindre des objectifs spécifiques comme le renforcement de la cohésion de groupe, l'amélioration des relations sociales, la valorisation des compétences et le développement de la confiance en soi. Ces activités offrent aussi un espace de détente, un « sas de décompression », qui est crucial pour le bien-être des individus.

Cependant, pour aller au-delà de la simple participation à des activités, il est essentiel de passer d'une logique de **prise en charge** à une **implication active** des résidants dans la vie collective. Cette transition est ce qui distingue la participation véritable des simples activités récréatives. La participation active est considérée comme une pratique professionnelle car elle favorise l'émergence d'une dynamique collective et responsabilise les résidants.

Les Différents Types de Participation :

Participation Quotidienne :

- Faire émerger la capacité à prendre la parole, à débattre, à se confronter à un collectif par le biais de différentes propositions :

Groupes de parole :

Cette forme de participation permet de développer la capacité à prendre la parole, à débattre et à se confronter à un collectif. Cela peut se réaliser par le biais de divers dispositifs comme les groupes de parole, où les résidants peuvent aborder librement des thématiques de leur choix, animés par des professionnels du CHRS et des intervenants bénévoles, tels que des psychologues.



Participation à Travers le Débat et l'Expression :

Des initiatives comme les vidéos/débats permettent de susciter la réflexion et l'échange. Par exemple, après le visionnage de films tels que « Le consentement » ou « Requiem for a Dream », un groupe de discussion est organisé pour explorer les thèmes abordés.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) constitue une autre forme de participation. Ce projet est ancré dans la loi 2002-2, qui garantit l'expression et la participation des personnes accompagnées. Le PAP, lorsqu'il est mis en œuvre, devient un outil essentiel pour intégrer activement les résidants dans la définition de leur parcours.

- **Développer le pouvoir d'initiative, à travers des groupes projets qui organisent des activités et être citoyen**

L'implication active des résidants se manifeste également par leur engagement dans des **groupes projets**, où ils organisent et animent des activités telles que des soirées karaoké, des sorties bowling, ou encore la gestion autonome d'une cafétéria.

Ces projets ne se limitent pas au cadre interne, mais s'étendent à la participation à la vie du quartier, comme lors des fêtes locales, où les résidants donnent de leur temps, renforçant ainsi leur rôle citoyen.

Participation et Expression Individuelle :

Des initiatives comme **Les Mercurielles** à Cherbourg, qui proposent des ateliers d'écriture animés par des écrivains, permettent aux résidants de développer leur expression personnelle. Ces moments d'échange et de création favorisent l'émergence de la parole et la valorisation des talents individuels.

L'abonnement à une artothèque **à Cherbourg**, où les résidants choisissent des œuvres d'art pour décorer leur espace de vie, est une autre manière de les impliquer activement dans leur environnement, en exerçant leur goût et leur jugement esthétique.

L'abonnement **au théâtre d'Avranches** offrant des tarifs préférentiels aux résidantes du CHRS.



Faire Vivre la Démocratie Représentative :

La participation à la démocratie se manifeste par **des comités de résidants** ou des **Conseils de la Vie Sociale (CVS).** Dans ces instances, un Président est élu par ses pairs pour représenter les intérêts des résidants. Ces comités se réunissent régulièrement pour recueillir les besoins et discuter des activités et améliorations possibles.

Par ailleurs, des **questionnaires de satisfaction** sont proposés en fin de parcours à Avranches, permettant aux résidants d'exprimer leur ressenti sur l'accompagnement reçu et ainsi d'influencer les pratiques futures.

La participation ne se résume doc pas à une simple participation à des activités, mais implique une véritable implication active des résidants dans la vie collective et la gestion de leur quotidien. Cette démarche favorise le développement de leur autonomie, renforce leur pouvoir d'initiative et assure une meilleure intégration sociale. En permettant aux résidants de s'exprimer, de prendre des décisions et de s'impliquer dans leur projet individualisé et dans des projets collectifs, on leur offre les outils nécessaires pour devenir des acteurs à part entière de leur parcours d'insertion.

Le constat est qu'il existe une multitude de formes de participation, il s'agira de s'en inspirer pour que chaque service puisse proposer différentes formes de participation.

La participation active et l'accès aux droits et à la citoyenneté sont deux piliers indissociables de l'insertion et de la réinsertion sociale. Tandis que la participation encourage les résidants à s'impliquer activement dans la gestion de leur quotidien et à prendre des initiatives, l'accès à la citoyenneté renforce leur sentiment d'appartenance à la société et leur permet de mieux comprendre leurs droits et devoirs. Ces deux dimensions se rejoignent dans l'objectif commun de restaurer l'autonomie et l'inclusion sociale des résidants, en les aidant à surmonter les obstacles liés à leur situation.

4. Accompagnement à l’accès aux droits et à la citoyenneté

La notion de civisme comme un pilier essentiel de la citoyenneté, englobant plusieurs aspects clés de la vie en société.

Droits et Devoirs des Citoyens :

Le civisme implique d'abord une compréhension et une application des droits et devoirs de chaque citoyen, comme l'inscription sur les listes électorales, l'acte de voter, le respect des lois et l'exercice des responsabilités parentales. Ces actions ne se limitent pas à des obligations légales, mais représentent une participation active à la vie de la cité, où chaque individu joue un rôle dans le fonctionnement de la société. Cette participation n'est pas nécessairement publique ou visible, car on peut être isolé tout en restant un citoyen actif et engagé.

La notion de communauté est aussi identifiée. Elle implique de vivre en collectivité et de se rassembler autour de projets communs, ce qui permet d'apprendre et d'exercer sa citoyenneté. Cela aide à développer un sentiment d'appartenance, à se sentir impliqué et respecté et à respecter les autres. En participant activement à la vie collective, on apprend à s'adapter à la société, à contribuer à la cohésion sociale, à comprendre les lois et les normes et à intégrer son environnement de manière positive.

Participer au vivre ensemble, Sentiment d'Appartenance et Cohésion Sociale :

Un autre aspect fondamental du civisme est le travail sur le sentiment d'appartenance, qui est essentiel pour sortir de l'isolement et faire valoir la parole des résidants, notamment à travers des instances comme les Conseils de la Vie Sociale (CVS) ou les Comités de résidants (CRPA). Ces instances permettent de renforcer les valeurs de l'éducation populaire, en offrant à chacun une voix dans la vie collective. Elles sont des lieux d'apprentissage où les citoyens peuvent comprendre leur rôle et leur pouvoir dans la société et où les expériences de vie collective sont mises en valeur comme un « laboratoire d’expériences » interne.



Participation au Vivre Ensemble :

Le civisme s'étend également à la participation au vivre ensemble, une notion qui repose sur le respect des lois et des règles de vie sociale, indispensables pour permettre la cohabitation harmonieuse dans une communauté. La vie en collectivité, que ce soit au sein d'un quartier, d'un service, ou d'un projet commun, est un moyen d'apprendre et d'exercer sa citoyenneté. Le sentiment d'appartenance à un groupe, le respect mutuel et la participation active sont des éléments cruciaux qui contribuent à la cohésion sociale.

En outre, l'engagement citoyen se manifeste par des actions concrètes, comme la participation à des initiatives locales. Par exemple, des activités telles que le ramassage des déchets par les résidants d'une maison relais dans leur quartier, ou leur implication dans des événements communautaires, sont des exemples de la manière dont les citoyens peuvent contribuer à la vie collective et renforcer leur sentiment d'appartenance.

Citoyenneté Élargie :

La citoyenneté ne se limite pas à ces aspects ; elle inclut également l'accès à la culture, le recours aux droits sociaux, et l'inclusion numérique. En effet, favoriser l'accès aux espaces numériques, accompagner les personnes dans la dématérialisation des démarches administratives, et les aider à naviguer dans les services de droit commun, comme les Espaces France Service, sont des démarches citoyennes cruciales dans notre société numérique.

Les Conseils de la Vie Sociale (CVS), le bénévolat, encore les comités de résidants, sont d'autres formes d'expression de la citoyenneté. Ils permettent aux individus de s'engager activement dans leur communauté et de soutenir les autres, tout en renforçant leur propre sentiment de valeur et d'inclusion sociale.

En résumé, le civisme et la citoyenneté dépassent les simples obligations légales. Ils impliquent une participation active dans le vivre ensemble, le respect de son environnement, l'inclusion sociale, et l'engagement dans des projets communs qui renforcent les liens sociaux et le sentiment d'appartenance. Ces valeurs sont essentielles pour se construire et se reconstruire.



