

# SOMMAIRE

<b>Les objectifs généraux de l'Association</b> .....	<b>p. 3</b>
<b>Historique de MAAVAR Marseille</b> .....	<b>p. 3</b>
<b>Organigramme de MAAVAR Marseille</b> .....	<b>p. 4</b>

<b>Les Services d'Hébergement</b> .....	<b>p. 5</b>
Introduction .....	p. 5

<b>Activité au 31/12/2011 – Tous hébergements confondus</b> .....	<b>p. 6</b>
---	-------------

## **LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE**

<b>Les personnes accueillies en 2011 en A.C.T.</b> .....	<b>p. 8</b>
A) Activité prévue et réalisée au 31/12/2011 .....	p. 8
B) Durée des prises en charge .....	p. 9
C) Identités des personnes accueillies .....	p. 9

<b>Les A.C.T. de MAAVAR Marseille</b> .....	<b>p. 12</b>
1. Fonctionnement du service .....	p. 12
2. Typologie des personnes accueillies sur les ACT .....	p. 12
Le point de vue du médecin coordonnateur .....	p. 13

<b>L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire</b> .....	<b>p. 14</b>
A. Le travail de transversalité .....	p. 14
B. Le travail en réseau .....	p. 17
C. L'astreinte .....	p. 19
D. Enjeux et perspectives 2012 .....	p. 21
1. <i>L'Education Thérapeutique du Patient</i> .....	p. 21
2. <i>La question de la participation et de l'expression des usagers</i> .....	p. 22
<i>Du mouvement en 2012</i> .....	p. 25

## **LE C.H.R.S. (Centre d'Hébergement de Réinsertion Sociale)**

<b>Les personnes accueillies en 2011 au CHRS</b> .....	<b>p. 28</b>
A) Activité prévue et réalisée au 31/12/2011 .....	p. 28
B) Durée des prises en charge .....	p. 29
C) Identités des personnes accueillies .....	p. 29

## **LE SERVICE EZRA (Accueil d'Urgence des personnes VIH /VHC)**

<b>Les personnes accueillies en 2011 au service EZRA</b> .....	<b>p. 32</b>
A) Activité prévue et réalisée au 31/12/2011 .....	p. 32
B) Durée des prises en charge .....	p. 33
C) Identités des personnes accueillies .....	p. 33

<b>Les enjeux de l'accompagnement après l'hébergement</b> .....	<b>p. 36</b>
---	--------------

<b>L'épicerie sociale</b> .....	<b>p. 40</b>
1. Le projet .....	p. 40
2. Le fonctionnement .....	p. 40
3. Les chiffres .....	p. 42
4. Le questionnaire de satisfaction .....	p. 43
5. Les effets produits .....	p. 43
6. En résumé .....	p. 44

## **LE RESTAURANT SOCIAL NOGA**

<b>Le Restaurant Social NOGA</b> .....	<b>p. 45</b>
--	--------------

<b>Introduction</b> .....	<b>p. 46</b>
---------------------------	--------------

<b>L'activité de NOGA en 2011</b> .....	<b>p. 48</b>
---	--------------

Le dispositif Demandeurs d'Asile .....	p. 50
--	-------

Le dispositif Urgence Sociale .....	p. 52
-------------------------------------	-------

<i>Les partenaires de droit commun</i> .....	<i>p. 54</i>
--	--------------

<i>Les partenaires VIH / VHC – addictions</i> .....	<i>p. 57</i>
---	--------------

<i>Le plan hivernal</i> .....	<i>p. 59</i>
-------------------------------	--------------

Le Conseil Général 13 .....	p. 61
-----------------------------	-------

Les services extérieurs .....	p. 63
-------------------------------	-------

MAAVAR Marseille .....	p. 65
------------------------	-------

<b>Conclusion</b> .....	<b>p. 67</b>
-------------------------	--------------

## LES OBJECTIFS GENERAUX DE L'ASSOCIATION

MAAVAR a pour but d'aider toute personne en situation de rupture sociale, familiale, psychologique, sans discrimination d'origine, de sexe ou de pathologie.

La prise en compte de l'identité, de l'histoire, du vécu et des différences culturelles, constitue l'éthique de notre Association.

Notre projet global a pour but l'évitement de la rupture dans les périodes de crise et de faciliter les contacts avec d'autres lieux de réinsertion sociale ou de soins.

Notre spécificité est l'accueil dans une prise en charge globale regroupant le logement, l'alimentation et l'accompagnement social.

## HISTORIQUE DE MAAVAR MARSEILLE

En Janvier 1995, MAAVAR reçoit un agrément pour le Service EZRA à Marseille. Au départ, EZRA constitue un service d'accueil immédiat pour personnes séropositives au VIH d'une durée maximum de trois mois en chambre d'hôtel, accompagné souvent d'un suivi médical, socio-éducatif, et/ou psychologique. La prise en charge d'un public VIH et VHC impose très vite la mise en place de temps d'hébergement plus longs.

En Octobre 1996, 13 places sont accordées pour le CHRS de MAAVAR.

En Novembre 1996, MAAVAR inaugure le Restaurant Social NOGA à Marseille pour répondre aux besoins alimentaires des hébergés de l'Association.

En 1998, MAAVAR Marseille crée les Appartements de Transition pour personnes séropositives ou VIH, avec une durée d'hébergement de six mois concernant surtout des familles avec ou sans enfant.

Respectivement en Février et Juillet 2000, MAAVAR Marseille ouvre le service d'accueil immédiat d'Aix en Provence et le service PAAD, Programme d'Aide à Domicile sur Marseille et ses environs pour les personnes atteintes du VIH, qui sont confiés en **2004**, à l'association HAS

En 2005, MAAVAR Marseille développe un projet original de travail effectif avec deux secteurs de la psychiatrie publique et privée, visant à la création d'A.C.T., en partenariat avec la DDASS. Ce projet est passé en Commission CROSS et a obtenu, à l'unanimité des votants, un avis favorable. Ce service n'a pas été financé.

En 2008, MAAVAR Marseille voit son CHRS passer de 13 à 30 places et travaille à la mise en œuvre d'accueils en appartements, individuels ou en colocation (étude au cas par cas), dans une orientation la plus proche possible du « droit commun ».

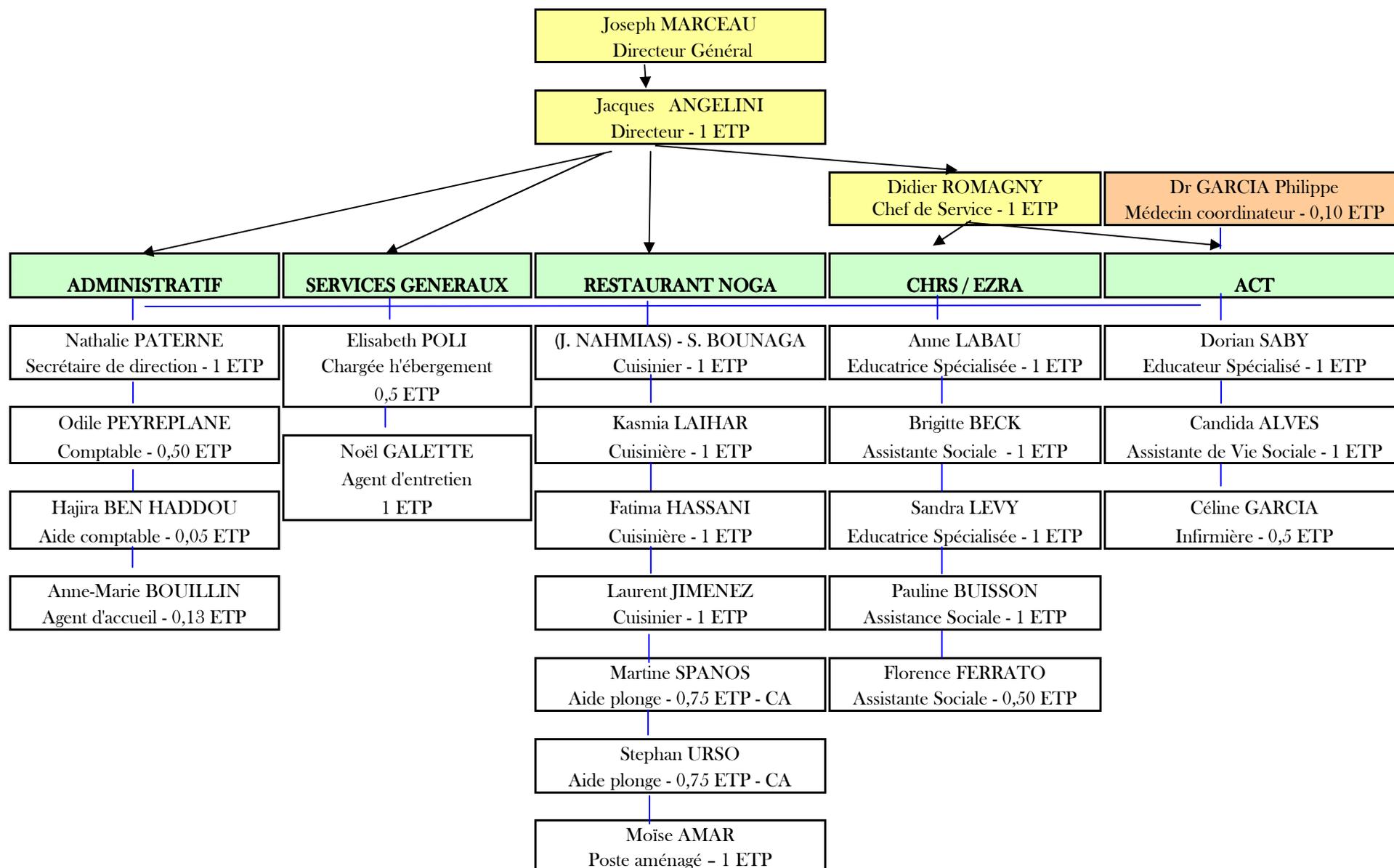
En 2009, MAAVAR Marseille reçoit l'agrément de la DDASS pour une extension du service d'Appartements de Coordination Thérapeutique de 3 à 10 places, avec montée en charge progressive en 2010.

**Depuis 2010, MAAVAR Marseille est organisé autour du Restaurant Social NOGA et de 56 lits dont 30 CHRS, 16 sur le Service EZRA, et 10 en ACT. – Page suivante l'organigramme de la structure**

### Les soutiens institutionnels de MAAVAR Marseille

- La DDCS des Bouches du Rhône
- La Préfecture des Bouches du Rhône
- Le Conseil Général 13
- La Ville de Marseille
- La CAF
- La CPAM

## ORGANIGRAMME 2011 - MAAVAR Marseille



# L LES SERVICES D'HEBERGEMENT

## Introduction

L'année 2011 au sein des différents services d'hébergement de MAAVAR a permis l'ancrage de nos interventions dans nos domaines de prédilection : l'accès aux soins et l'accès au logement.

Dans le cadre du C.H.R.S la pleine collaboration avec le S.I.A.O a permis l'accueil de 14 personnes dont la principale demande était l'accès au logement autonome.

Sur le service d'hébergement EZRA, la question de l'accès aux soins de personnes concernées par le VIH et/ou VHC et/ou addictions est restée centrale et a ainsi permis aux personnes accueillies de démarrer des soins.

Pour ces deux services, l'accès au logement de droit commun s'est aussi concrétisé pour une quinzaine de personnes.

L'année 2011 a aussi vu la pleine activité du service d'Appartements de Coordination Thérapeutique créé en 2010.

Nous profiterons de ce rapport d'activité 2011 pour faire un bilan et une analyse précis de cette année de fonctionnement des A.C.T.

De plus, et comme nous l'envisagions dans le rapport d'activité 2010, l'accompagnement après hébergement des personnes accédant au logement autonome s'est fortement développé.

Ainsi nous avons choisi pour ce rapport d'activité 2011 de traiter spécifiquement de cette question à une période où les enjeux du « logement d'abord » monopolisent les énergies et stratégies institutionnelles.

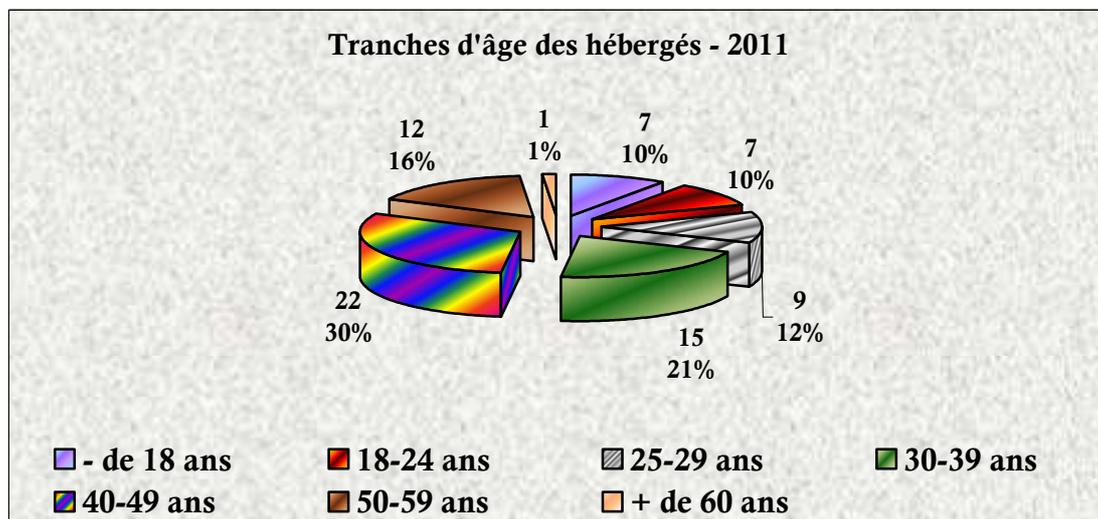
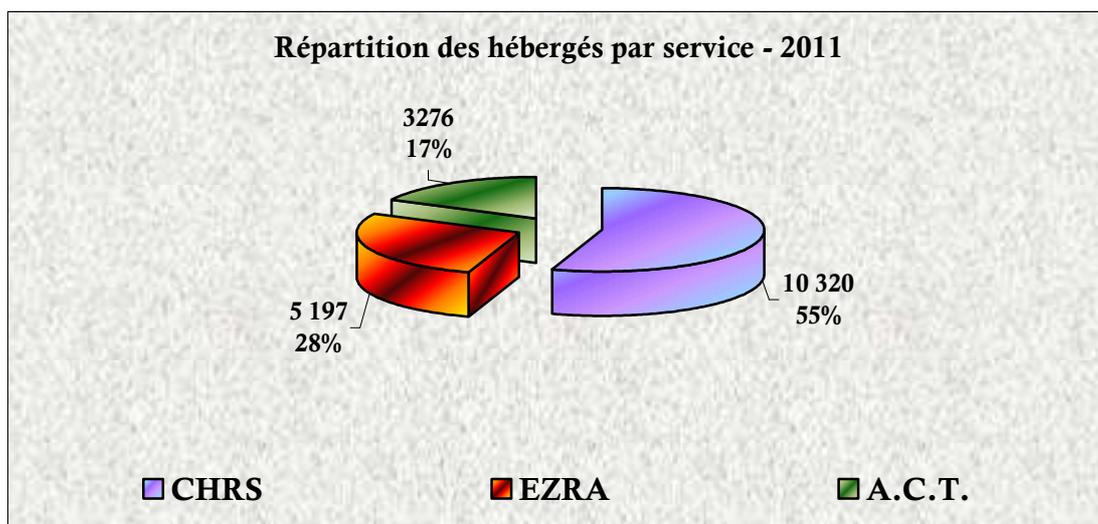
Nous prendrons aussi un temps pour aborder le travail de l'équipe autour de « l'épicerie sociale », service que nous proposons aux personnes hébergées dans un souci d'autonomisation et d'approche éducative des questions liées à l'hygiène et l'équilibre alimentaire ; question d'autant plus centrale pour le public que nous accueillons, concerné souvent par des pathologies chroniques. En ce sens, l'épicerie sociale a, nous semble-t-il, une véritable place dans un travail de prévention auprès de ces personnes.

# LES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2011

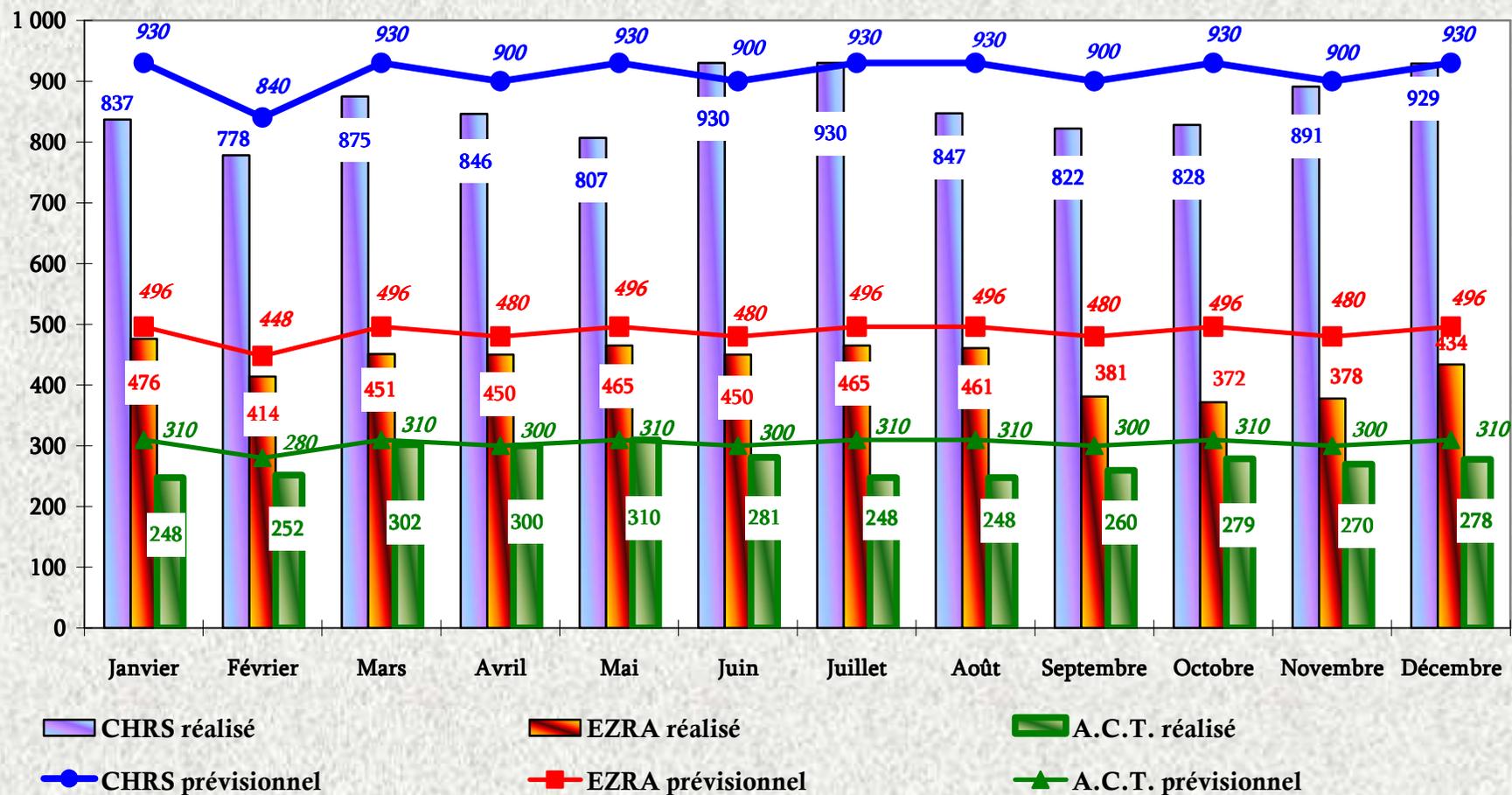
## TOUS SERVICES D'HEBERGEMENT CONFONDUS

### A) Activité prévue et réalisée au 31 Décembre 2011

▶ <b>Nombre total de nuits prévues</b>	<b>20.440</b>
▶ <b>Nombre total de nuits réalisées</b>	<b>18.874</b>
▶ <b>Taux d'occupation 2011</b>	<b>91,94 %</b>
▶ <b>Nombre de personnes reçues et prises en charge</b>	<b>73 personnes</b>
▶ <b>Présents au 31 Décembre 2011</b>	<b>54 personnes</b>



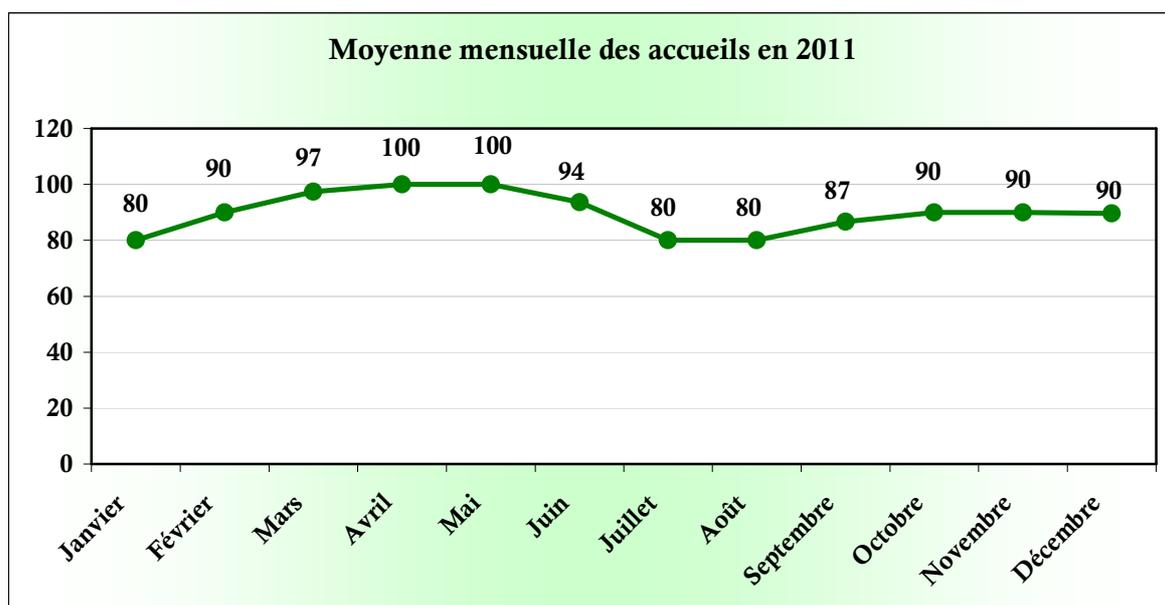
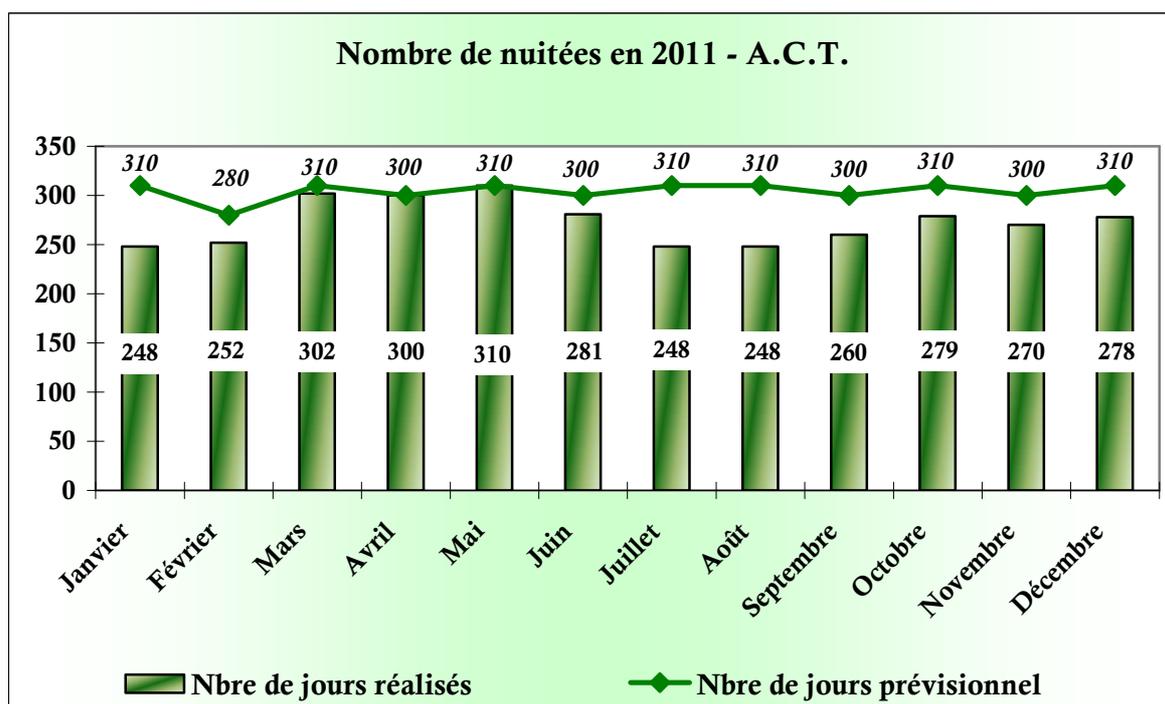
### Répartition mensuelle des services d'hébergements de MAAVAR Marseille - 2011



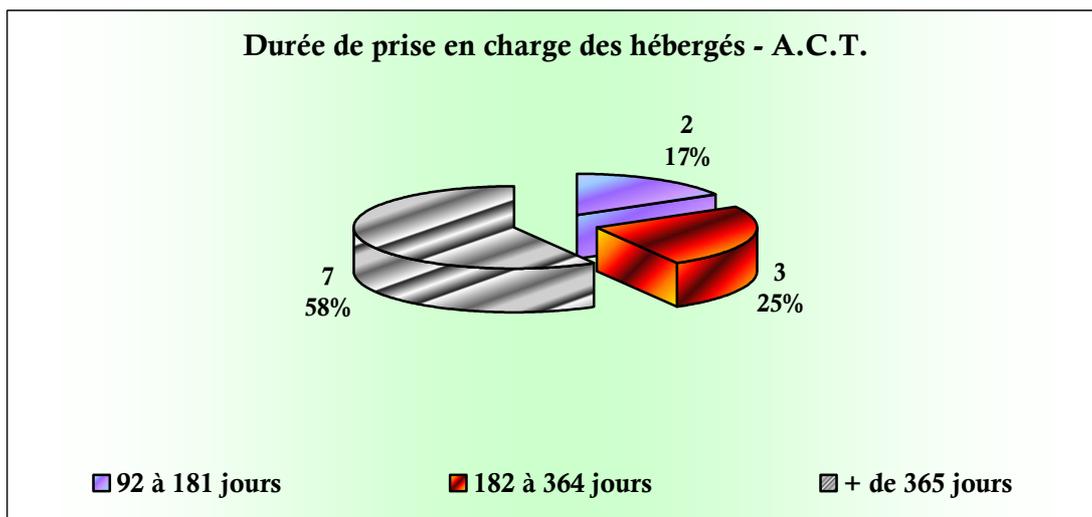
# LES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2011 DANS LE SERVICE A.C.T. – 10 PLACES

