

ACT -
EMCT

rapport d'activité

2025

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. Présentation du service | 3 |
| 2.2025 dans les grandes lignes..... | 4 |
| 2.1 Faits marquants | 4 |
| 2.2 Ressources Humaines | 11 |
| 2.3 Evaluation / démarche qualité | 13 |
| 3 Le public accompagné | 22 |
| 3.1 Orientations et admissions..... | 22 |
| 3.2 Les nuitées..... | 24 |
| 3.3 Typologie des personnes accompagnées en 2025 | 27 |
| 3.3.1 Sexe / âge (cumul sur l'année) | 27 |
| 3.3.2 Composition et caractéristiques des ménages accueillis..... | 28 |
| 3.3.3 Nationalité et situation administrative des personnes accompagnées | 28 |
| 3.3.4 Ressources des personnes accompagnées | 30 |
| 3.3.5 Lieux de vie des personnes accompagnées en EMCT | 31 |
| 3.3.6 Pathologies et comorbidités des personnes accompagnées en 2024..... | 32 |
| 4 L'accompagnement | 34 |
| 4.1 Organisation de l'équipe et modalités d'accompagnement | 34 |
| 4.1.1 L'accompagnement global | 34 |
| 4.1.2 L'accompagnement et la coordination sociale | 35 |
| 4.1.3 L'accompagnement et la coordination médicale | 36 |
| 4.1.4 Personnes placées sous-main de justice..... | 37 |
| 4.1.5 L'accompagnement psychologique | 38 |
| 4.1.6 L'accompagnement en chiffre | 45 |
| 4.1.7 Les outils de la loi 2002.2 et leur mise en œuvre..... | 45 |
| 4.2 Les ACT soins palliatifs (ACT SP) | 46 |
| 4.3 L'accompagnement à l'insertion professionnelle | 48 |
| 4.4 Les actions collectives | 50 |
| 4.5 Les sorties | 56 |
| 5 Partenaires spécifiques et financiers | 60 |
| 6 Conclusion et perspectives | 62 |

1. Présentation du service

| | |
|------------------------------------|--|
| Etablissement | ACT - EMCT Entr'Aids |
| Adresse | 2 E place André Latarjet |
| Nom de l'organisme gestionnaire | ALYNEA |
| Statut de l'organisme gestionnaire | Association loi 1901 |
| Téléphone | 04 78 50 16 05 |
| Fax | |
| Email | siege@alynea.org |
| Nom du directeur-trice - Général | Philippe IMBERT |
| Pôle de rattachement | Inclusion et Santé |
| Nom du directeur.trice de pôle | Atlantide MERLAT |
| Nom du chef-fe | Eglantine TRARIEUX |
| N° finess | 600017108 |
| Type d'établissement | Diffus et équipe mobile |
| Convention collective | CHRS-nexem |

| Chiffres clefs | |
|--|--|
| Capacité d'accueil | ACT hébergement 45 - EMCT 28 |
| Typologie d'accueil | Hébergement en diffus - équipe mobile |
| Public cible | Public en situation de précarité avec une ou plusieurs pathologies chroniques nécessitant une coordination de soin |
| Orientation | Orientation par le GUSH |
| Nbre de personnes accompagnées en 2025 | ACT Hébergement : 57 - EMCT : 51 |
| Nbre d'admission | ACT Hébergement : 20 - EMCT : 28 |
| Nbre de sorties - et motif. | ACT Hébergement : 17 - EMCT : 22 |
| Taux d'occupation | ACT Hébergement : 91,5 % - EMCT : 105 % |
| Financeurs | ARS |
| Durée moyenne de séjour au 31.12.2025 (des personnes présente au 31/12/25) | ACT Hébergement : 23,57 - EMCT : 8,23 |
| Durée moyenne de séjour des personnes sorties en 2025 | ACT Hébergement : 23,27 - EMCT : 13,31 |
| Nbre d'ETP au 31.12.2025 | |

2.2025 dans les grandes lignes

L'année 2025 est une année de stabilisation et renforcement de l'existant. Le remaniement des pôles au sein d'Alynea a été mis en œuvre en octobre 2025. Les ACT sont maintenant rattachés au pôle Insertion et Santé. Ce rapprochement a été fait avec une clé d'entrée "problématique public". La santé vient en transversalité de l'ensemble des pôles, avec tout de même une récurrence sur les services de ce pôle. Cela permet un rapprochement avec la Pension Sociale Hospitalière et le CHRS Cleberg, qui sont des services marqués par les problématiques santé des personnes accueillies.

2.1 Faits marquants

Voyage à Annecy

Nous avons organisé un voyage de 2 jours à Annecy en février. Ce voyage a été coconstruit avec les usagers. Ils ont été 13 à participer, ainsi que 3 accompagnantes. Nous avons organisé 4 réunions pour organiser ce voyage, où tous les usagers étaient présents. La présence des usagers aux réunions était une condition de participation à ce voyage. Il nous semblait important d'inclure les usagers dans toutes les décisions liées à l'organisation de ce voyage.

Les 4 réunions ont toutes été organisées pour réfléchir à différents aspects du voyage : choix du lieu de voyage, point budget, choix du transport, hébergement et activités...

Ce travail de co-construction et d'inclusion des usagers à chaque réunion de préparation a permis de créer une cohésion de groupe : il n'y a pas eu d'absence, et aucun retard le jour du départ, et une bonne ambiance et entraide au sein du groupe.

Le retour des usagers a été très positif et les activités prévues (patinoire, glace, télésiège) ont eu du succès.

Au vu de l'enthousiasme qu'a suscité ce projet, nous souhaitons le pérenniser et l'organiser une ou 2 fois par an.



Deux jours de voyage, c'est deux jours de rires, de surprises et d'improvisation.

La nuit en auberge s'est notamment avérée mouvementée. En effet, nous partagions notre chambre avec Annabelle*, peu habituée aux dortoirs. Entre la surprenante interpellation à 3h du matin pour demander si elle pouvait se rendre aux toilettes, la tentative malencontreuse d'intrusion dans le lit voisin à son retour et la lumière de la chambre allumée dès 5h, autant dire que ce ne fut pas de tout repos ! A noter pour le prochain séjour : faire un point sur les règles de vie en communauté et le fonctionnement des auberges ...

* : prénom modifié

Béline (TS)

Mise en place CVS

Le service des ACT avait des lieux d'expressions pour les personnes accueillies, mais ne disposait pas de CVS. Il s'agissait d'une fiche action rédigée dans le projet de service. Il est à destination des personnes accueillies en ACT hébergement et en EMCT, et est porté par un groupe de professionnels référents.

Le CVS a pu être organisé en plusieurs étapes : sensibilisation des personnes accueillies, construction d'un programme pour les personnes souhaitant se présenter comme représentant des personnes accueillies, organisation des élections. Le premier CVS a eu lieu en novembre. Il y aura trois instances par an.

Elections CVS Alynea 2025

VOTEZ !

Mes idées et mes propositions

Je m'appelle **Sulafa**,
Je suis soudanaise et je suis arrivée en France en 2019. Je parle Arabe, Anglais, et un peu Français.

Mes chers amis,
Je me suis portée candidate à l'élection du CVS parce que je crois en la force de l'esprit collectif.

Je souhaite que nous travaillions ensemble pour rendre notre groupe plus actif, solidaire et agréable pour tous.

Je vous promets d'écouter chaque voix, d'encourager les initiatives et d'organiser des activités qui renforceront nos liens et permettront à chacun de participer.

Votre vote est une confiance précieuse que j'honorerai.

Ensemble faisons la différence
Votez pour Sulafa pour une voix qui vient de vous et agit pour vous.

Elections CVS Alynea 2025

VOTEZ !

Mes idées et mes propositions

Je m'appelle **Yeza**,
Je suis tunisienne et je suis arrivée en France en 2023.

Je parle Arabe, ~~anglais~~ et un peu de Français.

Mes chers amis,
Je me suis portée candidate à l'élection du CVS parce que je crois en la force de l'esprit collectif.

Je souhaite que nous travaillions ensemble pour rendre notre groupe plus actif, solidaire et agréable pour tous.

Je vous promets d'écouter chaque voix, d'encourager les initiatives et d'organiser des activités qui renforceront nos liens et permettront à chacun de participer.

Votre vote est une confiance précieuse que j'honorerai.

Ensemble faisons la différence.
Votez pour Yeza, une voix qui vient de vous et agit pour vous.

Formations : soins palliatifs / addictions et réduction des risques

L'équipe poursuit les formations « soins palliatifs ». Cette année nous avons bénéficié d'une formation axée sur la fin de vie des personnes en situation de précarité. La formation s'est construite avec la Fédération Santé Habitat.

La formation n'a pas répondu à l'ensemble des attentes de l'équipe. Elle a surtout permis de remobiliser des connaissances et compétences, et d'approfondir des thématiques abordées l'année précédentes.

La formation « addictions et RdRD » a été construite avec la FAS. Les professionnels du CHRS Polygone ont également suivi cette session de formation.

Elle s'est déroulée sur 2 fois 2 jours pour travailler en groupe restreint. Ces journées de formation sont dispensées par des professionnels de l'EMAP (Equipe Mobile Addiction Précarité) suivi de 2 ateliers pour approfondir les thématiques addictions-violences et l'alliance thérapeutique-mener un entretien en addictologie. Un troisième atelier devrait avoir lieu le premier trimestre 2026 pour visiter un CAARUD et ainsi clôturer le cycle.

Au-delà de la formation théorique basée sur les situations rencontrées, ce cycle de formation a permis une meilleure identification des situations aux ACT-EMCT. Une interconnaissance des dispositifs permet aussi de travailler des orientations avec l'appui technique de l'EMAP.

Visite des ACT Soins Palliatifs

Dans la continuité des formations Soins Palliatifs, et l'ouverture des places dédiées, quatre professionnels des ACT accompagnés de Madame S. directrice du GHN des HCL et investi dans le projet des ACT SP, ont pu aller visiter des dispositifs semblables à Paris.

La maison Amédée, association Cordia. Bien qu'intégré aux ACT, il s'agit d'un service à part entière avec un projet de service spécialisé en soins-palliatifs. Elle vise le développement de la démarche palliative pour six personnes accueillies sur une résidence en collectif.

ACT Les Studios de la Tourelle, Les Diaconesses de Reuilly. Les ACT se situent au sein de l'hôpital des Diaconesses du groupe hospitalier La Croix Saint-Simon, Paris 12e. Ils disposent de 17 places dont 4 places dédiées à l'accompagnement fin de vie.

Ce service fonctionne avec une présence de professionnels 7 jours/7, et une seule infirmière en coordination de parcours. L'ensemble des logements sont sur place ou accessibles à pied.

Ces deux modèles ont des divergences avec le projet d'Entr'Aids, mais pose principalement la question d'un accueil en collectif. Quelle plus-value d'un accueil collectif pour des accompagnements soins palliatifs ?

Ouvertures places Soins Palliatifs, en lien avec les HCL

Le projet a démarré en 2024, avec une ouverture effective en mars 2025. Trois appartements sur une résidence permettent l'accueil de personnes correspondants aux critères des ACT et connues / orientées par une équipe de soins palliatifs.

→ Le bilan est présenté en paragraphe 4.2

Décès

En 2025, 8 personnes accompagnées sont décédées pendant l'accompagnement, dont 1 personne en EMCT.

Cause de décès : insuffisance respiratoire, arrêt cardiaque sur pathologie cardiaque suivie et stabilisée, pathologie cancéreuse (X4), accident cérébral en post opératoire, une cause non déterminée sur le logement (autopsie en cours).

2 décès ne seront pas comptabilisés dans les sorties puisque les logements ne sont disponibles :

- l'une des personnes décédées était avec sa femme que nous accompagnons sur une période de trois mois pour une réorientation
- la seconde personne étant jeune et décédée à domicile, le médecin a posé un obstacle. Le temps de l'autopsie, nous n'avons pas la possibilité d'accéder au logement à la demande des enquêteurs.

Seule une personne décédée était orientée sur des places soins palliatifs.

Dynamique des actions collectives

La vie du collectif est présentée au paragraphe 4.4.

Nous constatons que les interactions entre les personnes accueillies sont de plus en plus nombreuses, une solidarité et des affinités se développent. Le taux de présence aux ateliers est en hausse, avec des propositions également plus nombreuses.

Extension du service / EMCT

En début de trimestre quatre, l'ARS nous a proposé de répondre à un projet d'extension de l'Equipe Mobile de Coordination Thérapeutique (EMCT). La répartition des places au niveau national permettait la création de 10 places d'EMCT supplémentaires sur le département. Nous avons construit un projet avec une orientation du budget sur des besoins en ressources humaines. Le projet a été validé par l'ARS, et nous avons pu obtenir une extension de quatre places, portant la capacité d'accueil de l'EMCT à 28 places.

Cette extension nous permet de créer un poste d'aide-soignant basé sur l'argumentaire suivant :

- Situation actuelle et besoins du territoire

Ce poste n'existe pas actuellement sur les ACT Entr'Aids. Une création de poste aide-soignant pourrait répondre à des besoins identifiés au sein du service et sur le territoire, notamment pour des personnes vieillissantes accueillies en CHRS ou CHU étant sans droits ni titres.

- Projection

La coordination médicale sera portée par une IDE, avec un soutien de l'aide-soignant pour des accompagnements physiques sur des rdv de suivi. Ce professionnel pourrait soutenir la personne accompagnée pour se rendre à ses rendez-vous en cas de difficultés de mobilité, difficultés d'orientation temporo-spatiale.

Ce professionnel pourrait aussi apporter un soutien à la vie quotidienne dans une visée d'éducation à la santé (hygiène corporelle, aide aux repas / alimentation). Cet axe de travail sera toujours en complément et en soutien des équipes éducatives des sites hébergeant avec un regard soignant et une stratégie travaillée sous contrôle de l'infirmière en coordination de parcours de soins.

- Cadres de référence

La proposition de recrutement d'un aide-soignant est pensée au regard des éléments ci-après :

- Le BO "santé, protection sociale, solidarité" numéro 23, en date du 15 décembre 2021 présente le cahier des charges des ACT HLM, et mentionne dans son annexe 3, paragraphe 2.2 (page 223) la possibilité d'intégrer dans l'équipe un aide-soignant.
- Les recommandations de l'HAS mentionnent une attention "aux évolutions des publics pour adapter les pratiques et l'organisation" : "au regard des besoins identifiés et de l'état des connaissances, évaluer la pertinence de l'offre de service et des pratiques d'accompagnement de l'établissement et proposer les ajustements nécessaires".
- Le référentiel d'activités des aides-soignants diplômés d'Etat, par Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

Formations - conférences et webinaires

Ci-dessous l'ensemble des formations suivies par l'équipe

| <u>Formations</u> | <u>Qui ?</u> |
|---|---------------------|
| Législation et historique des Soins Palliatifs | Equipe entière |
| Bienveillance et risque de Maltraitance (28 et 30 octobre) | Equipe entière |
| Accompagnement fin de vie des personnes en situation de rue (27-28 mai) | Equipe entière |
| Addictologie RDR (13-14 mars + 06/11 + 17/11) | Équipe entière |
| Formation incendie (Alynea) (14/01) | Équipe entière |
| DISC | Équipe entière |
| Approche par les forces (27/11) | Equipe entière |

| | |
|---|---|
| Communiquer avec un public non francophone (Alynea) (13/01) | Béline |
| Posture soignante en SP (Soins et Santé) (17 avril) | Béline, Carole-Anne, Sabine |
| Séminaire FAS Thème SP Le Havre (04-05 mai) | Eglantine, Carole-Anne, Elodie, Béline |
| Prévention des conduites suicidaires (Orspere Samdara) (13/11) | Béline, Elodie, Lorie-Lou, Séverine |
| Temps suspendu (ACT Chambéry) (25/11) | Eglantine, Béline, Carole-Anne, Carmen, Solène, Raphaëlle, Mathilde, Lorie-Lou , Séverine |
| Psychotrauma ARS (03/12) | Raphaëlle, Mathilde, Sabine, Lorie-Lou, Béline |
| Formation OMAGE (21 Mars + 18 Avril) | Sabine, Marion, Raphaëlle |
| Formation addictologie HCL "Rencontres et échanges des pratiques professionnelles d'addictologie" | Sabine, Amélie, Carmen, Raphaëlle |
| Webinaire Prisme Précarité et Santé | Sabine, Raphaëlle |
| Approche par les forces | Équipe entière |

L'équipe prend aussi part aux coordinations régionales de la FSH, à des groupes de travail sur le territoire (référents santé précarité, GT FAS santé, RSRH, droits des étrangers) et internes à Alynea.