Vie Sociale :

La participation à des activités collectives n'est pas toujours facile pour les personnes accueillies, en raison de leurs parcours de vie. Les professionnels doivent encourager cette démarche pour aider à surmonter les stigmates associés à la situation. Comme l'a dit un résidant : - « ce n’est pas facile de se débarrasser du costard de SDF ». Les émotions de honte et de jugement, tant par les autres citoyens que par les professionnels, sont fréquentes, souvent liées à l'absence de logement et aux problématiques d'addiction.

Le processus de réinsertion commence souvent par la restauration des liens familiaux, quand cela est possible et souhaité. Cela soulève des questions sur le droit de recevoir famille et amis lorsqu'on est hébergé, une règle parfois floue. Les personnes très isolées ou marginalisées peuvent avoir besoin de l'aide des professionnels pour participer à des activités socialisantes et sortir de leur isolement. La peur du regard des autres et le sentiment de honte sont des obstacles majeurs.

Utiliser les ressources de l'environnement local, comme les maisons de quartier, permet d'expérimenter la vie de quartier et la vie culturelle, créant ainsi du lien entre les habitants. Reconstruire une vie sociale implique également de se distancer des relations toxiques et de créer de nouvelles connexions, bienveillantes et solidaires.

Les équipes et les personnes accompagnées soulignent l'importance de faire ensemble aujourd'hui pour permettre à chacun de retrouver son autonomie demain. Cela passe par la création de liens sociaux et le renforcement de la cohésion.

L'implication des personnes dans des activités et projets collectifs renforce leur estime de soi, en leur offrant des occasions de se valoriser et de développer leurs compétences. Cet appui se prolonge dans l’accompagnement au logement, où ils peuvent consolider cette confiance en eux dans un cadre de vie plus autonome, qui se doit d’être structuré et structurant.



5. Accompagnement dans et vers le logement

Le Pôle Insertion de l'ADSEAM, à travers ses dispositifs d'hébergement et de logement accompagné, œuvre pour l'insertion par le logement de son public. Que ce soit en CHRS, en ACT avec hébergement, en Lits-Halte-Soins-Santé avec hébergement, en logement en ALT, en bail glissant ou en bail de sous-location de logement en Maison Relais, les bénéficiaires de nos services ont majoritairement des difficultés pour accéder à un logement autonome.

La mise à disposition de logements permet à des personnes et des ménages d'accéder à un toit de façon transitoire dans l'attente d'une solution plus pérenne. Ce temps d'hébergement est un outil éducatif qui va permettre de travailler avec les personnes sur les difficultés d'accès au logement.

Ainsi, dans un premier temps, l'objectif du service accueillant va être d'évaluer la situation de la personne en regard du logement, à travers son parcours résidantiel et son éventuel passif dont il va falloir tenir compte.

Les visites à domicile, dans le logement mis à disposition, permettent de mesurer la capacité de la personne ou du ménage à habiter en autonomie, à se maintenir dans le logement en respectant les obligations du locataire, à l'investir et investir son environnement.

Ce temps d'évaluation et d'observation donnera matière à construire avec les personnes concernées un projet individualisé réaliste d'accès au logement. L'accompagnement éducatif visera alors à valoriser les compétences, agir sur les difficultés rencontrées, consolider les acquis et aller progressivement vers le logement pérenne.

Si le logement de droit commun est a priori l'orientation privilégiée, les services du Pôle Insertion disposent également de tout un panel de dispositifs, internes ou externes, qui vont permettre d'accompagner les personnes concernées vers une solution en adéquation avec leur parcours et leurs capacités.

Le tableau suivant expose les moyens mis en œuvre par les établissements du Pôle Insertion pour évaluer la situation de personnes accueillies et les accompagner dans le logement, puis, vers le logement.



PRESENTATION DU SERVICE



	Parcours	Accompagnement dans la structure du Pôle Insertion	Sortie
OBJECTIFS	Réaliser un état des lieux du parcours logement de la personne accueillie*	Evaluer et coconstruire le projet résidantiel de la personne accueillie * Evaluer en continu les compétences liées au logement de la personne accueillie	Rechercher avec la personne accueillie* la meilleure orientation possible vers le logement : logement autonome, adapté ou accompagné, structure médico-sociale...

PRESENTATION DU SERVICE

	Parcours	Accompagnement dans la structure du Pôle Insertion	Sortie
MOYENS	Consultation du Dossier SIAO Liens avec les partenaires Entretien de recueil d'informations, point sur la situation administrative : Ouverture de droits, endettement, résiliation de bail, changement d'adresse, titre de séjour etc... Evaluation de la situation de santé (troubles psychiques, addictions, mobilité...)	Visites à domicile : soutien à l'appropriation du logement, motivation, repérage des évolutions et des dysfonctionnementsetc... Accompagnement éducatif visant au respect des obligations du locataire : paiement du loyer, respect du voisinage, entretien du logement, bon déroulement des cohabitations le cas échéant...	Bonne connaissance des dispositifs et leurs critères d'admission Bonne connaissance des mesures d'accompagnement à domicile Accompagnement dans les démarches nécessaires : Demande de logement social et recherche de logement Accès aux droits (CAF, FSL...) Ameublement, Equipement, Assurance, Ouvertures des compteurs ... Changements d'adresse Passage de relais aux partenaires (selon la situation), identifiés par la personne comme nouveaux référents sociaux. Repérage du nouvel environnement. Communication entre P.I. et Bailleurs (sociaux et privés). Préparer la fin d'accompagnement et ses modalités.

L'insertion par le logement est une étape essentielle, mais elle ne peut suffire à elle seule. Pour répondre aux divers besoins des personnes accompagnées, un partenariat solide et varié est indispensable. La collaboration avec des acteurs extérieurs permet de construire ainsi un réseau de soutien complet, ajusté aux réalités de chacun.

Cet enjeu a été largement abordé lors de notre journée institutionnelle, où l'importance de renforcer et de diversifier ce maillage partenarial a été soulignée.

6. L’inscription du travail partenarial sur le territoire et son articulation

La définition du partenariat :

Le partenariat est un type de relation qui repose généralement sur les principes suivants : une collaboration entre plusieurs parties (personnes ou institutions), basée sur une négociation, avec un ou plusieurs objectifs communs. Chaque partie est égale en droits et en pouvoir, tout en conservant ses particularités propres, sans uniformité des caractéristiques. Les parties établissent un contrat qui précise les modalités de leur engagement, telles que les méthodes et les règles à suivre.

Cette définition nous permet de positionner la personne accompagnée comme le principal partenaire, celle pour qui et autour de qui tout doit s’articuler pour mener à bien la mission d’accueil et les objectifs de cette personne dans le respect de ses choix. Notre expérience nous montre que toutes les personnes ne parviennent pas à exprimer des envies, à faire des choix, car elles ne s’y sentent pas autorisées, qu’elles se sentent non légitimes et n’osent pas assumer cette responsabilité. Notre mission est donc également de les soutenir dans l’exercice de leurs « prises de risques ».

Cependant le cadre légal peut limiter la capacité des personnes à exercer des choix (placement judiciaire). D’autre part, la dépendance aux produits psychotropes, telles les drogues ou l’alcool, peuvent réduire considérablement leurs capacités à avoir des désirs et à se projeter dans le futur. L’expression de leurs souhaits est alors impossible sans guidance.

Les travailleurs sociaux interviennent alors en visant à ce que la personne puisse récupérer au maximum ses capacités à faire des choix, son autonomie, en mobilisant le réseau adapté, les partenaires qui vont temporairement ou durablement étayer la personne dans la réalisation de ses projets.



Les modalités de coordination et de coopération :

La coordination

Les ACT ont une mission d'accompagnement social global qui couvre plusieurs champs : le médical, le judiciaire, l'insertion socio-professionnelle… et bien d'autres selon les besoins identifiés avec les personnes accompagnées.

De fait le référent assure une coordination avec les intervenants extérieurs déjà présents en amont ou à venir. En charge de l'accompagnement personnalisé du résidant à travers le PAP, le travailleur social du CHRS se doit de faire le lien et mobiliser tous les partenaires, le réseau nécessaire à la réalisation des objectifs de la personne.

Ce fonctionnement se met en place naturellement à partir du moment où la personne est à l'abri au CHRS. Ainsi, l'équipe du CHRS prendra le relais du travail d'accompagnement débuté par le travailleur social des CMS, CCAS, ou autre orienteur. Il en sera de même au départ de la personne du CHRS, selon son orientation et les relais nécessaires.

La contractualisation de l'accueil permet d'entériner un accord commun sur les modalités de ce partenariat.

Dans le cas de services accompagnant en Hors Les Murs, la coordination peut être assurée par des services extérieurs. L'important est de déterminer « un chef d'orchestre » qui assurera un rôle de coordination et permettra la diffusion des informations nécessaires. Elle implique dans tous les cas une notion de secret partagé dans l'intérêt et avec l'accord de la personne.