## A) Activité prévue et réalisée au 31 Décembre 2011

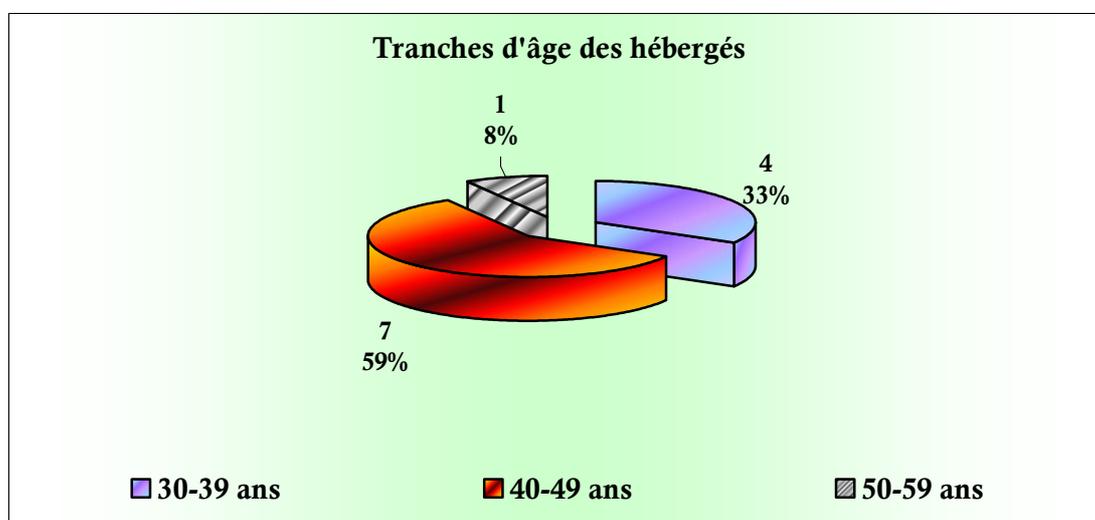
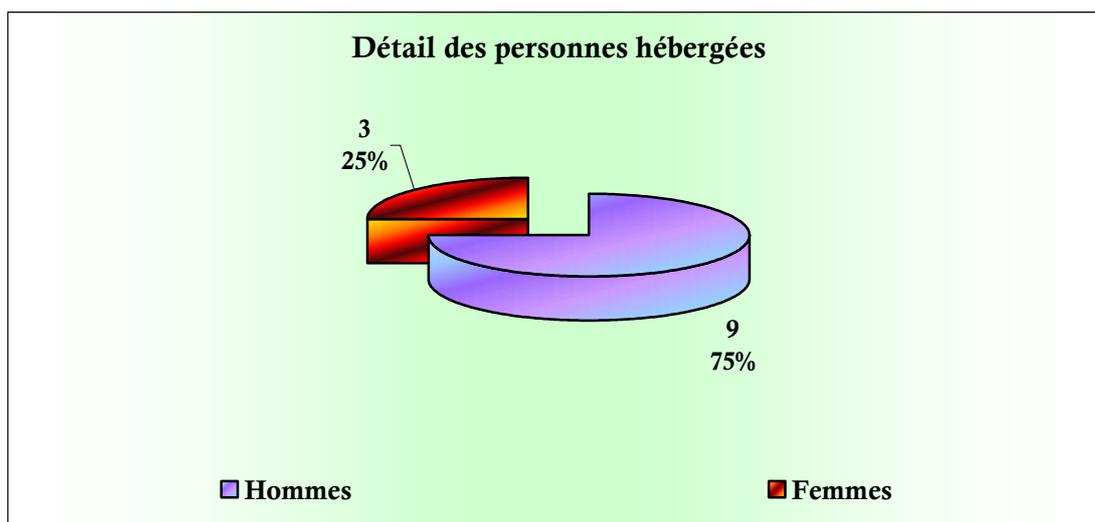
▶ <b>Nombre total de nuits prévues</b>	<b>3.650</b>
▶ <b>Nombre total de nuits réalisées</b>	<b>3.276</b>
▶ <b>Taux d'occupation 2011</b>	<b>89,79 %</b>
▶ <b>Nombre de personnes reçues et prises en charge</b>	<b>12 personnes</b>
▶ <b>Présents au 31 Décembre 2011</b>	<b>7 personnes</b>

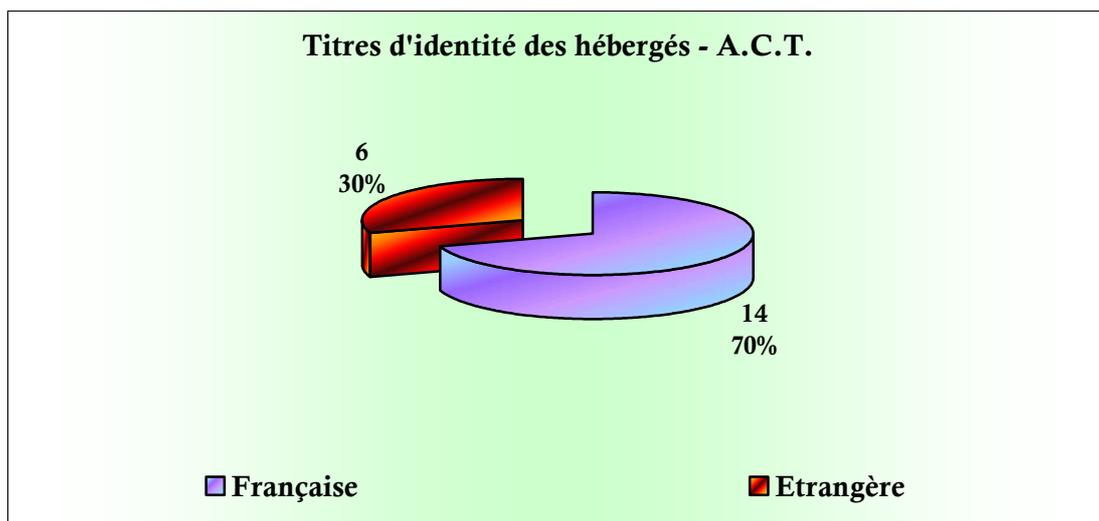
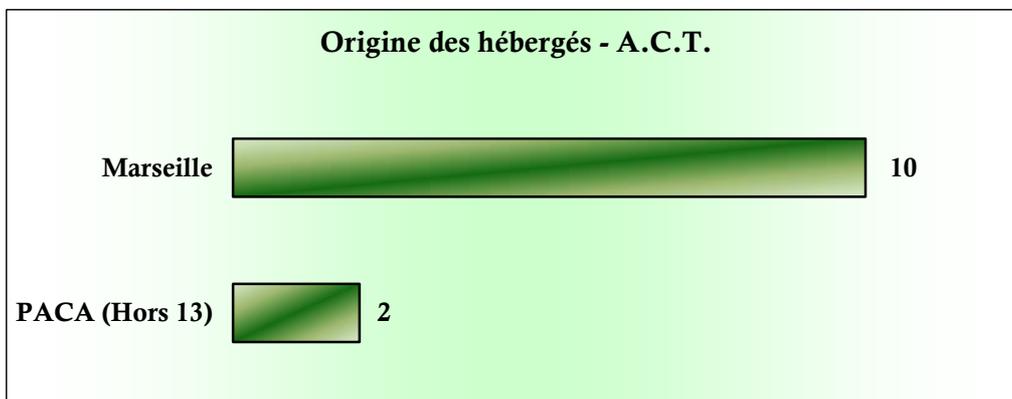
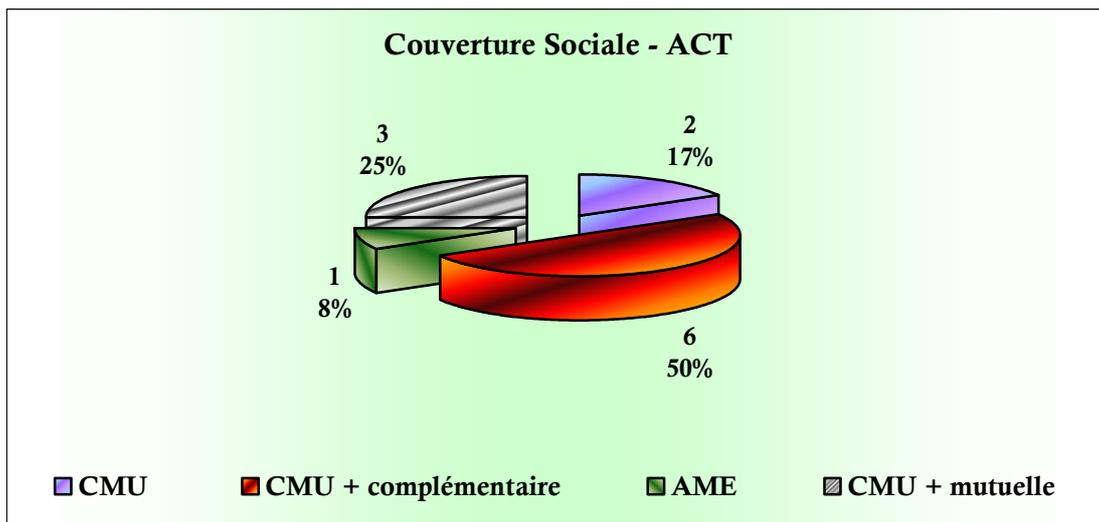


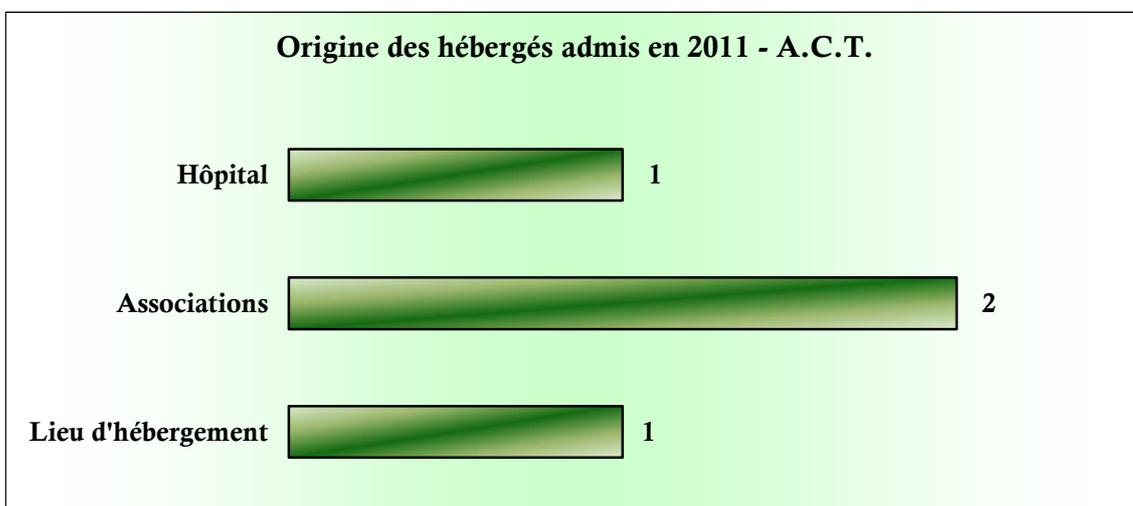
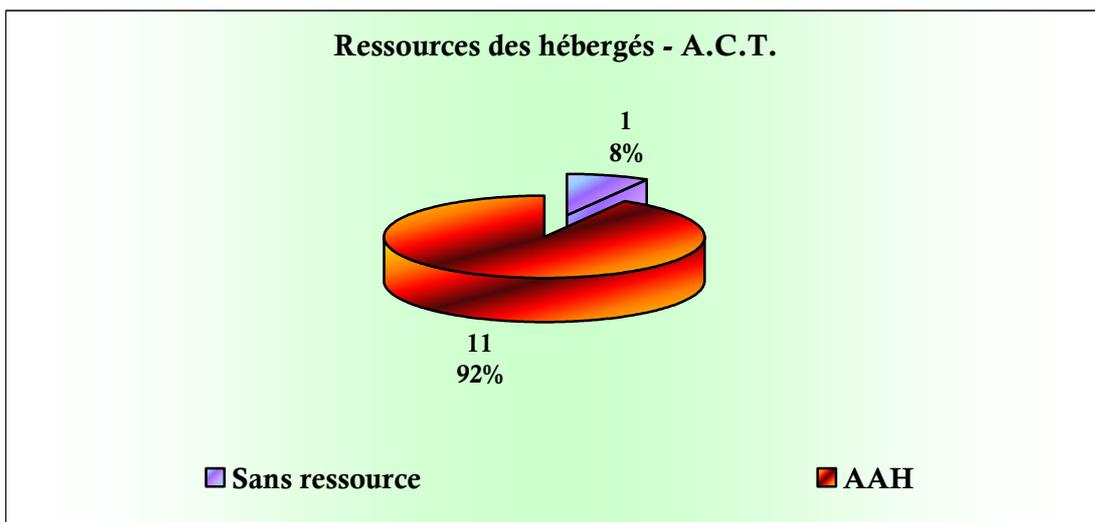
### B) Durée des prises en charge



### C) Identités des personnes accueillies







## **Première partie : Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) de Maavar Marseille**

### **1. Fonctionnement du service**

Ce service a débuté en Janvier 2010. Les modalités d'accès à ce service respectent les directives législatives en favorisant l'accueil de toute personne isolée ou en couple, avec ou sans enfant(s) et concernée par toute pathologie chronique grave nécessitant une coordination des soins.

Le service accueille ainsi des personnes dont la pathologie avérée nécessite une coordination de soins mais qui sont cependant en capacité de vivre seules ou en colocation dans un appartement.

Dans le cadre d'un hébergement adapté, l'objectif est d'impulser et de développer une coordination de soins ainsi qu'une dynamique de réinscription dans le champ social de toute personne en situation de précarité et touchée par une pathologie chronique invalidante afin d'optimiser :

- ④ *L'observance des traitements.*
- ④ *La prise en compte des problématiques psychologiques.*
- ④ *Toute forme de réinscription sociale.*

Ce service propose un accompagnement global de la personne par une équipe pluridisciplinaire. Elle bénéficie d'un hébergement individuel, à titre temporaire, contractualisé pour une durée de six mois pouvant être renouvelée. Suite à la période d'évaluation d'un mois au début de la prise en charge, un premier bilan effectué en présence de l'usager, du chef de service et du référent social, la personne hébergée peut confirmer ou non son choix. Il s'agit d'évaluer si le dispositif correspond aux attentes de l'usager et si ce dernier adhère au projet de la structure. Ces dispositions existent également sur les deux autres services d'hébergement de Maavar Marseille (CHRS et EZRA).

Un projet individualisé est élaboré avec chaque usager, grâce à une coordination médicale et un accompagnement social. La prise en charge est sans interruption (astreinte téléphonique le soir et le week-end) et est effective tout au long de l'année.

Les personnes sont hébergées dans des appartements individuels, équipés et meublés. Ces appartements sont facilement accessibles (RDC, 1<sup>er</sup> étage et/ou présence d'ascenseur), essentiellement situés dans le centre ville de Marseille. Ils sont proches des transports en communs et à proximité de centres hospitaliers. La capacité d'accueil est de 10 places.

Actuellement le parc immobilier du service ACT est composé de :

- ④ 7 studios
- ④ 2 T2
- ④ 1 T3 *destiné à une colocation*

### **2. Typologie des personnes accueillies sur les ACT:**

⇒ **11 patients observés de Janvier 2010 à Juin 2011 :**

- ④ L'âge moyen des personnes admises sur les ACT est de 43 ans. Il y a deux tiers d'hommes et un tiers de femmes, ces dernières étant plus âgées de deux ans en moyenne.

- ④ Deux tiers des personnes sont concernés par une infection VIH, un tiers par une infection VHC et vingt pour cent par une co-infection VIH/VHC. L'oncologie, les affections hépatiques et les pathologies cardio-respiratoires représentent chacune un cinquième des affections principales motivant l'admission dans les ACT. Les autres pathologies sont essentiellement la tuberculose et les affections rhumatologiques chroniques et évolutives.
- ④ Un peu plus de la moitié des sujets sont porteurs de troubles graves du comportement de type psychotiques.
- ④ Un peu plus de la moitié des patients sont également toxicomanes actifs. Par contre la quasi-totalité des patients a des antécédents d'addictions.
- ④ 50% des prises en charge sont supérieures à 12 mois.
- ④ L'orientation sur les ACT est générée majoritairement par les centres hospitaliers, un tiers est orienté par le réseau addiction-précarité, vingt pour cent par des services pénitentiaires.
- ④ 90% des personnes sont bénéficiaires de l'AAH.
- ④ Presque un tiers de décès (3 patients) sur 18 mois d'activité. Un patient est décédé en milieu hospitalier, les deux autres dans les appartements. Pour ces derniers, leur décès n'est pas en lien direct avec la pathologie ayant justifié l'admission en ACT, mais en relation avec des troubles psychiatriques graves et une toxicomanie active.

⇒ **Le point de vue du médecin coordonnateur :**

*« Cette photographie des ACT de MAAVAR Marseille s'installe en perspective du projet de service. Les modalités d'admissions médicales et sociales des personnes sur ce service correspondent aux lignes générales définies dans les textes réglementaires encadrants le fonctionnement des ACT. Il s'agit en effet de personnes en situation de précarité économique sévère et concernées par une affection somatique ou psychologique chronique et invalidante. Notre inscription locale associée à la réflexion pluridisciplinaire sur les ACT de MAAVAR nous oriente aujourd'hui vers un public présentant une forte prévalence de troubles psychiatriques et addictifs, mal systématisés et rarement équilibrés. Ces troubles du comportement excluent ces sujets du schéma sanitaire, social voire médico-social habituel et existant.*

*Les troubles psychologiques observés dans les situations d'errance et d'exclusion, associés à la consommation de substances psycho actives en excès, une co-affection somatique chronique dans un contexte social et parfois culturel défavorable établissent un tableau nosologique complexe où des épisodes hallucinatoires plus ou moins itératifs se lient à une non observance des traitements éventuels, peu ou pas de suivi spécialisé et fréquemment des symptômes organiques douloureux et invalidants. L'environnement est souvent violent et agressif. La demande d'aide est floue, alourdie par le désespoir et l'isolement.*

*Notre proposition sur les ACT de MAAVAR est de s'appuyer sur la définition et le substrat du concept de bienveillance. Adapter le care à un public dont la singularité rivalise avec la notion même de classification éventuelle. La prestation repose, comme tout service ACT sur une double coordination socio-éducative et médicale installées dans un hébergement individuel ou semi collectif en milieu ordinaire.*

*La culture de la bienveillance nous oriente vers une cohabitation entre l'usager et l'institution, possible si de la rencontre émerge un lien. Pas de protocole pour générer ce lien entre professionnels et usagers. Quelques outils, le soin médical, un toit, des repas, des rendez-vous, des bilans, des prestations sociales....Une temporalité difficile à anticiper, parfois génératrice d'angoisses qu'une supervision éclaire autant que possible. Une équipe, pluridisciplinaire, des hommes, des femmes, d'univers et de style différents.*

*Au final, une grande variété d'occurrences humaines, médicales, sociales, alimentaires, culturelles, offerte à un sujet, singulier dans son histoire, ses difficultés et son désir. Les conditions de la rencontre installées, un projet tente de prendre sens entre l'usager et l'institution. Projet à réajuster régulièrement au fur et à mesure de la consistance de cette rencontre. Projet d'accompagnement qui peut s'appuyer sur un réseau de partenaires extérieurs.*

*La gestion d'une forme d'incertitude quant aux projets initiaux justifie une réflexion, une méthodologie et une évaluation de nos pratiques, en amont des univers professionnels standards des membres de l'équipe. L'objectif est de garder, du côté des professionnels, une sorte de cap, tout en offrant un appui suffisamment étayant aux personnes hébergées. Ne pas savoir précisément où nous allons avec eux, laisser le temps à un autre et à un lien de s'établir, évoquer régulièrement cette clinique en équipe et corriger nos positions afin de baliser ce cap, incertain au départ, construit cette laxité tonique d'institution et d'équipe bénéfique aux personnes accueillies sur les ACT de MAAVAR Marseille ».*

## **Deuxième partie : L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire**

### **A. Le travail de transversalité**

Pour les personnes suivies en ACT, comme pour les deux autres services d'hébergement CHRS et EZRA au sein de Maavar Marseille, une équipe pluridisciplinaire intervient. Elle est composée de la façon suivante :

- ④ ***Le service de direction et administratif (directeur, cadre coordonnateur, assistante de direction, comptable).***
- ④ ***Le service éducatif (trois assistantes de service social, quatre éducateurs spécialisés).***
- ④ ***Le service de restauration Noga (sept salariés).***
- ④ ***Le service chargé de la gestion des hébergements (une responsable de l'hébergement, un agent d'entretien).***
- ④ ***Le service médical, spécifique aux ACT, composé du médecin coordonnateur, une infirmière et une AVS.***

Depuis l'ouverture de ce service en 2010, l'équipe a appris à travailler ensemble afin de mettre à profit ses diverses compétences pour que l'ensemble des aspects tant au niveau social qu'au niveau médical de la situation de la personne hébergée soient pris en compte. Cette équipe pluridisciplinaire a pour mission d'assurer, par la cohérence de ses interventions, par son engagement et son écoute, par sa relation aux partenaires, la réalisation et la mise en œuvre, avec la personne hébergée, de son projet individualisé.

Afin d'illustrer le travail réalisé par l'ensemble de l'équipe de Maavar Marseille en terme d'accompagnement global des personnes hébergées, nous allons présenter une situation d'une personne hébergée sur le service ACT.

*Madame D est hébergée dans notre service d'Appartement de Coordination Thérapeutique depuis le 28/10/2010. Auparavant, elle était domiciliée dans une petite ville dans le département de la Drôme.*

*Madame est de nationalité italienne. Elle est âgée de 47 ans. Elle est concernée par une double pathologie associée : infection VIH et une hypertension artérielle pulmonaire très sévère. Madame a un suivi médical spécialisé pour le VIH et pour ses problèmes cardio-pulmonaires (appareil d'oxygène la nuit). Elle était suivie sur Valence, ce qui impliquait des déplacements réguliers et fatigants. Par ailleurs, elle a connu dans son parcours une période assez importante de toxicomanie. A ce jour, elle est sous traitement de substitution.*

*Sur le plan financier, Madame D est bénéficiaire de l'AAH ainsi que des prestations familiales.*

*Mère de trois enfants âgés respectivement de 20 ans, 19 ans et 16 ans, ces derniers vivent avec elle au sein de l'Appartement de Coordination Thérapeutique proposé par Maavar Marseille.*

*Suite à des violences conjugales importantes, Madame s'est séparée du père de ses enfants. Madame dit se sentir isolée. Elle n'aurait pas de contact avec le reste de sa famille, écartée de celle-ci à l'annonce de la maladie.*

*Avant son hébergement, la famille habitait dans un T4 qui comportait des problèmes d'humidité importants. Madame a fait appel à l'ANAH (Agence nationale de l'habitat) pour effectuer les réparations nécessaires (fuites sous le toit). La santé de Madame étant fragilisée par les conditions de vie dans ce logement, son projet de vie fut alors de s'installer sur Marseille. De plus, Madame disait subir des discriminations raciales et en lien avec sa maladie dans sa petite commune de résidence.*

*Madame a fait une demande de prise en charge et d'un accompagnement par le biais d'un appartement de coordination thérapeutique à MAAVAR, afin de lui permettre ainsi qu'à ses enfants, de bénéficier d'un environnement social stable et de soins adaptés.*

*Madame a été admise avec ses trois enfants à MAAVAR/ACT le 28 Octobre 2010, après signature du contrat de séjour et du règlement intérieur.*

*Dans un premier temps, le travail de l'ensemble de l'équipe a été de rechercher avec Madame des prestataires pour obtenir de l'oxygène à l'hébergement. Par la suite, un travail sur l'ouverture des droits et leurs maintiens a été effectué : renouvellement carte de résident, droits ouverts CAF, transfert dossier MDPH de la Drôme à celle des Bouches du Rhône...*

*Sur le plan médical, le suivi au CISIH à l'hôpital de la Conception et le suivi pneumo-cardio à l'hôpital de la Timone ont été mis en place. Un traitement de substitution (méthadone) a également été établi.*

*Depuis son arrivée, la situation familiale semblait complexe. Madame D dit rencontrer des difficultés avec ses enfants et vis versa du point de vue de la fille et du fils aîné : problèmes de cohabitation, les enfants reprocheraient à Madame sa maladie et ses conséquences (départ de la Drôme)...*

*L'ensemble de l'équipe médico-sociale tente de prendre en compte la situation globale de la famille. Deux travailleurs sociaux ont plus particulièrement été en soutien des deux aînés.*

*Durant la première année de son hébergement, la situation de Madame D ainsi que l'accompagnement mené avec elle, avançait progressivement malgré des périodes de grande fragilité psychologique. Le travail d'accompagnement proposé par l'équipe a permis d'instaurer une véritable relation de confiance entre Madame D et Maavar Marseille.*

*Le 12 Décembre 2011, tôt le matin, Madame a été trouvée errante et dans un état très agité par un membre de l'équipe. Elle a alors été accompagnée jusqu'aux bureaux de Maavar. Madame a été reçue par l'AVS et sa référente sociale. Durant cet entretien, les membres de l'équipe médico-sociale ont pu constater qu'elle tenait des propos délirants et inappropriés à la situation, menaçait de s'en prendre physiquement à ses enfants et plus particulièrement à sa fille.*

*Il semblerait que pendant, la nuit des violences aient éclaté à l'hébergement au sein de la famille. Parallèlement, deux travailleurs sociaux ont reçu les enfants afin de les écouter, de les soutenir. Durant cet entretien, les enfants ont pu décrire le week-end passé : violences physiques et verbales de leur mère, insultes, propos et actions délirantes (elle aurait versé de l'eau de javel dans tout l'appartement...).*

*Suite à cette situation et contenu de l'état de Madame D, il lui a été proposé une hospitalisation le jour même dans le pôle psychiatrique de l'hôpital de la Conception. Madame a accepté cette proposition. Le médecin coordonnateur a alors pris contact avec l'équipe médicale de l'hôpital.*

*Après une journée dans ce service, Madame a été transférée au sein du service VEGA à l'Hôpital Sainte-Marguerite. Elle a été hospitalisée plus d'un mois. Durant toute cette période, l'ensemble de l'équipe ACT a travaillé en lien avec l'équipe médicale de ce service afin d'organiser dans les meilleures conditions son retour sur un appartement de coordination thérapeutique. Depuis le début de son hospitalisation, la référente sociale ainsi que l'AVS se rendent régulièrement à l'hôpital afin de rencontrer Madame. Quant au médecin coordonnateur il est en lien permanent avec l'équipe médicale afin d'assurer la continuité des soins lors de son retour en ACT.*

*Les médecins de ce service ont diagnostiqué une psychose maniaco-dépressive chez Madame. Un traitement lui a été prescrit.*

*A la vue de la situation et après avoir échangé avec l'ensemble de la famille, l'équipe ACT a proposé à Madame D ainsi qu'à ses enfants de revoir la situation d'hébergement. Les relations avec ses enfants étant extrêmement conflictuelles, la cohabitation n'était plus possible : son fils aîné est alors parti vivre à Paris avec son père, sa fille quant à elle, a décidé de vivre avec son copain. Son fils cadet a intégré l'internat de son lycée et viendra à l'hébergement le week-end et les vacances scolaires. Ces choix de vie ont été largement discutés et réfléchis avec les enfants et les membres de l'équipe. Ces décisions ont été difficiles à prendre pour l'ensemble de la famille car elles signifiaient l'éclatement du noyau familial.*

*A sa sortie d'hospitalisation, Madame a intégré un nouvel hébergement, plus petit où elle peut recevoir son fils cadet.*

*Ce déménagement semblait être source d'angoisse chez Madame, l'équipe médico-sociale ainsi que l'équipe responsable des hébergements a travaillé afin de l'accompagner et de l'aider dans ce déménagement.*

*Une nouvelle période de vie commence pour Madame D, elle va devoir apprendre à vivre quotidiennement sans ses enfants, un soutien particulier de l'équipe sera alors nécessaire.*

## **B. Le travail en réseau**

Le travail effectué au sein du service ACT se fait en lien avec les services extérieurs dans l'intérêt et avec l'accord des personnes hébergées. On peut distinguer différents services :

- ✚ *Les médecins de ville et hospitaliers*
- ✚ *Les services territoriaux*
- ✚ *Le réseau associatif*
- ✚ *Les autres partenaires associatifs*

### **Présentation d'une situation**

*Monsieur S est la première personne accueillie sur le service d'Appartement de Coordination Thérapeutique de Maavar Marseille. C'est également la première personne à être sortie de cet hébergement par le biais d'un accès au logement autonome.*

*Monsieur a été hébergé par nos services en janvier 2010. Avant son arrivée, Monsieur était hébergé par un ami. Cependant la cohabitation s'est avérée compliquée et semblait avoir des répercussions sur l'état psychologique de Monsieur.*

*A cette époque, il souffrait d'un VIH non stabilisé ainsi que d'un lymphome traité en chimiothérapie (séances toutes les trois semaines). Il est âgé de 45 ans. Il est bénéficiaire de l'AAH.*

*Lors de son admission, Monsieur était tellement diminué qu'il nous a fallu écourter la séquence au bureau pour l'accompagner à l'appartement afin qu'il puisse se reposer. Pendant les premiers mois, toutes les rencontres avec l'équipe médico-sociale de Maavar se sont faites à l'hébergement, son état de santé ne lui permettant pas de se déplacer. L'ensemble des démarches administratives (sécurité sociale, CAF, MDPH, impôt...) a été réalisé avec une procuration de Monsieur.*