Les coordinations régionales

Inter ACT TS :

Une fois par trimestre, les travailleurs sociaux des ACT de la région Auvergne-Rhône-Alpes se réunissent afin d'échanger autour de thématiques communes telles que la participation des personnes hébergées, la gestion de la fin de vie ou encore le droit au séjour.

Ces rencontres permettent aux professionnels d'observer une diversité de pratiques, mais également de confronter leurs expériences aux réalités de terrain d'autres territoires et structures.

Carole-Anne (TS)

Congrès et séminaires :

Congrès SFAP - Lille (CDS)

La cheffe de service a pu se rendre au congrès de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et soins Palliatifs) à Lille.

Cette expérience a été très positive, avec des interventions et ateliers de grandes qualités. Le congrès, bien que médical, est adapté à notre pratique. Cela permet de s'inscrire dans une démarche nationale, de comprendre les enjeux des partenaires ainsi que les enjeux éthiques sur cette thématique.

L'aide à mourir était bien sûr au cœur des échanges, avec des interrogations sur la posture professionnelle, l'éthique et des débats philosophiques.

Des collègues infirmiers et travailleurs sociaux sont organisés, ce qui permet à chacun de trouver sa place au sein de la société.

Les échanges et débats étaient de haut niveau. Le prochain congrès à lieu à Lyon, ce qui permettra à plusieurs professionnels de participer et de s'imprégner de cette culture du soin global.

Colloque National de la Fédération Santé Habitat, 30 et 31 mai 2024 - Le Havre (1 IDE, 2 TS, CDS)

Cette rencontre nationale est l'occasion d'échanger avec des collègues ayant des pratiques et organisations différentes, ce qui est toujours source d'enrichissement.

L'intervention du philosophe Eric Fiat a été particulièrement appréciée, mettant de la poésie dans la spécificité des accompagnements fin de vie des personnes en situation de précarité.

2.2 Ressources Humaines

| | EMCT | ACT hbgmt |
|------------|------|-----------|
| MG | 0,11 | 0,33 |
| IDE | 1,3 | 3,9 |
| psycho | 0,29 | 0,87 |
| TS | 0,95 | 3,35 |
| ES | 0,29 | 1,87 |
| directeur | 0,06 | 0,19 |
| CDS | 0,25 | 0,75 |
| secrétaire | 0,13 | 1,64 |
| | 3,38 | 12,9 |

Ce tableau est extrait du RASA 2025, et présente les différents corps de métier financés avec leur répartition en ETP. Il recense les fonctions dédiées à l'accompagnement et les fonctions supports.

Nous avons fait le choix en équipe de poursuivre l'accueil d'étudiant. Nous avons accueilli une étudiante assistante sociale de septembre 2025 à mai 2026. Une professionnelle de l'équipe de formation assistante des services sociaux est sa tutrice. L'ensemble de l'équipe accompagne cette étudiante pour qu'elle puisse créer son identité professionnelle à partir de pratiques différentes sur un objectif commun.

Les indemnités de stage sont prises en charge par un CNR demandé à l'ARS et accordé lors du dialogue de gestion de juillet 2025.

Nous n'avons pas souhaité réitérer l'accueil de service civique en 2025. Il s'agit d'une mission complexe par son encadrement différent des étudiants. De plus, les missions qui leur ont été confiées reviennent maintenant à une travailleuse sociale référente des ateliers collectifs. Elle est le fil conducteur sur les différents ateliers menés.

La posture professionnelle des jeunes en service civique est à accompagner, mais sans l'encadrement que nous consacrons à un étudiant, et sans les apports théoriques dispensés par un centre de formation. Une situation hors cadre a été rencontrée, nous l'avons traité institutionnellement en collaboration avec Uni Cité pour rectifier ce qui a permis cette sortie de cadre.

En 2025, nous retenons le départ du médecin après vingt et un mois dans l'équipe. Une publication de poste a été diffusée dès son départ.

La psychologue a pris un congé parental. Nous avons procédé à un recrutement en CDD pour un remplacement pendant six mois. Le départ de la titulaire a été organisé, avec des transmissions précises sur les missions et les situations rencontrées. Un temps de doublure a été organisé pour accueillir le retour de la titulaire en septembre.

Le sixième poste infirmier a connu du turn-over, avec des difficultés de recrutement : une première personne ne s'est pas présentée à la prise de poste, une seconde personne a mis fin à sa période d'essai la première semaine. Nous avons ensuite recruté une infirmière sur un CDD de six mois. D'un commun accord nous avons mis un terme au CDD à deux mois de présence. Le recrutement a aussitôt été relancé, une infirmière arrivera le 5 janvier 2026 en CDI.

J'ai pris mes fonctions d'IDEC au sein des ACT en septembre 2025 suite au départ d'une IDEC du service. J'ai donc repris rapidement sa file active.

C'était un poste que je ne connaissais pas, ayant toujours exercé dans le soin, et c'était un public que je connaissais peu. Mais la présentation de la structure, de ses valeurs, la présentation de la fiche de poste, la journée d'immersion avant signature m'ont convaincu de signer avec Alynea.

Arrivée au sein d'une équipe dynamique et investie dans leur travail auprès des personnes en situation de précarité, j'ai pu avoir leur soutien, leur écoute, leur aide et toutes les explications nécessaires. Malgré cela, la prise de poste, du fait de la nouveauté pour moi, a été assez compliquée, ayant eu du mal à cibler le rôle même de l'IDEC en ACT et à gérer les priorités et les objectifs.

Il a fallu plusieurs mois pour me sentir plus à l'aise dans l'accompagnement des usagers, et commencer à découvrir toutes les autres facettes de ce travail (atelier santé, éducation thérapeutique, projet de service...). Encore beaucoup de travail en perspective pour gagner en autonomie et en efficacité !!

Un avantage considérable pour moi avec Alynea, c'est avoir le temps avec les usagers, pour les accompagner, les aider à comprendre, les orienter, les écouter.

Mais plus les semaines passent auprès des usagers, plus je me rends compte de la réalité du terrain, de ce chemin semé d'embûches. Entre les délais administratifs, certaines incohérences du système, l'ampleur des démarches pour faire valoir leur droit, les accompagnements vers la santé sont parfois bien compliqués, entraînant des aggravations de symptômes psycho sur des sujets déjà bien amochés par leur parcours.

C'est un poste très riche humainement, qui motive à vouloir continuer à accompagner, à essayer d'avancer pour eux et avec eux.

Séverine, IDEC

Une infirmière présente depuis 2021 a quitté le service. Le remplacement s'est fait sans délais.

En 2024 nous notions un arrêt de travail long pour accident du travail. La collègue a pu réintégrer le service en mars 2025.

En perspective, nous noterons :

- L'arrivée d'une collègue aide-soignante sur le premier trimestre 2026.
- Le recrutement d'un médecin
- La demande auprès de l'ARS de mutualiser un poste de conseiller en insertion professionnel (CIP) pour une intervention à 10% sur le service.

En tant que Conseiller Technique Logement, j'assure l'accueil et l'hébergement des personnes dans 45 logements, en coordination avec les intervenants sociaux et médicaux.

J'accompagne les résidents dans le développement de leur autonomie et la réalisation de petits travaux, tout en coordonnant les interventions des prestataires internes et externes.

Membre d'une équipe pluridisciplinaire, je travaille en étroite collaboration avec les services généraux, les bailleurs et les prestataires externes pour répondre aux besoins spécifiques de chaque résident et atteindre les objectifs d'accueil. Mon rôle au sein de l'équipe permet une analyse complémentaire des situations, favorisant ainsi une approche globale et adaptée aux besoins de chaque personne.

Je contribue à définir des objectifs pertinents et à sensibiliser les acteurs concernés pour un accompagnement optimal. En sensibilisant les usagers aux bonnes pratiques (gestion de l'eau, de l'électricité, prévention des infestations...), je contribue à réduire les coûts liés aux interventions des prestataires, tout en favorisant l'autonomie et la responsabilisation des résidents.

Ce métier transversal me permet de développer une approche globale et de renforcer la coordination au sein de l'équipe, pour un accompagnement efficace et personnalisé des résidents.

Ramzi Conseiller technique logement

2.3 Evaluation / démarche qualité

Evaluation externe

L'évaluation externe a eu lieu en juillet 2024. Selon l'arrêté 2025-21-0269 (portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du b) de l'article L.313-3 pour les catégories d'établissements ou service relevant du 9° de l'article L.312-1 du code de l'action social et des familles pour les années 2026 à 2030, conformément aux articles L.312-8 et D.312-204 du même code) la prochaine évaluation devra être programmée le quatrième trimestre de 2029.

Une autoévaluation sera programmée en 2026.

Projet de service

Le projet de service travaillé en 2024 a été présenté par l'équipe au conseil d'administration en mars 2025. Après validation du conseil d'administration il a été envoyé à l'ARS.

Nous avons rencontré des difficultés à tenir le rythme de l'ensemble des fiches actions. Ci-dessous un récapitulatif :

Fiche action 1 : Charte des réunions

Fiche action n°1 Interroger nos pratiques et les faire évoluer

| | |
|--|---|
| Projet | Charte des réunions |
| Constat | Restructuration des réunions d'équipe Peut manquer de clarté dans l'ordre du jour Sujets cliniques abordés en doublons avec réunions de synthèse |
| Objectif général Finalité | Améliorer la qualité et l'efficacité des échanges inter équipe |
| Objectifs opérationnels | Définir la charte : 1. - Ordre du jour 2. - Horaires + pauses 3. - Temps de parole 4. - Planning PPA 5. - Situations clinique (hors synthèse) |
| Pilote de l'action | Léonie, Marion |
| Public visé | Les professionnels |

1/ Réunions d'équipe :

Maintien / 2 semaines

Si absence anticipée du CDS, celui-ci doit prévoir un autre temps sur la semaine (hors congés)

-> Maitre du temps :

A remettre en place, avec un roulement pour que chaque professionnel puisse le faire à tour de rôle, dans une logique similaire à la prise de note.

Refaire un tour de table en début de réunion pour recueillir les situations et sujet institutionnel, permettant d'évaluer le temps dédié par sujet.

Maintien sur le temps réparti équitablement entre les situations et les sujets institutionnels, avec une pause marquée.

-> ODJ :

A compléter en amont, disponible sur le SharPoint. Situations à noter à avant le lundi soir, + préciser si c'est informatif ou question à travailler en équipe. Sujet institutionnel à compléter avant le vendredi soir.

-> Temps d'inclusion :

Non maintenu

-> Sujets institutionnels / situations à aborder à aborder en équipe :

Situations : prise de recul, réflexion et intelligence collective.

Présentation synthétique sur la problématique à présenter

2/ réunion de synthèses :

Trame des synthèses qui s'est perdue. Reprendre l'ensemble des ATCD n'est pas toujours pertinent, et c'est long.

-> Définition synthèse

Les synthèses permettent une présentation organisée de la situation pour une compréhension globale, une aide à la priorisation et donner une direction au binôme avec 1 plan d'action, 1 temps de recul.

Pas de gestion des urgences.

-> Modalités

Reprise des ATCD / bloc de spécialités

Synthèse projetée sur écran TV

1h30 / pro : CDS en maître du temps

Chaque professionnelle garde un fichier avec les dates de passage de chaque usager

1 mois IDEC / 1 mois TS

Trois journées de travail seront mises en place pour avancer collectivement sur des sujets précis et ainsi permettre d'aborder des sujets de fond.

Conclusion : procédure mise à jour. Evaluation premier trimestre 2027.

Fiche action n°2

Interroger nos pratiques et les faire évoluer

| | |
|--------------------------------------|--|
| Projet | Harmonisation des pratiques |
| Constat | Il existe une pluralité d'approches et de pratiques auprès des usagers qui est à la fois une richesse et qui nécessite également une harmonisation afin de s'enrichir des pratiques des uns et des autres. |
| Objectif général Finalité | Viser à une harmonisation des pratiques qui tienne compte des richesses de chaque profession, formation, approche individuelle, etc. |
| Objectifs opérationnels | <ol style="list-style-type: none">1. Créer des temps d'échange par corps de métier pour réfléchir à des cadres de travail, sans aborder les situations particulières (ex : critères d'accompagnement présentiel aux rendez-vous med, suivi des accompagnants)2. Présenter systématiquement ce cadre aux usagers |
| Pilote de l'action | CDS |
| Public visé | Professionnels et usagers |

Les réunions métiers ont été mises en place en 2025.

TS : Toutes les 2 semaines, trop fréquent -> passage à tous les 3 mois.

IDE : trimestriel. Charge d'organisation et de mener la réunion à répartir. Besoin de clarifier l'organisation sur la réunion de mai. Sollicitation CDS si besoin pour organiser et mener les réunions. Intégration aide-soignante sur cette réunion.

Conclusion : temps de travail porteurs. Permettent des échanges techniques sur les pratiques. Evaluation 1er trimestre 2027.

La présentation de ce cadre aux personnes accompagnées n'est pas nécessaire et n'a pas été retenue.

Fiche action n°3

Interroger nos pratiques et les faire évoluer

| | |
|--------------------------------------|--|
| Projet | Nouvelle organisation des ateliers sociaux |
| Constat | Les ateliers sociaux peinent à se mettre en place. Les personnes accompagnées ne semblent pas motivées pour participer à des ateliers sur des thèmes de base (logement, budget, etc), même si des besoins ont été repérés voire verbalisés. |
| Objectif général Finalité | Impulser une nouvelle dynamique attractive dans l'organisation des ateliers sociaux. |
| Objectifs opérationnels | <ol style="list-style-type: none">1. Créer un rétroplanning des ateliers sociaux avec les thèmes à aborder2. Faire une liste des partenaires susceptibles d'intervenir lors de ces ateliers3. Réfléchir à la mobilisation4. Réfléchir à la manière de rendre plus attractifs les ateliers sociaux (animation, organisation, communication, etc) |
| Pilote de l'action | Travailleurs sociaux |
| Public visé | Professionnels du service ACT + personnes accompagnées par les ACT |

Une réflexion est en cours sur la possibilité de rendre certains ateliers obligatoires. Cette demande émane des élués du CVS. Le sujet sera abordé lors du CVS de mars 2026. Cela entrainera d'autres réflexion en équipe sur le portage de la décision.

Le retroplanning de l'année est fait. Les partenaires à solliciter sont identifiés, mais tous ne sont pas contactés.