La coopération

Cette coopération peut nous obliger à mobiliser un nombre de partenaires variable autour de la personne pour éviter les écueils de défauts de communication, de doublon dans les actions, de crispations diverses dès lors que la personne accompagnée est seule à faire le lien.

Nous nous situons ici sur une notion de parcours fluide ou le statut d'hébergé de la personne définit d'emblée les rôles.

Les partenaires identifiés :

Il n'existe pas de liste exhaustive et immuable des partenaires à solliciter dans le cadre des ACT, car ceux-ci varient en fonction des besoins spécifiques identifiés pour chaque situation. Les souhaits de la personne accompagnée, les objectifs à atteindre et les étapes à franchir déterminent quels partenaires doivent être mobilisés et comment le réseau est structuré.

Pour les ACT, les partenaires de soins occupent une place centrale dans l'accompagnement. Les établissements hospitaliers, les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), ainsi que les services spécialisés en addictologie, figurent parmi les acteurs les plus sollicités. Ces partenariats sont essentiels pour répondre aux besoins de santé complexes et garantir un suivi adapté à la situation de chaque résidant.

En parallèle, d'autres partenaires peuvent être mobilisés selon les besoins identifiés, tels que les services sociaux, les associations locales, ou encore les dispositifs d'insertion professionnelle et d'accès au logement. L'intervention de ces acteurs est souvent complémentaire à celle des partenaires de soins et vise à garantir une prise en charge globale.

Ainsi, le réseau mobilisé pour les ACT doit être à la fois souple et réactif, en tenant compte de l'évolution des besoins et des spécificités de chaque parcours. Cette capacité d'adaptation garantit un accompagnement sur-mesure, permettant de répondre aux enjeux sanitaires, sociaux et personnels de la personne accompagnée.

Le partenariat formel et le partenariat informel :

Certains partenariats sont formalisés par une convention écrite. Cette convention encadre l'objet du partenariat, les modalités d'intervention, ainsi que les rôles et positions de chaque partie. Elle est définie pour une durée déterminée et, en théorie, perdure au-delà des personnes impliquées. Cependant, son maintien nécessite l'engagement actif des services concernés. Ce type de partenariat implique également une évaluation régulière, ce que la reconduction tacite ne garantit pas.

En revanche, les partenariats non formalisés reposent sur le réseau et dépendent des circonstances ainsi que de la qualité des relations entre les professionnels. Ils sont donc plus fluctuants dans le temps.

Au-delà des axes majeurs déterminés et travailler lors de notre journée institutionnelle sur le pôle insertion, plusieurs thématiques, identifiées par les équipes ont été abordées dans le cadre du projet de service des ACT.

L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

La personne accompagnée est au cœur de l'action éducative menée et les ressources sont aussi bien en interne qu'en externe auprès des partenaires. En cela, le travail d'accompagnement sera un travail de co-construction permettant ainsi de limiter les ruptures de parcours. L'engagement commun sera traduit via le projet d'accompagnement personnalisé (PAP).

1. L'accompagnement médical et paramédical

Il est essentiel de souligner le rôle complémentaire du médecin et de l'infirmière dans la coordination des parcours de soins. Le médecin analyse le dossier médical des résidants, apporte son expertise sur leurs besoins spécifiques et contribue à leur accompagnement, tandis que l'infirmier joue un rôle pivot dans leur prise en charge.
Les modalités d'intervention inclurent des appels téléphoniques, des entretiens, des visites à domicile, ainsi qu'une écoute active et un soutien à l'expression. Cela comprendra également des conseils, de l'éducation, de l'orientation éventuelle et un accompagnement vers des consultations.

Dès les premiers jours, l'infirmière rencontre le résidant de manière régulière, au minimum une fois par semaine, et plus souvent si nécessaire. La coordination de l'infirmière se concentre sur une prise en charge globale et cohérente, incluant :

- Une appréciation des données médicales, psychologiques et sociales du résidant.
- Une évaluation de l'état de santé, prenant en compte l'évolution de la situation, les traitements, les examens, les résultats, ainsi que la surveillance et l'observance des prescriptions.
- Une évaluation des conditions de vie et des habitudes, telles que l'alimentation, l'hygiène, les activités physiques ou professionnelles, le sommeil et la sexualité.
- Une éducation à la santé, fournissant des informations sur la maladie, les traitements, les effets secondaires, les modalités de surveillance, ainsi que les besoins de consultations médicales.
- Un soutien à l'observance des traitements, notamment à travers la mise en place de piluliers et l'évaluation des difficultés rencontrées.
- Des échanges d'informations sur les aspects sociaux liés à la santé, comme la médecine du travail, l'AAH, la MDA et les mutuelles.



En parallèle, le développement d'un partenariat avec les médecins hospitaliers et les services référents est essentiel, faisant du médecin l'interlocuteur privilégié. Cette coordination inclue également :

- La gestion des différentes interventions médicales et sanitaires pour garantir une continuité et une cohérence des soins.
- Le recueil d'informations utiles à l'accompagnement des résidants, tels que les comptes rendus de consultations ou d'hospitalisation.
- L'orientation vers des consultations de médecins généralistes ou de spécialistes (dentistes, ophtalmologues, psychiatres, etc.).
- L'organisation des soins ambulatoires et à domicile si nécessaire.

Au regard de cette offre de santé développée, il convient d'acter : le rôle du médecin et de l'infirmier repose sur une coordination de parcours de soins et tous deux jouent un rôle pivot dans la prise en charge et l'accompagnement.

Ainsi, cette approche collaborative et coordonnée vise à répondre aux besoins de santé des résidants.

En parallèle de l'accompagnement à la santé, l'offre psycho-socio-éducative vient compléter l'approche globale du suivi des résidants. Tandis que le médecin et l'infirmier se concentrent sur la coordination des soins et la coordination des besoins médicaux, le travailleur social intervient pour soutenir les résidants dans leur quotidien, en les aidant à gérer leur logement, à accéder à leurs droits, et à favoriser leur intégration sociale.
Bas du formulaire



2. L’accompagnement socio-éducatif

Le travailleur social rencontre chaque résidant deux fois par semaine, avec la possibilité d'augmenter la fréquence selon les besoins individuels. Il soutient le résidant dans la mise en œuvre de son projet d’accompagnement personnalisé, en fonction de ses attentes et besoins. L’accompagnement peut se concentrer sur plusieurs aspects de la vie quotidienne, notamment :

- **Besoins primaires et aide alimentaire :** Mise en lien avec des associations et dispositifs d’aide alimentaire pour répondre aux besoins primaires des personnes accompagnées, en assurant une base essentielle à leur stabilité.
- **Installation et intégration :** Aide à l’installation dans le logement et soutien à l’intégration au sein de la commune, avec un accompagnement pour découvrir et utiliser les ressources locales.
- **Habiter le logement :** Appui spécifique pour vivre dans un logement de manière autonome, incluant des conseils sur l’entretien, les obligations du locataire, l’usage des équipements, et la gestion de la vie quotidienne.
- **Accès et maintien des droits :** Accompagnement pour garantir l’accès aux droits sociaux (prestations, santé, logement) et leur maintien sur le long terme.
- **Insertion professionnelle :** Assistance dans la recherche d’emploi et l’insertion professionnelle, incluant une orientation vers France Travail, la collaboration avec les partenaires locaux (comme le chargé d’insertion du département), et un appui pour rédiger CV et lettres de motivation.
- **Gestion du quotidien :** Conseils pratiques sur l’équilibre alimentaire, la gestion du budget, et l’optimisation des ressources, favorisant une autonomie durable.
- **Soutien à la parentalité :** Accompagnement pour comprendre les besoins des enfants, gérer leurs rythmes et effectuer les démarches nécessaires (inscriptions en crèche ou à l’école). Rappel de l’obligation de signalement en cas de situation préoccupante et de la nécessité de solliciter les ordonnances ou contrats/ASE pour une aide éducative au titre de la protection de l’enfance.
- **Accès aux loisirs et à la culture :** Promotion de la participation à des activités culturelles et de loisirs pour favoriser l’épanouissement personnel et l’inclusion sociale.
- **Ateliers et sorties collectives :** Organisation de moments collectifs pour renforcer les liens sociaux, comme des ateliers de cuisine, des sorties nature ou des activités de bien-être.

Ce travail vise à favoriser l’autonomie et le bien-être des résidants dans leur vie quotidienne.