*La dernière chimiothérapie a eu lieu dans le courant du mois de mars 2011. Il a alors fallu beaucoup de temps à Monsieur pour reprendre suffisamment de force et commencer à se déplacer, à venir au bureau.*

*L'ensemble du personnel des ACT a participé à son accompagnement en ce qui concerne plus particulièrement les rendez-vous médicaux importants. Les premiers temps, l'accompagnement de Monsieur se faisait en ambulance et avec la présence d'un membre de l'équipe de MAAVAR. Cela lui permettait d'exprimer son appréhension, d'être soutenu vis-à-vis de sa peur de ne plus jamais être capable de se déplacer par ses propres moyens, de rester diminué et affaibli.*

*Depuis son entrée dans les ACT, son état de santé s'est amélioré. Cependant, quelques semaines après son admission, une nouvelle pathologie est venue se greffer au VIH, affaiblissant son état de santé. Ces fluctuations de son état de santé ont entraîné une incertitude importante par rapport à l'accompagnement proposé par Maavar. Il était difficile d'imaginer une sortie possible des ACT et encore moins de la préparer.*

*Durant la première année de prise en charge, la santé de Monsieur était bien trop irrégulière pour entamer des démarches de logement. Au fil du temps, sa situation s'est stabilisée et il a été possible de commencer la recherche d'un logement autonome : aout 2011 première demande de logement social. En septembre 2011, une proposition de logement (T1 dans le centre ville de Marseille) a été faite par un de nos partenaires : Groupement de Coopération Sociale Galilé.*

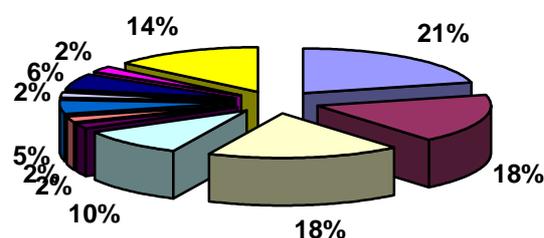
*Une visite du logement avec le travailleur social a alors eu lieu. Monsieur était satisfait de cette proposition. Le 19 septembre 2011, la Commission d'Intermédiation locative a accepté sa candidature. Monsieur a alors pu intégrer un logement autonome, ce qui correspondait à son désir et en adéquation avec ses capacités financières et physiques tant du point de vue de la situation géographique de l'appartement, que par sa surface ou par le nombre de pièce. En parallèle, la reprise d'une activité professionnelle (restauration) semblait prometteuse d'une nouvelle expérience après le passage par les ACT de Maavar Marseille.*

*Durant toute la durée de cet accompagnement, un travail en réseau a été mis en place : que soit sur le plan médical avec les services hospitaliers et les professionnels libéraux, sur le plan administratif avec les professionnels des différentes instances (MDPH, CAF...), sur le plan du logement. Lors de son accession à un logement autonome, un travail partenarial plus particulier a été établi avec Galilé afin d'assurer au mieux l'installation et le suivi de Monsieur lors de son entrée dans ce logement.*

*Le partenariat développé avec Galilé pendant cet accompagnement s'intègre dans un partenariat global, transversal à tous les services d'hébergement de Maavar. Il s'inscrit comme une solution possible à l'accès au logement autonome*

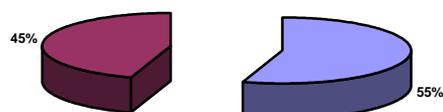
### C. L'astreinte : une action à part entière dans l'accompagnement quotidien

**Ensemble des appels sur l'astreinte de février 2010 à Décembre 2011**



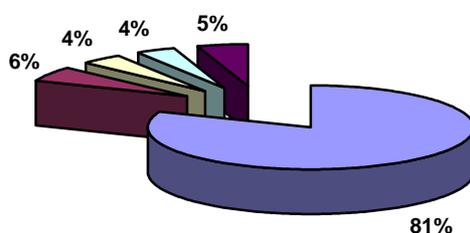
- usagers ACT
- usagers autres services
- appels anonymes
- appels manqués
- personnel de Maavar
- familles usagers
- partenaires
- personnes liées au logement (voisins, propriétaires, concierges)
- demandes d'hébergement / Renseignements
- personnel médical (médecins, infirmiers)
- autres

**Appels reçus sur l'astreinte des personnes hébergées par MAAVAR (de fév. 2010 à Déc. 2011)**

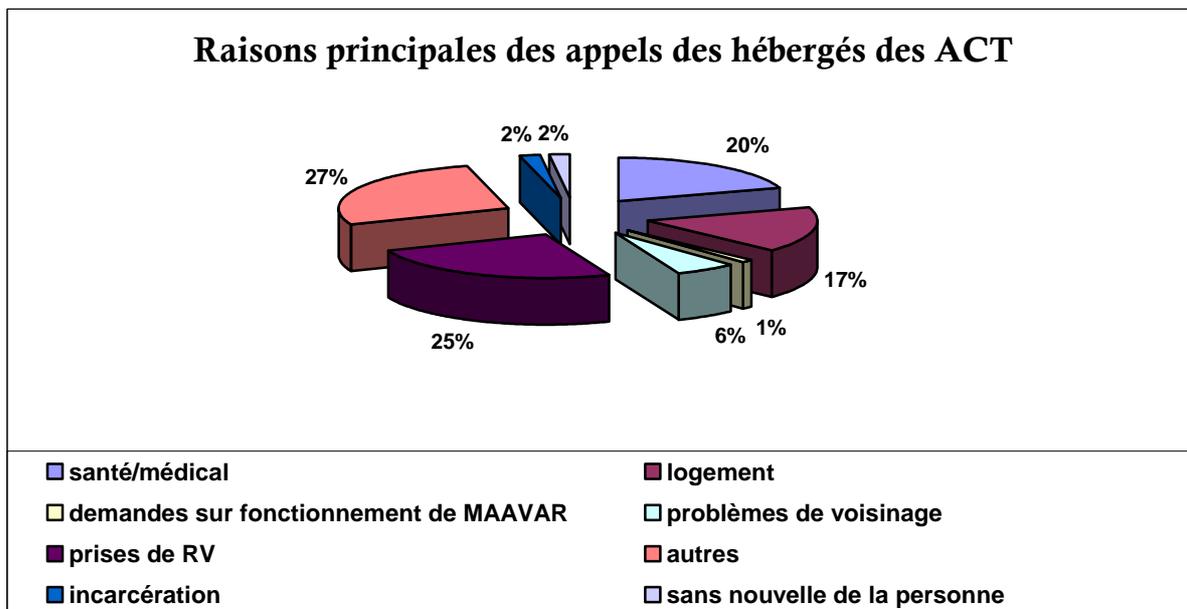


- hébergés des ACT
- hébergés de CHRS et d'EZRA

**Appels concernant les ACT (de fév. 2010 à Déc. 2011)**



- usagers ACT
- familles usagers ACT
- partenaires
- personnes liées au logement (voisins, propriétaires, concierges)
- Personnel médical (médecins, infirmiers)



### Interventions lors des temps d'astreinte :

A 8 reprises, sur les temps d'astreinte, l'équipe éducative a été amenée à se rendre sur place face à des situations d'urgence. Dans trois situations, la personne d'astreinte est intervenue avec les pompiers et dans deux autres cas avec la police nationale. A deux reprises, le professionnel d'astreinte s'étant déplacé a constaté le décès d'une personne hébergée sur le service ACT de MAAVAR Marseille.

L'astreinte téléphonique a été mise en place lors de la création du service ACT en 2010. Il s'agit d'un transfert d'appel du standard téléphonique de l'association vers un téléphone portable dédié à cette astreinte. A tour de rôle, l'équipe éducative assure l'astreinte du lundi au lundi. L'objectif visé est de permettre aux personnes en situation d'urgence (dégradation de l'état de santé, situations d'angoisses, sinistres...) de joindre dans les plus brefs délais un salarié de l'association. Si dans la plupart des cas, la situation s'apaise par téléphone nous sommes parfois amenés à nous déplacer.

L'astreinte téléphonique pose aujourd'hui beaucoup de questions à l'ensemble de l'équipe.

En effet nous pouvons, d'après ces quelques statistiques, émettre certaines remarques :

- ✚ L'astreinte semble être connue et largement utilisée par les personnes hébergées sur le service ACT. 21% des appels reçus entre février 2010 et décembre 2011 ont été passés par un usager du service ACT (*graphique 1*).
- ✚ Il s'agit du pourcentage le plus important montrant ainsi la pertinence de l'existence de cette astreinte. Elle semble répondre à un besoin exprimé par les personnes hébergées sur le service ACT.
- ✚ Nous faisons également le constat que cette astreinte est repérée et investie par les différents intervenants et acteurs qui ont un lien direct avec les usagers des ACT (infirmiers libéraux, famille, voisins, partenaires institutionnels et associatifs...- *graphique 3*).
- ✚ Dans la majorité des cas, les personnes hébergées sur le service ACT appellent pour des demandes de rendez-vous (25%), des raisons médicales (20%), des demandes liées directement à l'hébergement qu'elles occupent (17%) (*graphique 4*).
- ✚ Les statistiques mettent aussi en évidence que ce service est également sollicité par les personnes hébergées des autres services (45% des appels - *graphique 2*).

En 2012, les perspectives concernant l'astreinte téléphonique sont principalement de formaliser des procédures afin d'harmoniser nos pratiques professionnelles. Par exemple en cas d'intervention et situation d'urgence, et/ou la gestion des différentes demandes lors d'appels de personnes hébergées sur les autres services de l'association.

Lors de deux interventions, un membre de l'équipe a pu constater le décès d'un hébergé. Cela nous amène aujourd'hui à réfléchir autour de la question de l'accompagnement palliatif et/ou en fin de vie. De plus, c'est aussi réfléchir collectivement aux éventuels décès de personnes à venir afin de gérer au mieux cet événement difficile pour les équipes ainsi que pour les autres personnes hébergées.

L'astreinte téléphonique est un outil qui nous semble pertinent dans notre travail d'accompagnement quotidien. Néanmoins il nous appartient de continuer à la construire en prenant en compte les obligations légales, les attentes des personnes hébergées et le sens que l'équipe éducative ou plus largement l'institution souhaite lui donner.

## **D. Enjeux et perspectives 2012**

### **1. L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)**

En lien avec la Fédération Nationale d'hébergements VIH et autres pathologies, Maavar Marseille a été retenu, avec 7 autres structures, comme site pilote pour la mise en œuvre de l'Education Thérapeutique du Patient.

L'objectif est d'expérimenter la faisabilité d'une mise en place d'actions d'éducation thérapeutique du patient en Appartement de Coordination Thérapeutique en vue de la création d'un guide de bonnes pratiques.

Ce projet s'adresse aux personnes vivant avec une maladie chronique, en situation de grande fragilité psychologique et sociale, et en précarité. Cette étude permettra la création d'un guide qui sera mis à disposition des structures gestionnaires d'ACT pour les aider à développer des actions d'ETP.

Le projet sera coordonné par un comité de pilotage national et des groupes de travail locaux auxquels seront associées, autant que possible, les instances de représentations des résidents, de partenaires extérieurs.

Les finalités de l'ETP sont de :

- + Renforcer l'autonomie de la personne ;***
- + Informer la personne sur sa maladie ;***
- + Permettre à la personne d'établir une relation de confiance et reconstruire une estime de soi ;***
- + Assurer une meilleure prise en charge de sa maladie par la personne ;***
- + Permettre le libre arbitre ;***
- + Favoriser la compréhension et l'acceptation du « vivre avec la maladie » pour arriver à une meilleure estime de soi ;***
- + Favoriser l'autonomie de la personne ;***
- + Développer le Bien-être et la qualité de vie de la personne.***

L'ETP en ACT vise à aider une personne dans une situation précaire et ayant une maladie chronique à développer, au cours d'un accompagnement individualisé, les ressources nécessaires (savoir être, savoir faire), à maintenir et/ou améliorer sa qualité de vie et son autonomie.

## 2. La question de la participation et de l'expression des usagers

La participation et l'expression des usagers sont des principes affirmés par la loi **2002-2** rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il y est en effet précisé que sont assurés à la personne bénéficiaire :

➤ **Art L 311-3 - (...)** : « La participation directe (...) à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».

➤ **Art. L. 311-6** : « Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en œuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret. Ce décret précise également, d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles. »

D'après la loi, il existe donc deux formes de participation et d'expression des usagers au sein des établissements médico-sociaux. Notre association et son équipe pluridisciplinaire travaillent en ce sens depuis la création des Appartements de Coordinations Thérapeutiques mais aussi et de manière transversale, sur l'ensemble de ses services depuis l'entrée en vigueur de la Loi du 2 Janvier 2002. Nous y reviendrons...

Néanmoins, nous considérons que ces aspects aujourd'hui incontournables dans le travail social mériteraient d'être étayés, développés, mieux construits au sein de notre association. C'est pourquoi nous souhaitons au cours de l'année 2012 mettre en place une réflexion entre les différents acteurs (usagers, équipe pluridisciplinaire, direction...) dans le but de construire une politique associative forte favorisant par la suite la création d'outils, d'instances, mais aussi de nouvelles pratiques professionnelles qui seront nécessaires afin d'organiser et de faciliter « la participation et l'expression des usagers ».

Ce Rapport d'Activité est donc l'occasion de faire un premier bilan quand à « l'état actuel » de la participation et de l'expression des usagers de l'association MAAVAR Marseille. Par la suite, nous tenterons de coucher sur papier nos réflexions, nos arguments, notre volonté de développer notre travail vers cette direction. Pour terminer, nous émettons nos premières pistes de travail.

### Janvier 2011 – Décembre 2011 « Etat des lieux » :

Au cours de l'année 2011 l'institution MAAVAR a proposé aux personnes prises en charge divers temps de vie collective qui avaient pour objectif entre autre, de favoriser leur expression :

#### **✚ Les ateliers logement :**

Trois ateliers logement ont été initiés au cours de l'année 2011. Environ 9 personnes prises en charge y ont participé. Il s'agissait de temps d'échanges entre les personnes hébergées par l'association et une partie de l'équipe éducative, autour des questions liées au logement. Ainsi, plusieurs thèmes ont été abordés comme, les conditions d'accès au logement, la gestion d'un logement, la gestion du budget lié au logement, les Droits et Devoirs du locataire.... Les débats furent riches et permirent d'interroger les représentations de chacun quant à la notion d'« habiter », d'« avoir un chez soi ». L'équipe éducative a ainsi pu faire divers constats :

✚ *Les personnes accompagnées sont parfois « mal-informées » des conditions nécessaires pour devenir locataire ;*

✚ *La perspective de devenir un jour locataire d'un appartement ou au contraire, se rendre compte que le chemin est parfois long avant d'accéder à un logement; sont très souvent des sources d'angoisses profondes pour les personnes.*

Ces ateliers ont eu pour effet de :

- + Permettre à l'équipe éducative d'identifier les difficultés des personnes face à ces questions liées au logement ;
- + Permettre aux usagers de poser des questions et d'exprimer leurs difficultés, angoisses, représentations, attentes, désirs face à l'accès au logement ;
- + Permettre aux personnes hébergées et aux membres de l'équipe éducative d'échanger, de discuter, dans un contexte différent qu'est celui de la prise en charge individuelle au quotidien fonctionnant par le système de la référence éducative ;
- + Favoriser l'instauration de liens entre les usagers et l'institution, entre chaque personne accueillie et chaque travailleur social ;
- + Permettre aux personnes prises en charge de se rencontrer, d'échanger, de créer des liens.

Si toute l'équipe de MAAVAR s'accorde pour dire que cette initiative fut très positive dans l'accompagnement proposé aux personnes, nous ne pouvons que faire le constat que cette dernière s'est finalement étouffée jusqu'à ne plus être mise en place à l'heure actuelle. Cela provient de divers éléments :

- + Certaines situations rencontrées par les personnes : l'accès au logement, les déménagements en interne, les hospitalisations, certaines difficultés rencontrées... Sont des situations complexes que peuvent rencontrer la personne prise en charge. Elles nécessitent très souvent pour le travailleur social référent de dégager beaucoup de temps et de se rendre disponible très rapidement afin d'accompagner l'utilisateur, temps qui du coup n'est plus accordé aux espaces collectifs tels que les ateliers logements.
- + L'agenda de l'équipe, qui est parfois très chargé par divers événements incontournables : situations complexes et ponctuelles, rencontres partenariales, évaluation interne, externe, rapport d'activité, accompagnements supplémentaires pendant les congés des collègues... Là encore, le temps accordé par les membres de l'équipe sur ces événements diminue la disponibilité de chacun pour les espaces collectifs.
- + Les ateliers logements ont été portés par une partie des membres de l'équipe de l'association MAAVAR. Nous avons pu nous rendre compte que lorsque ces salariés, pour des raisons diverses, ne pouvaient pas prendre du temps pour organiser de nouveaux temps d'ateliers, la dynamique n'était pas forcément entretenue par les autres membres de l'équipe. Les difficultés d'instaurer une cohésion et une mobilisation générale des membres de l'équipe autour de ce projet ont participé, il nous semble, aux difficultés rencontrées pour pérenniser ces ateliers.

#### + **Les ateliers « cuisine » :**

Au cours de l'année 2011, 7 ateliers cuisine ont été mis en place grâce à un travail partenarial entre l'association MAAVAR et la Banque Alimentaire. Ce partenariat existe depuis longtemps puisque la Banque Alimentaire est un partenaire privilégié du restaurant NOGA de notre association. En effet, la majorité des denrées cuisinées par le Restaurant Social proviennent des dons de la Banque Alimentaire.

Les ateliers « cuisine » se déroulaient au Restaurant social Noga. Ils étaient animés par 2 animateurs de la Banque Alimentaire avec l'aide d'un ou plusieurs travailleurs sociaux de l'association MAAVAR. Les animateurs de la Banque Alimentaire venaient avec un menu complet et les ingrédients nécessaires à sa réalisation afin de le proposer aux usagers de MAAVAR présents (entre 3 et 5 par séance). Les personnes accompagnées, les travailleurs sociaux et les animateurs cuisinaient alors ensemble. Le repas une fois prêt, était dégusté par tous les participants. Chaque atelier durait en moyenne entre 3h30 et 4h.

Ces ateliers « cuisine » ont été vécus de manière largement positive par les usagers et les membres de l'équipe éducative. Ils ont permis entre autre de :

- + *Apprendre, réapprendre les bases de la cuisine (temps de cuisson, utilisation du matériel, préparation des légumes...);*
- + *Partager des moments conviviaux entre les salariés de l'association MAAVAR et les personnes accompagnées. Ce qui a participé à développer et/ou renforcer les liens entre les divers acteurs (usagers-usagers/ usagers-salariés);*
- + *Passer des moments agréables de vie collective venant rompre avec le quotidien de l'accompagnement éducatif et individualisé ;*
- + *Discuter, échanger, partager, débattre autour de divers sujets ; ce qu'on aime manger, la nutrition, les repas équilibrés, les goûts de l'enfance....*
- + *De manière générale, ces ateliers ont été un espace propice à la libre « expression » des usagers de notre association.*

L'idée de cet atelier était, par le biais des animateurs de la Banque Alimentaire, d'instaurer peu à peu une dynamique favorisant d'une part l'investissement des usagers dans ce projet, et de l'autre celle des salariés de l'association. En effet, l'objectif étant que la Banque Alimentaire se retire du projet pour laisser seuls les usagers et travailleurs de MAAVAR faire vivre les Ateliers « cuisine ». Aujourd'hui, les Ateliers « cuisine » ne sont plus proposés à MAAVAR.

Les raisons de l'arrêt des Ateliers cuisine sont identiques à celles liées à l'étouffement des Ateliers logement.

#### **+ Sorties Collectives :**

Au cours de l'année 2011, diverses « sorties » collectives et/ou culturelles ont été proposées aux personnes bénéficiaires de MAAVAR Marseille : pique-nique, spectacle de théâtre, visite de Marseille en bus panoramique, journée des usagers organisée à Bandol par la « Fédération Nationale des Hébergements VIH et autres pathologies ». Ces moments sont pensés afin de :

- + *Partager des moments conviviaux entre les salariés de MAAVAR Marseille et les personnes accompagnées. Ce qui participe au développement et/ou renforcement des liens entre les divers acteurs (usagers-usagers/ usagers-salariés);*
- + *Passer des moments agréables de vie collective venant rompre avec le quotidien de l'accompagnement éducatif et individualisé ;*
- + *Discuter, échanger, partager, débattre autour de divers sujets dans un contexte différent de celui de la relation duelle et habituelle qui lie la personne prise en charge et le travailleur social.*

Les personnes bénéficiaires qui ont participé à ses sorties ainsi que les travailleurs sociaux tombent d'accord sur la nécessité de généraliser et étendre ce type de proposition. Seulement, nous rencontrons certaines difficultés afin de :

- + *Fidéliser les personnes sur un temps assez long ;*
- + *organiser nos agendas afin d'instaurer une régularité dans ce type d'action ;*
- + *Fidéliser les personnes et leur participation dans le temps ;*
- + *Organiser entre salariés nos agendas, afin d'instaurer une régularité dans ce type d'action ;*
- + *Anticiper ce genre de proposition suffisamment en amont de sa mise en place afin d'informer, sensibiliser et donc permettre aux personnes concernées de s'y inscrire.*

L'association Maavar, au cours de l'année 2011, a donc proposé divers temps et espaces collectifs qui ont permis d'initier dans la relation avec les personnes, dans le travail éducatif, des éléments riches pour le travail d'accompagnement des usagers. Ces mêmes aspects ne pouvant pas ou moins être travaillés dans la relation individuelle. Néanmoins, malgré ces constats positifs il est à noter que notre équipe rencontre certaines difficultés à construire, pérenniser ce type d'actions. Cela nous emmenant à proposer aux hébergés des temps de vie collective de manière découpée et irrégulière, parfois au point que ces derniers disparaissent.

## Du mouvement en 2012...

### Les espaces collectifs :

Durant l'année 2012, et tout au long de cette dernière, nous souhaitons pouvoir proposer aux personnes des temps de vie collective réguliers. Pour y parvenir, nous allons consacrer plusieurs réunions afin de construire collectivement ce projet. L'enjeu est ici de créer une cohésion d'équipe autour de cette question afin « d'élever les fondations » de ce projet et d'en baliser le fonctionnement. En effet, d'après notre expérience passée, il nous semble que le contenu d'une proposition ne suffit pas à ce que celle-ci perdure dans le temps. L'organisation du projet, sa mise en place, les moyens humains, financiers, matériels nécessaires, la fréquence, la durée, le nombre de participants prévus, quels partenaires éventuels... sont autant d'éléments à prévoir et à construire pour permettre aux membres de l'équipe mais aussi aux usagers de se saisir du projet et de le faire vivre dans le temps.

Pour l'année 2012 c'est donc de cette manière que nous souhaitons travailler les espaces collectifs proposés par MAAVAR Marseille. Pas de grandes nouveautés, mais plus de travail et construction en amont pour arriver à plus de pertinence ;

Quelques idées de temps collectifs que nous souhaitons construire et organiser pour cette année 2012 :

- + Remise en place des « ateliers logement », de manière régulière (1 fois par mois) ;
- + Mise en place d'un « atelier cuisine ». Atelier animé par l'un des cuisiniers du restaurant social Noga. Atelier qui se déroulerait éventuellement dans l'un des appartements de MAAVAR avec une cuisine ordinaire. L'objectif étant de pouvoir utiliser les denrées que l'on trouve à l'épicerie sociale, d'en créer une recette, de l'effectuer puis de déguster ensemble. Fréquence : 1 fois/mois ;
- + Proposition de sorties culturelles de manière régulière : 1 fois/mois

### Favoriser la Participation et l'Expression des usagers de Maavar :

Permettre la création de lieu(x) où la parole des personnes accompagnées pourra être prononcée, écoutée, prise en compte est l'un des enjeux de MAAVAR Marseille pour l'année 2012.

### Pourquoi une telle instance?

Tout d'abord et depuis la Loi du 2 Janvier 2002-2, il s'agit d'un Droit pour les personnes accompagnées : « *Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en œuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret* ». **Article L. 311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles.**

Au-delà de la Loi, il nous semble que la participation et l'expression peuvent être de véritables tremplins vers « l'inclusion » pour les personnes accompagnées :

- + Apprendre à exercer des droits, expérimenter la citoyenneté, des règles sociales voir la démocratie représentative... (par le biais d'un CVS...);
- + Prendre la parole, débattre, se confronter au collectif;
- + Prendre des initiatives, proposer, agir, influencer sur son propre environnement;
- + Porter un regard constant sur le fonctionnement et les pratiques de l'institution dont on est bénéficiaire;
- + Rencontrer les autres, vivre ensemble, échanger, s'ouvrir à de nouveaux points de vues;
- + Renforcer l'estime de soi...

L'équipe de Maavar souhaite donc faciliter « l'expression » et la « participation » des usagers à un niveau institutionnel. Il s'agit de permettre aux personnes de porter un regard sur l'établissement dont elles sont bénéficiaires, de donner leur avis sur le fonctionnement institutionnel, d'être force de propositions à différents niveaux (fonctionnement, projet institutionnel, règlement intérieur, temps collectifs, loisirs...). C'est aussi permettre aux personnes de devenir pleinement actrices de leur accompagnement. Pour l'équipe éducative il s'agit « d'outils » indispensables permettant de travailler avec les personnes et par le biais du collectif, leur projet individuel.

### **Quelle(s) forme(s) de Participation choisir ?**

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM d'Avril 2008 : « *Expression et Participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* » parlent de 4 formes de participation et d'expression :

- + « *La mise en place d'un Conseil de la vie sociale (CVS), qui est une forme de démocratie représentative, vise plus particulièrement l'apprentissage de la citoyenneté à travers la formalisation des mandats et la pratique de la délégation : il s'agit d'être en mesure d'exercer ses droits* ».
- + *Les groupes d'expression, groupes de parole, groupes de maison, sont une forme de participation directe, et visent l'apprentissage des débats, de la vie de groupe, de la prise de parole, etc..., à travers le « collectif » institutionnel.*
- + *Les groupes-projets, groupes d'initiative, etc... favorisant le pouvoir d'initiative, visent à renforcer la capacité d'agir et d'influer sur son propre environnement.*
- + *Les enquêtes de satisfaction ou autres formes de recueil d'opinions des usagers visent à positionner les résidents comme des « usagers – clients » d'un service. »*

Notre volonté institutionnelle n'est pas de choisir l'une des formes de « participation » existante, de la mettre en place au sein de MAAVAR et de demander à un « groupe d'utilisateur » de faire vivre cet espace. L'équipe de MAAVAR n'a pas la prétention de construire un tel projet concernant les personnes bénéficiaires sans la présence de ces dernières et de le leur soumettre par la suite.

Comment s'exercera la participation et l'expression des usagers au sein de MAAVAR demain ? Un CVS ? Un groupe de parole ? De projet ? Des enquêtes de satisfaction ? Un peu de tout ça ? La co-construction (personnes hébergées et membres de l'équipe) pas à pas de ce projet en déterminera la couleur.