Le pilotage de cette fiche action se fait par une TS qui a un temps dédié à la vie collective. Une évaluation est prévue en juin 2026, puis fin d'année 2026

Conclusion : Ce travail doit être accentué pour proposer des ateliers plus attractifs et qualitatifs.

Fiche action n°4

Valoriser nos savoir-faire

| | |
|--|---|
| Projet | Réseau et partenariat |
| Constat | Actuellement, nous travaillons en réseau et non en partenariat. Nous souhaitons développer le travail en partenariat avec quelques partenaires privilégiés. |
| Objectif général Finalité | Développer le réseau et le partenariat |
| Objectifs opérationnels | <ol style="list-style-type: none">1. Établir une liste restreinte de partenaires privilégiés2. Établir une liste exhaustive des autres partenaires3. Élaborer une charte partenariale4. Formaliser les partenariats avec les partenaires privilégiés |
| Pilote de l'action | Non renseigné |
| Public visé | Professionnel du médico-social |

Des partenariats ont été identifiés. Nous devons réaliser un travail de formalisation. Tout travail partenarial ne nécessite pas un conventionnement. Une autre forme est donc à envisager. Nous avons également pu signer des conventions annuelles : CeGiDD, banque alimentaire, APA, avocates, BSE, convention Biogroupe, GUSH. Une convention avec les HCL est en cours de rédaction. Un tableau récapitulatif sera à mettre en place par la cheffe de service, avec l'assistante de direction.

Fiche action n°5

Valoriser nos savoir-faire

| | |
|--|--|
| Projet | Visibilité des ACT |
| Constat | Mécompréhension du fonctionnement du service communication, interrogations sur l'organisation du Trait d'Union et le cadre de participation du service. |
| Objectif général Finalité | Rendre visible les ACT au sein d'Alynea |
| Objectifs opérationnels | <ol style="list-style-type: none">1. Contacter le service Communication pour obtenir des informations sur le fonctionnement de Trait d'Union et leurs attentes quant aux données dont ils ont besoin.2. Ancrer dans les habitudes du service une remontée d'informations régulières au service communication. |
| Pilote de l'action | Béline |
| Public visé | Salariés et Bénévoles Alynea |

Les informations / moment de vie du service que nous avons souhaité partager n'ont pas pu être publiés. Nous réorientons donc notre action pour que la diffusion des informations se fasse en direct sur les réseaux sociaux professionnels avec #Alynea, et en anonymisant les personnes concernées. 3 professionnels du service s'engagent à réaliser des publications trimestrielles.

Fiche action n°6

Favoriser le pouvoir d'agir

| | |
|--------------------------------------|--|
| Projet | Personnalisation des logements, par le biais d'un budget ameublement à l'accueil |
| Constat | Nous constatons que les appartements sont équipés du nécessaire, mais qu'ils restent vides et impersonnels suite à l'emménagement. |
| Objectif général Finalité | Se sentir bien chez soi |
| Objectifs opérationnels | <ol style="list-style-type: none">1. Appartement convivial, accueillant, personnalisé pour que la personne se sente chez elle2. Permettre à la personne d'être dans une démarche de choix personnel3. Permettre à la personne de trouver des lieux ressources d'équipement solidaire |
| Pilote de l'action | Ramzi |
| Public visé | Personne accueillie en ACT hébergement |

Cette fiche a nourri des débats en équipe : qualité de l'accueil / réalité des sorties et du caractère temporaire de l'hébergement. Les appartements sont entièrement meublés et équipés à l'arrivée d'une nouvelle personne. Nous ne pouvons pas proposer une personnalisation de chaque appartement au vu des prises en charge visée à court/moyen terme.

Nous avons prévu de dédier un budget à cette action. Au vu des contraintes budgétaires, cela n'a pas été une priorité.

Nous recevons des dons régulièrement, et avons pris le parti de replacer l'éducatif et les échanges en équipe au centre de la distribution des dons et de nos réponses aux sollicitations.

Nous avons suggéré la possibilité que la personne aille par exemple acheter ses draps avec les référents plutôt que de les acheter en amont. Cette suggestion n'a pas été retenue : nous n'avons pas les moyens organisationnels. De plus les personnes arrivent majoritairement fatigués par leur pathologie et aspirent à se reposer dans le logement. Nous privilégions donc un accueil "clé en main" Au vu de ces éléments, la fiche est clôturée.

Fiche action n°7

Favoriser le pouvoir d'agir

| | |
|--|--|
| Projet | Participation des personnes accompagnées |
| Constat | Souhait de l'équipe d'intégrer davantage les personnes accompagnées dans l'organisation du service (décisions, projets, recueil des avis, etc). |
| Objectif général Finalité | Ancrer la participation des personnes accompagnées dans nos pratiques professionnelles |
| Objectifs opérationnels | <ol style="list-style-type: none"> 1. Réfléchir à la manière de faire participer et mobiliser efficacement les personnes accompagnées 2. Former les professionnelles et les personnes accompagnées à travailler ensemble, coconstruire les projets 3. Définir le cadre de participation des personnes accompagnées (choix des instances, etc) 4. Mettre en place le CVS 5. Faire du lien avec l'introduction d'un travailleur pair à l'équipe |
| Pilote de l'action | Non renseigné |
| Public visé | Personnes accompagnées |

Fiche action n°11

Plaidoyer du projet associatif

| | |
|--|---|
| Projet | Mettre en place le CVS en 2025 |
| Constat | Pas de CVS en place |
| Objectif général Finalité | Mettre en place une instance des usagers aux ACT pour favoriser leur participation |
| Objectifs opérationnels | <ol style="list-style-type: none"> 1. Connaissance du cadre du CVS par l'équipe pluridisciplinaire 2. Mettre en place un rétro planning sur 2025 et 2026 3. Mettre en place un cadre à proposer aux usagers 4. Organiser une campagne d'information des usagers, en utilisant le FALC et interprétariat 5. Organiser une campagne d'élection 6. Mettre en place une boîte à idée pour favoriser l'expression libre 7. Mettre en place une formation dédiée aux élus 8. Organiser 2 instances CVS en 2025 9. Mettre en place un règlement intérieur du CVS avec les usagers élus 10. Créer une grille d'évaluation des CVS avec les usagers élus- Définir la liste des outils utiles pour améliorer la culture du pouvoir d'agir 11. Définir une « charte des bénévoles » |
| Pilote de l'action | Églantine + Marie + Carole-Anne |
| Public visé | Usagers dans les murs et équipe mobile |

Ces deux fiches peuvent être regroupées puisqu'elles se travaillent en parallèles.

Le CVS a été mis en place en 2025. Cette première instance, au delà de l'obligation légale, est un espace officiel pour donner et reconnaître la place des personnes accueillies. Cela permet de les intégrer progressivement dans des espaces de décision.

Il est à noter que la participation des personnes a permis de construire le voyage à Marseille.

Ces espaces obligent également les professionnels à adopter une posture différente. L'intégration se fera progressivement pour permettre une acculturation.

En tant que professionnels, nous devons repenser nos limites et questionner en équipe comment bouger nos lignes professionnelles. Cette thématique pourra faire l'objet d'une journée de travail en équipe. Nous travaillerons aussi sur les instances où seront représentées les personnes accueillies.

Fiche action n°8

Favoriser le pouvoir d'agir

| | |
|--------------------------------------|--|
| Projet | Évaluation des actions collectives |
| Constat | Certains ateliers ont déjà une évaluation d'action collective mais pas tous. |
| Objectif général Finalité | Proposer aux hébergés d'évaluer l'action qui a été menée afin d'avoir un retour et d'améliorer les prochaines actions co. |
| Objectifs opérationnels | 1. Collecter les outils d'évaluation déjà mis en place 2. Proposer des outils ludiques et interactifs pour les usagers 3. Vigilance pour que ce soit accessible à tous |
| Pilote de l'action | Joann, Léonie et Marie |
| Public visé | Usagers |

Des outils d'évaluation ont été regroupés, mais non présentés en équipe. Ce qui est un manquement ne permettant pas une utilisation et une montée en compétence collective.

Les évaluations doivent se faire sur plusieurs axes :

- Évaluation par les personnes ayant participé à l'atelier
- Évaluation par les professionnels ayant construit et/ou mené l'atelier.

Fiche évaluation par les pro, regroupé avec fiche atelier et évaluation

Évaluation à faire pour affiner les RA et valoriser

Une évaluation plus juste permettra une meilleure adaptation des ateliers pour répondre aux besoins des personnes accueillies.

Ces évaluations permettront aussi des retours plus précis sur les bilans annuels.

Fiche action 9 : projet éducation thérapeutique du patient (ETP)

Ce projet de déposer un programme d'ETP doit être travaillé à partir de début 2027. En l'absence de médecin ou d'infirmier en pratique avancée, il ne pourra se réaliser.

Fiche action n°10

Favoriser le pouvoir d'agir

| | |
|--------------------------------------|--|
| Projet | Travailleur pair ou patient expert : quel apport professionnel en sein d'une équipe des ACT ? |
| Constat | Questionnement autour du développement des compétences des travailleurs pairs / patients experts nos accompagnements ». |
| Objectif général Finalité | Création d'un poste de travailleur pair / patients expert / médiateur santé pair. |
| Objectifs opérationnels | 1. Définir les besoins du service - 2. Définir une stratégie d'accueil d'un nouveau corps de métier et sa place au sein de l'équipe Objectifs |
| Pilote de l'action | Eglantine |
| Public visé | Equipe des ACT et personnes accueillies |

Cette fiche action est un projet à moyen-long terme. Le travail de réflexion débutera deuxième semestre 2027.

Fiche action n°12

Plaidoyer du projet associatif

| | |
|--------------------------------------|---|
| Projet | Développement d'un plaidoyer « santé et précarité » |
| Constat | Projet associatif réédité avec mise en avant du plaidoyer comme axe de travail. De par leur mission, les ACT sont le seul service avec autant d'expertise médicale et en santé. |
| Objectif général Finalité | Valoriser l'expérience de terrain des ACT et mettre en avant les problématiques santé et précarité |
| Objectifs opérationnels | 1. Définir des thématiques à mettre en avant sur la base de difficultés rencontrées 2. Définir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs à mettre en avant 3. Identifier et élaborer des vignettes 4. Rédiger un rapport |
| Pilote de l'action | Amélie, CDS, chargé plaidoyer ? |
| Public visé | Grand public, financeurs/tutelles, partenaires, réseau d'orientation |

Cette fiche action est pilotée par une professionnelle en formation DUI épidémiologie. Nous nous appuyons sur ses apports pour participer au plaidoyer associatif.

Procédures

Afin d'améliorer la démarche qualité et d'avoir des bases de travail identiques, le service continue à rédiger des procédures en équipes

3 Le public accompagné

3.1 Orientations et admissions

Les tableaux ci-dessous reprennent le nombre de personnes contactées pour des accueils et le nombre de personnes admises par dispositif, ainsi que les motifs de refus.

| | 2024 | | 2025 | |
|--------------------------------|---|---|---|--------------------------------|
| | ACT hébergement | EMCT | ACT hébergement | EMCT |
| Nombre de personnes contactées | 30 | 43 | 54 | 46 |
| Nombre d'entretiens | 21 | 30 | 42 | 35 |
| Nombre d'admissions | 13 (dt 2 passage EMCT->DLM /+ 2 prévues 2025) | 24 (dt 1 passage DLM -> EMCT /+2 prévues en 2025) | 22 (dont 2 EMCT->ACT / + 1 pec d'un accompagnant / dont 2 en janv 26) | 27 (+2 prévue en janvier 2026) |

Les données sur l'EMCT sont stables entre 2024 et 2025. Nous pouvons constater que le nombre d'admission en ACT hébergement a considérablement augmenté. Cet élément est à rattacher à une l'augmentation du nombre de logement (cf. 3.2).

Il est important de détailler les différences entre le nombre de personnes contactées / reçues en entretien / admises.

| | | 2024 | | 2025 | | |
|--------------------|--------------------|---|------|------|------|---|
| | | ACT | EMCT | ACT | EMCT | |
| MOTIFS REFUS | Pas d'entretien | Décès | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | Pas de réponse/introuvable | 1 | 2 | 1 | 1 |
| | | A quitté Lyon | 3 | 0 | | 0 |
| | | Refus de la personne | | | 3 | 2 |
| | | Incarcéré | | | | 2 |
| | | Maintien LHSS | | | | 1 |
| | | Admis autre ACT/hors dep. | | | 4 | 1 |
| | | Retour pays | | | 2 | |
| | | Orientation Villefranche | | | 1 | |
| | | Manque d'autonomie | | | | 1 |
| | | Demande différée par orienteur | 0 | 2 | | 1 |
| | | Autre solution | 1 | 5 | 1 | 0 |
| | Total | 7 | 9 | 12 | 11 | |
| | Entretien | Parcours coordonné/dde logt | 7 | 10 | 7 | 1 |
| | | Incarcéré | | | | 1 |
| | | Orientation liste greffe | | | 2 | 1 |
| | | Refus de la personne | | | 2 | 1 |
| | | Maintien LAM | 1 | 0 | | 0 |
| | | Orientation Villefranche | | | 1 | |
| | | Orientation EMCT | | | 6 | |
| | | Orientation ACT semi-co | | | 2 | |
| | | Sur structure avec coordo, attente sortie | 0 | 2 | | |
| Manque d'autonomie | 2 | | | 2 | | |
| Total | 10 | 12 | 20 | 6 | | |

Il est à préciser que lorsqu'une personne ne répond pas et non trouvable par l'orienteur, elle est maintenue en liste d'attente pour laisser le temps au GUSH de poursuivre les recherches avec l'orienteur et la MVS.

Pour l'EMCT, lorsqu'il est noté « manque d'autonomie » il s'agit de demande d'équipe pour un étayage sur les soins quotidiens et le travail d'éducation à la santé pour une personne en perte d'autonomie. Nous pourrions désormais y répondre avec la création du poste aide-soignant.

Ce niveau de détail permet de constater que les personnes non admises ne sont pas sans solution. En ACT hébergement, seulement 7 personnes sur 54 (soit 13%) ont eu un refus puisque la demande était un besoin de logement avec un parcours coordonné par la personne ou un autre acteur.

Les procédures d'admission mises en place en 2023 sont toujours d'actualité et sont efficaces. En l'absence de médecin nous avons adapté les entretiens d'évaluation des besoins : la psychologue et la cheffe de service les réalisent en binôme.

3.2 Les nuitées

Sur les ACT hébergement, le nombre de places autorisées (45) permet d'accueillir sur 16425 nuits. En 2025, nous avons réalisé 14654 nuitées, soit un taux d'occupation de 89,22%. En comparaison, nous avons réalisé en 2024 12657 nuitées, soit un taux d'occupation de 77%.

Malgré une amélioration du taux d'occupation, cela reste un axe d'amélioration à poursuivre en 2026.

Ce taux d'occupation s'explique par :

- Les derniers logements captés et installés en mars 2025 (3 studios soins palliatifs, 1 studio en juin 2025).
- Temps de latence entre deux occupants pour deux raisons :
 - Travaux de réhabilitation nécessaires (ménages, peintures, équipements...)
 - Entretiens d'évaluation des besoins prévus en amont, mais au vu des délais et de l'engorgement de l'hébergement, les demandes sont hors critères (cf. 4.2 les entrées)

Nous pouvons souligner qu'une meilleure anticipation des départs pour les baux glissants permet plus d'anticipation pour capter des logements de remplacement. La référente logement, en lien avec les directeurs opérationnels, a fourni un travail partenarial conséquent pour obtenir des logements dans des délais raccourcis.