L'accompagnement socio-éducatif, qui aide les personnes à gérer leur quotidien, complète le soutien psychologique offert par le service. Tandis que le travailleur social se concentre sur l'inclusion et l'autonomie, le psychologue apporte un soutien mental adapté aux besoins des personnes accompagnées. Ces deux approches travaillent ensemble pour offrir un accompagnement global et personnalisé.

3. L'accompagnement via le soutien psychologique

Le psychologue exerce une mission :

- D'écoute,
- De soutien,
- De travail d'élaboration (mise en sens),
- De lien vis à vis de la personne accompagnée et vis à vis de l'équipe.

Ponctuellement, la psychologue peut participer à l'entretien d'admission avec le médecin ou le travailleur social. Le psychologue peut en effet être sollicité dès l'entretien d'admission si la problématique de la personne se situe particulièrement sur cet aspect ou si elle est fortement suspectée.

Une fois la personne accueillie sur le service

Il est informé par un des professionnels qu'une rencontre est obligatoire avec le psychologue. Ce premier entretien a lieu durant le 1er mois d'accueil. Il est porté par l'ensemble de l'équipe. L'objectif pour le psychologue est de se présenter et de faire connaissance avec la personne nouvellement accueillie. Il permet de faire l'anamnèse de la situation de la personne, des éventuels suivis psychologiques antérieurs et des traitements. Ce premier échange permet également de faire quelques observations cliniques qui pourront s'avérer utiles pour l'équipe. Il a lieu autant que possible dans un bureau du service des ACT. A la suite de cette rencontre, si la personne bénéficie déjà d'un accompagnement psychologique et/ou psychiatrique, le psychologue fera le lien avec les professionnels concernés, en partenariat avec la (les) infirmières de l'équipe ACT. Le psychologue participe également aux réunions de synthèse avec les différents partenaires médicaux, éducatifs et sociaux.

Un suivi régulier ou ponctuel peut découler de ce premier temps. Cela va dépendre des besoins et des motivations de la personne. Il n'est en aucun cas obligatoire. L'accompagnement psychologique au sein du service permet une évaluation des besoins en termes de soutien moral et psychologique, une compréhension des problématiques que rencontre la personne, de favoriser la connaissance de soi et de sa (ses) pathologies. La fréquence et la régularité de cet accompagnement est à adapter en fonction des besoins et des demandes de chaque résidant.

Les entretiens peuvent avoir lieu au bureau ou au domicile de la personne en fonction de ses difficultés (motrices, motivationnelles, phobies…) ou en fonction de ce qui cherche à être observé et compris.

Lorsqu'il n'y a pas de suivi psychologique interne au service, les personnes sont invitées à rencontrer le psychologue une fois tous les 6 mois dans le cadre du renouvellement du PAP. La présence du psychologue lors de la création et du renouvellement du PAP est essentielle même si la personne ne bénéficie pas d'un accompagnement psychologique au sein du service. Cet échange permet de faire un point de situation, de réévaluer les besoins, les évolutions et de maintenir un lien. Il est à noter que des rencontres informelles sont également prévues par le biais d'ateliers collectifs ou d'activités proposées par le service et contribue à conserver ce lien et à lever certaines représentations de la fonction du psychologue. Des échanges téléphoniques sont également possibles si le contexte le nécessite. Il est important de conserver une certaine flexibilité pour répondre aux besoins de ce public.
Le psychologue peut être à l'initiative, être co-constructrice et/ou co-animatrice des ateliers collectifs destinés aux personnes accompagnées.

Le psychologue a également un rôle de soutien à l'équipe, tant par son analyse des situations et l'éclairage qu'il peut apporter, que par la verbalisation des mouvements émotionnels que l'accompagnement des situations peut susciter chez les professionnels. Le psychologue peut faire des propositions à l'équipe sur les postures à privilégier selon le fonctionnement de la personne.

Les accompagnants

Les personnes qui sont accueillies peuvent être accompagnées par leur conjoint(e) et/ou par un ou des enfants. Il est proposé aux accompagnants de rencontrer au moins une fois le psychologue mais ce n'est pas obligatoire. Dans le cas où un des accompagnants solliciteraient un suivi psychologique, le psychologue aura pour rôle, en collaboration avec l'équipe, d'orienter vers le partenaire extérieur le plus adapté à la problématique.



Sortie du service ACT

Tout comme les autres domaines de la vie de la personne, la sortie du service s'anticipe également sur le plan psychologique. La personne peut avoir besoin d'être soutenue plus particulièrement pendant les dernières semaines. Le départ du service est souvent vécu comme une situation anxiogène. De plus, étant donné le délai important pour obtenir un suivi psychologique en CMP par exemple, il convient d'anticiper plusieurs semaines voire plusieurs mois à l'avance. Il est proposé à la personne une ou plusieurs possibilités d'accompagnant extérieur si cela n'a pas pu se faire pendant son séjour. Le psychologue peut accompagner la personne pour une prise de rdv téléphonique et si besoin l'accompagner au premier rdv pour faire le lien avec le professionnel extérieur.

L'accompagnement global proposé par les ACT, qu'il soit médical, psychologique ou socio-éducatif, vise à favoriser la santé et l'insertion des personnes accompagnées en tenant compte de chaque aspect de leur vie, de la gestion du quotidien au soutien psychologique. Cette approche ne peut se concevoir sans intégrer l'entourage : à l'instar des autres services du pôle insertion, l'accompagnement des familles est ainsi indissociable de celui de la personne accueillie, renforçant la cohérence de notre intervention.



4. L’accompagnement des familles :
positionnement vis-à-vis des accompagnants et enfants

Le cahier des charges des ACT n'établit pas de directives claires concernant le rôle des services ACT dans l'accompagnement des proches et des familles. Cependant, il est difficilement envisageable de ne pas prendre en compte la dynamique familiale. Tous les membres du personnel s'accordent à dire qu'il est essentiel d'inclure les accompagnants dans la réflexion.

Notre mission consiste à intervenir, soutenir, guider et orienter. Nous exerçons une veille active sur la situation familiale. A ce titre nous nous appuyons sur les décisions de justices rendues (Juge aux affaires Familiales (JAF) / Juge des Enfants (JE). Nous offrons un accompagnement social global, notamment sur des aspects tels que le relogement, la gestion du budget, le règlement des dettes, la scolarisation des enfants, l’insertion professionnelle et le soutien à la parentalité… Ces dimensions sont interdépendantes, et isoler un membre de sa famille dans nos interventions ferait perdre du sens à notre action. Le processus de relogement familial, par exemple, nécessite de consulter tous les membres pour le choix du logement, la constitution du dossier et les pièces administratives. La note sociale envoyée au bailleur prend en compte la famille dans son ensemble et sa dynamique.

L'accompagnement d'un membre de la famille par les ACT implique une coordination avec les autres intervenants pour déterminer les rôles de chacun. La maladie, souvent au cœur de la dynamique familiale, doit être abordée collectivement, en tenant compte de la manière dont elle est perçue et vécue par la famille, qu’il s’agisse de réalités ou d’appréhensions fantasmées.



Pour des interventions techniques ciblées sur un membre de la famille non directement pris en charge par les ACT, nous sollicitons systématiquement les services compétents et les partenaires de droit commun. Cette démarche vise à ne pas empiéter sur les missions de nos partenaires tout en aidant les familles à acquérir des repères pour l'avenir. Cela peut inclure le repérage des besoins, des demandes d'aides pour la garde d'enfants, d'intervention TISF, demandes d'inscription dans des centres de loisirs, des formations ou encore l'élaboration de CV.

Notre positionnement est de ne pas assister aux réunions de synthèse concernant les enfants dans le cadre de mesures éducatives, sauf si le parent en fait expressément la demande (en cas de difficultés de compréhension ou d'angoisse). Toutefois, nos professionnels surveillent de près la santé des enfants, et tout acte de maltraitance est signalé aux services de protection de l'enfance et/ou au procureur après en avoir informé les parents.

Dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité, nous encourageons l'éveil des enfants et aidons les parents à identifier d'autres soutiens que ceux fournis par notre service. Lors de l'accueil de familles monoparentales, nous veillons dès le début du suivi à envisager une solution de garde des enfants en cas d'hospitalisation du parent. Si aucune solution fiable n'est trouvée, le parent est informé que les services de protection de l'enfance seront sollicités en cas d'urgence pour assurer l'hébergement des enfants.



5. Les animations collectives

Les ateliers collectifs proposés dans le cadre des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement des personnes. Ils ne sont pas de simples activités récréatives, mais un moyen de tisser des liens sociaux, de rompre l'isolement et de créer des moments de convivialité et de détente. Organisés le vendredi après-midi, ces ateliers sont spécialement conçus pour offrir aux résidants une pause avant le week-end, favorisant leur bien-être mental et social.