## La co-construction des espaces d'expression et de participation des usagers de MAAVAR Marseille :

Afin d'initier la co-construction par les usagers de Maavar et l'équipe éducative d'espaces institutionnels « d'expression et de participation », nous souhaitons :

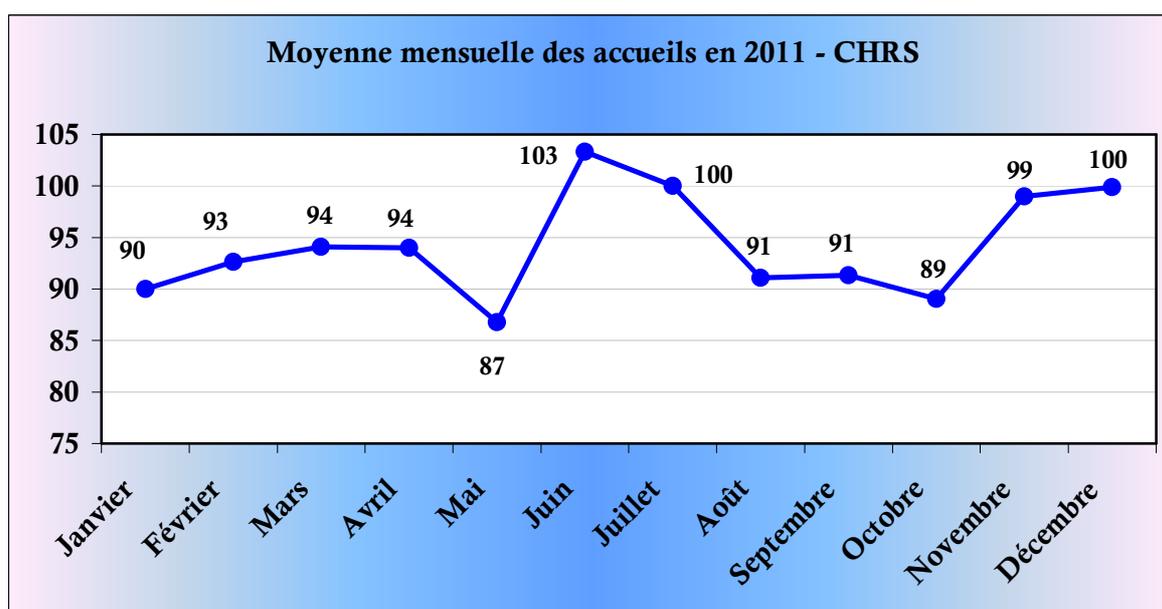
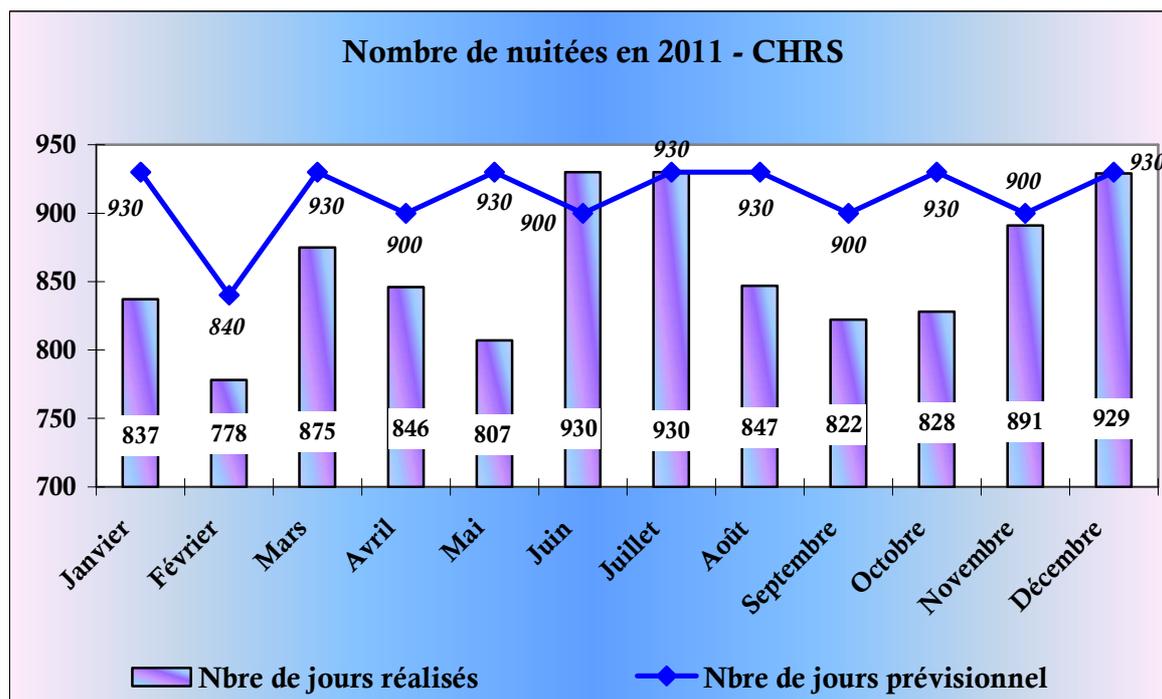
- ✚ *Organiser, courant Septembre 2012, une « journée des hébergés ». Il s'agit d'un moment convivial dans un espace extérieur aux locaux de l'association. Durant ce temps l'équipe sensibilisera les personnes présentes aux enjeux de loi du 2 Janvier 2002-2 ainsi qu'aux questions de la « Participation et de l'Expression » des usagers ;*
- ✚ *Nous proposerons aux personnes présentes et qui le souhaitent, de se pencher avec une partie de l'équipe sur ces questions. Le but étant de faire naître peu à peu un véritable lieu de Participation pour les personnes ;*
- ✚ *Pour cela, des temps réguliers de rencontres entre les personnes hébergées et une partie de l'équipe seront proposés de manière régulière à MAAVAR.*

# LES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2011

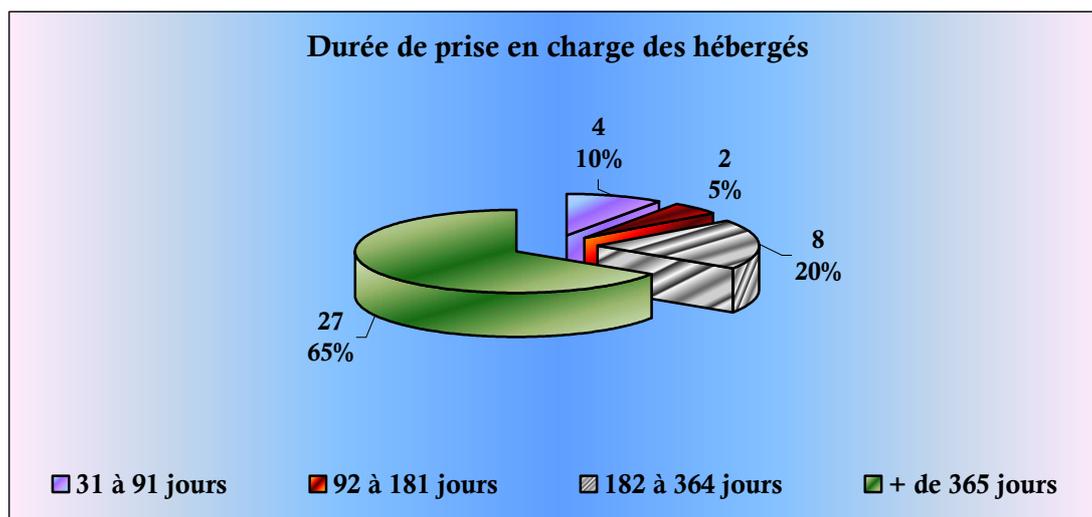
## AU C.H.R.S. – 30 PLACES

### A) Activité prévue et réalisée au 31 Décembre 2011

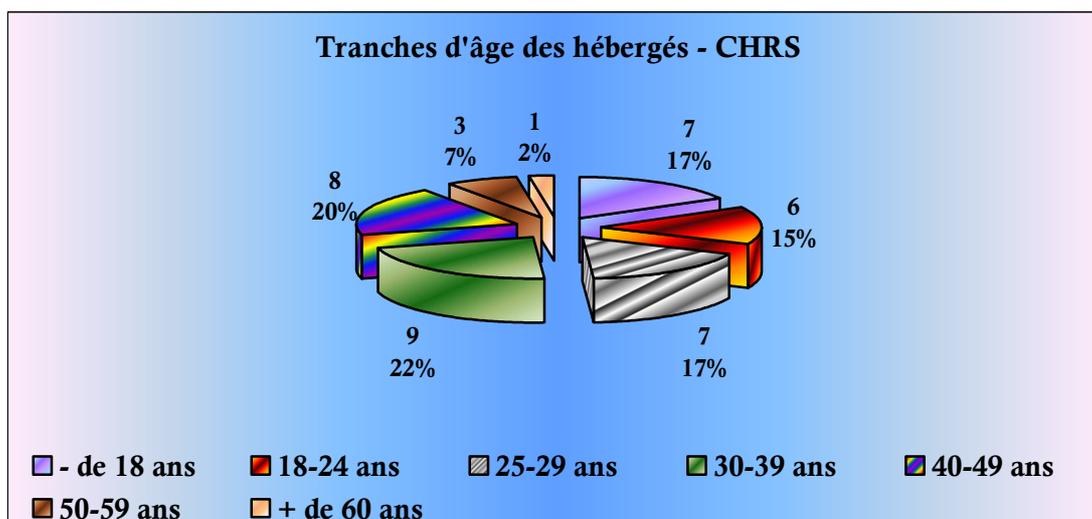
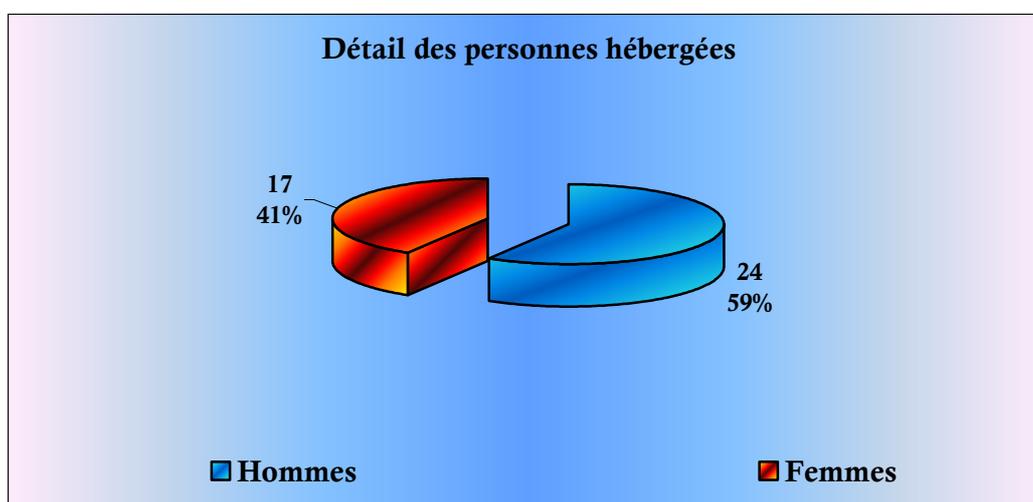
▶ <b>Nombre total de nuits prévues</b>	<b>10.950</b>
▶ <b>Nombre total de nuits réalisées</b>	<b>10.320</b>
▶ <b>Taux d'occupation 2011</b>	<b>94,25 %</b>
▶ <b>Nombre de personnes reçues et prises en charge</b>	<b>41 personnes</b>
▶ <b>Présents au 31 Décembre 2011</b>	<b>29 personnes</b>

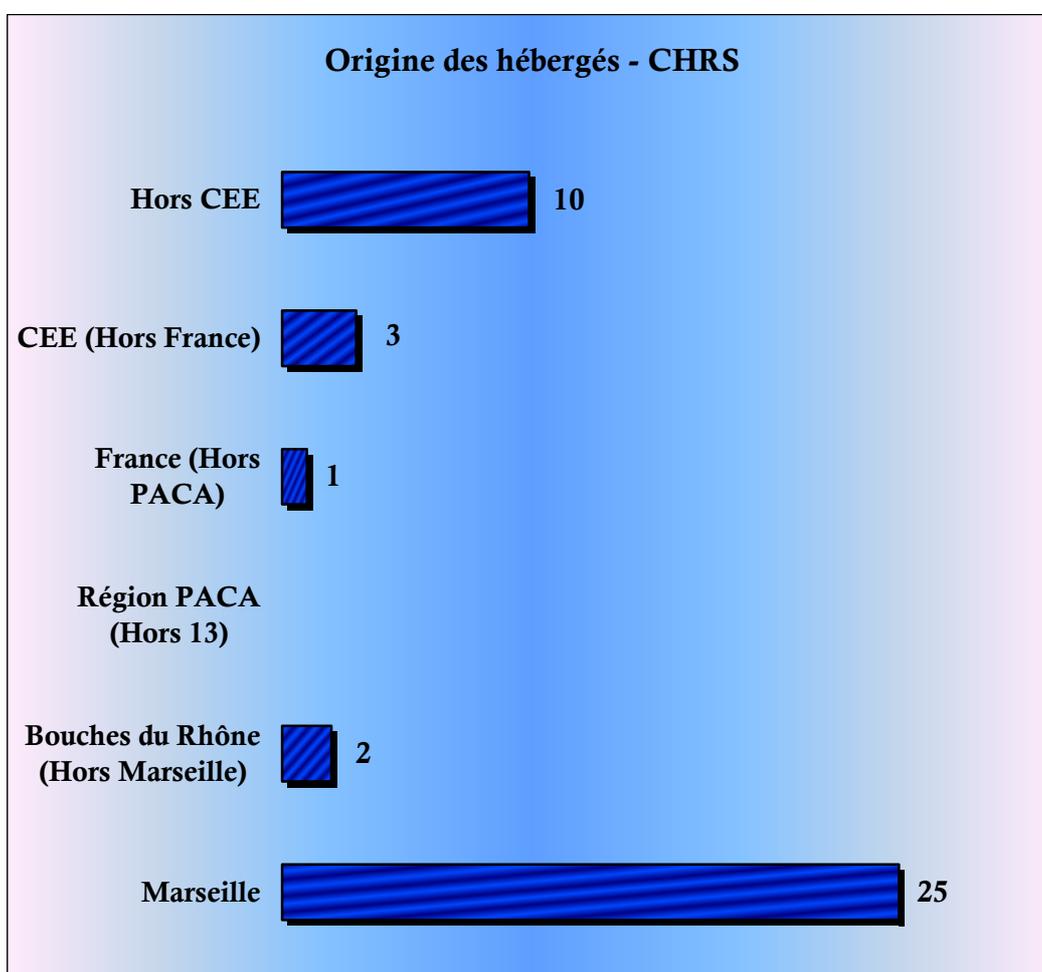
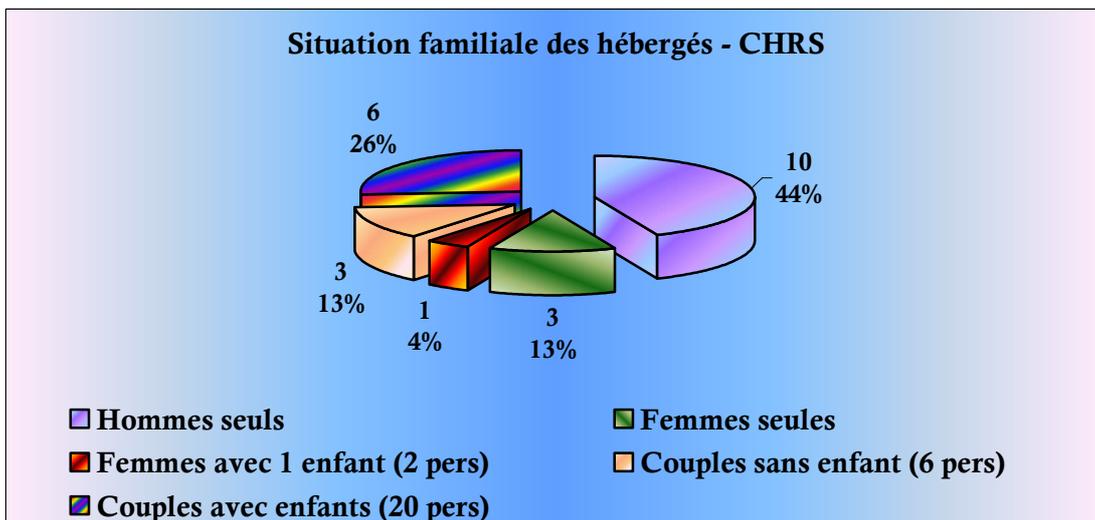


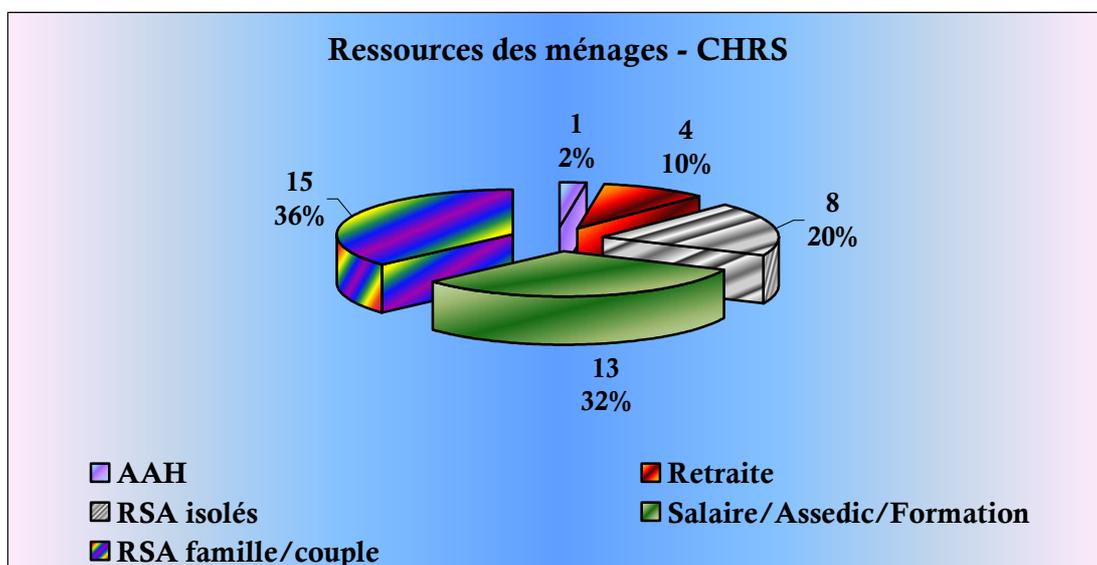
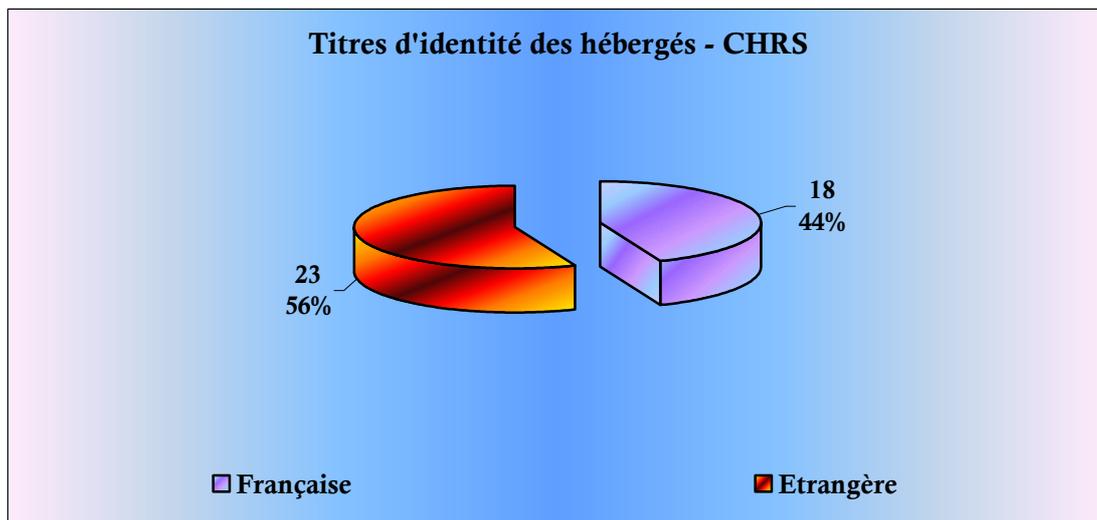
## B) Durée des prises en charge au CHRS en 2011



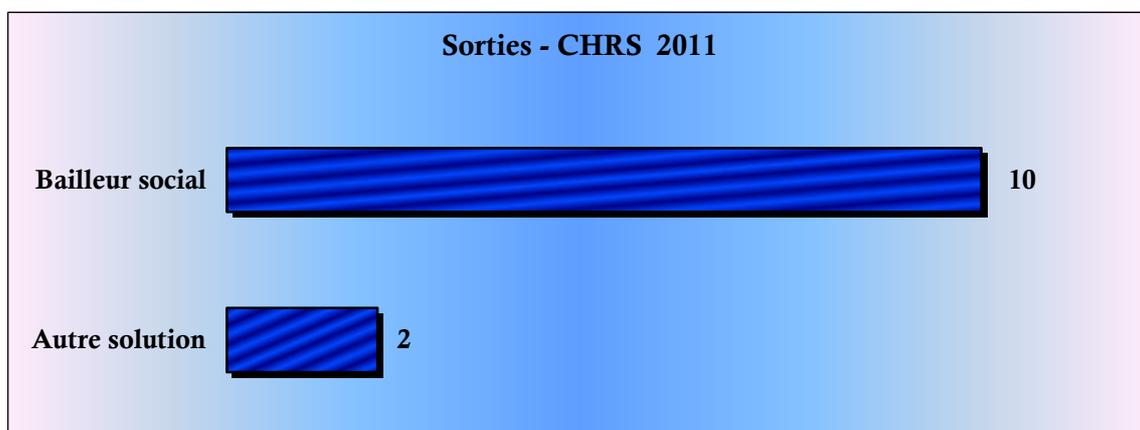
## C) Identités des personnes accueillies







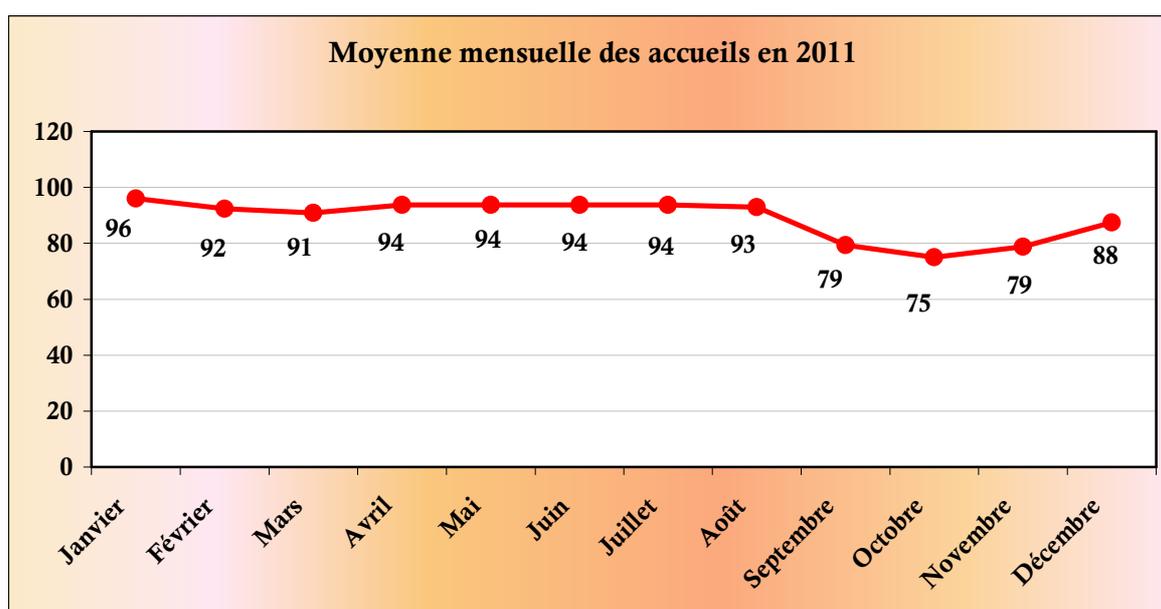
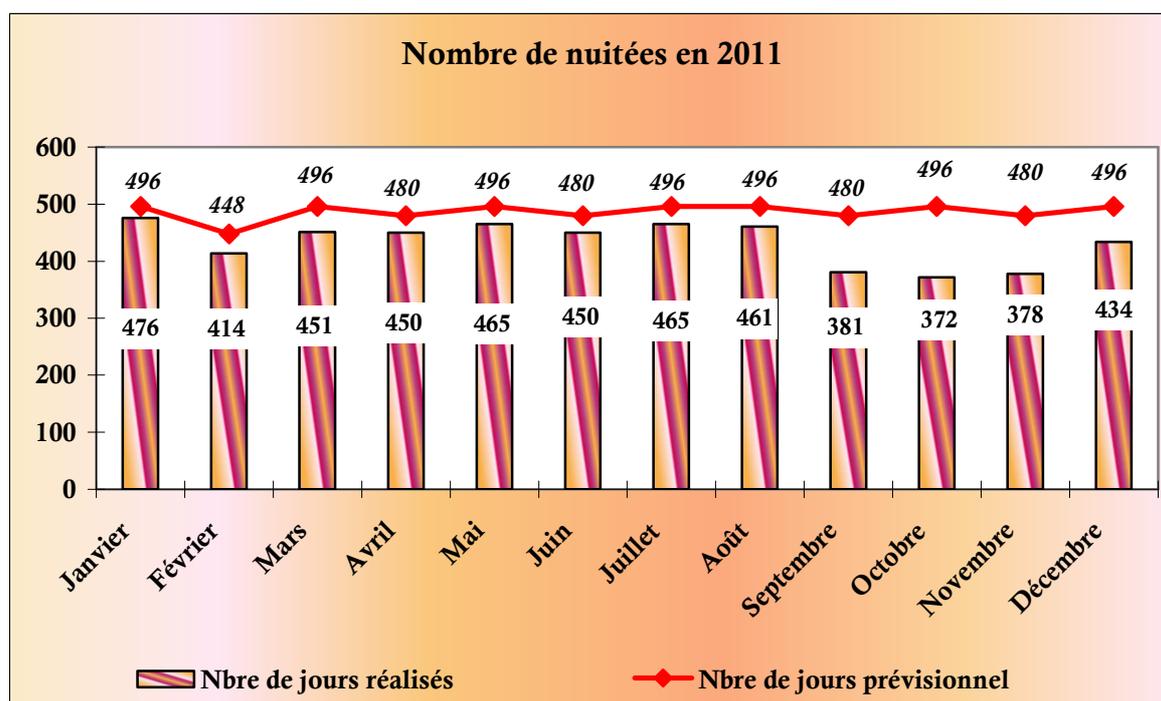
Toutes les personnes admises sur ce service en 2011, ont été adressées à MAAVAR Marseille par le SIAO.