Nous notons la récupération des deux logements sur lesquels il y avait des présences indues. L'un des logements est restitué au bailleur. Le second a été réintégré au parc des ACT.

- ➔ Les deux mesures d'expulsion ont abouti le dernier trimestre 2025.
 - Première situation : mesure initiée en 2022. Homme seul qui avait refusé une orientation adaptée à sa situation. Monsieur était absent au moment de l'intervention de l'huissier et des forces de l'ordre. Il a pu trouver une solution de relogement de façon autonome.
 - Seconde situation : famille « accompagnante » qui s'est maintenue sur le logement après le décès de la personne titulaire du contrat. La famille, ainsi que des personnes supplémentaires étaient présentes sur le logement lors de l'intervention de l'huissier et des forces de l'ordre. Le départ a été décrit comme « musclé ».

Le partenariat avec EMH (Est Métropole Habitat) a permis d'obtenir un bail glissant pour un logement/studio PMR. Nous avons pu basculer une personne accueillie en EMCT sur le dispositif ACT Hébergement.

Si nous regardons le taux d'occupation en fonction des logements captés et disponibles nous pouvons établir le comparatif suivant avec les années précédentes :

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|-------|-------|---------|----------|--------|
| Nombres de places autorisées | 29 | 45 | 45 | 45 | 45 |
| Nombres de logement moyen sur l'année | 28,5 | 30 | 36 | 37,71 | 43,8 |
| Nombre de nuitées réalisables | 10585 | 10950 | 13140 | 13764,15 | 16018 |
| Nombre de nuitées réalisées | 9436 | 8603 | 11807,2 | 12657 | 14654 |
| Taux d'occupation | 89% | 79% | 89,85% | 91,95% | 91,50% |

Explications du nombre moyen d'appartements sur l'année 2025 :

- 41 logements sur l'année entière
 - ➔ 4 appartements dont les baux ont été signés sur l'année, donnant en nombre de mois de disponibilité sur l'année : 9,5 mois et 6,5 mois.
 - ➔ Au 31/12/2024 : 45 appartements disponibles.

Il est à noter la montée en charge du nombre de logement pour enfin atteindre le nombre de place installée.

Les personnes accompagnées en ACT hébergement ont des durées d'accompagnement longues, comme le montre le tableau ci-dessous, extrait du RASA 2025. Les données sur les sorties seront explicitées en 4.5 Les sorties.

| | Nombre de personnes accompagnées au 31/12 dans l'ACT (période totale, si allers-retours) | Nombre de personnes sorties dans l'année qui étaient accompagnées dans le dispositif depuis: |
|---------------|--|--|
| 0 à 6 mois | 8 | 4 |
| 6 à 12 mois | 7 | 2 |
| 12 à 18 mois | 6 | 2 |
| 18 à 24 mois | 5 | 2 |
| plus de 2 ans | 16 | 5 |
| | 42 | 15 |

Les 42 personnes accompagnées sur 45 places au 31/12/2024 s'explique par : 3 admissions programmées en janvier / février 2026.

L'extension de quatre places en EMCT décrite en 2.1 permet d'accueillir sur 8824 nuits. En 2025, nous avons réalisé 9272 nuitées, soit un taux d'occupation de 105%.

| | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|---------------|---------------|-------------|
| Nombres de places autorisées au 31/12 | 24 | 24 | 28 |
| Nombre de nuitées réalisables | 8760 | 8760 | 8824 |
| Nombre de nuitées réalisées | 2911 | 7884 | 9272 |
| Taux d'occupation | 33,23% | 90,00% | 105% |

Nous pouvons maintenant confirmer que l'EMCT est bien installée, avec à la fois une visibilité par les partenaires et une capacité du GUSH à réorienter vers ce dispositif. Le temps d'accompagnement est plus court, comme le montre le tableau ci-dessous, extrait du RASA de 2024 :

| | Nombre de personnes accompagnées au 31/12 dans l'ACT hors les murs depuis : (période totale, si allers-retours) | Nombre de personnes sorties dans l'année qui étaient accompagnées dans le dispositif depuis: |
|---------------|--|--|
| 0 à 6 mois | 13 | 6 |
| 6 à 12 mois | 10 | 5 |
| 12 à 18 mois | 6 | 8 |
| 18 à 24 mois | | 1 |
| plus de 2 ans | | 2 |

Une durée d'accompagnement plus courte nécessite une anticipation des sorties pour prévoir en amont les admissions. Ce fonctionnement mis en place tardivement en 2024, permet de maintenir un taux d'occupation au maximum.

Le dépassement s'explique par des chevauchements d'accompagnement dû à des sorties repoussées de quelques jours à quelques semaines, ou des débuts d'accompagnement anticipés au vu de l'urgence de démarrer la prise en soins.

3.3 Typologie des personnes accompagnées en 2025

3.3.1 Sexe / âge (cumul sur l'année)

Age des personnes accompagnées en 2025 :

Les données des tableaux ci-dessous sont extraites des RASA de 2025, et propose une comparaison avec N-1. Nous constatons que nous accompagnons majoritairement des personnes âgées de 18 à 45 ans, et essentiellement des hommes.

Les tableaux permettent de constater une stabilité des données entre 2024 et 2025, avec une légère augmentation du nombre de personnes vieillissantes.

| | 2024 | | 2025 | |
|---|-----------------|------|-----------------|------|
| | ACT Hébergement | EMCT | ACT Hébergement | EMCT |
| Nombre de personnes accompagnées de moins de 18 ans | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Nombre de personnes accompagnées entre 18 et 45 ans compris | 28 | 13 | 28 | 20 |
| Nombre de personnes accompagnées entre 46 et 60 ans compris | 17 | 17 | 21 | 21 |
| Nombre de personnes accompagnées de 61 ans ou plus | 3 | 8 | 7 | 9 |
| Total | 49 | 40 | 57 | 51 |

Sexe des personnes accompagnées en 2025

| | | Femme | Homme | Mineur | Total |
|------|--|-------|-------|--------|-------|
| 2024 | Nb de personnes accompagnées - EMCT | 16 | 22 | 2 | 40 |
| | Nb de personnes accompagnées - ACT Hébergement | 8 | 40 | 1 | 49 |
| 2025 | Nb de personnes accompagnées - EMCT | 22 | 28 | 1 | 51 |
| | Nb de personnes accompagnées - ACT Hébergement | 15 | 41 | 1 | 57 |

| | 2024 | | 2025 | |
|---|------|-----------|------|-----------|
| | EMCT | ACT Hbgmt | EMCT | ACT Hbgmt |
| Nombre de personnes accompagnées (file active) ayant résidé dans l'année avec un ou plusieurs accompagnants | 21 | 13 | 25 | 16 |
| Dont avec accompagnants(s) adulte(s) uniquement | 13 | 7 | 14 | 9 |
| Dont avec accompagnants(s) adulte(s) et mineur(s) | 7 | 4 | 9 | 6 |
| Dont avec accompagnants(s) mineur(s) uniquement | 1 | 2 | 2 | 1 |

3.3.2 Composition et caractéristiques des ménages accueillis

Les tableaux ci-dessous présentent des données extraites des RASA 2025 et les met en comparaison avec N-1

Ce premier tableau met en évidence le nombre d'accompagnants présents sur le dispositif. Pour rappel est considéré comme accompagnant toutes personnes présentes dans le logement mais non accompagné par les ACT, c'est-à-dire non-signataire du contrat.

Sur l'année 2025, nous pouvons dénombrer 83 personnes accompagnantes (65 accompagnants en 2024) et aussi une augmentation du nombre de familles accompagnées.

| | EMCT | | | ACT hébergement | | | |
|------|---|--------|-------|-----------------|--------|-------|----|
| | Adulte | Mineur | Total | Adulte | Mineur | Total | |
| 2024 | Nombre total d'accompagnants dans l'année | 27 | 13 | 40 | 13 | 10 | 23 |
| | Dont nouveaux accompagnants dans l'année | 13 | 9 | 22 | 6 | 5 | 11 |
| 2025 | Nombre total d'accompagnants dans l'année | 28 | 19 | 47 | 22 | 14 | 36 |
| | Dont nouveaux accompagnants dans l'année | 17 | 10 | 27 | 6 | 5 | 11 |

En croisant les données, nous constatons que la majorité des personnes ayant un accompagnant sont plutôt des couples. Nous notons une augmentation de l'accompagnement des familles.

Le questionnement sur la place des accompagnants est toujours présent dans l'équipe. La charge de travail implicite est importante, pouvant mettre les équipes en difficultés notamment sur les accompagnements sociaux.

3.3.3 Nationalité et situation administrative des personnes accompagnées

Durant le temps d'accompagnement les situations administratives des personnes peuvent évoluer :

- Des personnes accèdent à un titre de séjour, majoritairement pour raison de santé
- Des personnes perdent leur titre de séjour. Il s'agit de personnes ayant un titre de séjour étranger malade, dont la situation de santé s'est améliorée.

Nous rencontrons des difficultés pour le financement des timbres fiscaux pour la délivrance des titres de séjours pour des personnes sans ressources.

Les données du tableau ci-dessous sont extraites des RASA 2025, et proposent une comparaison avec N-1.

| | 2024 | | | | 2025 | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| | ACT Hébergement | | EMCT | | ACT Hébergement | | EMCT | |
| | Personnes accompagnées pendant l'année : situation à l'entrée | Personnes sorties dans l'année : situation à la sortie | Personnes accompagnées pendant l'année : situation à l'entrée | Personnes sorties dans l'année : situation à la sortie | Personnes accompagnées pendant l'année : situation à l'entrée | Personnes sorties dans l'année : situation à la sortie | Personnes accompagnées pendant l'année : situation à l'entrée | Personnes sorties dans l'année : situation à la sortie |
| Personne de nationalité française | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 1 | 11 | 5 |
| Personnes détenant la nationalité d'un pays membre de l'Union européenne | 4 | 1 | 3 | 1 | 4 | | 5 | 1 |
| Personnes originaires d'un autre pays en situation régulière | 15 | 10 | 12 | 7 | 8 | 5 | 17 | 8 |
| Personnes originaires d'un autre pays en situation irrégulière | 25 | | 19 | 6 | 41 | 9 | 18 | 8 |
| Ne sait pas/ non renseigné | 3 | | 1 | | | | | |

Les chiffres mettent en évidence que nous accueillons des personnes majoritairement de nationalité hors union européenne, en situation irrégulière. La majorité des personnes originaires d'un autre pays en situation régulière au moment de l'admission sont des personnes en cours de demande d'asile.

Il est à noter une augmentation conséquente des personnes en situation irrégulière à l'admission. Un accompagnement socio-juridique est alors indispensable.

Les personnes sortantes des ACT Hébergement sont des personnes en situation régulière, qui peuvent accéder à un logement autonome. La Maison de la Veille Sociale (MVS) a orienté cinq ménages en hébergement d'urgence, dont deux ont refusé (voir 4.6)

Situation Monsieur M, perte du droit au séjour suite à la greffe :

Monsieur M, âgé de 44 ans, est accueilli au sein de notre structure depuis juin 2022. Il bénéficie depuis plusieurs années d'un titre de séjour pour soin, ce qui lui a permis d'ouvrir ses droits à l'AAH et d'engager des démarches en vue de l'obtention d'un logement social.

Monsieur fait preuve d'une grande autonomie dans la gestion de son quotidien et l'équipe se montre confiante quant à sa capacité à intégrer un logement autonome.

En février 2025, après une longue période d'attente, Monsieur bénéficie d'une greffe. L'intervention se déroule bien et il évoque avec enthousiasme de nouvelles perspectives, notamment en matière d'insertion professionnelle.

Cependant, à la suite de cette greffe et de l'évolution de sa situation médicale, Monsieur perd son droit au séjour au titre de l'étranger malade. Cette décision entraîne l'annulation des démarches engagées pour l'accès au logement social et nécessite une réorientation vers un CHU.

Monsieur exprime une forte incompréhension ainsi qu'un sentiment de colère face à cette situation. L'équipe l'accompagne au mieux dans cette période complexe, notamment par l'intervention de la psychologue du service et le soutien d'une avocate afin d'explorer les recours possibles.

Carole-Anne (TS), Elodie (IDEC)

Les enjeux de l'hébergement/logement étant différents sur le dispositif EMCT, nous pouvons mettre fin à une prise en charge sans mettre en péril le lieu de vie.

3.3.4 Ressources des personnes accompagnées

Les personnes accueillies aux ACT sont majoritairement sans ressources comme l'indique le tableau ci-dessous.

| | 2024 | | 2025 | |
|---------------------------------------|-----------------|------|-----------------|------|
| | ACT hébergement | EMCT | ACT hébergement | EMCT |
| Revenus d'activité ou de remplacement | 8 | 2 | 1 | 0 |
| Allocations ou assimilés | 14 | 14 | 9 | 24 |
| Sans ressources | 27 | 24 | 47 | 27 |

(Données au moment de l'admission)

Cette absence de ressource s'explique par deux éléments :

- L'absence de régularité sur le territoire
- Une pathologie chronique n'ouvrant pas de droits MDPH malgré un état de santé altéré ne permettant pas de travailler.

Pour le dispositif ACT hébergement, cette absence de ressource a une incidence directe sur l'organisation du service. Nous allouons un pécule aux personnes sans ressources (montant en annexe 1), et seule une minorité des personnes accompagnées sont en capacité de payer la participation financière.

A titre d'exemple, en décembre 2025 31 personnes ont perçues un pécule mensuel et 11 personnes ont payé une participation.

3.3.5 Lieux de vie des personnes accompagnées en EMCT

L'activité de l'Equipe Mobile se déploie sur l'ensemble de la métropole lyonnaise. Nous intervenons sur tous les dispositifs qui nous sollicitent et en situation de rue ou de squat.

Le tableau ci-dessous, extrait du RASA 2025, met en évidence les lieux de vie des personnes accompagnées à leur admission.

| | 2024 | 2025 |
|---|--|--|
| Nombre de personnes accompagnées dans leurs logements durables | 12 | 13 |
| Nombre de personnes accompagnées dans une institution sociale du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI) | 17 (dont 1 en dispositif jeune majeur) | 22 (dont 5 en dispositif jeune majeur) |
| Nombre de personnes accompagnées dans une institution sociale du dispositif national d'accueil (DNA) | 4 | 6 |
| Nombre de personnes avec un hébergement précaire | 3 (hôtel) | 4 |
| Nombre de personnes sans logement ni hébergement - accompagnement directement à la rue (maraudes) | 4 (dont 1 dans une voiture) | 6 |
| Total | 40 | 51 |

Nous pouvons également indiquer que les temps de trajets pour l'activité de l'EMCT représentent 199,5 heures annuellement.