Cependant, l'importance des ateliers dépasse la simple participation à des moments collectifs. Chaque résidant est placé au cœur du projet, et un véritable effort est fait pour co-construire les ateliers en fonction de leurs souhaits et besoins, exprimés lors du comité des résidants. Ce processus encourage une participation active, où les résidants ne sont plus de simples bénéficiaires mais des acteurs impliqués dans la définition des activités. Ils sont notamment invités à remplir des questionnaires pour partager leurs envies, permettant ainsi aux ateliers de refléter leurs aspirations. Bien que leur participation ne soit pas obligatoire, ils doivent confirmer leur présence à l'avance, ce qui renforce leur engagement.

Certains ateliers peuvent nécessiter une contribution financière de la part des résidants, et en fonction du budget annuel, les coûts sont répartis sur l'année. Pour les ateliers demandant une préparation particulière (comme des achats pour un atelier cuisine ou peinture), un résidant est désigné comme co-référent, responsable de l'organisation de l'atelier en collaboration avec un membre de l'équipe. Ce rôle de co-référent permet non seulement de responsabiliser les résidants, mais aussi de leur donner l'opportunité d'exercer un rôle actif et de développer des compétences organisationnelles.



Les ateliers proposés sont très variés : culturels, culinaires, créatifs, balades en plein air, et bien d'autres. Ces activités sont adaptées en fonction des intérêts des résidants, comme partager des éléments de leurs cultures respectives à travers la cuisine ou la musique. Des activités en lien avec l'environnement local sont également proposées, permettant aux résidants de s'approprier leur cadre de vie. Le jardinage, par exemple sur Avranches, est une activité continue tout au long de l'année, offrant aux résidants l'opportunité de cultiver et de récolter leurs propres légumes, tout en favorisant un lien avec la nature. En complément, des ateliers créatifs et des jeux de société sont également disponibles, visant à stimuler l'imagination et à encourager les interactions.

Au-delà des aspects récréatifs, ces ateliers permettent aux résidants de développer de nouvelles compétences, d'élargir leurs centres d'intérêt, et de renforcer leur autonomie. Ils offrent également un cadre pour l'ouverture aux autres et la création d'une véritable cohésion de groupe. Des ateliers comme ceux de cuisine ou de musique et danse, qui favorisent l'échange culturel, permettent aux résidants de s'approprier des espaces de convivialité tout en découvrant d'autres horizons.

Ces ateliers sont aussi l'opportunité de repérer plus finement leurs compétences, savoirs faires et savoirs êtres et aussi leur fatigabilité pour se projeter ou non vers l'emploi. Sujet que nous vous proposons d'aborder désormais.



6. Accompagnement vers l’emploi

Pour les ACT, la priorité est avant tout la santé, car rares sont les personnes en capacité de travailler. L'insertion par l'emploi reste une option possible, mais elle nécessite une approche adaptée. Le travail peut être une source d'intégration sociale et de valorisation personnelle, mais sans préparation, il peut aussi mener à des déceptions. Il est donc essentiel de bien évaluer les attentes et le parcours de chacun pour les orienter au mieux.

Certains résidants préfèrent ne pas suivre le chemin de l'emploi et optent pour un mode de vie, soutenu par les aides sociales. Notre rôle est de les accompagner dans leurs choix de vie, en respectant leurs valeurs. L'accompagnement à l'emploi va au-delà de la simple recherche de travail et doit tenir compte des capacités de chacun, tout en valorisant leur rôle social, même en dehors du cadre professionnel.

Les travailleurs sociaux, bien que non spécialistes de chaque domaine, apportent un accompagnement global en s'appuyant sur leur connaissance des ressources locales et des partenaires spécialisés. Ils assurent également l'accompagnement pour la réouverture des droits liés à l'emploi, la gestion de la mobilité, et la préparation au monde du travail, en tenant compte des obstacles comme les addictions.

Ainsi, même si la priorité des ACT reste la santé, l'accompagnement global proposé favorise l'inclusion sociale et l'autonomie, tout en laissant la possibilité de se tourner vers le travail pour ceux qui en ont la capacité et la volonté.



7. Accompagnement à la fin de vie

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) englobent bien plus que la simple coordination de soins, ils visent un accompagnement global des résidants, intégrant non seulement la santé physique et mentale, mais aussi des aspects essentiels comme l'estime de soi et la fin de vie. L'accompagnement en fin de vie, bien que non initialement prévu dans la structure des ACT, est une réalité à laquelle les équipes sont régulièrement confrontées. Cette situation met en lumière la dimension profondément humaine de l'accompagnement proposé dans les ACT.

Tout comme l'accompagnement à la santé et à l'estime de soi, l'accompagnement en fin de vie reflète l'engagement des professionnels à respecter la dignité des résidants, à les écouter sans jugement, et à les soutenir dans les moments les plus critiques de leur vie. Qu'il s'agisse de construire un parcours de soin personnalisé ou d'accompagner une personne dans ses derniers instants, l'approche dans les ACT repose sur la co-construction, l'écoute des besoins et la mobilisation des ressources disponibles.

Dans les deux contextes, que ce soit pour renforcer l'estime de soi ou pour préparer les résidants à l'éventualité de la mort, l'objectif est de rendre la personne accompagnée actrice de son propre parcours. Pour la fin de vie, cela se traduit par des outils comme les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance, tout comme dans le parcours de soin, il s'agit d'identifier les fragilités et d'accompagner la personne dans ses choix. L'accompagnement en fin de vie, bien que délicat, reflète la volonté des ACT de rester à l'écoute, d'offrir un soutien émotionnel et administratif, tout en prenant en compte les besoins et souhaits des résidants.



Ces dimensions, aussi complexes et éprouvantes soient-elles, illustrent la véritable participation des résidants dans la gestion de leur parcours de vie, qu'il s'agisse de leur bien-être quotidien ou de l'acceptation de leur propre mort. Accompagner une personne dans ses fragilités, qu'elles soient physiques, mentales ou liées à la fin de vie, c'est également cela, la mission des ACT : prendre soin de la personne dans son ensemble, jusqu'au bout de son chemin.

La gestion des situations traumatiques, l'accompagnement en binôme et le débriefing post décès témoignent aussi de l'importance accordée aux équipes elles-mêmes, afin qu'elles puissent faire face à ces épreuves dans un cadre sécurisé et professionnel. Au-delà des soins, les ACT visent à offrir un espace où la santé, l'estime de soi, et l'accompagnement en fin de vie sont pris en charge de manière globale et respectueuse, contribuant ainsi à une prise en charge complète et humaine des résidants.

L'accompagnement au sein des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) s'étend bien au-delà des soins quotidiens, en incluant des aspects essentiels tels que l'accompagnement en fin de vie et la gestion de l'estime de soi. L'introduction des directives anticipées et de la désignation d'une personne de confiance s'inscrit dans cette volonté de considérer la personne dans sa globalité, en intégrant également la préparation à l'éventualité du décès dès l'admission. Cela fait écho à l'approche globale de l'accompagnement que nous avons évoquée précédemment, où la santé, la dignité et le respect des souhaits individuels sont au cœur du projet personnalisé de chaque résidant.



8. Les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance

Dans le cadre des ACT, les directives anticipées constituent un outil fondamental pour permettre aux résidants de prévoir ce qu'ils souhaitent, ou non, en cas de décès, et ainsi garantir le respect de leurs volontés. Dès l'admission, alors que les liens émotionnels entre le résidant et les professionnels ne sont pas encore trop impliqués, une fiche est complétée pour formaliser ces souhaits. Cela permet d'aborder cette thématique délicate sans pudeur ni tabou, car le décès, quelle que soit la santé du résidant, reste une possibilité que chacun doit anticiper. Le fait de prévoir cela dès le début de l'accompagnement assure que les volontés du résidant seront respectées en cas d'événement imprévu, et que les professionnels sauront qui contacter et comment agir.

Ce processus est en parfaite cohérence avec l'idée d'une co-construction du parcours de soin, que ce soit pour l'estime de soi, la santé ou la fin de vie, place la personne accompagnée au centre des décisions. Cela permet également de soulager les équipes des ACT dans les moments les plus critiques, en leur offrant un cadre clair et des outils pour aborder les situations de décès avec sérénité et respect. Comme dans le cas de l'accompagnement à la santé, cette démarche anticipative permet de prévenir des situations émotionnelles ou administratives lourdes pour les résidants comme pour les professionnels.

Ainsi, l'intégration des directives anticipées dans le cadre des ACT, en complément de l'accompagnement à l'estime de soi et à la santé, est un prolongement naturel de l'approche globale et respectueuse que nous avons précédemment décrite. C'est aussi cela, la mission des ACT : prendre soin des résidants dans toutes les étapes de leur vie, jusqu'à anticiper ce qui pourrait advenir, tout en respectant leurs choix et leurs valeurs.