## LES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2011 DANS LE SERVICE EZRA – 16 PLACES

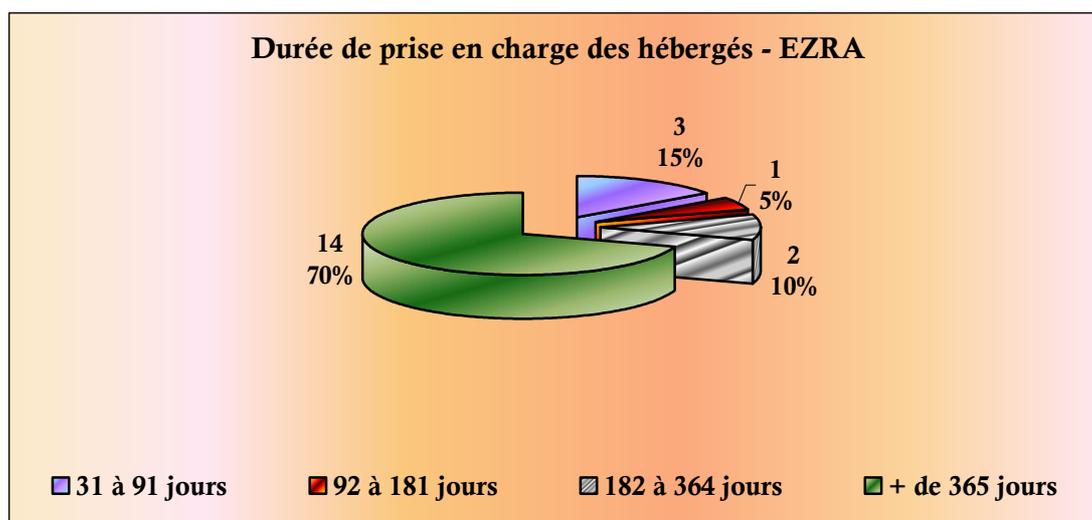
### A) Activité prévue et réalisée au 31 Décembre 2011

▶ <b>Nombre total de nuits prévues</b>	<b>5.840</b>
▶ <b>Nombre total de nuits réalisées</b>	<b>5.197</b>
▶ <b>Taux d'occupation 2011</b>	<b>88,99 %</b>
▶ <b>Nombre de personnes reçues et prises en charge</b>	<b>20 personnes</b>
▶ <b>Présents au 31 Décembre 2011</b>	<b>14 personnes</b>

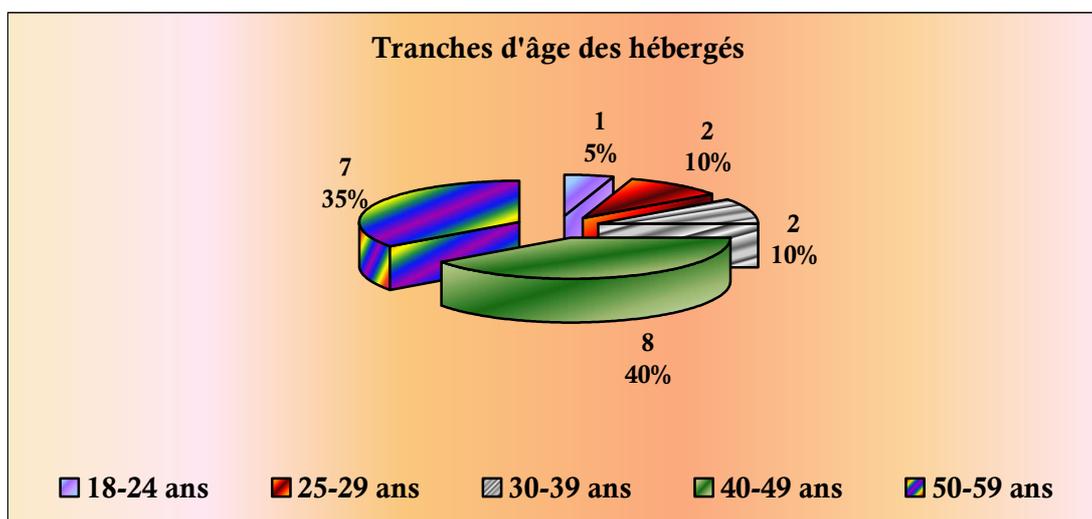
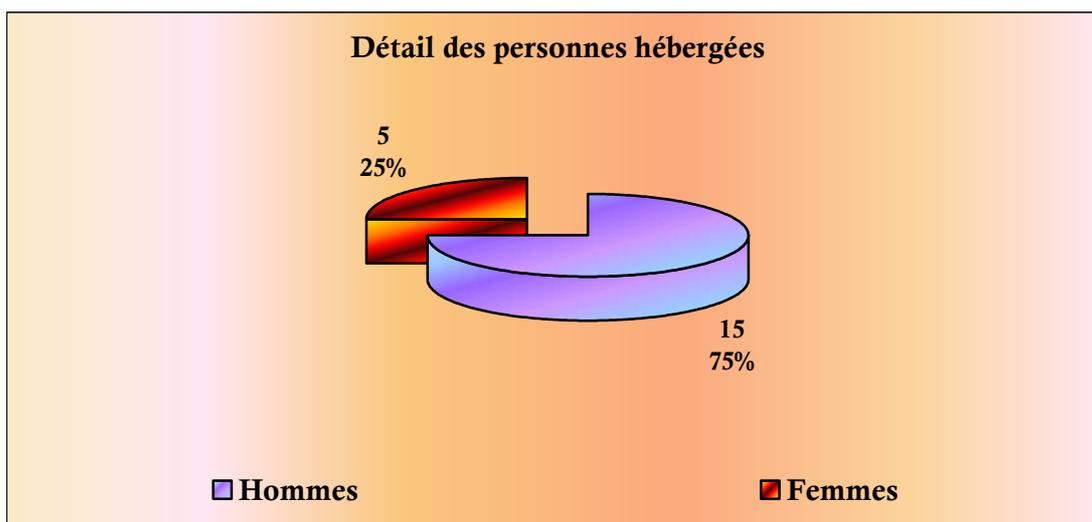


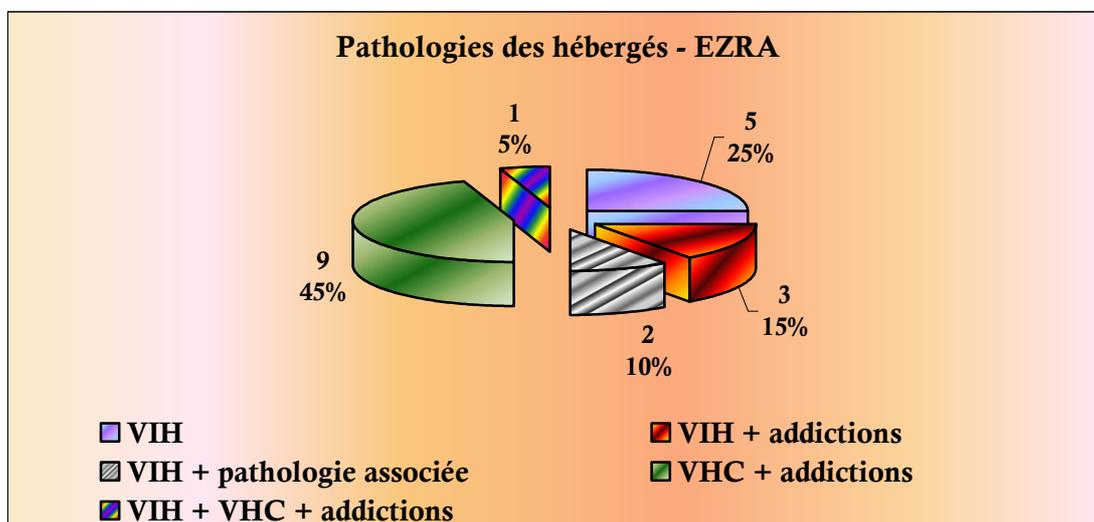
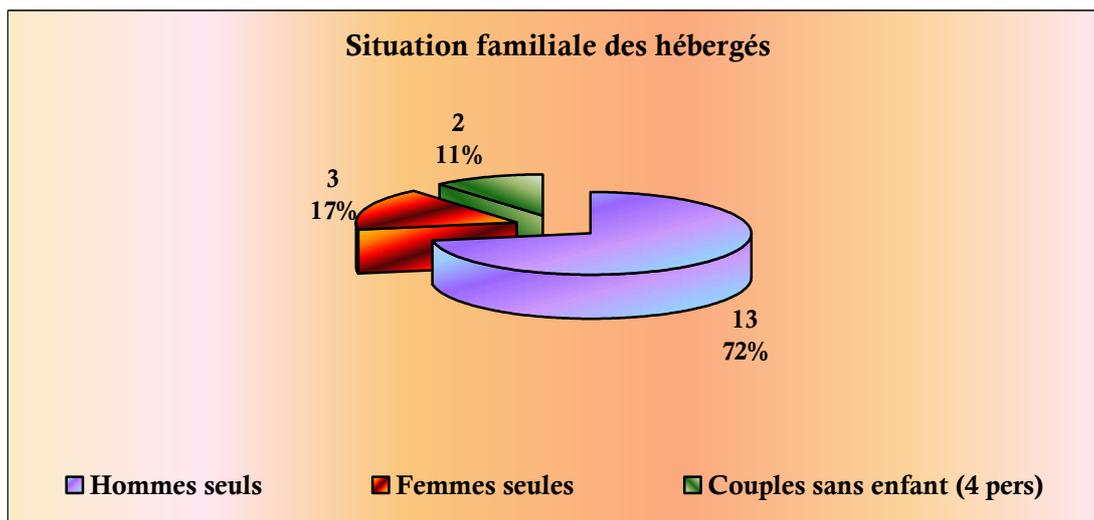
Les 4 personnes accueillies en 2011 par ce service, ont toutes été adressées par des associations partenaires (Alisé, Ampta et Casanova).

## B) Durée des prises en charge

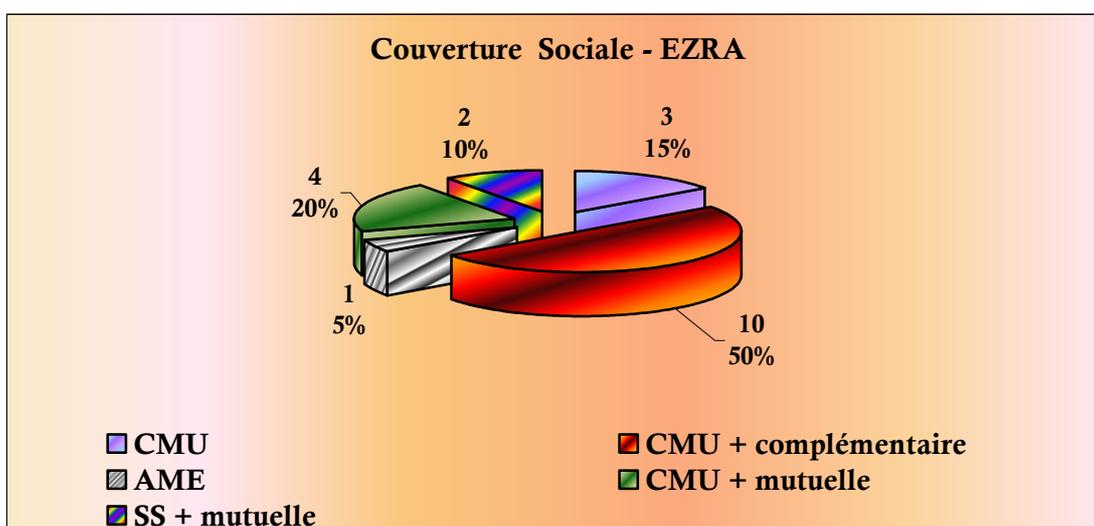


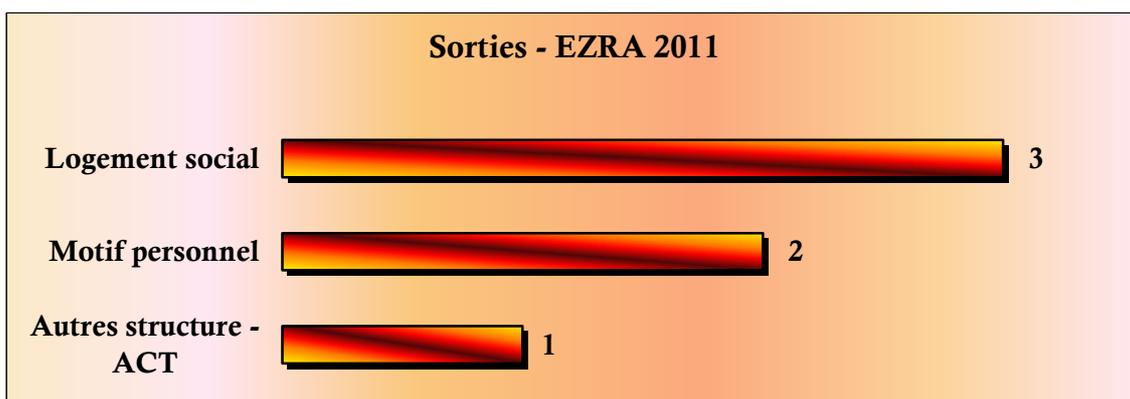
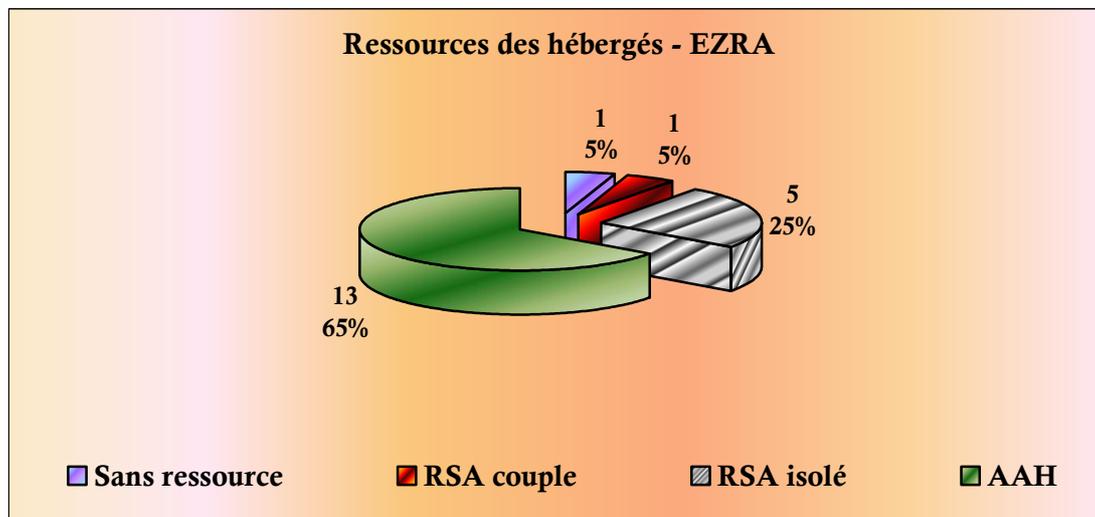
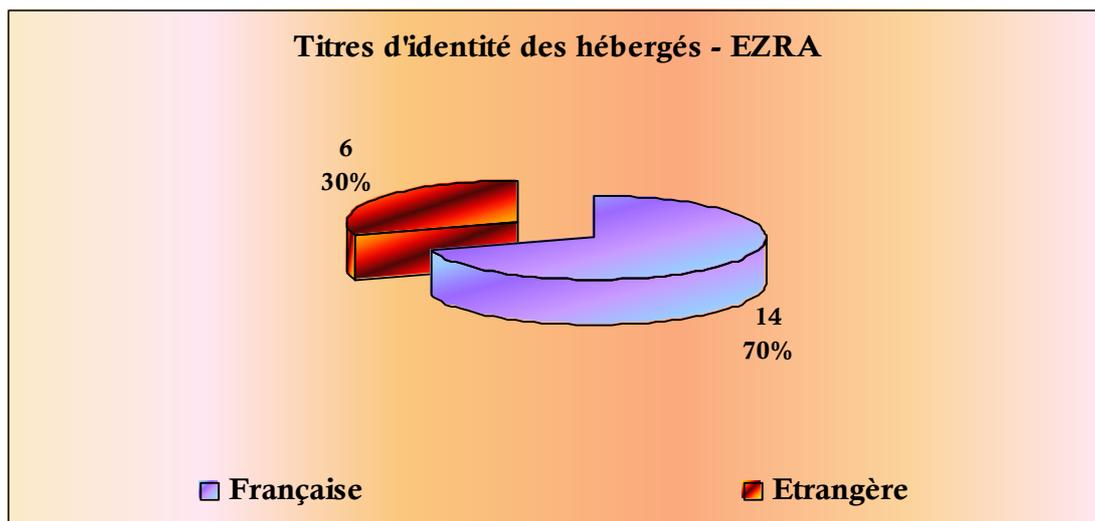
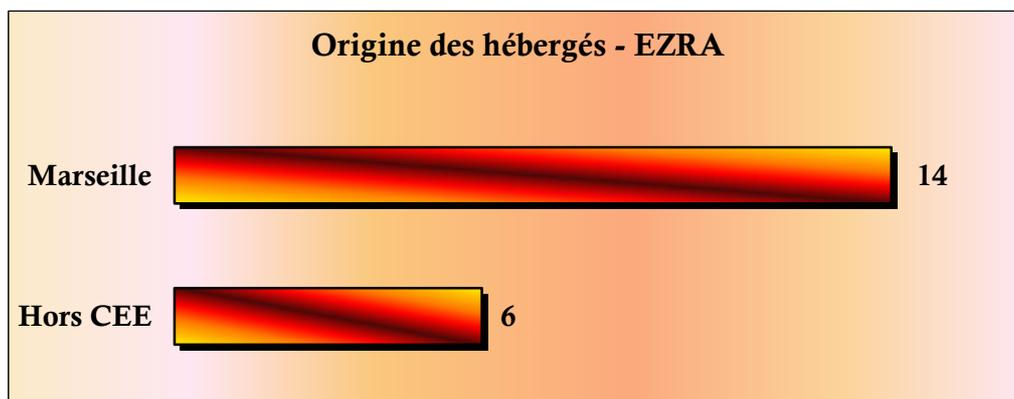
## C) Identités des personnes accueillies





Pour les 9 personnes concernées par le VHC, leur traitement a été initié et mis en place durant leur période d'hébergement dans le service EZRA.





## LES ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT

### APRES L'HEBERGEMENT

Le service de suite a vu le jour en 2010. Il est le prolongement du travail d'accompagnement socio-éducatif effectué pendant le temps d'hébergement lorsque l'accès au logement autonome est réalisé. L'accès au logement social dans le cadre d'un bail direct étant une des réponses possibles, certains ménages cette année ont accédé au logement privé via notamment le GCS Galilée et son dispositif de baux glissants.

Outre l'accès à un logement en phase avec la situation familiale et financière d'un ménage, nous veillons à l'adaptation du lieu de vie pour les personnes en situation de handicap.

Depuis la mise en œuvre de cet accompagnement, sur 14 ménages qui ont accédé au logement, 8 ménages en ont bénéficié en 2011 :

- ✚ 4 personnes ayant été accueillies sur le CHRS
- ✚ 3 personnes ayant été accueillies sur le service EZRA
- ✚ 1 personne ayant été accueillie sur le service d'ACT

Le besoin s'est fait sentir de pouvoir, à la demande, maintenir un lien de type prise en charge plus allégée, la personne n'ayant plus le statut « d'hébergé ».

En réponse à la demande de ces personnes : la continuité du lien permet de rassurer la personne face à son nouveau statut de « locataire », et de plus facilement résoudre ou anticiper des difficultés rencontrées.

Au fil des mois, l'existence de ce service s'est renforcée et son utilité s'est confirmée.

En effet, être locataire, pour la plupart des personnes, relève de l'inconnu, source d'angoisses, de craintes, de difficultés à rationaliser.

Nous avons constaté que l'accès au logement ne constitue pas forcément une évolution ressentie comme très positive, synonyme de nouveau statut, nouveau départ, redémarrage dans une vie plus normalisée. Cette situation peut rapidement prendre une direction inverse de celle souhaitée, s'avérer problématique à différents niveaux.

Si « le logement pour tous » constitue la préoccupation du moment, obtenir un logement n'est pas toujours possible. Avoir le logement que l'on souhaiterait est encore moins envisageable ; l'attribution de logement demeure aléatoire et ne respecte pas forcément les souhaits du demandeur. Des propositions peuvent être faites dans des cités très précarisées par exemple, la personne n'ayant pas le choix.

#### **Les constats que nous pouvons faire après 1 an ½ de fonctionnement :**

- ✚ Le manque de moyens humains
- ✚ L'accompagnement n'est pas assez soutenu
- ✚ Les mesures ASELL ne sont pas adaptées, leur intervention est insuffisante
- ✚ Les personnes se trouvent en grande difficulté parfois pour aller seules vers le droit commun
- ✚ Le barrage de la langue est un problème car il entraîne un manque de compréhension à l'oral mais également dans tout ce qui est écrit.

- ✚ L'autonomie quant aux démarches administratives est évidemment très relative suivant les personnes accédant au logement
- ✚ L'accès au logement ne rend pas la personne autonome de fait et l'autonomie ne se travaille pas suffisamment en amont
- ✚ Pour d'autres la capacité d'autonomie peut connaître des fluctuations compte tenu des troubles psychiques qui sont parfois peu ou pas reconnus par la personne
- ✚ La demande et la nécessité d'accompagnement au long cours sont formulées par une partie des ménages accédant au logement
- ✚ Ces situations d'accès au logement peuvent se révéler extrêmement lourdes à gérer.

**Les rencontres programmées par l'équipe pluridisciplinaire, au nouveau domicile, dans nos locaux ou à l'extérieur par le personnel socio-éducatif rassurent, soutiennent et visent à prévenir d'éventuelles difficultés pour l'ensemble des personnes.**

### **Les démarches possibles et accomplies dans le cadre de l'accès au logement autonome :**

Il s'agit d'accompagner la personne pas à pas dans l'appropriation de son nouvel environnement. Un environnement complexe avec de nouveaux interlocuteurs, de nouveaux repères liés au changement de quartier, d'arrondissement.

Nous sommes présents avec le ménage pour la mise en lien avec le bailleur, accompagnement pour l'état des lieux et la signature du bail ou du contrat de sous-location (bail glissant).

Nous travaillons avec le ménage l'organisation budgétaire incluant les nouvelles charges liées au logement : loyer et charges incluant le calcul des droits aux allocations logements, l'accès à l'énergie et le soutien dans un choix éclairé de contrats commerciaux. Une part importante est également consacrée à la constitution des dossiers FSL, aide financière primordiale pour l'installation dans un nouveau logement. Nous aidons à la recherche et au choix pour l'adhésion à une assurance habitation.

L'aide au choix à la mise en place ou non de prélèvements pour régler les factures liées au logement.

Nous effectuons avec la personne tous les changements d'adresse nécessaires ainsi qu'un travail de prise de repères dans le nouveau secteur d'habitation pendant la période d'aménagement avec les différents trajets possibles et la situation des lieux d'accueil de Pôle Emploi, de la Sécurité sociale, de la Caisse d'allocations familiales ...

Toutes ces démarches et leurs conséquences en termes d'engagement, de responsabilité représentent véritablement un changement pour certaines personnes pour qui l'accès au logement autonome est nouveau. Par ailleurs, les ménages concernés ont majoritairement de faibles ressources (AAH, pension d'invalidité, RSA et salaires), ce qui implique une rigueur dans la gestion de leurs ressources, une anticipation des difficultés avec une capacité d'épargne même minimale.

Le taux d'effort (loyer et charges –allocations logement) ne doit pas dépasser 30% des ressources du ménage. Néanmoins, lorsqu'on additionne les factures diverses liées au logement et les frais de transports (notamment pour les personnes bénéficiaires de l'AAH qui n'ont droit à aucun tarif préférentiel à Marseille), le reste à vivre fait que chaque dépense (de santé, alimentaire, vestimentaire) est comptée attentivement.

En effet, conserver son logement peut se révéler complexe quand on dispose des minimas sociaux ou de ressources faibles.

Accéder au logement est une chose, se donner les moyens de conserver son logement en est une autre.

Résider dans un appartement CHRS n'implique pas les mêmes efforts financiers que vivre dans son propre appartement, ni la même solitude et bien souvent le passage d'une réalité à l'autre est compliqué. Par ailleurs, être locataire exige, pour une majorité de personnes dépendantes des minimas sociaux, des sacrifices financiers bien plus significatifs que dans le cadre d'un hébergement classique.

Avec 1 RSA puis-je vivre si j'ai un logement ? Une fois le loyer réglé, l'assurance, le gaz et l'Edf prélevé, que reste-t-il pour vivre ? (alimentation, vêtue...), pour faire face à l'imprévu ? Toutes ces questions sont loin d'être réglées quand l'accès se réalise, même si elles ont été traitées durant le temps d'hébergement.

Alors, un accès au logement réussi signifie-t-il faire des sacrifices permanents ?

Quels sont les moyens mis à disposition pour que l'accès au logement soit une réussite ?

Le travail d'écoute et de lien, de résolutions de difficultés diverses entamé depuis plusieurs mois, voire plusieurs années avec les personnes génère une relation de confiance qui permet à la personne d'identifier l'association comme lieu ressource. Lorsqu'elle accède au logement la possibilité de bénéficier d'un accompagnement ponctuel lui est également signifiée. Cette proposition est une réponse à la demande formulée par certains ménages bien avant un accès au logement effectif.

La demande d'accompagnement ne se limite pas au soutien et à la résolution de démarches, mais aussi à la possibilité d'être écouté et soutenu notamment sur des problématiques de santé où pour un certain nombre de personnes, les travailleurs sociaux sont avec leur(s) médecin(s) traitant(s) les seuls à connaître leurs difficultés et leurs souffrances.

Cette possibilité d'allers retours entre l'institution et le logement autonome est très importante pour les personnes les plus démunies et/ou très isolées et/ou devant vivre avec une pathologie chronique et souvent sujette à discrimination.

### **Situations illustrant cette nécessité d'accueil souple qui permet de consolider cet accès au logement en tenant compte des capacités et des difficultés de chacun :**

*M. D. souffre depuis plusieurs années de troubles psychiques et est concerné par une pathologie qui lui provoque régulièrement des souffrances physiques importantes. M. est suivi médicalement et adhère à l'ensemble des soins proposés. Ces soins l'aident à vivre avec sa pathologie chronique, et traitent en partie ses troubles. Il dit en parlant de ses hallucinations (tous les sens étant concernés, M. peut traverser des périodes où il se sent totalement envahi) qu'il ne contrôle pas tout. En effet, M. peut arriver à un RV dans un état (peu d'heures de sommeil sur plusieurs jours, et/ou sensation d'être envahi) où la concentration pour accomplir une démarche est impossible. Il s'agit pour le travailleur social de repérer les signes d'intense fatigue, M. n'exprimant pas toujours facilement ce qui se passe pour lui (car cela peut contribuer d'après lui à renforcer ses hallucinations) et de remettre le RV à un autre jour. M. G. indique lorsqu'il est possible malgré tout d'accomplir ce qui été prévu.*

*Ne pas insister et respecter le rythme de cette personne n'a pas entravé le déroulement des démarches à accomplir. Maintenir le lien de façon régulière a permis entre autres : d'anticiper sur des difficultés liées au renouvellement de titre de séjour, à la rupture de droits aux prestations familiales qui en découlent, de suspendre et de remettre en route des prélèvements bancaires afin d'éviter une situation d'interdit bancaire et de régler néanmoins les factures à temps.*

*L'accès au logement autonome n'a pas résolu bien évidemment les troubles dont M. souffre, mais son état ne s'est pas aggravé. Il supporte ses nouvelles responsabilités et respecte les divers engagements. Si parfois, il signifie au bailleur qu'il n'en peut plus et qu'il aimerait retourner au C.H.R.S., il ne tient pas ce discours aux travailleurs sociaux de Maavar. Enfin la médiation exercée avec le bailleur permet d'apaiser un certain nombre d'angoisses.*

*Par ailleurs, les démarches engagées pour obtenir à nouveau une RQTH que M. avait débuté avant son accès au logement ont abouti positivement en décembre 2011, et lui donnent la possibilité de démarrer une formation dans un centre de reclassement professionnel. M. ayant travaillé jusqu'ici ponctuellement en milieu ordinaire avec peu de qualification pour des travaux souvent pénibles physiquement et peu compatible avec son état de santé et sa situation d'handicap. La nature et la fréquence de cet accompagnement évoluent au fur et à mesure que le temps passe. Le travail en partenariat avec le Groupement de Coopération Sociale Galilé (Intermédiation Locative), le service hospitalier, la conseillère en insertion professionnelle permettent aussi de rassurer M. et de consolider cet aboutissement du travail effectué pendant le temps d'accueil au C.H.R.S. représenté par la concrétisation de l'accès au logement autonome.*

**Melle H**, arrivée à Maavar en juillet 2008, a pu accéder au logement social en février 2011.

*A l'époque une mesure ASELL a démarré. Cette mesure d'une durée de 6 mois s'est révélée, malgré l'adhésion de départ de Melle H, peu adaptée à son fonctionnement (plusieurs rendez-vous ratés et des difficultés pour après recontacter le travailleur social). De plus, les problèmes rencontrés à l'entrée sur le logement nécessitaient des rencontres suivies afin que leur résolution soit plus rapide.*

*Melle H s'est donc manifestée auprès de notre service très régulièrement et elle continue à le faire. Ses difficultés de maîtrise de la langue, à l'écrit surtout, la maintiennent très dépendante d'un accompagnement. Cet accompagnement vise à anticiper la dégradation d'une situation qui demeure fragile, au niveau budgétaire, au niveau santé et au niveau relationnel avec le voisinage.*

**M. M** a été accueilli à Maavar en 2008. D'abord hébergé en hôtel, il est passé en appartement autonome en 2010. Il a excessivement bien investi ce logement, peut être même trop !

*Ce monsieur a eu 4 propositions de la préfecture. Il a été choisi dans le cadre de la 4<sup>ème</sup>. M. a signé son bail en juillet 2011. Au début, il a eu du mal à se faire au changement de logement. Il était inquiet de savoir qui allait « prendre sa place » dans l'appartement de Maavar, si le logement allait être bien entretenu, il y est même revenu à quelques reprises pour « vérifier ».*

*A ce jour, M.M est bien installé dans son logement du 4<sup>ème</sup> arrondissement. Une mesure ASELL ne paraissait pas indiquée et n'était pas souhaitée par lui.*

*Les contacts avec notre structure sont maintenus tous les 2 mois environ, sous forme de visites à domicile ou plus rarement de rendez-vous au siège.*

*Les difficultés rencontrées par ce monsieur sur le logement sont moindres, il s'agit davantage de soutenir son réapprentissage à une autonomie de vie, de l'accompagner dans le cadre de ses problèmes de santé et de l'étayer dans le cadre de différentes démarches à accomplir.*

## L'ÉPICERIE SOCIALE

### 1) Le projet

Dans le courant de l'année 2010, et dans la logique des différents projets de service, la quasi-totalité des hébergés de MAAVAR Marseille a été installée en appartement diffus dans le centre ville.