3.3.6 Pathologies et comorbidités des personnes accompagnées en 2024

Les données des tableaux ci-dessous sont extraites des RASA 2025.

| pathologies chroniques principales | | | | | | | | | |
|--|-----------------|-------|--------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|
| | ACT Hébergement | | | | EMCT | | | | Total |
| | Femme | Homme | Mineur | Total | Femme | Homme | Transgenre | Total | |
| Déficit immunitaire infection par le VIH | 2 | 2 | | 4 | | | | 0 | 4 |
| Hépatite B | | 1 | | 1 | | | | 0 | 1 |
| Hépatite C | 0 | 0 | | 0 | | | | 0 | 0 |
| cancer / lymphome | 5 | 8 | | 13 | 2 | 2 | | 4 | 17 |
| Diabète de type 1 et 2 | 3 | 9 | | 12 | 2 | 6 | | 8 | 20 |
| insuffisance rénale | 3 | 7 | | 10 | 2 | 5 | | 7 | 17 |
| pathologie cardiaque | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | 6 |
| Cirrhoses | 1 | 2 | | 3 | 1 | 1 | | 2 | 5 |
| Hémoglobinopathie | | 3 | | 3 | | | | | |
| Hémophilies | | 1 | | 1 | | | | 0 | 1 |
| suites de transplantation d'organe | 0 | 0 | | 0 | | | | 0 | 0 |
| SEP | | 1 | | 1 | 2 | 1 | | 3 | |
| Affection du système urinaire | 1 | | | 1 | | | | 0 | 1 |
| patho digestives / crohn | | | | | 1 | | | 1 | |
| addicto | | 1 | | 1 | 2 | 4 | | 6 | 7 |
| affection dermato | | 1 | | 1 | | | | 0 | 1 |
| maladie autoimmune | | 0 | | 0 | | | | 0 | 0 |
| insuffisance respiratoire | | 1 | | 1 | 4 | 1 | | 5 | 6 |
| affections psychiatrique | | | | | 4 | 3 | 1 | 8 | 8 |
| douleurs chroniques | | | | | 1 | | | 1 | 1 |
| AVC Invalident | | | | | 1 | 1 | | 2 | 2 |
| maladie génétique | | 1 | 1 | 2 | 1 | | | 1 | 3 |
| | 15 | 41 | 1 | 57 | 23 | 27 | 1 | 51 | 108 |

Nous recensons 22 pathologies chroniques différentes (19 en 2024). Les pathologies dominantes en 2025 sont le diabète, puis les cancers et les néphropathies chroniques.

Dans le détail, nous pouvons noter qu'en EMCT, les affections psychiatriques et les addictions occupent une place importante.

Les RASA mettent en évidence que 99% des personnes accompagnées (= 92 personnes) ont une ou plusieurs comorbidités, dont 49 personnes en ACT Hébergement et 45 personnes en EMCT.

Cette donnée démontre la complexité des situations accompagnées.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des comorbidités. La principale comorbidité est l'insuffisance cardiaque, puis les affections psychiatriques. Cette dernière est souvent un frein à l'amélioration globale de la situation médico-sociale si elle n'est pas ou mal accompagnée.

| Comorbidités | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------|-------|--------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|
| | ACT Hébergement | | | | EMCT | | | | total |
| | Femme | Homme | mineur | Total | femme | homme | transgenre | total | |
| infection par le VIH | | | | 0 | 2 | | | 2 | 2 |
| Hépatite B | 2 | 3 | | 5 | 2 | 2 | | 4 | 9 |
| Hépatite C | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | 2 |
| Tumeur maligne (cancer) | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | 4 |
| Diabète de type 1 et 2 | 2 | 4 | | 6 | 4 | 4 | | 8 | 14 |
| insuffisance rénale | | 7 | | 7 | 1 | 3 | | 4 | 11 |
| pathologies cardiaques | 4 | 17 | | 21 | 5 | 11 | | 16 | 37 |
| Insuffisance respiratoire | 3 | 8 | | 11 | 3 | 3 | | 6 | 17 |
| Affections psychiatriques | 7 | 15 | | 22 | 2 | 11 | 1 | 14 | 36 |
| Cirrhoses | 1 | 1 | | 2 | 3 | 3 | | 6 | 8 |
| Addiction | | 6 | | 6 | | 4 | | 4 | 10 |
| Obésité morbide | 1 | 2 | | 3 | 2 | | | 2 | 5 |
| Hémato | 2 | | | 2 | 2 | | | 2 | 4 |
| Alzheimer / autres démences | | 1 | | 1 | | | | | 1 |
| affection gyneco | 3 | | | 3 | 3 | | 1 | 4 | 7 |
| patho du système urinaire | 1 | 1 | | 2 | 1 | 2 | | 3 | 5 |
| affection dermato | | 2 | | 2 | 2 | 2 | | 4 | 6 |
| anorexie / dénutrition | | | 1 | 1 | 3 | | | 3 | 4 |
| suite transplantation | 1 | 3 | | 4 | 1 | 2 | | 3 | 7 |
| rhumatologie | 1 | 3 | | 4 | 2 | | | 2 | 6 |
| Pathologie digestive | | 1 | | 1 | 1 | 3 | | 4 | 5 |
| AVC invalidant | 1 | 2 | | 3 | | 4 | | 4 | 7 |
| Handicap / cécité | | | | | 2 | 3 | 1 | 6 | 6 |
| thyroïde | 3 | 4 | | 7 | 1 | 1 | | 2 | 9 |

Mr P. est un homme âgé de 40 ans, originaire de Bourgogne. Il quitte sa région natale avec sa femme et leurs 5 enfants, désormais placés en Maison d'Enfants à Caractère Spécialisé, en 2023 et se retrouve en situation de rue. Il présente une insuffisance respiratoire et une hypertension pulmonaire, diagnostiquée en juin 2025 et ayant occasionné de multiples passages en réanimation. Mr était un consommateur de substances psychoactives de longue date, mais désormais sevré et sous traitement de substitution depuis sa décompensation respiratoire. Mr P. est orienté par l'Equipe Mobile Santé Précarité au motif qu'il doit pouvoir être sous oxygène et que cela est rendu périlleux par la vie en rue. Par ailleurs, il a besoin d'un étayage pour la coordination de son suivi pneumo et de son suivi addicto récemment mis en place. Mr P. montre en apparence une bonne adhésion à la prise en charge mais, dans une certaine ambivalence, il ne tient pas l'équipe informée de ses hospitalisations ou n'ose pas solliciter de l'aide. Il a été nécessaire de travailler un lien de confiance dès son entrée, mais aussi et surtout de faire valoir notre démarche d'engagement réciproque et de transparence auprès de lui. Dès lors que cette approche « en toute franchise » lui a été présentée, Mr P. a pu plus facilement se saisir de notre accompagnement, bien qu'il reste encore du chemin à parcourir pour mener à bien ses objectifs d'accompagnement.

Raphaëlle (IDEC), Béline (TS), Amélie (psycho)

➔ Les addictions sont abordées dans le bilan de l'accompagnement psychologique.

4 L'accompagnement

4.1 Organisation de l'équipe et modalités d'accompagnement

L'accompagnement proposé s'articule autour d'un binôme de référents : un infirmier + un intervenant social. Cet accompagnement a pour but de soutenir la personne accompagnée dans son parcours pour un mieux-être au travers de différents ateliers et prévenir les risques de rupture de parcours.

L'équipe, via les référents et avec le soutien des fonctions supports, accompagne dans :

- L'accès aux soins (somatique et psychique), le maintien, l'autonomisation
- L'éducation thérapeutique
- La vie quotidienne
- L'insertion sociale et professionnelle
- L'accès et le maintien des droits sociaux
- La régularisation sur le territoire

4.1.1 L'accompagnement global

L'accompagnement proposé aux ACT s'inscrit dans une globalité. Il sera toujours recherché la complémentarité entre l'accompagnement santé et l'accompagnement social. Le travail en binôme inter ACT, ou la recherche d'une coalition avec un binôme hors ACT pour faire maillage avec l'utilisateur, cherche toujours à favoriser la réflexion en fonction du parcours de celui-ci.

Le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) est un outil indispensable pour fixer avec le résident, des objectifs précis et lui permettre d'être plus acteur de sa situation. L'objectif final étant que le résident puisse acquérir une autonomie suffisante que ce soit sur le volet médical ou social, pour pouvoir envisager une fin de prise en charge aux ACT et définir une orientation adaptée.

L'outil PPA a été validé en janvier 2024. Il s'agit maintenant d'un livret d'accompagnement social et d'un livret d'accompagnement médical. Ces livrets sont constitués de différentes parties rythmant le parcours de la personnes accueillies :



Le recueil de données est passé sur une grille permettant de recueillir l'ensemble des données à un temps T sur les aspects sanitaires, psychologiques, sociales, juridiques et budgétaires.

A partir de ces éléments, la personne accueillie et ses référents ont un état des lieux de la situation et peuvent commencer à déterminer et prioriser les axes de travail.

Malgré une vigilance de tous les protagonistes professionnels, nous devons plus nous saisir de la partie évaluation du PPA en fixant des indicateurs permettant d'objectiver l'avancée de la situation et de coconstruire le PPA suivant.

Une évaluation de l'outil est fixée pour mars 2026.

Patrick* - Un accompagnement en réduction des risques

Patrick, 48 ans, d'origine roumaine, présente un diabète de type 2 déséquilibré, une dépendance sévère à l'alcool et plusieurs autres pathologies chroniques. Son parcours de vie est marqué par des épisodes de rue et de nombreuses ruptures dans son parcours de soins. Après un passage de quelques mois en LHSS, Patrick a intégré un appartement des ACT en novembre 2023.*

Malgré les efforts de l'équipe, l'accompagnement de Patrick s'est avéré complexe et toujours émaillé de ruptures, avec des difficultés d'adhésion et de nombreuses hospitalisations en réanimation, un nouveau passage en LHSS. En septembre 2025, l'équipe fait le choix de changer d'angle d'approche en centrant désormais son accompagnement sur la réduction des risques et des dommages. Monsieur étant dans le déni de ses consommations auprès de nous et de son médecin, nous avons souhaité privilégier la sécurisation de son environnement, un encrage sur son territoire de manche, et se recentrer sur la prévention des complications somatiques. Son médecin traitant nous a accompagné dans cette démarche. Bien qu'ambivalent dans ses demandes, Monsieur a été soulagé d'avoir moins de rdv médicaux. La présence et le partenariat avec les IDEL, avec plusieurs passages par jour a permis de sécuriser, lorsque Monsieur était présent. Nous avons conscience en équipe que cette démarche pouvait aboutir au décès prématuré de Patrick.

Nous nous sommes appliquées à adopter une posture respectueuse de ses choix tout en restant un contenant.

Ce changement d'approche et de posture travaillé en équipe nous a permis de nous adapter à l'évolution de ses pathologies et de ses choix de vie, de soutenir ses aller-retours. Nous avons remarqué un nouvel élan et une volonté de sa part.

Un matin de décembre, Patrick ne répond à son ami de parcours, les IDEL ne l'ont pas vu... Nous nous rendons au domicile et trouvons Patrick inconscient au sol. Quelques minutes après notre arrivée, Patrick fait un arrêt cardio-respiratoire, malgré une réanimation aussitôt débutée le décès a été prononcé par le médecin du Samu à domicile.

Cet accompagnement nous a interrogé sur la tension constante entre protection de la personne et respect de son autonomie. A quel moment et comment intervenir lorsque la personne adopte des comportements à risque ? Comment évaluer la capacité de la personne à faire des choix éclairés ?

Elodie (IDEC), Carole-Anne (TS)

4.1.2 L'accompagnement et la coordination sociale

L'accompagnement social s'est renforcé et développé en axant sur un travail socio-éducatif.

L'accompagnement éducatif dans le cadre d'une relation interpersonnelle entre la travailleuse sociale et la personne accompagnée couvre l'ensemble des domaines de la vie : l'alimentation, le logement, l'habillement, les achats, l'acceptation de la maladie, etc. Quand il y a une décision à prendre, nous apportons tous les éléments, c'est ensuite la personne accompagnée qui décide. La personne doit avoir la possibilité de connaître l'ensemble des éléments et des conséquences pour faire un choix éclairé.

Notre démarche de « faire-avec » dans les actes de la vie quotidienne et dans les démarches permet une évaluation fine des capacités de la personne et nous aide à renforcer ses compétences, en

développer de nouvelles, mettre en place des actions éducatives, ou des partenaires adaptés pour soutenir les besoins.

Le référent social travaille en lien étroit avec l'équipe médicale de façon à accompagner au mieux le résident, tout en prenant en compte l'impact de sa/ses pathologies médicales sur son quotidien. L'équipe guide pas à pas vers plus d'autonomie.

Dans le but d'affiner l'accompagnement des usagers sans droits ni titres, le partenariat avec un cabinet d'avocat se poursuit. Il s'agit d'une permanence de trois heures, à raison d'une fois par mois. Les travailleurs sociaux peuvent présenter quatre situations d'usagers qui n'ont pas d'avocat pour des conseils juridiques. Les usagers sont présents à ce rendez-vous.

4.1.3 L'accompagnement et la coordination médicale

La coordination consiste à organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation médicale, administrative et personnelle complexe. Son but est de mettre en accord les demandes de soins de la personne accueillie avec les besoins en santé identifiés par les professionnels. Elle aide la personne à prioriser ses demandes en fonction de leur impact sur sa santé.

L'objectif est d'accompagner progressivement la personne accueillie vers l'autonomie dans la gestion de sa pathologie, en lui donnant les clés de compréhension des spécificités du système de soin français, ou si nécessaire d'effectuer un relais d'accompagnement.

Elle vise aussi à responsabiliser la personne concernant sa propre santé, et à l'aider s'il en est capable à reprendre en main son propre suivi.

Dans le cadre de la coordination de soins, l'IDE référente joue un rôle clé, en étroite collaboration avec le médecin :

- Elle se met en lien avec les partenaires présents dans le parcours de soin de l'utilisateur et favorise une collaboration à la fois avec les ACT et entre eux ;
- Elle cherche de nouveaux partenaires selon les besoins identifiés pour orienter l'utilisateur ;

M. Z., 39 ans, est originaire de Tunisie et réside en France depuis 2009. Son parcours est marqué par de nombreuses ruptures administratives ayant fragilisé sa situation sociale et renforcé un sentiment d'injustice ainsi qu'une méfiance envers les institutions.

Il présente une cardiopathie congénitale sévère non opérée, compliquée d'un trouble du rythme (appareillé par pacemaker), associée à une insuffisance respiratoire chronique multifactorielle. La dernière année a été marquée par une aggravation majeure de son état clinique, avec des hospitalisations à répétition pour décompensation cardiaque, ce qui a conduit à une entrée en soins palliatifs pour pathologie cardiaque évoluée en impasse thérapeutique.

L'accompagnement a débuté en février 2025 et très rapidement, des difficultés d'adhésion sont apparues : maintien d'un déni important de l'évolution de sa maladie, associée à des difficultés de compréhension de certains éléments médicaux et sociaux complexifiant davantage la situation, entravant l'adhésion aux propositions d'accompagnement.

Au regard de ce manque d'adhésion et du refus de coordination, un arrêt de l'accompagnement est envisagé à court terme. Toutefois, afin d'éviter une rupture brutale dans un contexte de grande vulnérabilité, un travail de réorientation vers un autre professionnel ou dispositif potentiellement plus adapté est engagé, l'objectif étant de garantir un relais minimal et de préserver la continuité des soins.

Raphaëlle (IDEC), Béline (TS)

- Elle l'accompagne dans le suivi quotidien : adhésion aux traitements médicamenteux, gestion des rendez-vous, organisation des examens, mise en place des aides à domicile ;
- Elle est capable d'identifier une dégradation dans l'état de santé physique ou psychique de l'utilisateur, de se mettre en lien avec les professionnels concernés et d'orienter l'utilisateur de manière adéquate ;
- Elle favorise la compréhension de la pathologie : sollicitation d'interprètes, reformulation et reprise régulière des informations médicales, enjeux de la prise en charge, intérêt du suivi au long cours ;
- Elle initie à la prévention et l'hygiène de vie : l'état de santé ne dépend pas que des traitements mais également du mode de vie et des habitudes (alimentation, activité physique, consommation d'alcool, de tabac...).