9. La fin de l'accompagnement

Tout l'enjeu est de réussir à rendre la personne accueillie la plus autonome, lui permettre d'apprendre à vivre avec sa pathologie et à la réinsérer en élargissant sa sphère sociale (relations, groupes de pairs...).

La fin de l'accompagnement au sein des ACT constitue une étape clé du parcours des personnes accueillies. Elle marque l'aboutissement d'un travail global visant à les rendre aussi autonomes que possible, tout en leur permettant de vivre avec leur pathologie. Cela passe par l'élargissement de leur sphère sociale, notamment à travers la création ou le maintien de relations et l'accès à des ressources extérieures favorisant leur inclusion.

Modalités de fin de séjour

La sortie du dispositif est encadrée par les dispositions du contrat de séjour, garantissant un cadre clair et transparent pour les résidants. Les situations pouvant conduire à la fin de l'accompagnement sont les suivantes :

- De plein droit : à la fin de la durée prévue dans le contrat de séjour.
- Pour d'autres motifs spécifiques :
  - Non-respect du règlement de fonctionnement
  - Absence non justifiée de plus d'un mois, sauf si celle-ci est intégrée dans un projet validé par l'équipe.
  - Décès ou départ de la personne identifiée comme « ouvrant droit » au dispositif.

L'enjeu de la sortie

Au-delà des aspects réglementaires, la fin de l'accompagnement est pensée comme une transition, permettant aux personnes de poursuivre leur parcours de vie de manière autonome et sereine. Le travailleur social, en collaboration avec l'ensemble de l'équipe, veille à ce que la sortie soit préparée et anticipée. Cela peut inclure :

- Un relais vers des structures adaptées, si nécessaire.
- Un suivi temporaire ou des contacts maintenus avec des partenaires pour consolider les acquis.
- Un accompagnement spécifique pour gérer les démarches administratives ou trouver un logement pérenne.

Ainsi, la fin de l'accompagnement est plus qu'une simple sortie : elle représente une étape d'autonomisation, dans la continuité du projet personnalisé mis en place tout au long du séjour.

La construction d'un projet de service est un processus qui mobilise l'ensemble des acteurs pour créer un projet aligné avec nos valeurs et les besoins des personnes accompagnées. Cette partie décrit comment nous avons structuré cette démarche, depuis la création d'un comité de pilotage jusqu'à l'implication des résidants et des partenaires, en passant par les méthodes de travail et les étapes de validation qui ont permis d'écrire ce projet.

LA DEMARCHE PROJET DANS LE CADRE DE L'ECRITURE DU PROJET DE SERVICE

PARTIE IV

La construction d'un projet de service est comme une aventure collective qui nécessite une organisation rigoureuse, des échanges collaboratifs et une implication active de toutes les parties prenantes. Voici comment nous avons structuré cette démarche au sein de notre organisation, étape par étape, pour rédiger un projet de service qui reflète à la fois nos valeurs et les besoins des personnes accompagnées.

1. Le comité de pilotage

Voici comment nous avons structuré cette démarche au sein de notre organisation, étape par étape, pour rédiger un projet de service qui reflète à la fois nos valeurs et les besoins des personnes accompagnées.

Tout a commencé avec la mise en place d'un **comité de pilotage** dédié. Composé des membres du **CODIR Insertion** (Comité de Direction), ce groupe stratégique a consacré plusieurs réunions à l'élaboration d'un plan d'action. L'objectif était de tracer une feuille de route précise : identifier les actions à entreprendre, les ressources à mobiliser et les étapes à franchir pour garantir une approche structurée et efficace. Ce comité a servi de boussole, guidant l'ensemble du processus et veillant à ce que chaque décision s'aligne sur nos objectifs.

2. La journée institutionnelle

Le 14 avril 2024 marque une étape clé : la tenue d'une journée institutionnelle rassemblant tous les acteurs du pôle. C'était un moment fort de notre démarche, avec la participation active des salariés, des **bénévoles** et des **personnes accompagnées**. L'idée était de travailler ensemble pour construire un projet qui soit le reflet des réalités du terrain et des aspirations de chacun.

Cette journée a été organisée de manière conviviale et interactive. Après un **accueil autour d'un café** à 9h30, nous avons plongé dans des réflexions approfondies sur les différents aspects du projet de service, répartis en plusieurs thématiques. Un repas sur place à 12h a offert un moment de détente, permettant à chacun de reprendre des forces avant de continuer jusqu'à la **clôture à 16h.**



3. Le rôle des groupes de travail

Lors de cette journée de travail, les groupes ont travaillé approfondis des sujets spécifiques en lien avec l'accompagnement des personnes. Chaque groupe s'est vu confier des thématiques clés et a été chargé de réfléchir aux meilleures approches pour répondre aux besoins identifiés. Parmi les sujets abordés, on retrouvait le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), afin de garantir que chaque personne bénéficie d'un suivi individualisé et adapté à ses attentes et besoins. Un autre groupe s'est concentré sur l'accueil et l'admission des personnes, en échangeant d'une part sur les pratiques sur les différents services et d'autre part en se posant la question de comment améliorer ce premier contact pour qu'il soit à la fois respectueux et rassurant. Et cela avec le regard et le point de vue des personnes accompagnées.

L'accompagnement dans le logement était également une priorité, avec des discussions sur les moyens de mieux aider les personnes à s'installer dans leur logement, en prenant en compte la gestion du quotidien et l'intégration dans leur environnement. L'accompagnement vers la santé et l'estime de soi a aussi été travaillé, car il est essentiel de soutenir les personnes dans leur rétablissement personnel, en particulier après des situations de précarité ou de violence.

Les partenariats ont été un autre point clé, car il est crucial de renforcer la collaboration avec d'autres structures et acteurs pour offrir un accompagnement global. De plus, l'implication des personnes accompagnées dans leur propre parcours a été discutée : comment les encourager à participer activement à leur projet de vie et à leurs démarches ?

Les groupes ont aussi réfléchi aux outils nécessaires pour respecter la loi de 2002, qui impose une prise en charge de qualité pour les personnes accueillies, ainsi qu'à l'accompagnement à la vie sociale et à la citoyenneté, afin de favoriser leur réinsertion dans la société.

Les résultats de ces discussions ont été enrichissants, avec des idées innovantes et des propositions concrètes pour améliorer nos pratiques. Chaque groupe a fait émerger des solutions pratiques, en prenant en compte à la fois les contraintes organisationnelles et les besoins des personnes accompagnées. Chaque voix a été entendue, et toutes les idées ont contribué à la construction des projets, cohérents et adaptés aux réalités de terrain. Ce travail collaboratif a permis de poser les bases d'un accompagnement plus efficace, plus respectueux et mieux ancré dans les réalités vécues.



4. La circulation de l'information

Une des difficultés rencontrées dans ce processus a été la dispersion géographique de nos équipes. Pour y remédier, nous avons privilégié l'usage d'outils numériques, notamment les échanges par mail, afin de consolider et affiner les écrits produits après cette journée institutionnelle. Cela a permis à tous les membres des groupes de travail de participer activement, malgré la distance, en assurant une circulation continue et fluide des informations entre tous les acteurs. La méthode a été à la fois collaborative et flexible, garantissant que chacun puisse apporter sa contribution de manière régulière et efficace.

5. L'implication des personnes accompagnées

Nous avons fait un pari audacieux et enrichissant : celui de donner une place centrale aux personnes accompagnées. Un total de 13 personnes a activement participé aux groupes de travail, apportant leur vision, leurs attentes et leur vécu. Leur engagement a été essentiel pour garantir que le projet de service réponde réellement à leurs besoins. Cette approche a permis de donner la parole à ceux qui sont au cœur de nos actions, et de co-construire un projet qui ne soit pas seulement pensé pour eux, mais avec eux.

Nous avons également veillé à ce que les échanges ne soient pas dominés par les professionnels, pour que les personnes accompagnées puissent s'exprimer librement, sans la pression des regards extérieurs. De plus, la participation des partenaires externes a été volontairement limitée afin de garantir un espace d'expression privilégié pour les résidants.