Pour ces personnes, nous avons estimé qu'il fallait développer une aide alimentaire d'un autre type. Cela permettait aussi de limiter l'utilisation du Restaurant Social NOGA par un public en attente d'une autonomisation et donc d'une individualisation de chaque acte de la vie.

#### Finalités

- ✚ Offrir une alternative à l'aide alimentaire qui soit orientée vers plus d'autonomie.
- ✚ Permettre aux usagers de se préparer des repas sur leurs lieux d'hébergements afin de se rapprocher le plus possible du droit commun.
- ✚ Sensibiliser les usagers de l'épicerie sociale à la notion d'équilibre alimentaire.
- ✚ Créer un lieu d'échanges et de convivialité entre les usagers et l'équipe.
- ✚ Amener les usagers de l'épicerie sociale à une approche de la gestion d'un budget alimentaire.

#### Public bénéficiaire

Toutes les personnes (isolées et familles) hébergées par les différents services de MAAVAR Marseille (56 personnes).

### 2) Le fonctionnement

#### 2-1) Le fonctionnement de janvier à juin 2011

La création de l'épicerie sociale a pu se mettre en place grâce à un partenariat sur un projet avec 4 jeunes volontaires d'Unis-Cités.

Ces volontaires sont intervenus de septembre 2010 à juin 2011.

C'est dans le local attenant au Restaurant NOGA que nous avons installé l'épicerie sociale.

De septembre à décembre 2010, les volontaires ont effectué les travaux nécessaires dans ce local, pour l'installation d'un lieu de stockage et de distribution (peintures, enduits, installation d'étagères, etc...).

L'approvisionnement se fait auprès de la Banque Alimentaire pour les produits secs et les conserves, et de ANDES pour les fruits et légumes frais.

Les volontaires ont pris en charge la gestion des stocks.

L'épicerie a ouvert en janvier 2011 avec la participation des volontaires d'Unis-cités et de l'équipe éducative de MAAVAR Marseille.

L'épicerie ouvrait alors 2 jours par semaine : le mardi et le mercredi de 15h à 17h avec tous les volontaires et un travailleur social de l'équipe éducative, par roulement, en alternance.

Les modalités de paiement et de fréquentation ont été décidées en réunion d'équipe :

- ✚ Pour une personne seule hébergée à l'hôtel : 5 euros par mois ;
- ✚ Pour une personne seule hébergée en appartement : 3 euros par passage ;
- ✚ Pour un couple hébergé en appartement : 5 euros par passage ;
- ✚ Pour une famille hébergée en appartement : 7 euros par passage ;
- ✚ Un seul passage est autorisé par semaine.

Une carte trimestrielle est établie par ménage. Elle est en deux exemplaires : une pour le ménage et une pour l'épicerie sociale.

Chaque passage est inscrit sur la carte et l'utilisateur règle ce qu'il doit à la fin de chaque mois à son référent, au bureau de l'Association, en même temps que le paiement de la participation à l'hébergement.

A partir du mois d'avril, l'équipe s'est étoffée d'une nouvelle collègue, embauchée pour l'accueil au restaurant NOGA et la gestion de l'épicerie sociale ce qui a permis le relais avant la fin du stage des volontaires d'Unis-cité.

### 2-2) Le fonctionnement depuis juillet 2011

Depuis la fin de la mission des volontaires d'Unis-Cités, la gestion des stocks est effectuée par la collègue embauchée pour l'accueil et l'épicerie sociale.

L'épicerie sociale est ouverte uniquement le mercredi de 15h à 17h avec deux travailleurs sociaux, en alternance et la personne de l'accueil NOGA.

Du fait du départ des volontaires, la tenue de l'épicerie a nécessité la présence de deux personnes de l'équipe éducative.

En raison de la charge de travail, nous avons été obligés de réduire l'ouverture de l'épicerie à un seul jour par semaine.

Ce service fonctionne à moyens constants et ne bénéficie d'aucun soutien financier spécifique. De fait, nous avons dû établir des règles plus précises quant à la quantité de denrées distribuées.

### 2-3) Le fonctionnement durant les temps d'accueil du public

L'équipe se compose de trois personnes :

- ✚ deux travailleurs sociaux de l'équipe éducative ;
- ✚ la chargée d'accueil NOGA.

Cette dernière prépare en amont les denrées utilisables : c'est elle qui établit la coordination avec l'équipe de NOGA, qui range et organise les denrées dans le réfrigérateur et dans l'épicerie sociale. Elle gère aussi le stock.

L'épicerie sociale est composée de 2 pièces : l'entrée du restaurant où sont proposés les fruits et légumes frais et la pièce attenante où sont entreposées les denrées sèches ainsi qu'un petit frigo où sont conservés fromages et desserts lactés.

Les deux travailleurs sociaux, en charge de l'épicerie le jour concerné, arrivent 15 minutes avant l'ouverture, disposent les tables où seront entreposés les fruits et légumes qu'ils sortent de la chambre froide, et préparent les fiches d'inscription et de sortie des denrées...

Quelquefois, un usager qui est déjà présent, participe à l'installation et à la mise en place des tables.

L'ouverture de l'épicerie est effective lorsque la chargée d'accueil arrive à 15h.

Pour faire face à la diminution des dons de la Banque Alimentaire, gérer sur plusieurs semaines le stock et pour servir les hébergés de la manière la plus équitable possible, un système de limitation des quantités a été mis en place il y a quelques mois.

Des pancartes affichées sur le mur indiquent les quantités en fonction de la composition de la famille et une balance est utilisée pour peser les fruits et légumes.

La chargée d'accueil inscrit alors le passage des personnes sur la carte.

Un travailleur social reste dans l'épicerie et sert en notant précisément sur chaque fiche les denrées. L'autre travailleur social reste avec la chargée d'accueil à l'entrée du restaurant pour accueillir les personnes, peser les fruits et légumes et inscrit aussi les denrées pesées.

Les hébergés sont servis par ordre d'arrivée et souvent beaucoup viennent dès la première heure d'ouverture de l'épicerie. Il y a donc souvent un temps d'attente pour eux qui permet un moment de discussion, de convivialité entre eux et avec l'équipe.

Certaines personnes restent là, pendant un certain temps, quelquefois 1h à discuter avec les uns et les autres.

### **3) Les chiffres**

Sur 53 ménages hébergés et accompagnés dans le courant de l'année 2011, 44 ont fréquenté au moins occasionnellement l'épicerie sociale.

Régulièrement correspond à plus de 2 fois par mois.

Occasionnellement correspond à plus de 4 fois dans le trimestre.

Pour une meilleure lisibilité nous avons découpé la fréquentation par service :

#### **Sur le CHRS :**

- ✚ 7 ménages dont 4 familles fréquentent l'épicerie régulièrement
- ✚ 10 ménages dont 4 familles fréquentent l'épicerie occasionnellement
- ✚ **Donc 17 ménages sur 23 ont fréquenté l'épicerie.**

#### **Sur le service EZRA :**

- ✚ 8 ménages ont fréquenté l'épicerie régulièrement
- ✚ 6 ménages ont fréquenté l'épicerie occasionnellement
- ✚ **Donc 14 ménages sur 18 ont fréquenté l'épicerie.**

#### **Sur les ACT :**

- ✚ 4 ménages ont fréquenté l'épicerie régulièrement
- ✚ 8 ménages ont fréquenté l'épicerie occasionnellement
- ✚ **Donc 12 ménages sur 12 ont fréquenté l'épicerie.**

Les résultats du service ACT s'expliquent par la multiplicité des professionnels de MAAVAR qui ont sollicité les personnes pour les sensibiliser à l'intérêt de la fréquentation de l'épicerie. En effet, les personnes hébergées en ACT ont des contacts non seulement avec leur référent social mais aussi avec l'auxiliaire de vie sociale et l'infirmière. Chaque professionnel en abordant les domaines plus spécifiques de sa spécialité, va pouvoir rappeler l'existence, l'importance et l'intérêt de l'épicerie sociale. Si les personnes hébergées en ACT viennent moins régulièrement c'est en raison de leur santé plus fragile. Souvent, les personnes ne peuvent pas se déplacer pendant plusieurs semaines.

On peut remarquer que plus la famille est nombreuse plus la fréquentation est régulière.

#### **4) Le questionnaire de satisfaction**

Les volontaires d'Unis-Cité, dans le courant du mois d'avril 2011, ont réalisé et présenté un questionnaire de satisfaction concernant les premiers mois de fonctionnement de l'épicerie sociale. C'est pendant la durée d'une épicerie que les volontaires ont posé les questions. Après dépouillement, sur 12 personnes interrogées, il apparaît que, pour ce qui est des denrées alimentaires :

- + Certaines catégories d'aliment sont suffisamment présentes comme les féculents, fruits et légumes et les plats préparés.
- + Par contre on peut observer quelques manques concernant les protéines, que ce soit la viande ou le poisson ainsi que certains produits laitiers.
- + Mais que le choix proposé est globalement satisfaisant. (1 plutôt pas satisfait, 7 plutôt satisfaits, 4 très satisfaits).

Un des items du questionnaire concernait la date de péremption des produits distribués. Très souvent les personnes avaient jeté des produits encore consommables mais dont la DLUO (Date Limite d'Utilisation Optimale) était passée.

Cela signifie qu'il nous faut encore travailler à expliciter aux personnes ce que signifie les sigles et ce qui est encore consommable ou ce qui ne l'est plus. (Différence DLC/DLUO).

#### **5) Les effets produits**

- + Fréquenter l'épicerie sociale permet la socialisation et la lutte contre l'isolement pour des personnes très désocialisées. C'est un moment important qui crée une régularité dans la semaine. Les personnes apprennent ou réapprennent à faire des courses avec la présence rassurante du travailleur social. Chaque choix peut être matière à discussion. Venir à l'épicerie soutient la vie au quotidien et aide à se repérer dans le temps, la semaine. Nous avons pu remarquer que certaines personnes qui avaient au départ beaucoup de difficultés à se déplacer jusqu'à l'épicerie et qu'il fallait accompagner, arrivent à revenir seule même si ce n'est pas toujours très régulier.
- + C'est aussi la réalisation de moments de convivialité entre les usagers où les personnes créent des liens les unes avec les autres, où des discussions peuvent avoir lieu sur divers sujets, de la recette de cuisine effectuée à partir de denrées, jusqu'aux discussions plus personnelles ou plus générales.

Ces moments améliorent aussi les relations entre les usagers et les travailleurs sociaux de MAAVAR.

Nous avons pu remarquer que la présence régulière à l'épicerie permet de créer un lien pour les hébergés avec toute l'équipe de travailleur sociaux qui est différent de celui créé avec le référent. Cela crée une relation plus générale avec l'institution MAAVAR qui légitime chaque personne de l'équipe à intervenir dans l'accompagnement pour des remplacements ponctuels ou pour des interventions particulières.

Cela développe aussi un lien plus informel. Certaines personnes nous offrent des pâtisseries qu'elles ont réalisées à partir des denrées distribuées à l'épicerie sociale. C'est un moment d'échange où les travailleurs sociaux reçoivent un don de la part des personnes hébergées. Tous, nous nous retrouvons autour de douceurs pour profiter de ce temps différent.

## **6) En résumé**

La création de l'épicerie sociale a été réalisée en même temps que la mise en place d'ateliers cuisine, u des objectifs étant que les ateliers puissent permettre une meilleure utilisation des denrées de l'épicerie ainsi qu'un un travail sur la nutrition et l'équilibre alimentaire.

Au cours de l'année 2011, 7 ateliers cuisine ont été proposés grâce à un travail partenarial entre l'association MAAVAR et la Banque Alimentaire. Ce partenariat existe depuis longtemps puisque la Banque Alimentaire est un partenaire privilégié du Restaurant NOGA de notre association.

Pour 2012, l'objectif est la pérennité d'ateliers cuisine réguliers, en lien avec le travail qui est réalisé à l'épicerie sociale.

## LE RESTAURANT SOCIAL NOGA 74, COURS JULIEN - 13006 MARSEILLE

### **Les objectifs du Service**

Proposer une aide alimentaire dans le cadre d'un restaurant de type self service, proche de l'hyper-centre.

Ce projet a un double objectif d'apports nutritionnels équilibrés et de socialisation des publics reçus.

### **La population accueillie**

Demandeurs d'Asile

Personnes en grande précarité (Conseil Général + DDCCS + Ville de Marseille)

Personnes accueillies par MAAVAR et par nos partenaires associatifs.

### **L'Équipe**

0,50 ETP de directeur

4 ETP de cuisiniers

1,5 ETP d'aide cuisiniers / plonge

1 ETP poste aménagé

0,5 ETP secrétariat / gestion

0,13 ETP d'agent d'accueil

### **Le type d'accueil**

Le Restaurant Social NOGA est ouvert toute l'année, 6 jours par semaine du Dimanche au Vendredi + jours fériés, de 11h30 à 14h00.

Le déjeuner, cuisiné le jour même, est à consommer sur place.

Quant au repas du soir, il est distribué en barquettes scellées aux publics qui relèvent de cette prestation.

### **La procédure d'admission**

Chaque structure partenaire réalise l'analyse de ses besoins en termes d'aide alimentaire et de file active.

Une convention est signée entre la structure partenaire et MAAVAR, qui fixe les modalités de délivrance de l'aide alimentaire ainsi que le nombre d'utilisateurs.

Les partenaires réalisent l'inscription de leurs bénéficiaires par le biais d'un portail internet, créé et mis à leur disposition par MAAVAR Marseille.

### **Le suivi**

Chaque personne reçue est enregistrée via le portail, informant ainsi les partenaires et les associations prescripteurs.

## INTRODUCTION

En 2011, le restaurant social Noga a poursuivi son activité, malgré de nombreuses zones d'incertitude, à commencer par le projet de réduction drastique des aides européennes en matière d'aide alimentaire. Cette décision a été « seulement » reportée de deux ans jusqu'en 2014 et constitue donc encore, à ce jour, une menace directe pour toute action d'aide alimentaire en direction des publics défavorisés.

Ce constat mis en perspective avec les indications nationales et la tendance générale à la baisse des Budgets Opérationnels de Programmes, qu'il s'agisse de celui consacré à l'urgence sociale (BOP177) ou celui réservé aux demandeurs d'asile (BOP303) ne permet ni une inscription stable du service en tant qu'opérateur, ni le développement d'une quelconque stratégie prospective sereine.

Ces constats et modes organisationnels constituent autant d'injonctions paradoxales pour un service qui démontre pourtant au quotidien son utilité sociale et qui est régulièrement sollicité par l'ensemble du partenariat prescripteur. Ils viennent impacter de manière frontale toute stratégie de pilotage et/ou de management destinée :

- *à améliorer l'efficacité du service rendu*
- *à traiter la question névralgique du sens de l'action.*

### L'activité en quelques points clés :

#### **1. Des liens renforcés avec le secteur de l'insertion**

Pour autant, notre activité s'est non seulement poursuivie et développée, mais également structurée davantage encore. En termes d'approvisionnements notamment, de nouvelles conventions de partenariat viennent soutenir davantage encore notre action :

- *convention avec « ANDES » pour les approvisionnements en fruits et légumes*
- *convention avec « Pain et Partage » pour la livraison du pain*

#### **2. Lisibilité de l'action**

Le conventionnement s'est poursuivi avec les partenaires prescripteurs et le fonctionnement via le portail internet s'est généralisé durant l'année. Ce portail internet, développé par Maavar, permet à chaque structure une lisibilité optimale de son activité et nous offre souplesse et réactivité en termes de gestion des stocks et d'anticipation des flux d'utilisateurs.

#### **3. L'indispensable poste d'accueil du public**

Depuis Avril 2011, le restaurant social dispose d'un personnel spécifique pour l'accueil des utilisateurs. Ce poste est financé à moyens constants, sur le budget d'exploitation du service. Nous étions convaincus de sa nécessité ; elle se vérifie au quotidien : l'accueil est fluide, l'enregistrement via le portail le rend quasi anonyme et permet l'ajustement éventuel en temps réel.

#### **4. La gestion du personnel**

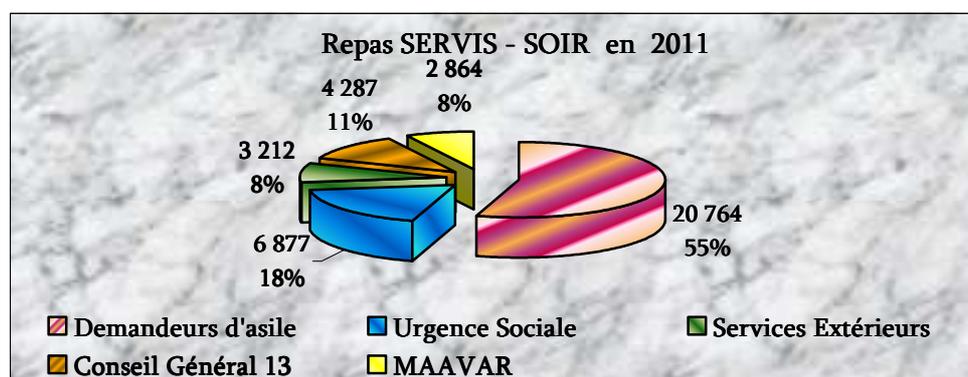
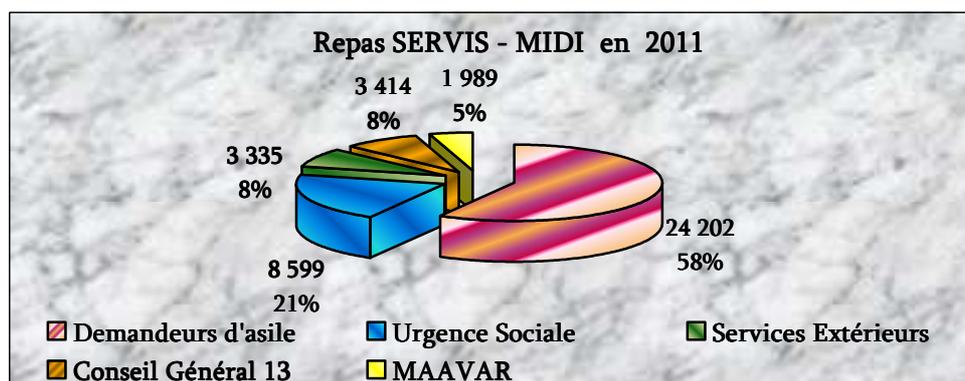
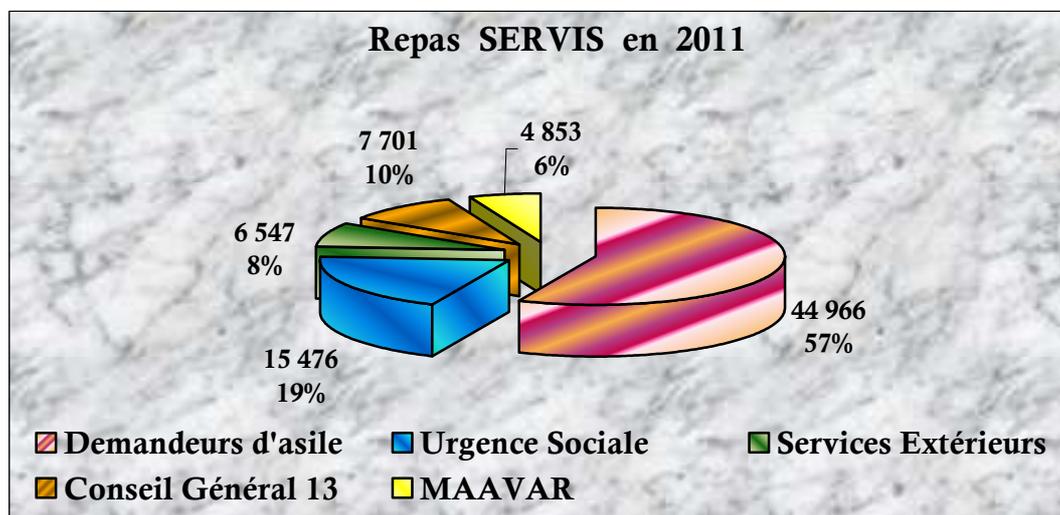
Le restaurant est en service tout au long de l'année. La prestation délivrée par le service est attendue chaque jour par une moyenne de plus de 140 personnes physiques. L'obligation de résultat est quotidienne et ne saurait souffrir d'exception, sauf à ce qu'elle soit planifiée et légitimée par des raisons techniques et/ou sanitaires incontournables. Cet état de fait constitue un élément de pression constant sur une petite équipe de salariés qui a appris, au quotidien, à la dépasser. Un partenariat étroit avec une agence Manpower spécialisée dans le secteur hôtelier permet cependant d'amortir les effets d'un absentéisme aussi imprévu que fréquent. Le caractère répétitif et permanent de cette activité rend complexe toute forme de participation de l'équipe Noga à la vie de l'institution Maavar, élément pourtant incontournable d'une intégration réussie de chacun.

#### **5. La question des « emportés du soir »**

Depuis sa création, le service Noga a toujours fourni une prestation « complémentaire » dite « du soir » notamment pour les publics logés en chambres d'hôtel et qui ne disposent pas de prestations hôtelières collectives, a contrario de ceux hébergés en structures d'accueil. Si une grande partie de ces repas est utilisée correctement, force est de constater que, pour partie, ces mêmes repas sont souvent consommés dans les environs immédiats du Cours Julien, distribués par les usagers eux-mêmes à d'autres personnes qui ne relèvent pas de Noga... Le résultat se retrouve souvent sur les trottoirs, au mieux dans des poubelles, mais indique clairement que ces repas ne sont pas consommés dans les conditions prévues et pas par les publics auxquels ils étaient destinés. La question demeure entière, depuis les prescripteurs qui accordent parfois ce type de prestation à des usagers qui n'en ont pas besoin, jusqu'à l'utilisateur lui-même qui n'en fait pas l'usage prévu.

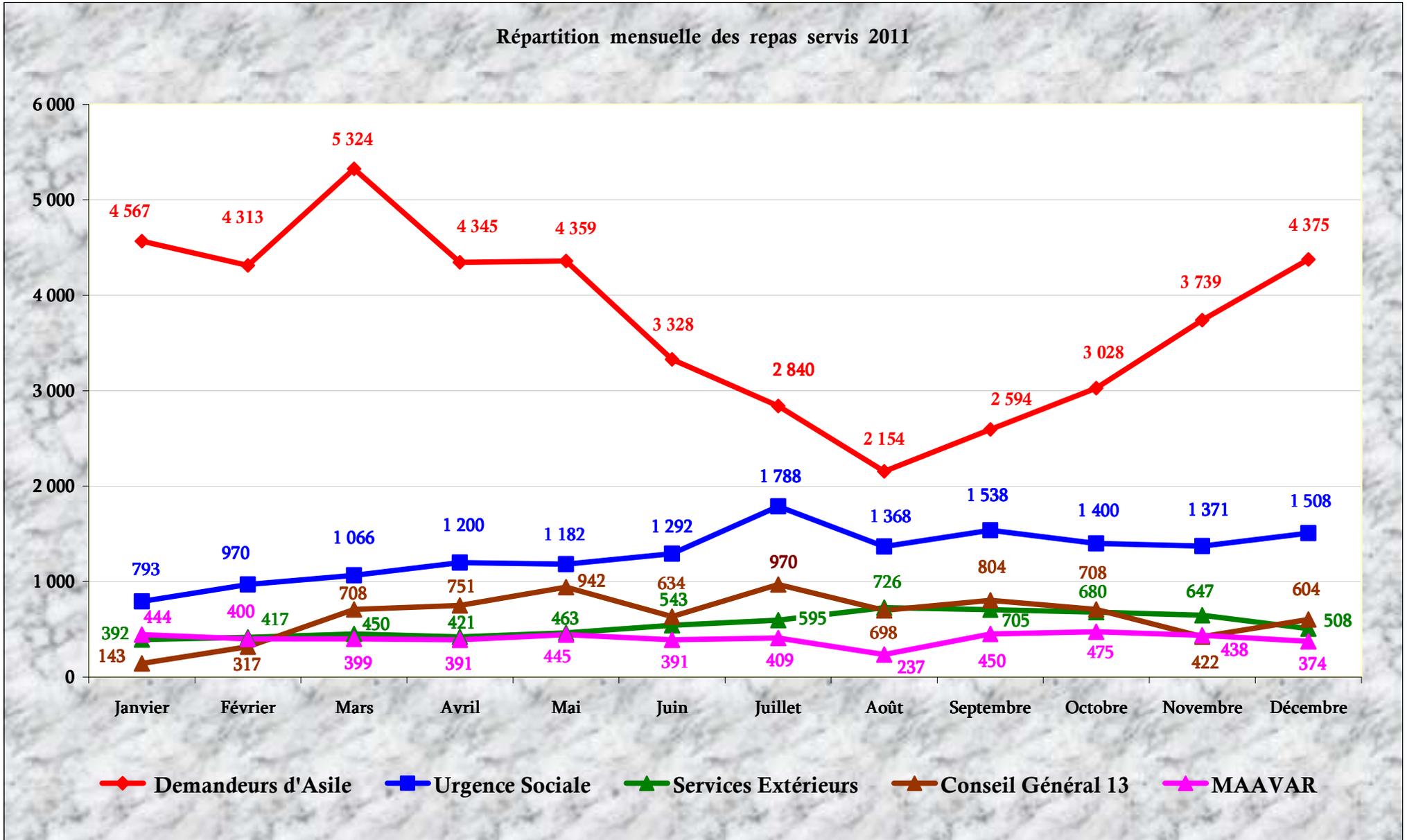
## L'ACTIVITE DE NOGA EN 2011

- ▶ **Nombre de repas distribués en 2011**      79.543 contre 83.422 en 2010
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2011**    79.543 / 312 j = **254,95 repas / jour**
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2010**    83.422 / 285 j = 292,71 repas / jour



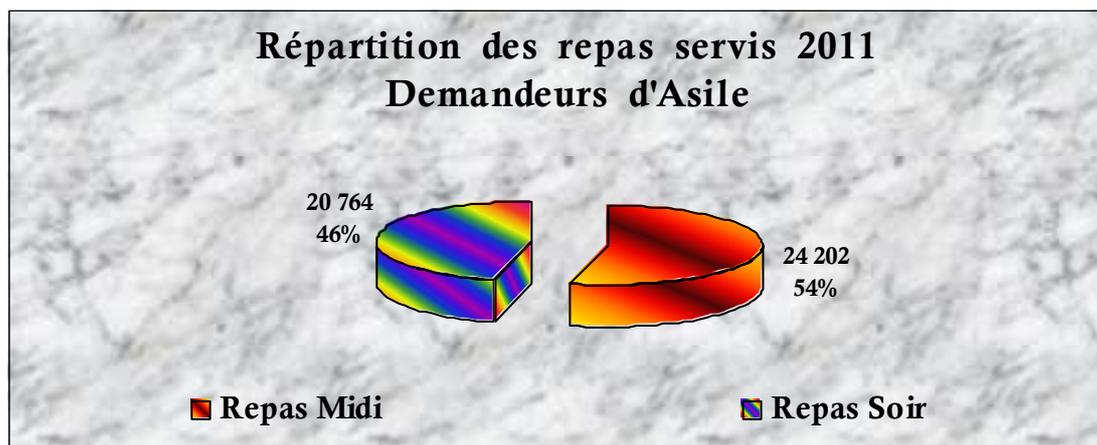
Nous pouvons constater une baisse de fréquentation du Restaurant Social par rapport à 2010, cette baisse s'identifiant sur les dispositifs de MAAVAR et du Conseil Général.