La coordination médicale inclue aussi la place du psychologue dans le service. Son rôle est essentiel puisqu'il n'est pas rare d'observer des comorbidités d'ordre addictologique et/ou psychiatrique dès l'étude des dossiers d'admission. Elle évalue les besoins en santé mentale des personnes accueillies, en s'appuyant sur les référentes et, si nécessaire, la médecin. Elle effectue une recherche d'antécédents en santé mentale. Elle apporte un soutien aux patients dans l'analyse de leur situation et l'élaboration de leur projet. Elle peut ainsi proposer un soutien ponctuel, par le biais d'entretiens individuels. Elle peut faire de la psychoéducation à destination des personnes les plus en marge du soin en santé mentale. La visée de la PEC n'est pas du suivi au long cours mais plutôt une orientation effective sur le droit commun.

Face à des parcours de vie complexes, certains patients développent des pathologies du lien. Aussi, il est nécessaire pour la psychologue de s'adapter à la temporalité et les modalités de rencontre des personnes accompagnées. Elle peut donc recevoir les personnes au bureau, se rendre en visite à domicile avec les infirmières/TS, les accompagner lors de rendez-vous extérieurs, les rencontrer à l'occasion de temps collectifs. Cette adaptabilité nécessaire doit toujours viser l'autonomie du patient dans son parcours de soins et ne doit pas constituer une entrave supplémentaire à la prise en charge.

L'éducation thérapeutique

A la fin de l'année 2025, 4 infirmières sont formées à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Deux autres infirmières ont formulé la demande de formation pour l'année 2026.

Des séances d'ETP individuelles ont pu être menées en fonction des besoins des personnes accueillies. Les séances d'ETP collectives ont été menées dans le cadre des ateliers santé décrits dans le paragraphe sur le bilan des ateliers collectifs.

4.1.4 Personnes placées sous-main de justice

Entr'aids a un agrément pour accueillir 7 personnes placées sous-main de justice (PPSMJ). Le partenariat s'est perdu, avec les partenaires concernés non informés.

La cheffe de service a pu rencontrer la maison d'arrêt de Corbas et de Villefranche, ainsi que la MVS et le dispositif du Mas en visio. Le service Latitude a demandé une présentation en équipe complète, prévue en 2026.

Les temporalités sont difficilement convergentes. Les orientations faites n'ont pu aboutir. Les personnes ont été maintenues incarcérées, ou transférées au CRA à la sortie. L'une des personnes était accompagnée par la MEOMIE, elle n'a pas recontacté le service ni le CPIP.

L'une des personnes est décédée pendant la constitution du dossier d'orientation.

Ce partenariat est complexe à remettre en place. Les professionnels orienteurs sont mitigés, ils peuvent y voir un intérêt mais sont bloqués par les temporalités. Il convient de poursuivre les rencontres, la sensibilisation des orienteurs et de l'équipe d'Entr'Aids pour faire aboutir les demandes.

4.1.5 L'accompagnement psychologique

Sur 2025, le poste a été occupé par deux professionnelles (remplacement congé parental durant 6 mois). Il y a une nette augmentation des chiffres par rapport à l'année 2024, car le poste a été remplacé en 2025 et donc couvert sur l'année entière, alors que cela n'a pas été le cas en 2024 - congé maternité non remplacé de Juillet à Novembre.

Suivi interne

273 échanges ont été menés sur l'année 2025 auprès des 103 patients accompagnés par les ACT lors de cette période. Il s'agit en majorité de temps d'échange avec les partenaires (réunions, échanges téléphoniques, rencontres...) pour 36% des échanges, et d'entretiens au bureau pour 30% d'entre eux. Pour les patients ne pouvant se déplacer au bureau pour des raisons de santé, ou pour ceux pour lesquels une logique d'aller-vers s'est mise en place, des VAD ont été proposées (11% des échanges). Dans la majorité des cas (77%), ces VAD sont pluridisciplinaires, soit en binôme avec la référente infirmière, soit en binôme avec la référente sociale, soit en trinôme. Cette pluridisciplinarité sert une approche en santé globale, permettant une prise en charge holistique de la personne accompagnée. Cette approche permet de situer le psychologue comme un élément favorisant le soutien et l'adhésion au parcours de soins en place.

Il est donc en premier lieu au service de la personne accompagnée, mais aussi des collègues infirmières et travailleuses sociale. Enfin, il assure le lien avec les partenaires extérieurs.

| Actes réalisés | Nombre | %tage |
|--------------------------------|-----------|------------|
| nombre total d'échanges | 273 | 100% |
| nb d'échanges moyen par usager | 2,7 | |
| entretien psy | 81 | 30% |
| dont EMCT | 42 | 52% |
| dont DLM | 39 | 48% |
| éval psy | 49 | 18% |
| dont EMCT | 24 | 49% |
| dont DLM | 25 | 51% |
| VAD | 31 | 11% |
| EMCT | 14 | 45% |
| DLM | 17 | 55% |
| dont VAD psy | 7 | 23% |
| EMCT | 1 | 14% |
| DLM | 6 | 86% |
| dont VAD med/psy | 12 | 39% |
| EMCT | 7 | 58% |

| | | |
|-----------------------------|-----------|------------|
| DLM | 5 | 42% |
| <i>dont VAD med/soc/psy</i> | 2 | 6% |
| EMCT | 1 | 50% |
| DLM | 1 | 50% |
| <i>dont VAD soc/psy</i> | 10 | 32% |
| EMCT | 5 | 50% |
| DLM | 5 | 50% |
| co-entretien | 12 | 4% |
| EMCT | 5 | 42% |
| DLM | 7 | 58% |
| <i>dont med/psy</i> | 6 | 50% |
| EMCT | 2 | 33% |
| DLM | 4 | 67% |
| <i>dont soc/psy</i> | 1 | 8% |
| EMCT | 1 | 100% |
| DLM | 0 | 0% |
| <i>dont med/soc/psy</i> | 5 | 42% |
| EMCT | 2 | 40% |
| DLM | 3 | 60% |
| accompagnement ext | 1 | 0% |
| EMCT | 0 | 0% |
| DLM | 1 | 100% |
| téléphonique | 42 | 15% |
| EMCT | 25 | 60% |
| DLM | 17 | 40% |
| entrevue | 8 | 3% |
| EMCT | 3 | 38% |
| DLM | 5 | 63% |
| réunion partenaire | 97 | 36% |
| EMCT | 64 | 66% |
| DLM | 33 | 34% |
| temps collectif | 1 | 0% |
| EMCT | 1 | 100% |
| DLM | 0 | 0% |

Sur l'année 2025, 49 évaluations ont été menées par les psychologues des ACT. 22 personnes accompagnées bénéficient au 31/12/2025 d'un accompagnement plus soutenu selon plusieurs modalités possibles :

- Un soutien à l'orientation : il s'agit ici de continuer à accompagner des patients ayant bénéficié d'une orientation en santé mentale (Centre Régional de Psychotraumatisme, centre ESSOR, psychiatre libéral, Centre Pizay, Centre Médico-Psychologique, etc.) afin de s'assurer que l'orientation est bien effective et correspond bien à leurs besoins. Il peut également s'agir de patients déjà suivis par un professionnel de santé mentale externe mais pour lequel un travail d'étayage s'effectue depuis les ACT en complément.
- Un soutien au parcours de soins : certains patients peinent à adhérer aux soins proposés concernant leurs pathologies principales et/ou comorbidités. Les freins qu'ils rencontrent sont majoritairement psychiques (désinvestissement corporel, sentiment de persécution, syndrome de stress post-traumatique, déni des troubles, etc.). Un accompagnement est alors souvent proposé d'abord en binôme avec l'IDE et/ou la TS référente.

- Un suivi à court terme au sein des ACT : au cours de l'évaluation, des besoins sont repérés mais le patient n'est pas encore prêt à une prise en charge extérieure ou il n'existe pas de structure en capacité de l'accompagner dans l'immédiat. Un suivi à court terme avec des objectifs thérapeutiques clairement déterminés est alors mis en place, dans l'attente de trouver une orientation adaptée. Il peut également s'agir d'une problématique aiguë qui ne nécessitera pas de prise en charge à l'issue du suivi interne. Il sera alors proposé de la psychoéducation pour permettre au patient de savoir repérer les symptômes inquiétants et où s'adresser en cas de besoin.

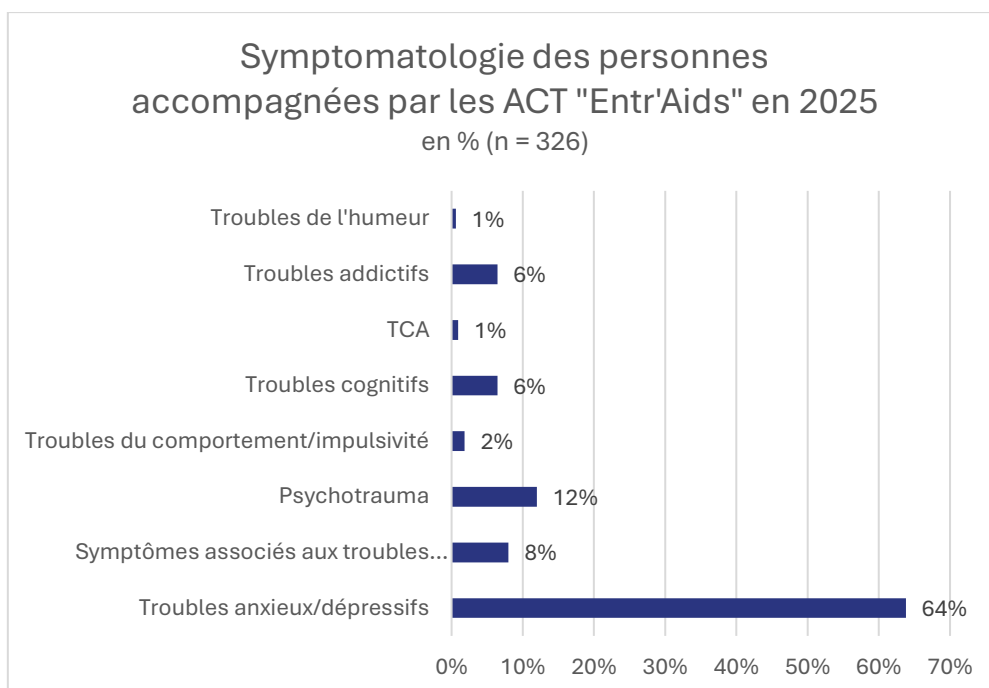
Dans tous les cas, la prise en charge interne aux ACT n'a pas vocation à s'inscrire au long cours terme ni à se substituer au droit commun. Il s'agit d'accompagner la personne vers une autonomie dans sa prise en charge, aux moyens de la psychoéducation et surtout de la coordination de soins.

| patients 2025 | nombre | %tage |
|--------------------------------|-----------|------------|
| filactive_totale | 103 | |
| filactive_en cours | 69 | |
| sortie_ACT | 34 | |
| filactive_DLM | 40 | 58% |
| sorties | 15 | |
| filactive_EMCT | 29 | 42% |
| sorties | 19 | |
| filactive_SM | 22 | 32% |
| dont DLM | 10 | 45% |
| dont EMCT | 12 | 55% |
| EN COURS D'EVALUATION | 2 | 3% |
| dont DLM | 0 | |
| dont EMCT | 2 | |
| PONCTUEL | 2 | 3% |
| dont DLM | 1 | |
| dont EMCT | 1 | |
| SOUTIEN ORIENTATION | 8 | 12% |
| dont DLM | 3 | |
| dont EMCT | 5 | |
| SOUTIEN PARCOURS DE SOINS | 10 | 14% |
| dont DLM | 6 | |
| dont EMCT | 4 | |
| ACTIF | 0 | 0% |
| dont DLM | 0 | |
| dont EMCT | 0 | |
| SORTANT SM | 0 | 0% |
| dont DLM | 0 | |
| dont EMCT | 0 | |
| A EVALUER | 8 | 12% |
| dont DLM | 2 | 25% |
| dont EMCT | 6 | 75% |
| SUIVI EXTERNE ENCLENCHE | 18 | 26% |
| dont DLM | 10 | 56% |

| | | |
|---------------------------|-----------|------------|
| dont EMCT | 8 | 44% |
| SUIVI NON SOUHAITE | 11 | 16% |
| dont DLM | 8 | 73% |
| dont EMCT | 3 | 27% |
| SORTANT ACT | 2 | 3% |
| dont DLM | 2 | 100% |
| dont EMCT | 0 | 0% |
| SORTIE SM | 8 | 12% |
| dont DLM | 8 | |
| dont EMCT | 0 | |

Profil des personnes accompagnées

Sur la base des évaluations et des échanges menés, il a été constaté que 64% de la symptomatologie repérée concerne des troubles anxio-dépressifs (anxiété, honte, culpabilité, apathie, affects dépressifs, troubles du sommeil, angoisse, idées suicidaires, isolement). 12% des symptômes recensés concernent des symptômes associés au syndrome de stress post-traumatique (exposition à un évènement au fort potentiel traumatique, reviviscences, cauchemars répétitifs, hypervigilance, évitement, dissociation). 8% concernent d'éventuels troubles psychotiques (sentiment de persécution, discours incohérent, idées délirantes, hallucinations visuelles ou auditives, logorrhée).



Il est à noter que seulement 26 patients (soit ¼ d'entre eux) bénéficient d'un diagnostic clairement posé par un médecin psychiatre. 24 d'entre eux disposent d'un traitement médicamenteux en conséquence. Toutefois, aux vues des pathologies chroniques lourdes dont souffrent les personnes accompagnées, il n'est pas rare que des traitements ponctuels soient prescrits par les généralistes ou les spécialistes. Ceux-ci ne figurent pas ici, mais ils comprennent des traitements par benzodiazépines afin de soulager l'anxiété des patients en lien avec leur pathologie.