6. L'implication des partenaires

Même si cette phase du projet a privilégié les personnes accompagnées, il est évident que la réussite de nos actions repose aussi sur des partenariats solides. Pour cela, nous avons souhaité impliquer nos partenaires en leur envoyant un questionnaire destiné à évaluer la qualité de nos collaborations et leur connaissance de nos missions. Ces retours seront cruciaux pour améliorer nos relations avec eux et garantir une collaboration fluide et efficace à l'avenir.



les forces :

Partenariats Diversifiés et Réciproques

Sur les 62 réponses recueillies, une large majorité des partenaires (85 %) décrivent la relation de travail comme **réactive, disponible et utile**. Cette réactivité est particulièrement soulignée par 30 % des répondants, qui estiment que les échanges sont rapides et permettent de résoudre les situations des bénéficiaires de manière efficace.

Communication Fluide

La **fluidité des échanges** est un autre point fort : 72 % des partenaires considèrent que les relations sont **faciles et efficaces,** avec des retours réguliers sur les demandes, même lorsque ces dernières sont négatives (23 %). Les réunions régulières et les contacts directs sont des pratiques courantes, citées par 60 % des répondants, et sont perçues comme essentielles pour maintenir la qualité du partenariat.

Satisfaction Générale

Lorsqu'on leur demande de qualifier le partenariat en trois mots, 61 % des répondants utilisent des termes tels que "**indispensable**", "**complémentaire**", et "**réactif**". 75 % estiment que le partenariat est **constructif** et **utile**, soulignant la **confiance** et la **collaboration** entre les équipes.



Axes d'Amélioration :

Problèmes de Capacités et d'Accès aux Services

Un défi majeur pour 38 % des partenaires concerne le manque de places disponibles, notamment dans des structures comme les maisons relais et les CHRS. Cela impacte directement la possibilité d'orienter certains bénéficiaires. 21 % des répondants évoquent également la difficulté d'orientation, en raison des profils parfois jugés « trop complexes » ou des antécédents problématiques de certaines personnes.

Mauvaise Connaissance des Dispositifs

Environ 23 % des partenaires mentionnent un manque de connaissance des services et des missions des autres acteurs, ce qui peut entraîner des orientations erronées ou des délais d'attente prolongés pour les bénéficiaires. Certains partenaires précisent que le partage d'informations est insuffisant, ce qui pourrait être amélioré par la mise en place de moyens plus structurés pour échanger, comme des réunions trimestrielles ou une newsletter des actions mises en œuvre.

Communication et Réactivité à Renforcer

Bien que 72 % des répondants apprécient la fluidité des échanges, 15 % soulignent un besoin de réunions plus régulières et de meilleure coordination, notamment pour mieux comprendre les besoins spécifiques des publics. L'idée de partager des outils communs (comme une application dédiée) ou de mieux coordonner les actions de chaque structure est citée par 28 % des partenaires comme un levier pour renforcer cette collaboration.

Le partenariat avec le pôle Insertion de l'ADSEAM est globalement positif et efficace (85 % de retours satisfaits), mais plusieurs axes d'amélioration ont été identifiés, notamment en termes de capacités d'accueil, de communication et de partage d'informations. En améliorant la coordination des acteurs, en augmentant les capacités d'accueil et en renforçant la formation croisée, ce partenariat pourrait devenir encore plus fluide et réactif, avec des bénéfices directs pour les bénéficiaires.



7. L'implication des équipes ACT

Les professionnels ont participé à l'écriture du projet tant dans leur participation active lors de la journée institutionnelle pour la construction du contenu des thématiques socles que sur les autres parties du projet.

Une réunion commune a également eu lieu afin de travailler sur des sujets déterminés par les équipes.

Les points suivants ont été rédigés :

1. Accompagnement global (médical, social et psychologique)

- 3 volets d'accompagnement : médical, social, psychologique, organisés de manière collective et co-construite avec la personne accompagnée.
- Objectif : éviter les ruptures de parcours, garantir un suivi personnalisé et continu.

2. Accompagnement santé

- Infirmier : suivi régulier dès l'admission, évaluation globale de l'état de santé (médical, psychologique, social), éducation à la santé et soutien à l'observance des traitements.
- Coordination de soins : partenariats avec médecins, suivi des consultations, prise en charge ambulatoire et à domicile.
- Objectif : réduire les risques, favoriser la régulation des conduites addictives, accompagner les résidants sans interdiction stricte.

3. Accompagnement en fin de vie et décès

- Rôle des équipes : non spécialisées en soins palliatifs, mais gestion des situations de fin de vie (maladie, suicide, accident) avec respect de la dignité des résidants.
- Directives anticipées : document à compléter dès l'admission pour respecter les volontés du résidant (personne de confiance, choix après décès).
- Accompagnement post-décès : selon l'isolement du résidant, travail avec les CCAS, pompes funèbres, suivi des directives anticipées.
- Prise en charge des animaux : réfléchir à des partenariats pour la gestion des animaux en cas d'hospitalisation ou décès.

4. Décisions et actions concrètes à mettre en place

- Créer des fiches pour les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance dès l'accueil.
- Mettre en place une procédure pour la gestion des décès (binôme professionnel, suivi en équipe).
- Formation sur l'accompagnement de fin de vie et gestion du deuil.
- Identifier des partenariats avec CCAS, pompes funèbres, soins palliatifs, et HAD.

8. Les instances et procédures de validation

Enfin, pour que ce projet prenne vie, il fallait s'assurer qu'il soit validé par les instances appropriées. Chaque étape a été soumise à une procédure de validation rigoureuse, garantissant que les propositions faites par les groupes de travail et les retours des partenaires soient pris en compte de manière structurée. C'est ainsi que nous avons pu finaliser un projet qui, une fois validé, est à la fois **ambitieux, réaliste et ancré dans les valeurs de notre service.**

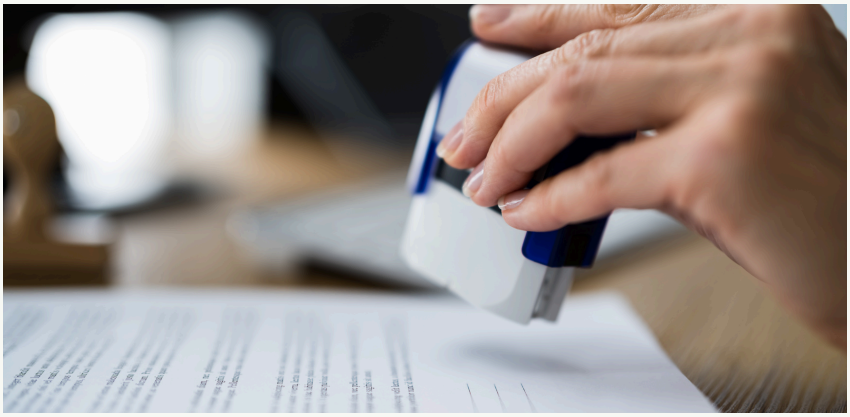
La démarche de validation du projet de service comprend d'abord une première relecture effectuée par le Directeur général et les membres du CODIR. Ensuite, une présentation officielle du projet d'établissement ou de service est organisée lors d'une réunion dédiée en présence des administrateurs et du Directeur général. Cette présentation est assurée par le directeur de l'établissement ainsi que le(s) chef(s) de service concerné(s).













CONCLUSION

PARTIE IV

CONCLUSION

Le projet de service des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) du pôle insertion de l'ADSEAM est le fruit d'une démarche collective et réfléchie, visant à répondre aux enjeux complexes de l'accompagnement des personnes en situation de précarité et atteintes de pathologies chroniques et cela sur le territoire. À travers ce projet, le pôle insertion met en lumière son savoir-faire en matière de soutien médico-social et sa capacité à s'adapter aux besoins des personnes accueillies.

L'accompagnement personnalisé constitue le cœur de notre travail sur les ACT, avec pour objectif d'offrir un suivi global et individualisé. Ce suivi comprend des dimensions médicales, psychologiques, et sociales, permettant aux résidants de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur état de santé tout en participant activement à la construction de leur projet de vie. La co-construction de ce parcours avec les résidants vise à renforcer leur estime de soi et à favoriser leur autonomie.