### Répartition mensuelle des repas servis 2011



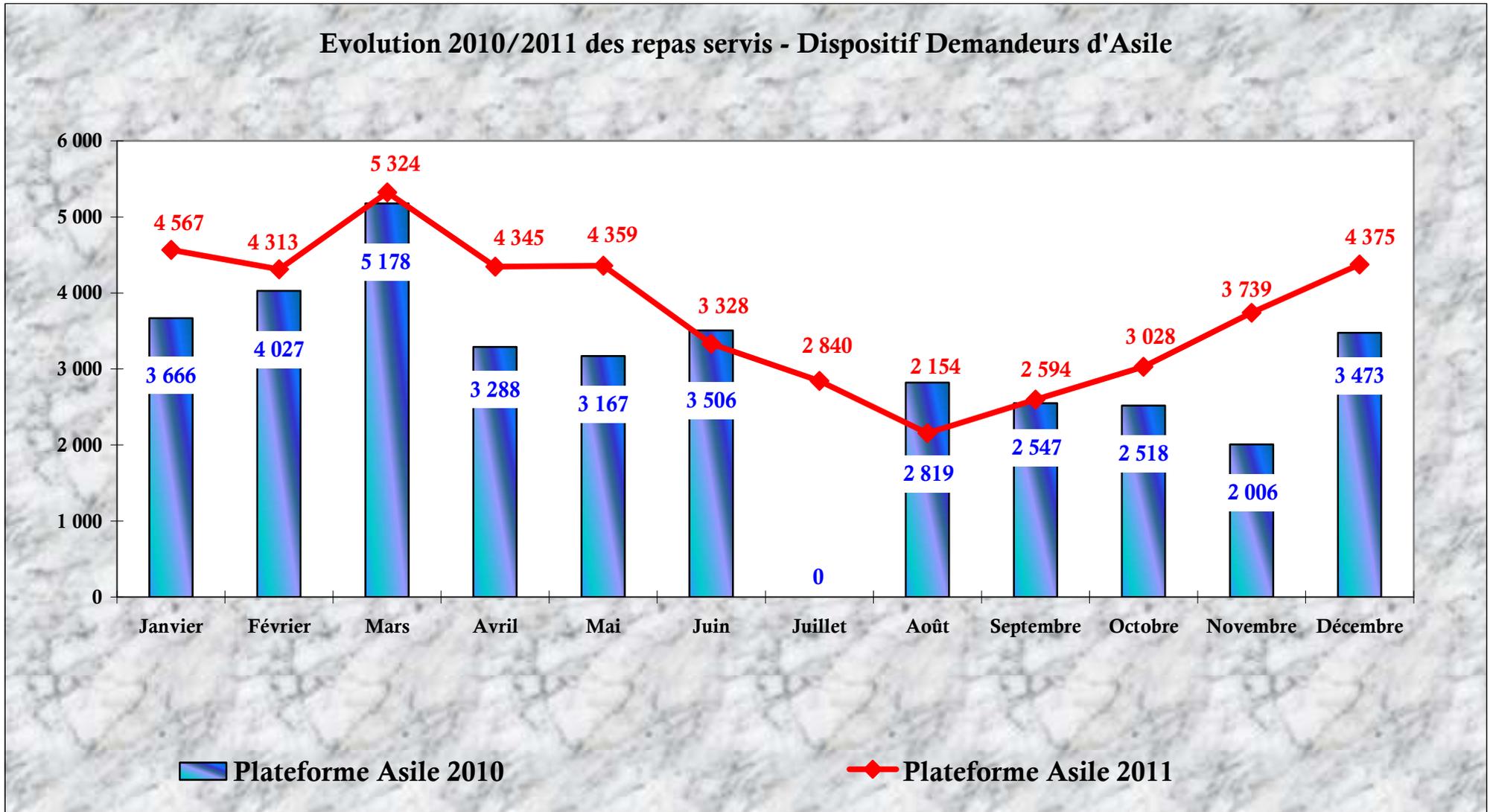
## LE DISPOSITIF DEMANDEURS D'ASILE

- ▶ **Nombre de repas distribués en 2011** 44.966 contre 36.195 en 2010
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2011**  $44.966 / 313 \text{ j} = 143,66 \text{ repas / jour}$
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2010**  $36.195 / 285 \text{ j} = 127 \text{ repas / jour}$



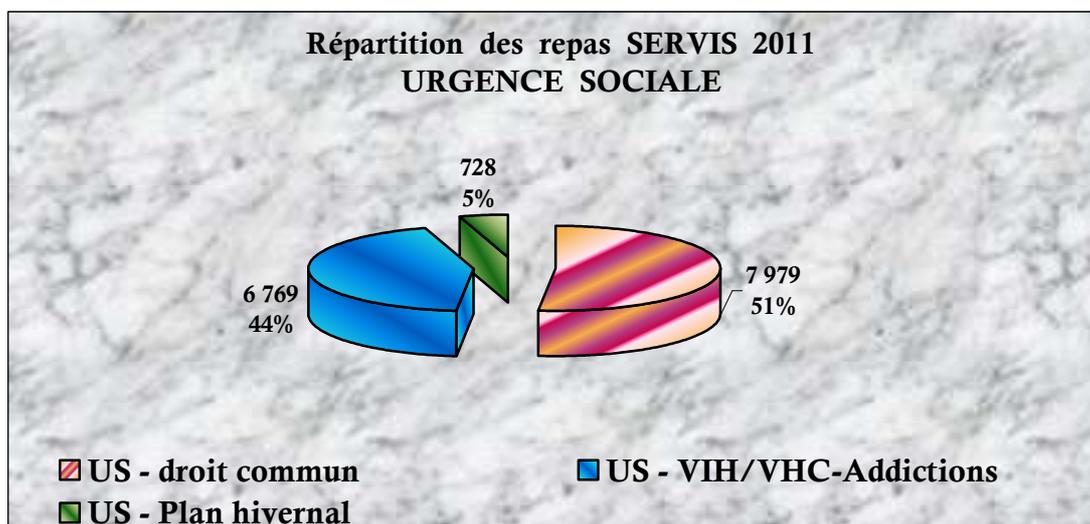
Nous pouvons constater une très nette augmentation de la fréquentation du public demandeurs d'asile (+ 24 %).

22 % de repas midis servis sont sans viande.



## LE DISPOSITIF URGENGE SOCIALE

- ▶ **Nombre de repas distribués en 2011** 15.476 contre 17.230 en 2010
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2011** 15.476 / 312 j = **49,60 repas / jour**
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2010** 17.230 / 285 j = 60,46 repas / jour

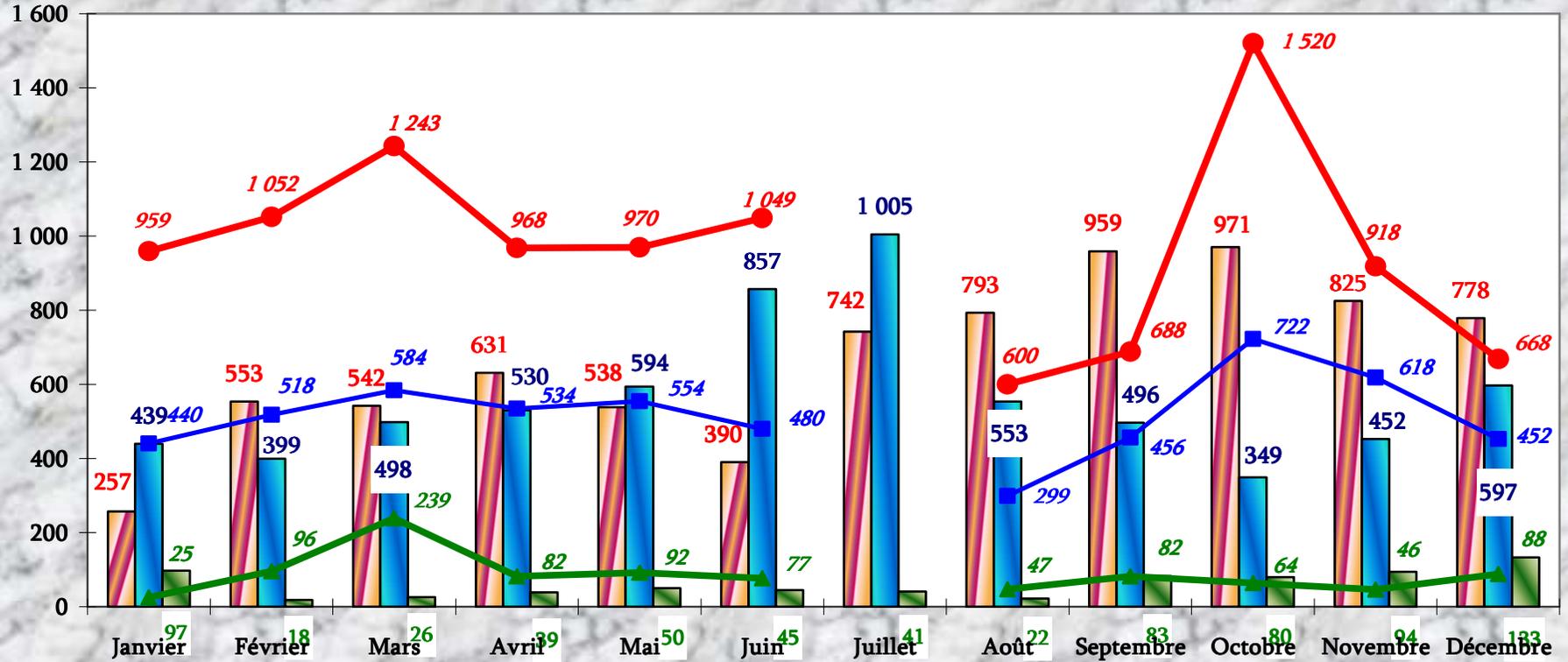


### Explication de la baisse du nombre de repas servis

Sur la différence de -1.754 repas servis entre 2010 et 2011, -1.273 sont des repas du soir, ce qui représente 73 % de la baisse du nombre de repas servis.

Ces chiffres sont en cohérence avec notre démarche de répondre au mieux aux besoins des personnes reçues à NOGA et de lutter contre la mauvaise utilisation ou la non consommation des repas du soirs, qui sont à emporter.

### Répartition mensuelle des repas servis 2010/2011 - URGENCE SOCIALE



US - droit commun 2011

US - VIH/VHC - Addictions 2011

US - Plan hivernal 2011

US - droit commun 2010

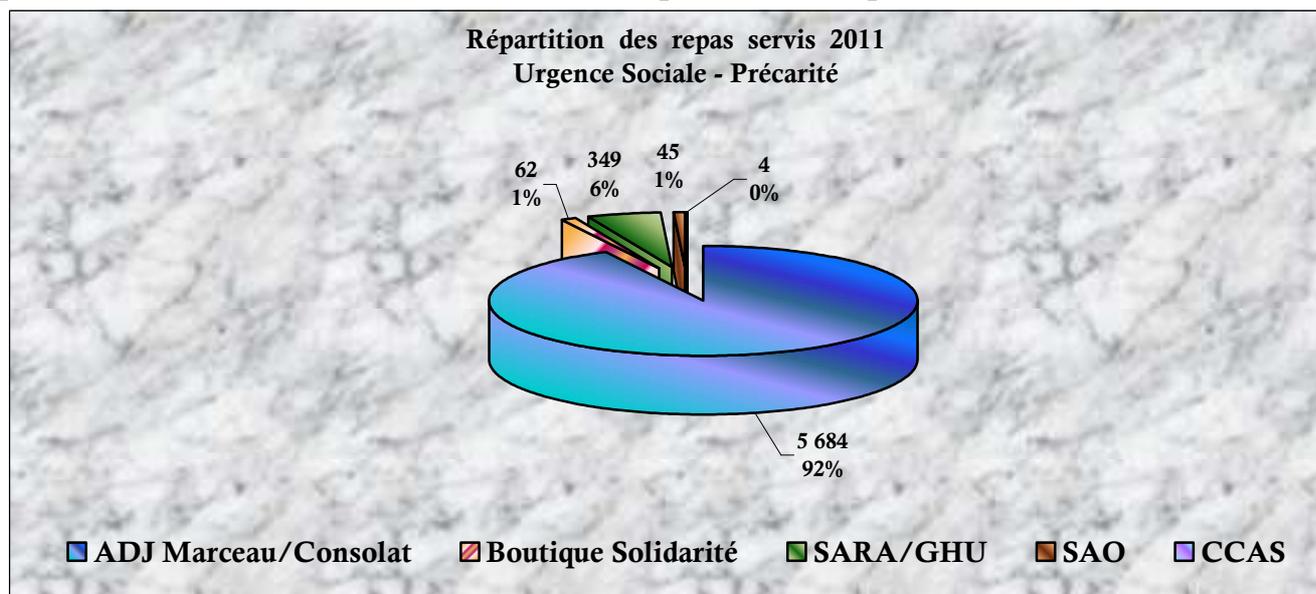
US - VIH/VHC - Addictions 2010

US - Plan hivernal 2010

## URGENCE SOCIALE LES PARTENAIRES DE DROIT COMMUN

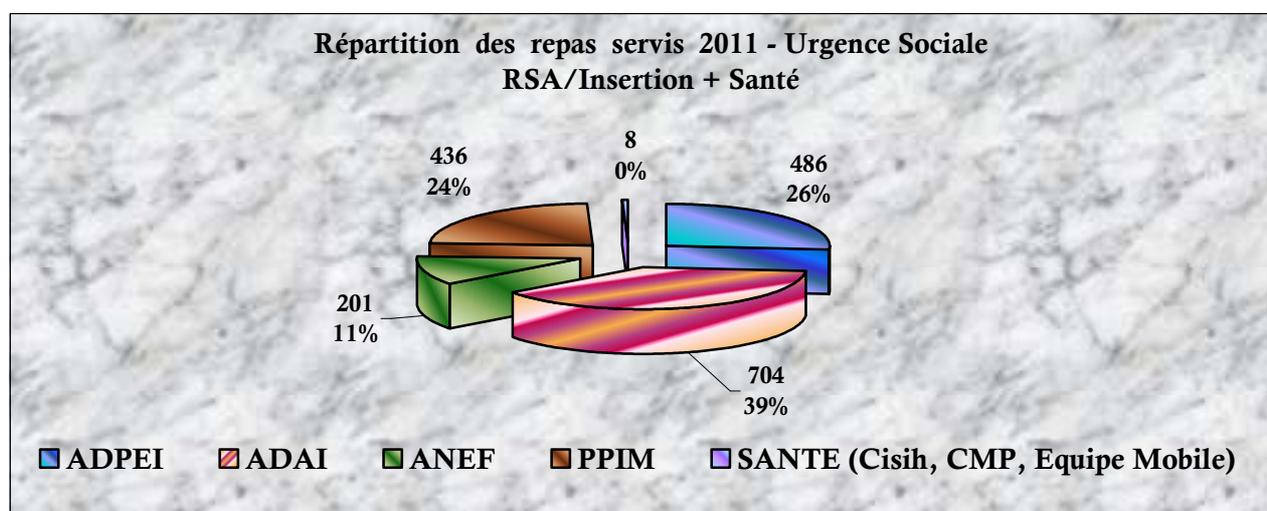
- ▶ **Nombre de repas distribués en 2011**      **7.979** contre 10.635 en 2010
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2011**    **7.979 / 312 j = 25,57 repas / jour**
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2010**    **10.635 / 285 j = 37,32 repas / jour**

Cette partie du dispositif présente un nombre moins important de repas servis et de partenaires. Par contre, nous constatons une présence sans précédent des ADJ.



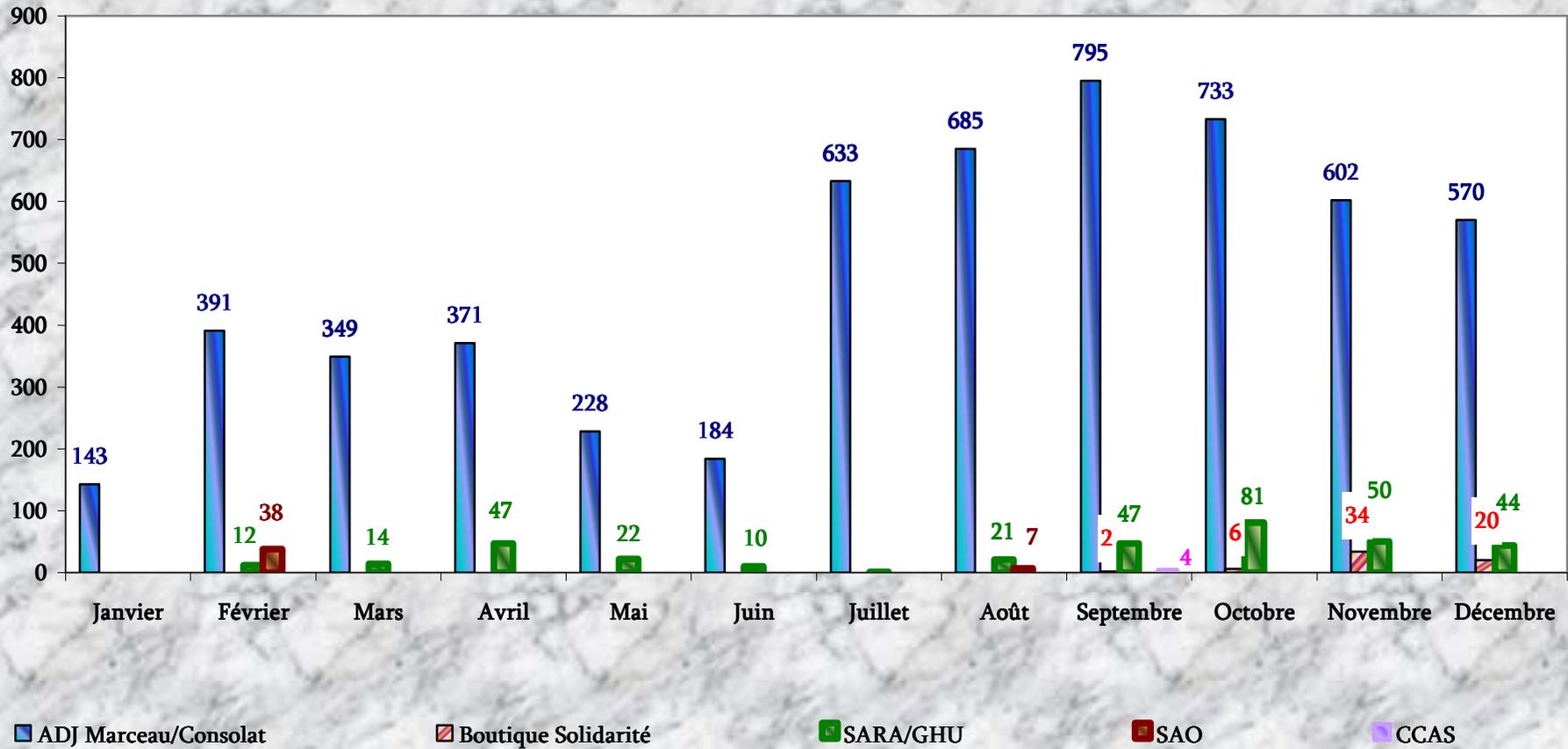
Nous constatons une nette augmentation de la fréquentation sur cette partie du dispositif (6.144 repas servis en 2011 contre 5.351 en 2010), malgré une importante baisse pour le SAO (1.812 repas servis en 2010).

Cette augmentation est liée au nombre croissant de bénéficiaires adressés par les ADJ Marceau / Consolat (3.444 repas servis en 2010) ce qui a donné lieu, à deux reprises, à une modification de la convention de partenariat.

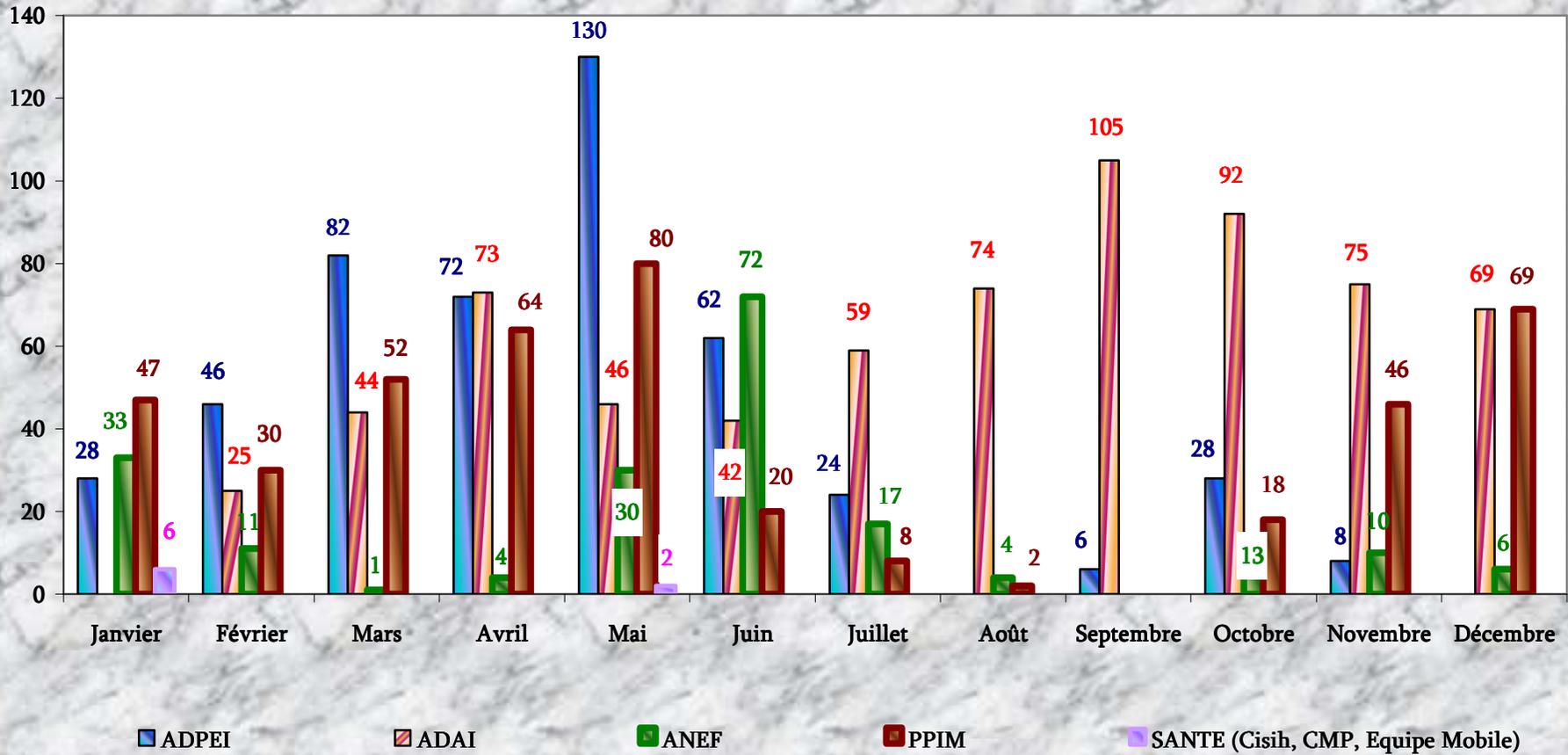


La Santé a été intégrée à ce graphique du fait d'une inscription unique pour chacune des 3 structures concernées (CMP Belle de Mai : 2 midis + 2 soirs en Janvier, Equipe Mobile : 1 midi + 1 soir en Janvier, Cisih : 1 midi SV + 1 soir en Mai).

### Répartition mensuelle des repas servis 2011 - Urgence Sociale Précarité

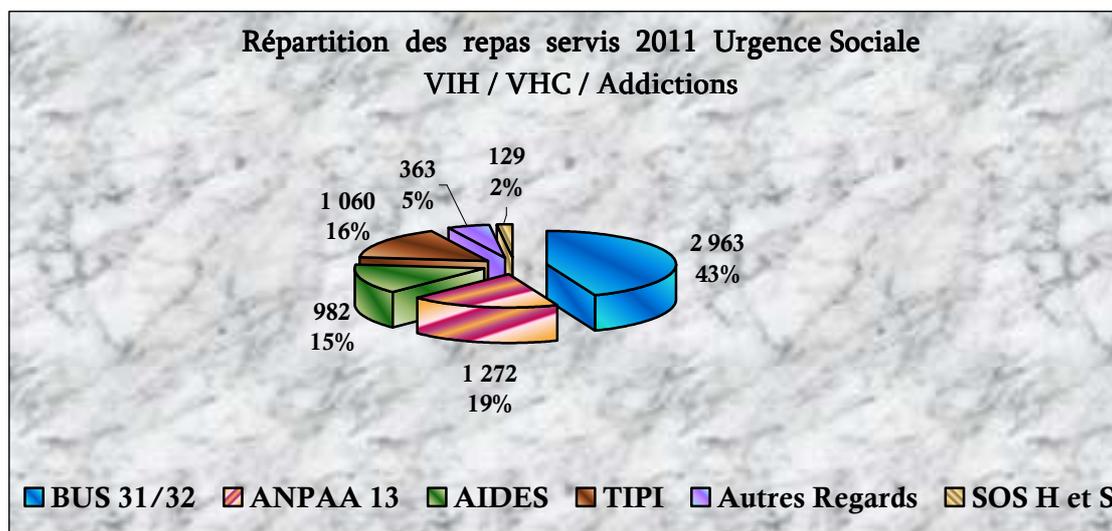


### Répartition mensuelle des repas servis 2011 - Urgence Sociale RSA / Insertion + Santé



## URGENCE SOCIALE LES PARTENAIRES VIH/VHC - ADDICTIONS

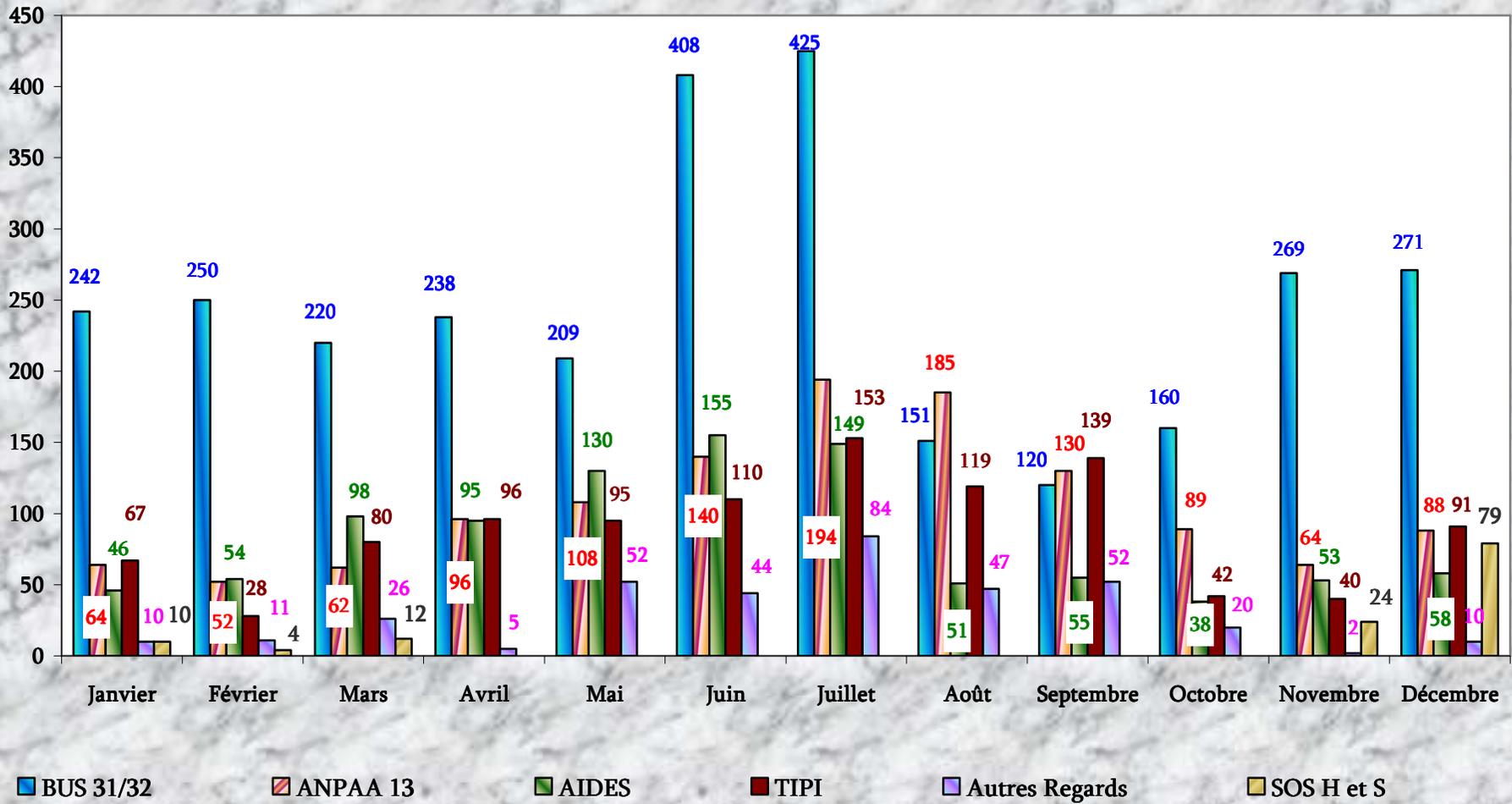
- ▶ **Nombre de repas distribués en 2011** 6.769 contre 5.657 en 2010
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2011** 6.769 / 312 j = **21,70 repas / jour**
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2010** 5.657 / 285 j = 19,85 repas / jour



Nous constatons une augmentation de 20 % de fréquentation sur ce dispositif, répartie comme suit :

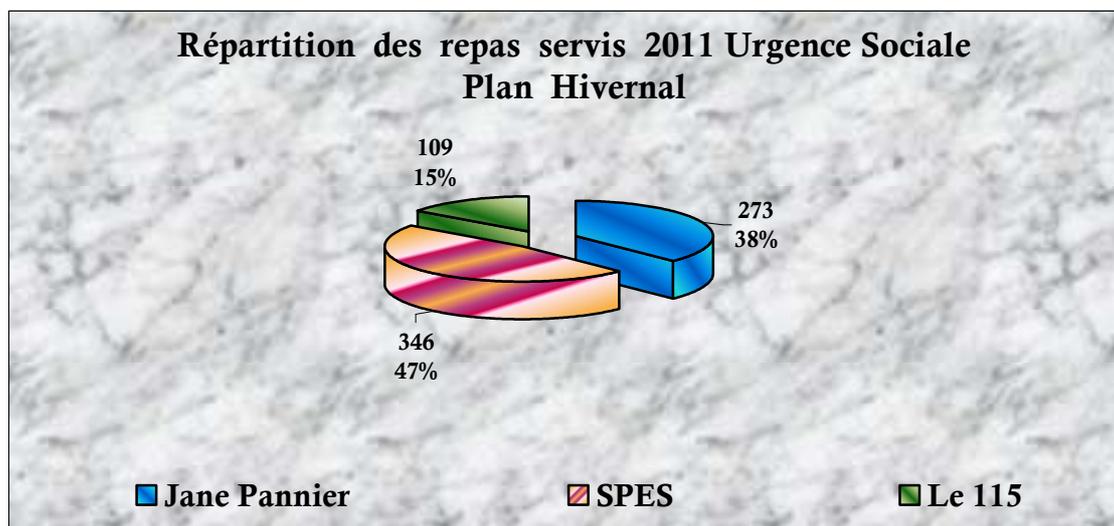
- ✚ Légère augmentation de fréquentation des bénéficiaires du Bus 31/32 (2.361 repas servis en 2010) et de Aides (958 repas servis en 2010).
- ✚ Baisse de la fréquentation des bénéficiaires de l'ANPAA (1.562 repas servis en 2010)
- ✚ Hausses les plus importantes pour le Tipi (563 repas servis en 2010), Autres Regards (92 repas servis en 2010) et SOS Habitat et Soins (47 repas servis en 2010).