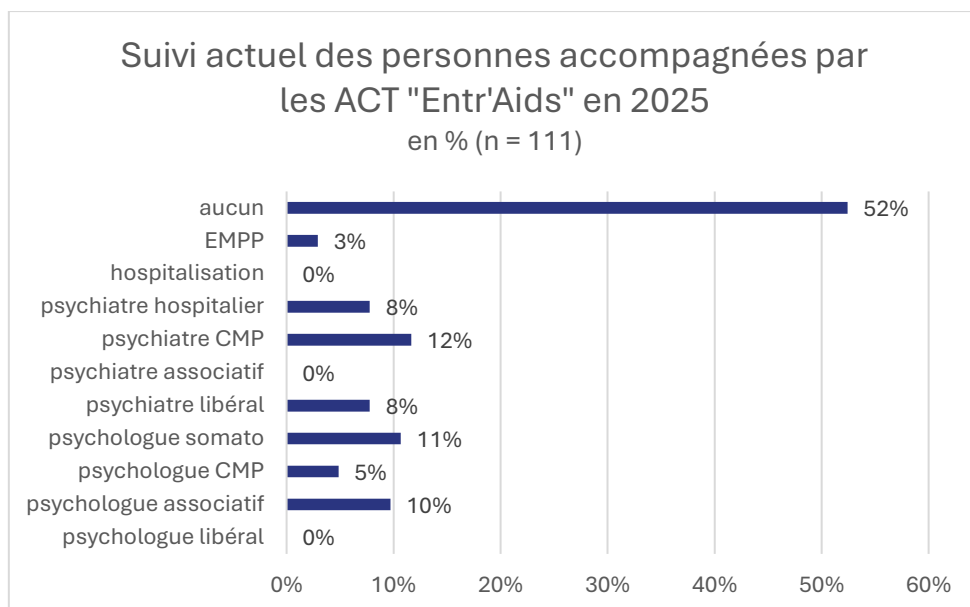
Avant d'être pris en charge et accompagné par le dispositif, 53 des personnes accompagnées ne disposaient d'aucun suivi en santé mentale. Aujourd'hui, ils sont 54 à ne pas avoir de suivi. 12 d'entre eux disposaient initialement d'un suivi et n'en ont plus aujourd'hui : pour 4 d'entre eux, il s'agit d'une réelle rupture de soins s'accompagnant d'un déni des troubles. Pour ce profil de patients, présentant

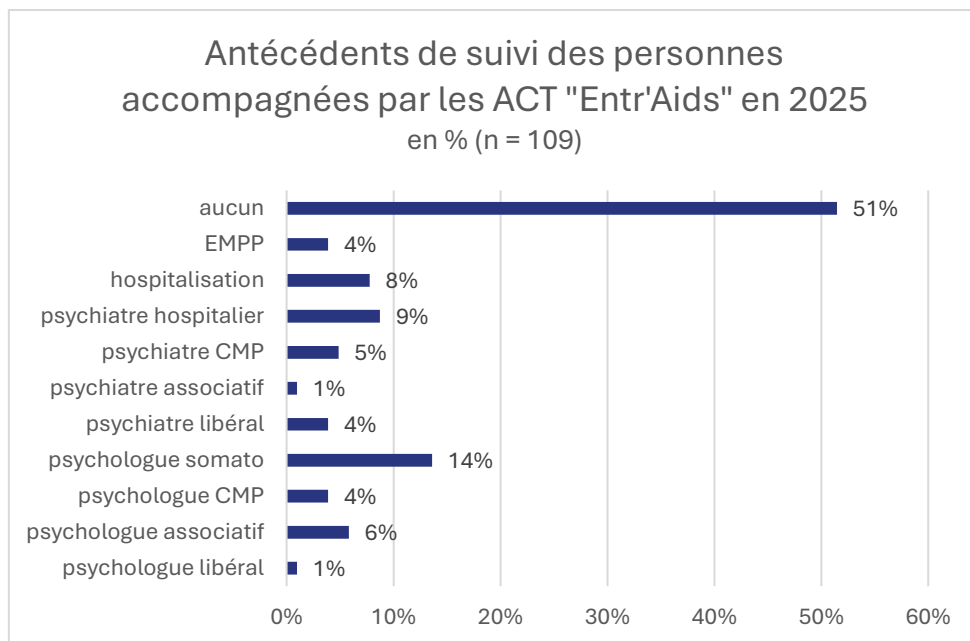
des troubles non stabilisés, une réorientation sur le droit commun en ambulatoire s'est avérée inefficace et les troubles n'étaient pas décompensés au point de relever d'une hospitalisation. 5 patients ont bénéficié d'un suivi par un psychologue dans le cadre de leur hospitalisation en service somatique, et il n'a pas été jugé nécessaire de maintenir un suivi en dehors de ce cadre. Enfin, pour les 3 restants, il s'agit d'une fin de parcours en consultation spécialisée (consultation transculturelle, centre régional de psychotraumatisme...).

S'agissant des orientations faites dans le cadre de la prise en charge en ACT et EMCT, il s'agit de les adresser - ou réorienter - en CMP de secteur, ou en consultation spécialisée (centre régional de psychotraumatisme et centre Pizay notamment).

M. L. est un homme âgé de 58 ans, présentant un parcours marqué de ruptures et de violences. Il souffre d'un diabète de type II, d'une polyconsommation avec éthylisme chronique et d'un syndrome anxio-dépressif. Mr L. présente des phases d'alcoolisation massive au cours desquelles il a des comportements auto-agressifs à caractère d'auto-mutilation. Mr L. présente un risque sérieux de passage à l'acte en lien avec ses phases d'alcoolisation, qui occurrent souvent en fonction de son état psychique. En effet, Mr L. montre une élaboration pauvre, et les passages à l'acte sont sûrement le moyen le plus efficace pour lui d'exprimer sa souffrance. Dès 2023, une orientation en CMP avait été initiée par son médecin traitant, sur ces différents éléments. Le CMP avait alors renvoyé cette demande, préconisant un bilan neurologique et une prise en charge addicto. Le bilan neurologique a pu révéler des séquelles ischémiques - d'un probable AVC - à investiguer, et la prise en charge addictologique n'avait finalement pas aboutie en renvoyant sur la psychiatrie. En 2025, fort de ces deux prises en charges, mais sans amélioration de l'état psychique de M. une nouvelle orientation a été faite en CMP. Celle-ci a de nouveau été mise en échec au motif que M. ne demande pas à être pris en charge. Actuellement sans continuité de parcours de soins et aux vues des différents antécédents de rupture, la prise en charge de M. L. s'avère encore précaire et laborieuse.

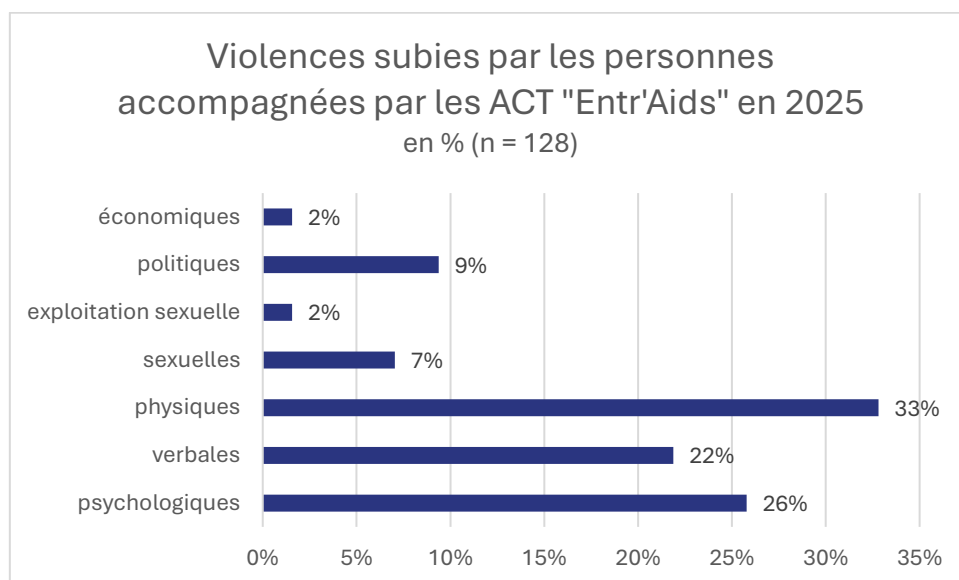
Amélie (psycho), Carmen (TS), Raphaëlle (IDEC)





Par ailleurs, aux vues des complexités des pathologies somatiques et des situations sociales et administratives pour certaines personnes accompagnées, il peut arriver que le suivi en santé mentale ne soit pas une priorité. Dans ce cadre, le psychologue va intervenir en soutien dans le parcours de soins en santé physique et sociale, et un suivi en externe ne sera pas adapté dans l'immédiat. Pour autant, un travail de psychoéducation est déployé par la psychologue et les infirmières référentes dans la durée pour s'assurer de la capacité des patients à solliciter les professionnels en santé mentale si nécessaire et ce, qu'ils soient toujours pris en charge par les ACT ou non.

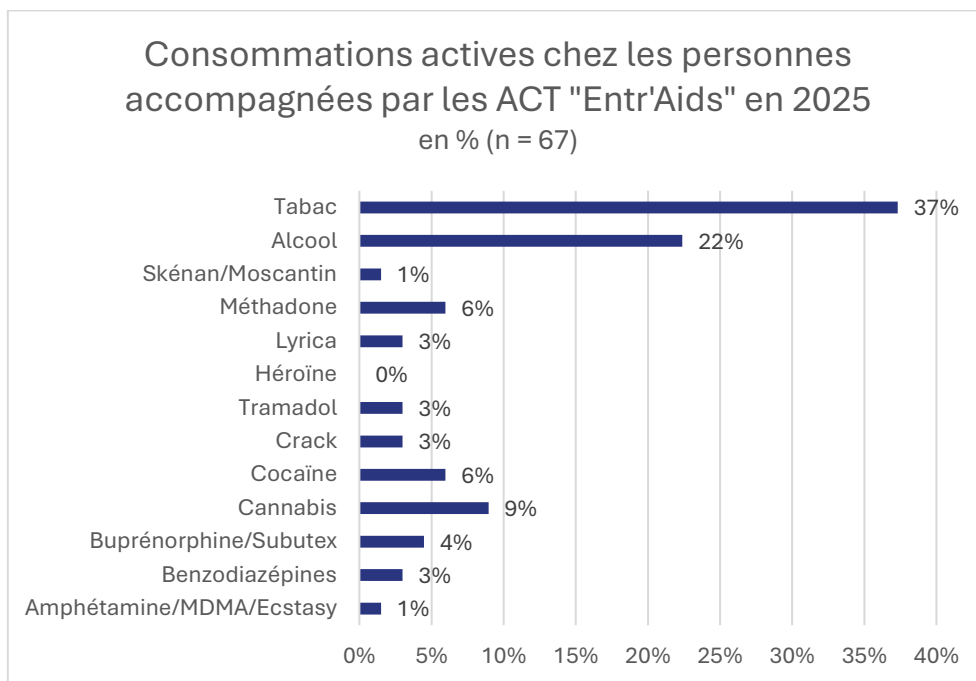
Parcours de vie



128 faits de violences ont pu être identifiés ou relatés par les personnes accompagnées lors des entretiens d'évaluation, soit 1,2 violences en moyenne par usager. Néanmoins, il est à penser qu'elles sont sous-estimées car les violences restent un sujet qu'il n'est pas simple d'aborder en entretien

avec un professionnel. Pour la majorité d'entre elles, il s'agit de violences physiques (33%), psychologiques (26%) et verbales (22%). Elles ont principalement lieu dans le cadre d'un parcours d'errance, qu'il soit migratoire ou en France. S'agissant des violences psychologiques, elles peuvent être en lien avec la pathologie chronique dont souffre la personne, si celle-ci ou le traitement associé est stigmatisant (VIH ou colostomie par exemple).

Addictologie



31 personnes accompagnées en 2025 ont relaté une ou plusieurs consommations actives, soit 0,65 produit consommé en moyenne par usager. 7 sont sous traitement de substitution pour les opiacés. Le tabac représente 37% des consommations, l'alcool 22% et le cannabis 9% : Ce sont les 3 produits les plus consommés par les usagers. Le profil des consommations actives s'est diversifié par rapport à 2024, compte tenu d'un turn-over plus important dans la file active et de l'inclusion de profils plus disparates et complexes.

12 patients sont suivis en CSAPA et 2 d'entre eux fréquentent également les CAARUD en parallèle. 3 ont déposé un projet de sevrage avec post-cure et l'un d'entre eux a pu le mettre en œuvre. En effet, M. P., accompagné principalement pour sa pathologie psychiatrique et sa problématique addictologique, a pu bénéficier d'un sevrage suivi d'une post-cure où il se trouve toujours actuellement, dans l'attente d'une orientation en communauté thérapeutique. Pour les 2 autres, un travail d'accompagnement pluridisciplinaire soutenu est toujours en cours, en étroite collaboration avec les partenaires, afin d'être prêt à saisir « le moment opportun » pour mettre à bien le projet.

M. J. est un homme âgé de 51 ans avec un long parcours d'errance dans différents lieux en France. Il a une longue carrière de musicien au cours de laquelle il aurait commencé à être poly consommateur de substances psychoactives. Aujourd'hui, M. J. consomme essentiellement de la cocaïne qu'il base lui-même avec de l'ammoniaque. Il présente également un diagnostic psychiatrique, de troubles bipolaires et schizo-affectifs pour lequel il n'a actuellement aucun suivi psychiatrique à proprement parler, puisque son traitement est délivré dans le cadre de sa prise en charge addicto. Au cours de son parcours, il a initié plusieurs prises en charge psychiatriques avec lesquelles il a définitivement rompu. Il a également réalisé plusieurs cures et post-cures de sevrage, allant au moins une fois jusqu'à une communauté thérapeutique. Depuis le début de sa prise en charge, M. J. manifeste le souhait d'être sevré, tout en continuant à majorer ses consommations lorsqu'il est en phase

dépressive - en lien probable avec sa bipolarité. Malgré ses fluctuations, il s'est montré moteur pour être pris en charge en cure de sevrage, puis en post-cure, puis en préparant une orientation en communauté thérapeutique, avant de finalement rechuter sur un épisode dépressif. L'interaction de l'addictologie et de la psychiatrie mettent M. J. en difficulté dans la continuité de son parcours et amène les professionnels à réajuster en permanence leur posture entre contenance et juste proximité. Aujourd'hui, il est nécessaire de soutenir la subjectivité de M. J. afin de lui permettre de se projeter plus loin que la cure.

Amélie (psycho), Carmen (TS), Raphaëlle (IDEC)

4.1.6 L'accompagnement en chiffre

| | EMCT | | | | ACT | | | |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|---------------|------------------|--------------------------|-------------------------|---------------|------------------|
| | Accompagnement extérieur | VAD (visite à domicile) | Entretien tel | Entretien bureau | Accompagnement extérieur | VAD (visite à domicile) | Entretien tel | Entretien bureau |
| Infirmières | 185 | 131 | 428 | 168 | 172 | 259 | 583 | 251 |
| Travailleuses social | 68 | 114 | 49 | 162 | 174 | 370 | 407 | 417 |
| Cheffe de Service | / | 23 | | 91 | / | 11 | | 152 |

Ce tableau met en évidence la diversité des modes d'intervention des professionnels auprès des personnes accueillies.

Nous pouvons aussi constater que le temps passer au contact des personnes accueillies est bien au centre des actions des professionnels.

4.1.7 Les outils de la loi 2002.2 et leur mise en œuvre

La loi 2002.2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale par l'un de ses axes renforce les droits des usagers.

Pour ce faire, des outils ont été rendu obligatoires dans les établissements :

- La charte des droits et des libertés des personnes accueillies : est affichée en FALC dans tous les logements. Elle est aussi accessible via un QR Code sur le livret d'accueil. Elle est expliquée lors de l'admission
- Le livret d'accueil : retravaillé et validé en 2023, il est distribué et expliqué à chaque admission. Il s'agit d'un poster pliable comme une carte routière, expliquant visuellement et en FALC le service.
- Le contrat de séjour pour les ACT hébergement, le contrat d'accompagnement pour l'EMCT : expliqué et signé lors de l'admission, puis à chaque renouvellement. Le contrat d'hébergement a été retravaillé avec une avocate en 2024, nous avons mené le même travail avec le contrat d'accompagnement en 2025.
- Le règlement de fonctionnement : expliqué et signé lors de l'admission en ACT hébergement. Le travail de pôle prévu en 2025 sur une réécriture du document n'est pas terminé.
- Le projet de service : Le document a été présenté et validé au conseil d'administration en mars 2025. Il a été ensuite envoyé à l'ARS.

- Le Conseil de Vie Social : a pu être mis en place. Le détail est mentionné 4.4 :
- La personne qualifiée : une procédure a été établie en 2025. L'information et les documents sont remis aux personnes accueillies lors de l'admission.