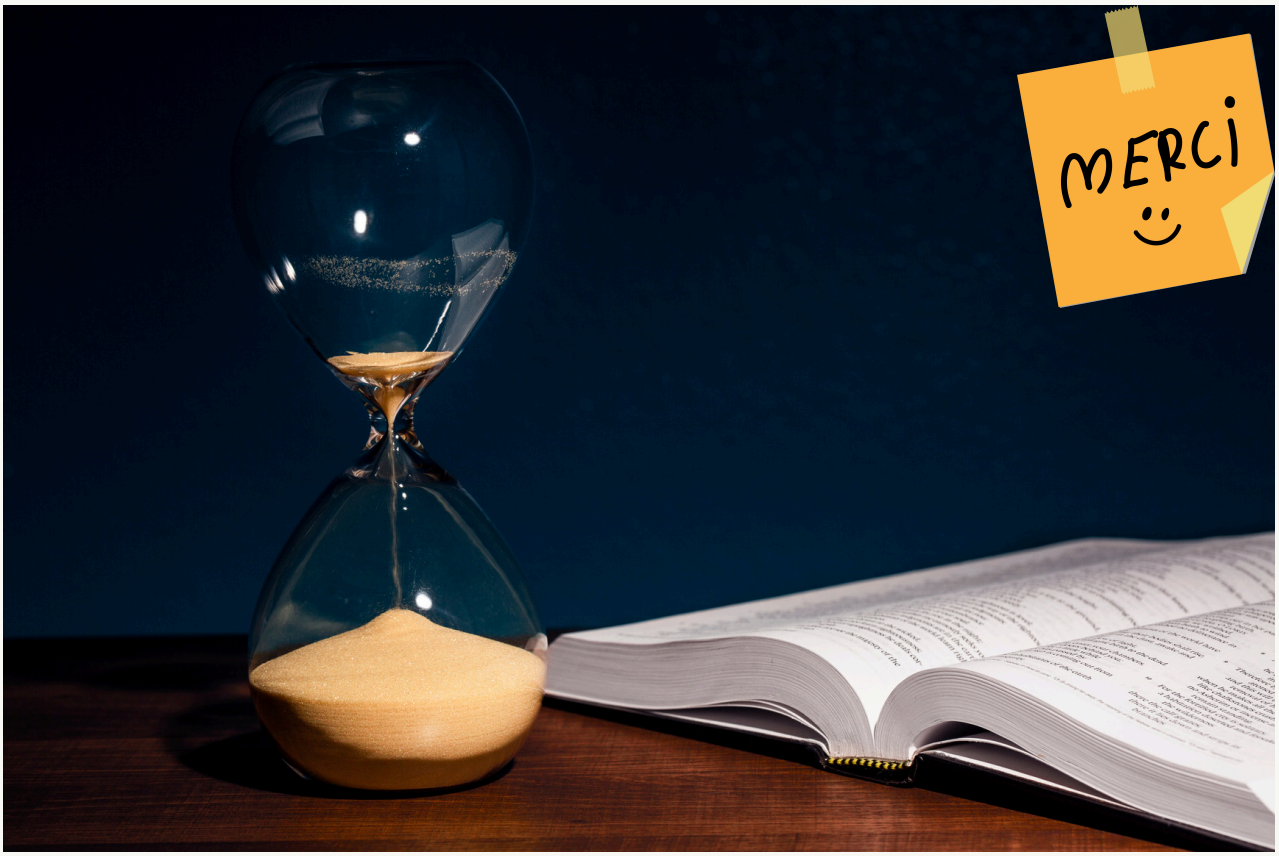
L'organisation du service repose sur une approche coordonnée entre les équipes pluridisciplinaires des ACT, les partenaires du territoire, et les institutions de santé. Cette coordination permet de garantir une continuité des soins, d'optimiser l'accès aux droits, et de fluidifier les parcours entre les dispositifs d'hébergement et les soins médicaux. Le pôle insertion s'appuie sur des méthodologies de travail structurées pour assurer une communication efficace entre tous les acteurs impliqués et offrir un cadre sécurisé aux personnes accompagnées.

L'insertion sociale est également un axe fort de ce projet. En favorisant la participation des résidants à la vie sociale et citoyenne, les ACT visent à rompre l'isolement et à encourager la vie citoyenne. À travers des activités collectives et des ateliers de développement personnel, les résidants retrouvent des repères sociaux et peuvent s'engager activement dans leur environnement de vie, que ce soit à travers des groupes de parole, des actions collectives ou des projets citoyens.

La qualité de l'accueil et des conditions de vie au sein des ACT est une priorité constante. Le projet de service met l'accent sur la dignité des personnes accueillies en offrant des logements adaptés, meublés et situés à proximité des commodités et des centres de soins. L'objectif est de créer un environnement où chaque personne peut se sentir en sécurité, respecté et soutenu dans ses démarches vers une vie plus autonome.

Les perspectives de développement s'inscrivent dans une vision d'avenir partagée par l'ensemble des acteurs du pôle insertion de l'ADSEAM. Notre pôle se projette dans le renforcement de son offre d'ACT, avec une extension des capacités d'accueil et une adaptation de ses pratiques face aux évolutions des politiques publiques de santé et de solidarité. Ce projet intègre ainsi les nouvelles orientations législatives et institutionnelles, tout en restant fidèle aux valeurs de bientraitance et de solidarité qui ont toujours animé l'association.

En conclusion, le projet de service des ACT incarne la volonté du pôle insertion et plus globalement de l'association de maintenir un accompagnement de qualité, fondé sur l'écoute et la co-construction. En s'appuyant sur l'expertise de ses équipes, la diversité de ses partenariats, et une approche centrée sur les besoins des personnes accompagnées, le pôle insertion poursuit son engagement à lutter contre la précarité et à offrir un avenir plus serein à ceux qui en ont besoin. Ce projet témoigne de notre capacité à s'adapter tout en préservant les valeurs qui font la force de l'association depuis plus de 60 ans.



EXPLICATIONS

Glossaire et définitions

CHRS : ils assurent l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes et des familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider dans une démarche d'accès ou de retour à l'autonomie.

Lits Halte Soins Santé (LHSS) : Il s'agit de personnes seules, sans domicile fixe ou vivant dans un logement inadapté pour recevoir des soins appropriés. Elles souffrent de pathologies aiguës ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée, mais rendant impossible la vie à la rue.

Appartements de Coordination Thérapeutiques : Les ACT sont destinés à des personnes adultes, atteintes par des pathologies chroniques sévères (VIH, VHC, Cancer, SEP, Diabète etc.), en situation de précarité, ayant besoin d'un soutien médico psycho-social.

Maison Relais : est un lieu de vie qui permet à des femmes, des hommes, des couples et des familles, en situation de précarité et d'isolement social, avec un degré d'autonomie suffisant de retrouver un toit, se reconstruire et créer de nouveaux liens sociaux.

ALT : Cet accueil est destiné aux personnes sans logement, en difficulté financière et/ou sociales. Il s'agit d'héberger pour des durées de séjours limités des personnes sans logement : hébergées par un tiers, en rupture familiale, en procédure d'expulsion. Le logement temporaire doit être une étape de transition pour aboutir à un logement durable. Cela nécessite la mise en place d'un accompagnement social afin d'évaluer la situation et de mettre en place les dispositions qui s'imposent.

AVDL : Aide à la recherche d'un logement : accompagné le ménage à l'accès à un logement adapté à leur situation actuelle. Aide à l'installation dans le logement : la mesure AVDL doit accompagner les personnes sur le plan administratif lié à l'accès à un logement. Aide au maintien dans le logement : Dans un deuxième temps, il s'agira d'accompagner la personne à s'approprier la vie dans la cité et le quartier ou il va vivre.

Accueil de Jour : La mission principale est de créer, restaurer ou maintenir des liens sociaux. L'Accueil de Jour est un lieu d'accueil, d'écoute, d'information, d'accompagnement, d'orientation, de soutien et de valorisation de la personne. Les professionnels assurent : un accueil physique (ou téléphonique) garantissant la confidentialité, une écoute professionnelle, une analyse des besoins immédiats de la personne et l'identification des réponses à lui apporter.

Glossaire et définitions

ADSEAM : Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche

AAVA : Atelier d'Adaptation à la Vie Active

AGEVAL : Logiciel qualité pour le suivi et la gestion des projets associatifs

AHI : Accueil, Hébergement et Insertion

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

ALUR : Loi pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

ASI : Accompagnement Social Individualisé

Baux Glissants : Transition locative avec accompagnement social

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CMS : Centre Médico-Social

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CUC : Communauté Urbaine de Cherbourg

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DDETS : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DUI : Dossier Unique Informatisé

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

EI : Événement Indésirable

EIG : Événement Indésirable Grave

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

FSL : Fonds de Solidarité pour le Logement

FVV : Femmes Victimes de Violences

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale.

Glossaire et définitions

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

PDALHPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes

PLAI : Prêt Locatif Aidé d'Intégration

RSO : Responsabilité Sociétale des Organisations

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VIF : Violences Intrafamiliales

Accueil de Jour : La mission principale est de créer, restaurer ou maintenir des liens sociaux. L'Accueil de Jour est un lieu d'accueil, d'écoute, d'information, d'accompagnement, d'orientation, de soutien et de valorisation de la personne. Les professionnels assurent : un accueil physique (ou téléphonique) garantissant la confidentialité, une écoute professionnelle, une analyse des besoins immédiats de la personne et l'identification des réponses à lui apporter.