### Répartition mensuelle des repas servis 2011 - Urgence Sociale VIH / VHC / Addictions



## URGENCE SOCIALE PLAN HIVERNAL

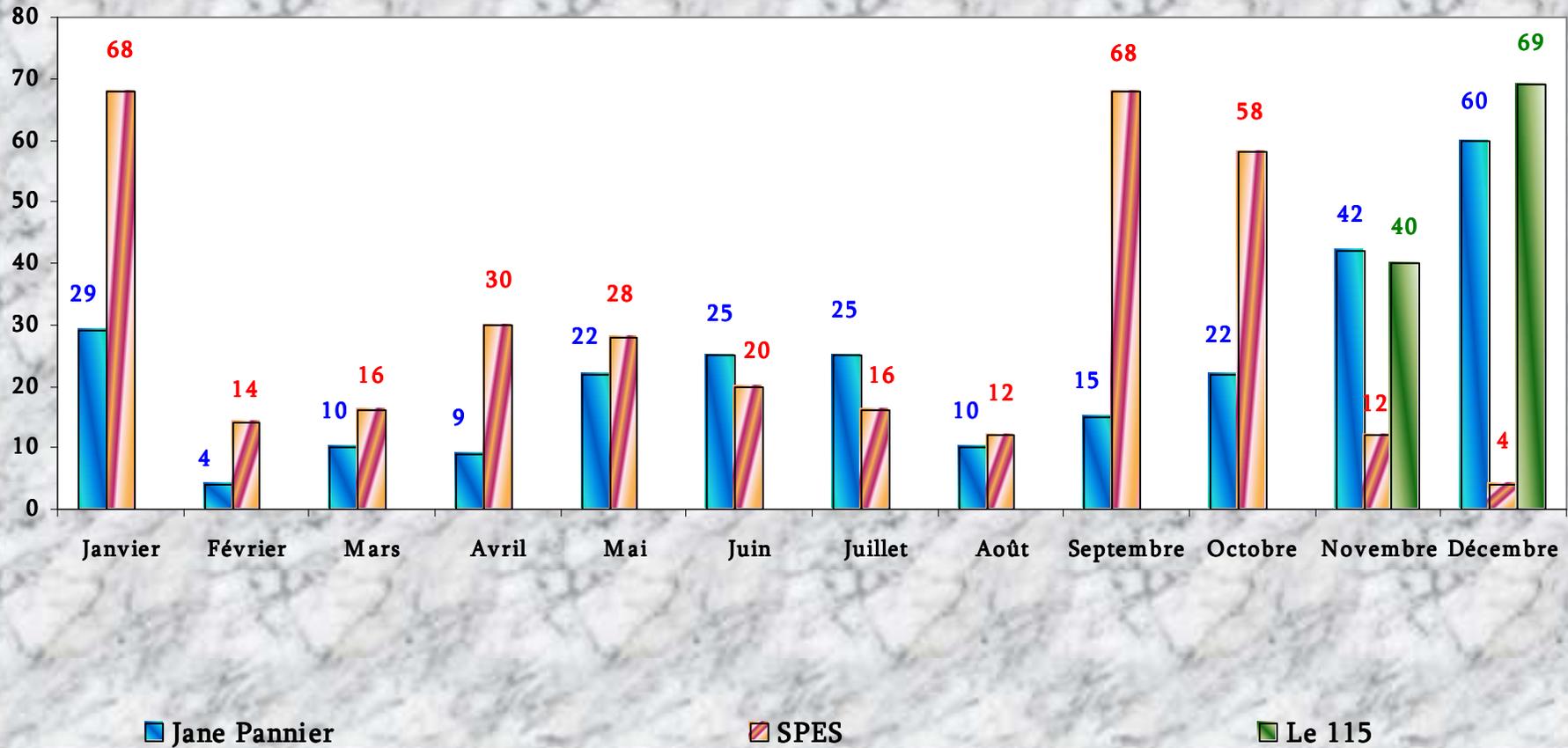
- ▶ **Nombre de repas distribués en 2011** 728 contre 938 en 2010
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2011** 728 / 312 j = **2,33 repas / jour**
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2010** 938 / 285 j = **3,29 repas / jour**



Nous avons toujours les 3 mêmes partenaires sur ce dispositif, avec un maintien de fréquentation pour le SPES (392 repas servis en 2010 contre 346 en 2011), une importante baisse du 115 (432 repas servis en 2010 contre 109 en 2011), et une très forte augmentation de fréquentation des hébergés du Centre Jane Pannier (114 repas servis en 2010 contre 273 en 2011).

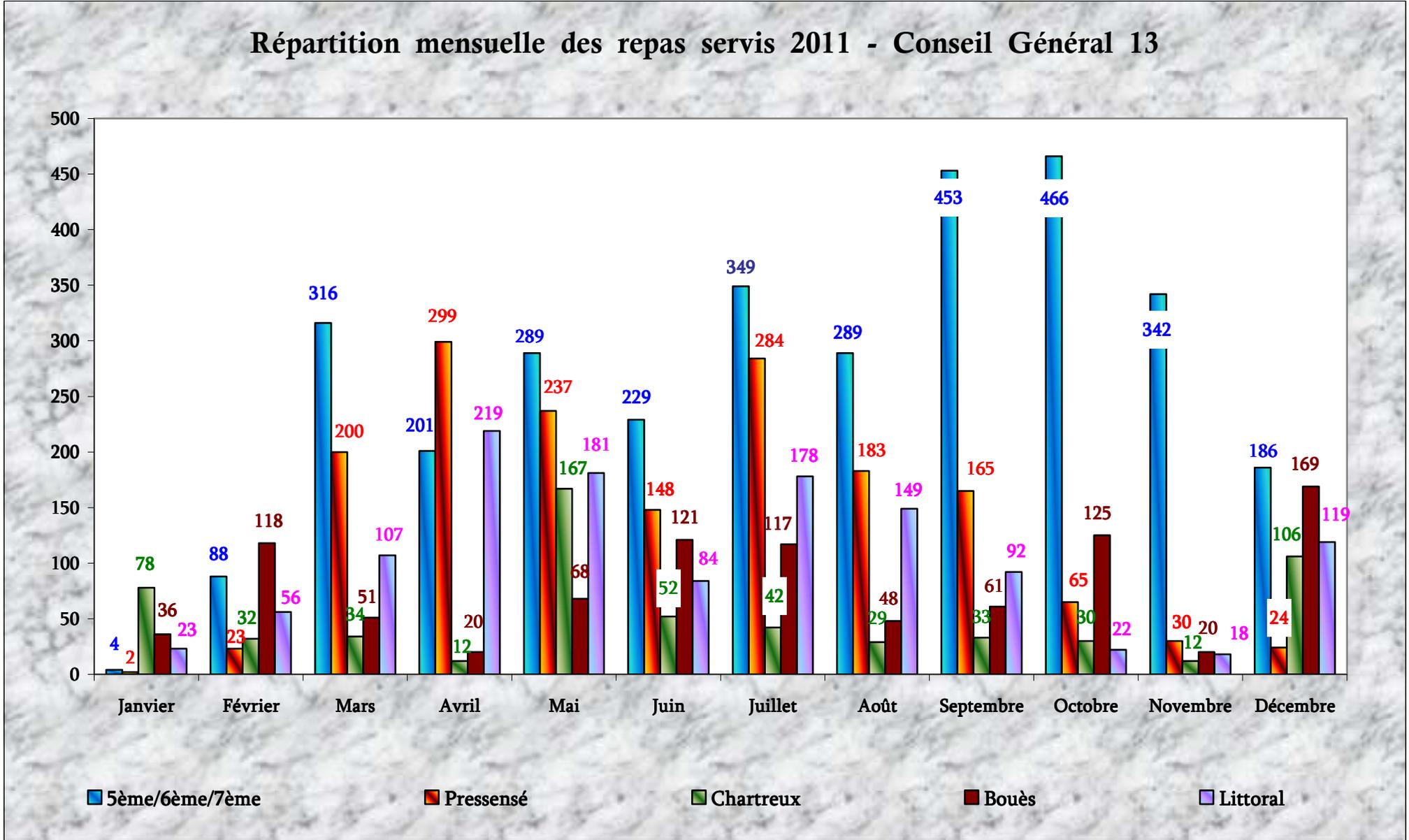
Nous constatons que la baisse de la fréquentation des bénéficiaires envoyés par le 115 est directement liée à la mise en place du portail internet d'inscription au Restaurant NOGA.

## Répartition mensuelle des repas servis 2011 - Urgence Sociale Plan Hivernal



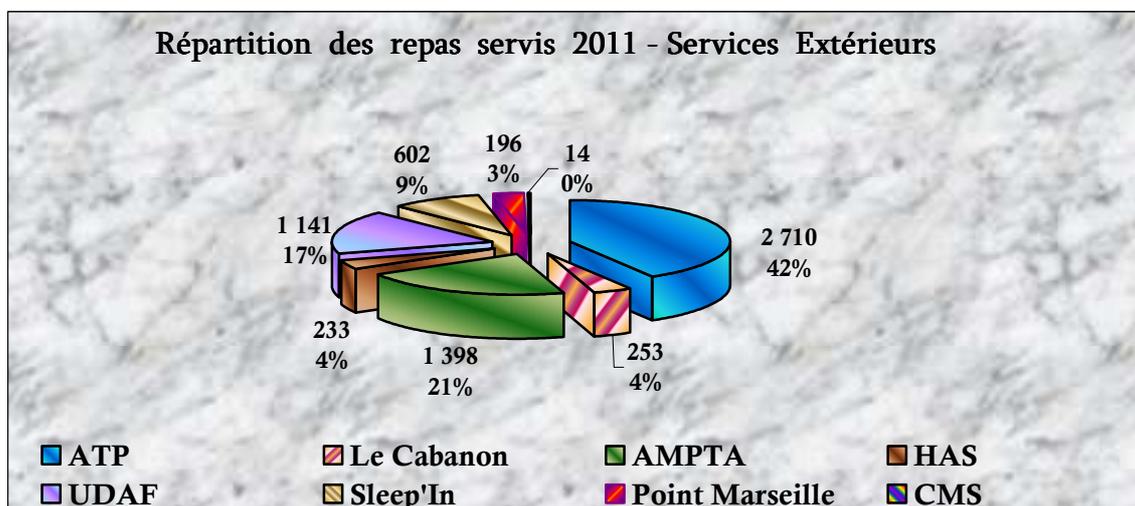


### Répartition mensuelle des repas servis 2011 - Conseil Général 13



## SERVICES EXTERIEURS

- ▶ **Nombre de repas distribués en 2011**      **6.547** contre 6.973 en 2010
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2011**     $6.547 / 312 \text{ j} = 20,98 \text{ repas / jour}$
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2010**     $6.973 / 285 \text{ j} = 24,47 \text{ repas / jour}$

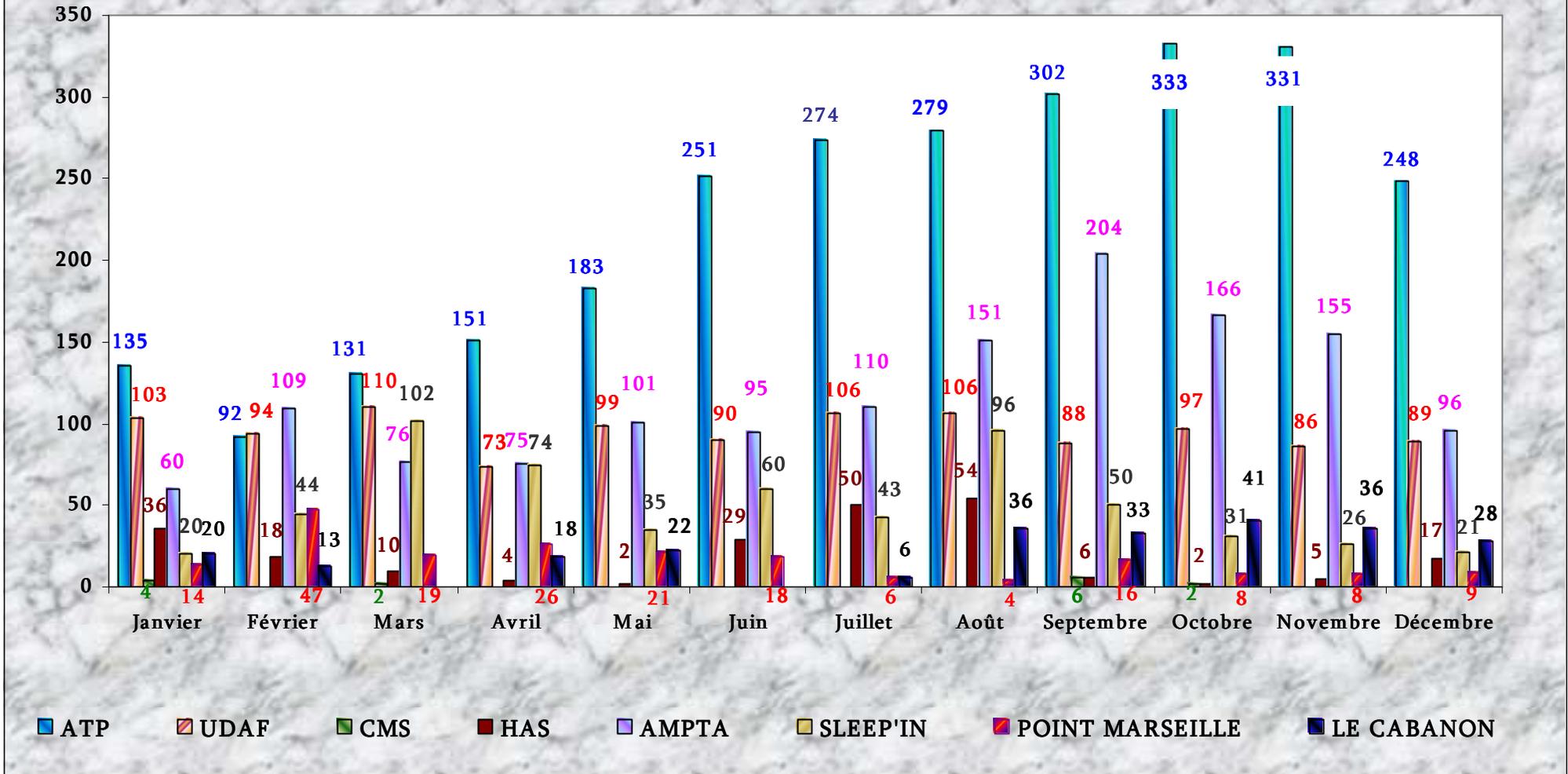


La fréquentation en 2010 sur ce dispositif est restée stable, avec un même nombre de partenaires.

Nous constatons une assiduité accrue par les bénéficiaires de l'ATP (2.710 en 2011 contre 1.764 en 2010), qui équilibre la baisse concernant l'UDAF (1.847 en 2010 contre 1.141 en 2011) et Point Marseille (526 en 2010 contre 196 en 2011).

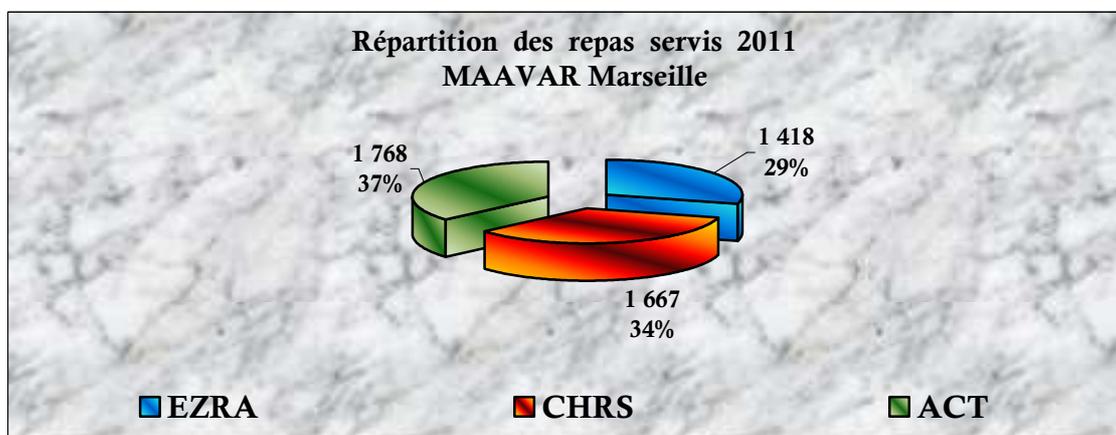
La grande majorité du public relève du droit commun (ATP, UDAF, HAS et CMS), ce qui représente 4.098 repas en 2011 soit 63 %.

## Répartition mensuelle des repas servis 2011 - Services Extérieurs



## MAAVAR MARSEILLE

- ▶ **Nombre de repas distribués en 2011** 4.853 contre 8.095 en 2010
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2011**  $4.853 / 312 \text{ j} = 15,55 \text{ repas / jour}$
- ▶ **Nombre moyen de repas servis en 2010**  $8.095 / 285 \text{ j} = 28,40 \text{ repas / jour}$

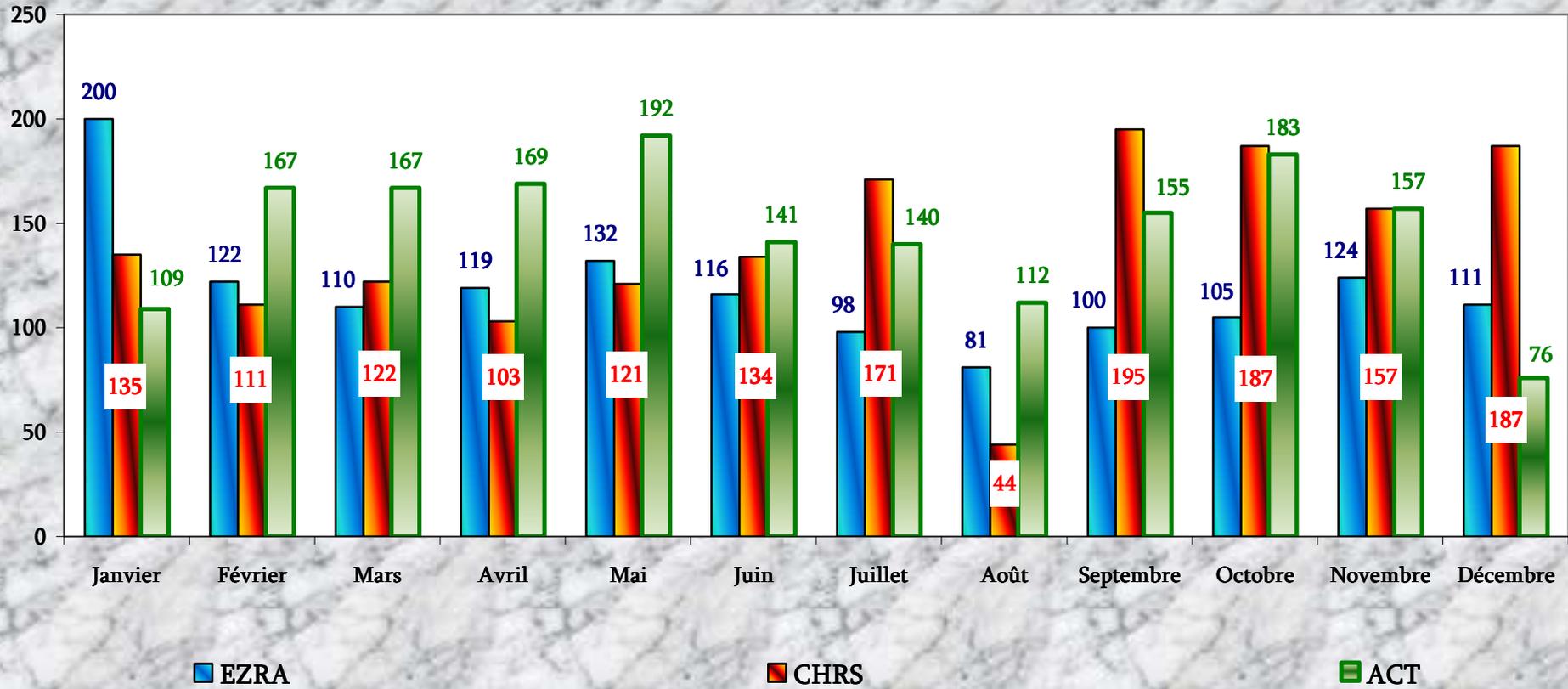


Ces chiffres concernent l'ensemble des services « Hébergements » de MAAVAR Marseille, à savoir les 30 lits CHRS, les 16 lits EZRA et les 10 lits des Appartements de Coordination Thérapeutique.

Nous constatons une baisse importante (- 40%) de fréquentation liée au choix fait depuis 2010 de MAAVAR Marseille, de transformer tous les hébergements en appartements individuels plutôt que pour les chambres d'hôtel.

De plus, depuis Janvier 2011, l'épicerie sociale ouverte pour les hébergés de MAAVAR Marseille, de façon hebdomadaire, permet un approvisionnement en produits secs, conserves, fruits et légumes frais, yaourts/desserts, fromages et œufs, et incite les usagers à « rester chez eux ». (cf. partie consacrée à l'épicerie sociale).

### Répartition mensuelle des repas 2011 - MAAVAR Marseille



## CONCLUSION ou une FIN(ALITE) sans les MOYENS ?

L'année 2011 constitue une année de transition et de structuration de l'ensemble de nos actions.

Qu'il s'agisse des services d'hébergement ou de la prestation d'aide alimentaire, l'institution a rempli ses missions tout en ne négligeant pas une mise en conformité attendue par l'ensemble des financeurs et organisée par le législateur.

Pour les services d'hébergement, l'ensemble des données quantitatives et qualitatives regroupées par service, indique clairement leur utilité, leur pertinence. Le rapport financier quant à lui confirme leur efficacité.

Pour le service d'aide alimentaire, adossé au PEAD, la qualité de l'accueil, des repas, des modalités d'inscription a été améliorée. Les quelques 90.000 repas servis tout au long de l'année attestent, si besoin était, des attentes quotidiennes et constantes du public, mais aussi de la capacité de réponse du service.

L'engagement de l'institution dans une double démarche de conformité et de mise en réseau active est avéré et a produit, tout au long de l'année les effets attendus que ce soit en termes de rationalisation de nos actions, de leur mode de mise en œuvre ou en termes de lisibilité et d'ouverture. Le passage d'une posture essentiellement militante à celle relevant d'une coordination médico-sociale de nos actions et au maillage de ces dernières avec l'ensemble du partenariat en place est à l'œuvre grâce au travail de chacun.

Les nombreux ajustements législatifs et budgétaires de l'ensemble du secteur social et médico-social ont cependant contribué à ralentir nos actions et mettre en tension la majorité de nos projets, plaçant l'institution, la dynamique évoquée plus haut et l'ensemble des acteurs dans une posture qui confère à l'incertitude, voire à l'inquiétude. A ce titre, la situation budgétaire du service EZRA est regrettamment exemplaire d'une posture où les engagements éthiques, techniques et déontologiques de notre structure sont questionnés par le seul argumentaire financier, renvoyant l'intégralité du travail accompli à une forme de déni à peine voilé. Ce constat nous oblige à un retour en arrière, une sorte de « repli militant » à l'opposé des constats posés plus haut, et alors même que l'efficacité du service est à son maximum :

- ✚ *Redéploiement de l'ensemble des hébergements vers du logement individuel en centre ville*
- ✚ *Accompagnement de publics extrêmement précarisés (santé & social)*
- ✚ *Prise en compte de pathologies négligées (VHC notamment)*
- ✚ *Taux d'occupation de 90% avec un taux de sortie de plus de 30%*
- ✚ *Coût à la place quasi identique à celui de la moyenne nationale des CHRS*

Les perspectives de 2012 sont déjà largement amorcées au moment de la rédaction de ces lignes.

L'institution demeure fidèle à ses récents engagements et postures, confirmée dans son choix par l'analyse des besoins des usagers qu'elle reçoit.

Au plan technique et logistique, la participation aux Etudes Nationales de Coûts (ENC) et aux enquêtes de l'INSEE a permis de vérifier que les actions de rationalisation des dépenses engagées en amont ont déjà produit un certain nombre d'effets, peu de marge restant encore disponible dans ce domaine à niveau de qualification et de technicité constants.

Au plan organisationnel et conceptuel, Maavar Marseille poursuivra en 2012 les actions de formation initiées en 2011. Il s'agira en majorité de formations collectives centrées sur la lecture, la perception, la définition et l'appropriation de nos actions en direction des bénéficiaires, tant sur les services d'hébergement que pour le service d'aide alimentaire. La transversalité prônée autour des différents projets de service d'hébergement doit pouvoir s'étendre au service d'aide alimentaire, comme c'est déjà partiellement le cas avec l'épicerie solidaire. La démarche d'amélioration continue de la qualité, instaurée dès la fin de l'année 2011, permettra en 2012 un premier bilan qualitatif et une mise en perspective avec l'ensemble des préconisations du Cabinet d'Evaluation externe Bleu Social. Cette démarche, la rapidité et les modalités de sa mise en œuvre, attestent d'une volonté forte d'adaptation et d'innovation de la part des acteurs.

Par ailleurs, l'ancrage de la structure dans le réseau local (et national) se poursuivra au rythme des partenariats développés et des actions conjointes menées. Cet ancrage doit également favoriser toutes les formes d'intégration et de participation des usagers à l'ensemble des instances institutionnelles. L'année à venir doit permettre de dépasser les seules incertitudes financières et budgétaires pour atteindre l'essence de nos missions : l'accès et le partage du droit commun pour la majorité des bénéficiaires de nos services.