Les documents suivants sont pérennisés :

- Désignation de la personne de confiance
- Désignation de la personne à prévenir
- Autorisation du droit à l'image et à la voix
- Rédaction des directives anticipées
- Formulaire de plainte et réclamation
- Consentement au partage d'informations

4.2 Les ACT soins palliatifs (ACT SP)

Les premières personnes ont été accueillies en avril 2025 sur les logements de la résidence Habitat Humanisme, après un temps d'aménagement / équipement des logements.

Sur les 3 places disponibles, nous avons accueilli 5 personnes. Une sixième situation est évoquée.

Orientations : se sont faites via Soins et Santé / GUSH, les HCL, le GUSH. L'ensemble des situations sont discutées avec l'équipe mobile de soins palliatifs pour s'assurer des critères de la double orientation et permettre une connaissance mutuelle.

Sorties :

- Une dame est sortie des ACT soins palliatifs puisque ne relevant plus du dispositif (parcours de soins coordonnées, levée de l'indication SP), elle a pu aller vivre chez sa fille dans une autre région.
- Un décès

Afin d'accueillir la sixième situation évoquée, nous réfléchissons à réorienter un monsieur sur des ACT classiques. Son état de santé étant en amélioration, et les indicateurs d'orientation SP diminuant.

Au-delà de ces places ACT soins palliatifs, il y a une attention particulière en GUSH sur des situations qui pourraient relever de soins palliatifs. A ce titre, sur les ACT Entr'Aids nous avons contacté sept autres personnes étiquetées orientation soins palliatifs. Nous avons accueilli sur des logements classiques trois familles. Deux personnes sont retournées dans leur pays d'origine en amont, une personne ne répondait pas aux critères de précarité, et une personne a trouvé une autre solution et n'a donc pas donné suite.

Projet du bâti

Les projets de travaux sur les bâtiments des HCL sont aujourd'hui mis en pause. Les travaux étaient conséquents pour transformer des chambres d'hôpital en studios, avec une complexité d'intégrer des logements du droit commun dans une structure hospitalière en respectant les règles de sécurité.

Jalmalv

L'équipe a pu rencontrer l'association JALMALV. Ils ont porté un réel intérêt au projet, et ont proposé de conventionner sur leur visite à domicile.

Dans les faits, le partenariat est fragile. Leur souhait de s'engager est confronté à la réalité du public bien différent de celui qu'ils ont l'habitude de rencontrer. La barrière de la langue est l'élément le plus difficile. Une nouvelle rencontre est prévue début 2026 pour échanger sur les premiers retours communs.

Enjeux 2026

Il sera nécessaire de poursuivre l'interconnaissance de nos dispositifs. Nous programmons 3 jours de formations sur la clinique de la fin de vie et l'accompagnement social spécifique (quelles ouvertures de droits) ainsi que des journées d'immersion.

Cette interconnaissance permettra aux unités de soins palliatifs (USP, EMSP, HDJSP) d'identifier les patients qui pourraient relever des ACT. Au delà des médecins, les assistants sociaux doivent aussi être acteurs des orientations. Nous avons un axe de travail sur la sensibilisation de ces professionnels à prévoir.

L'objectif est que la convention soit finalisée et mise en œuvre avec des orientations "directes" des équipes dédiées, et non des orientations identifiées en pré-admissions.

Une rencontre avec Soins et Santé est prévu début 2026 pour débiter un travail d'interconnaissance et de conventionnement sur la filière ESMS.

Max* - Une fin loin des siens

Max, 34 ans, décoratrice d'intérieur, est une jeune femme originaire de Géorgie. Elle a deux filles, de 7 et 16 ans, restées chez ses parents au pays. Max est atteinte d'un cancer du sein depuis plusieurs années. Lorsque les médecins géorgiens lui signifient qu'ils ne peuvent plus la soigner, elle décide de venir en France, seule, dans l'espoir d'obtenir une autre réponse. Elle arrive à Lyon en février 2025. Après plusieurs mois à la rue et un bref passage en CADA, elle intègre un de nos appartements sur une place étiquetée Soins palliatifs, en juin 2025.

Avec Max, la communication ne se fait qu'en anglais. Elle exprime beaucoup de colère et d'incompréhension envers l'oncologue qui lui répète « qu'elle va mourir et qu'elle devrait rentrer chez elle ». Elle nous explique qu'elle a compris « que les médecins ne peuvent plus la soigner », mais que, pour elle, « seul Dieu sait si elle va mourir » et qu'elle ne peut pas « rester assise et attendre la mort », elle se battra jusqu'au bout. Au fil des semaines, elle s'ouvre doucement et nous en apprenons un peu plus sur sa vie. En Géorgie, elle a contracté des dettes auprès de la mafia pour payer ses traitements. Elle a reçu de nombreuses menaces et elle ne peut plus rentrer chez elle. Tous les jours, elle parle avec ses filles en visio. Elle nous dit aussi qu'elle a peur, de l'avenir, de la mort. Nous essayons d'aborder un retour au pays, inenvisageable.

En novembre 2025, l'état de santé de Max se dégrade brutalement. En à peine quelques jours, elle est hospitalisée en Unité de Soins Palliatifs puis décède, quelques heures après l'arrivée de sa sœur. Son corps est rapidement rapatrié en Géorgie, auprès de sa famille.

Notre accompagnement avec Max a consisté, d'une part, à lui proposer un soutien médical, social et psychologique, et, d'autre part, à faire le lien avec les nombreux partenaires présents dans cette situation. Emotionnellement et éthiquement, nous avons fait de notre mieux pour l'accompagner, sans la brusquer, dans ses réflexions, tout en veillant à toujours rester transparentes sur les informations médicales dont nous disposions. Concernant les partenaires, le travail avec l'équipe d'Hospitalisation A Domicile (HAD) nous a paru particulièrement complexe, notamment du fait d'une incompréhension de nos missions de leur part. En effet, malgré nos nombreux rappels, l'HAD a longtemps persisté à nous considérer comme un service d'hébergement à vocation uniquement sociale, sans nous informer des démarches médicales entreprises et de la coordination en cours avec Max. S'agissant de nos premiers accompagnements sur les places Soins Palliatifs des ACT, il nous

faudra garder ce point de vigilance à l'esprit pour les prochaines collaborations afin d'améliorer la qualité de notre partenariat avec cette équipe.

Béline (TS), Mathilde (IDEC)

4.3 L'accompagnement à l'insertion professionnelle

L'accompagnement socio-professionnel est complexifié par plusieurs difficultés :

- L'absence de titre de séjour, et une absence d'autorisation de travail en découlant
- Une santé fragile, qui même en étant stabilisé invalide l'utilisateur sans forcément nécessiter de reconnaissance MDPH.
- Troubles en santé mentales n'ayant pu être travaillé en amont.

En 2024, nous avons pu orienter des personnes accompagnées sur des inscriptions en AAVA (Atelier d'Adaptation à la Vie Active). Malgré tout, les activités en AAVA nécessitent une condition physique correcte, et ne peuvent être adaptées à toutes les personnes accompagnées.

Nous avons également pris contact avec le dispositif Convergence, qui propose un accompagnement renforcé sur des Ateliers Chantier d'Insertion (ACI). Cette piste est à poursuivre, notamment pour consolider les sorties des ACT.

Là aussi, la majorité des activités proposées nécessitent une condition physique correcte.

Nous avons tenté de mobiliser le dispositif Première Heures en Chantier. La personne orientée a mis en échec cette orientation.

Nous travaillons également les orientations vers des missions locales, France Emploi ou Cap emploi. Nous constatons que nous sommes collectivement moins performants dans les accompagnements vers l'emploi, notamment en cas d'handicap.

Afin de permettre des orientations plus adaptées, nous avons demandé à l'ARS un temps partiel de Conseiller en Insertion Professionnelle mutualisé avec les CHRS de l'association.

Les ateliers Français Langue Etrangère aux ACT

La reprise des cours s'est effectuée de manière progressive, à raison d'un cours par semaine. Les groupes sont constitués à la fois d'apprenants déjà présents l'année précédente et de nouvelles arrivées, ce qui a permis de maintenir une continuité tout en favorisant l'intégration de nouveaux participants.

Séquences abordées :

Au cours de la première partie de formation, toutes les séquences ont été abordées :

- Séquence 1 : Mon identité
- Séquence 4 : La santé et le corps
- Séquence 5 : Alimentation et courses
- Séquence 2 : Le temps et la vie quotidienne
- Séquence 3 : Logement, ville et mobilité
- Séquence 6 : Droits et services publics
- Et en partie la séquence 7 Communication écrite

Progression générale :

Dans l'ensemble, les participants des deux groupes ont montré une progression positive au cours de la formation.

Pour l'année prochaine, il serait nécessaire de transférer six personnes du groupe 1 vers le groupe 2 afin de favoriser leur progression, notamment à l'oral.

Quatre personnes du groupe 2 auront besoin plutôt d'une formation spécifique pour la préparation à un examen de langue, et une personne d'une formation professionnelle.

Stagnations observées :

Une stagnation du niveau est observée chez certaines personnes.

- Groupe 1 :
 - 2 personnes présentent une stagnation.
 - 1 personne a besoin de cours supplémentaires. Malgré deux années de formation, il ne parvient pas à progresser en raison de problèmes de mémoire.
 - 2 personnes rencontrent des problématiques de santé qui freinent leur progression. Ils bénéficient de cours d'alphabétisation adaptés à leur niveau et à leurs difficultés.
- Groupe 2 :
 - 3 personnes présentent une stagnation, en particulier Monsieur M. : une augmentation du stress a été observée après sa greffe, liée en partie à la crainte d'oublier de prendre correctement son traitement.

Liste d'attente :

Quatre personnes ont déjà passé le test de positionnement mais sont actuellement en liste d'attente, faute de places disponibles. Il sera nécessaire que les assistantes sociales reprennent contact avec elles. Cela concerne 3 personnes pour le groupe 1 et 1 personne pour le groupe 2.

Greffes :

Dans le groupe 2, Monsieur M. a pu bénéficier d'une greffe de reins, ce qui constitue une très bonne nouvelle et un tournant positif dans son parcours de santé.

Madame M., entrée en formation dans le groupe 1 cette année, a pu progresser et sera transférée dans le groupe 2 l'année prochaine afin de favoriser la poursuite de sa progression et d'augmenter ses chances de pouvoir bénéficier d'une greffe.

Actions et évènements collectifs :

En collaboration avec les référents ACT, plusieurs activités ont été préparées et mises en œuvre :

- Un atelier sur le tabac, permettant de sensibiliser les participants aux enjeux de santé liés à la consommation.
- Une préparation aux élections du CVS, favorisant la participation citoyenne et l'implication des apprenants dans la vie institutionnelle.

- La première réunion du CVS, au cours de laquelle la charte de vie a été élaborée avec les apprenants et les autres usagers des ACT.

Conclusion :

Dans l'ensemble, la formation s'est déroulée de manière satisfaisante et a permis une progression globale des apprenants, tout en respectant les rythmes et les situations individuelles. Les ajustements de groupes, les accompagnements spécifiques et les actions collectives menées en partenariat avec les référents ACT ont favorisé l'implication et la continuité des parcours. La présence d'une liste d'attente souligne l'intérêt pour la formation.

4.4 Les actions collectives

| | Nombre d'ateliers | Nb de personnes / atelier | Nb total de personnes différentes |
|--|--------------------------|-----------------------------------|--|
| Ateliers sociaux | 4 | 4 - 8 - 15- 8 | 20 |
| Ateliers santé | 7 | 5 - 16 - 5 - 10 - 9 - 6- 4 | 29 |
| Café Cuisine | 5 | 18 - 16 - 17 - 11 - | 31 |
| Café Culturel | 5 | 5 - 4 - 5 - 10 - 5 | 15 |
| Groupe femme | 6 | 3 - 1 - 8 - 5 - 13 - 6 | 11 |
| Ateliers collectifs (mi année avec services civiques) | 11 | | |
| CVS | 5 | 21 | |
| Pique-nique | 1 | 17 | 17 |
| Voyage Annecy | 3 | 13 | 13 |
| Projet voyage Marseille (réunion + vente) | 5 | Marseille : 8 - 18 - 13 - 7- 8 | 14 |

Bilan Ateliers Sociaux 2025

Les ateliers sociaux ont pour objectif d'aborder des thématiques du quotidien et de permettre aux personnes accompagnées de gagner en autonomie tout en valorisant leurs savoir-faire et en créant du lien social.

Ils sont organisés par les travailleuses sociales à raison d'un atelier tous les 2 mois.

En 2025, les thématiques abordées ont été : *Comment repérer les arnaques ? ; Connaître les grandes institutions autour de moi ; repérer et traiter les punaises de lit ; une braderie.*

Les thématiques ont été choisies en fonction de ce que pouvaient vivre les hébergés, de leur besoin et de l'actualité.

Pour que les ateliers sociaux soit investis, nous avons décidé d'animer les ateliers par des outils parfois ludiques (time's up), ou avec des supports visuels (powerpoint, vidéos...).

Le bilan est plutôt positif car nous avons constaté un nombre plus élevé de participation qu'en 2024. Les ateliers sur les arnaques et les institutions ont particulièrement bien fonctionné (respectivement 8 et 10 personnes à ces ateliers).

Bilan Ateliers Santé 2025

En 2025, les ateliers santé ont poursuivi leur objectif principal : aborder des thématiques de santé adaptées aux besoins des personnes accompagnées et leur permettre de gagner en autonomie, tout en valorisant leurs connaissances ainsi que la maîtrise de leurs pathologies.

Ces espaces collectifs ont favorisé l'échange et la transmission d'informations, contribuant ainsi à renforcer le pouvoir d'agir des usagers dans la gestion de leur santé au quotidien.

Cette année a été marquée par une évolution importante de l'organisation des ateliers. Initialement proposés à raison d'un atelier tous les deux mois, ils ont été réorganisés pour devenir mensuels. L'augmentation de la régularité a permis une meilleure adhésion des usagers et une dynamique de groupe plus stable.

Les thématiques abordées en 2025 :

Zoothérapie :

Plusieurs séances de zoothérapie ont été mises en place au ACT en 2025. L'objectif était de favoriser la communication et l'apaisement d'un groupe de huit résidents.

L'intervenante, psychologue clinicienne de formation, était accompagnée d'un chien nommé Syra.

Ces séances ont constitué des temps d'échange privilégiés, permettant d'aborder différents thèmes, notamment la culture de chacun (la place des animaux domestiques au sein du foyer et de la famille), le respect des limites (repérer les signes de fatigue chez l'animal, comprendre l'importance de prendre en compte les limites des autres ainsi que les siennes), ainsi que la manière de se dire au revoir.

Carole-Anne (TS), Elodie (IDEC)

- Octobre Rose (prévention et dépistage du cancer du sein)
- Médiation animale (atelier médico-social)
- Préparer une consultation (Cs)
- Les soignants autour de nous et leurs rôles
- Alimentation et diabète
- Prévention en santé sexuelle
- Utilisation de DOCTOLIB
- Santé bucco-dentaire

Ce qui a fonctionné :

- Poursuite des rappels effectués la veille et le jour même des ateliers, qui se sont révélés efficaces pour favoriser la participation.
- Poursuite de l'utilisation d'outils ludiques et participatifs, facilitant la compréhension, l'échange et l'implication active des usagers.

Ce qui a moins bien fonctionné :

- Les mauvaises conditions climatiques, qui ont parfois découragé les usagers à se déplacer dans les locaux.
- L'absence de partenariats formalisés avec des structures externes sur l'année 2025.
- La difficulté à mobiliser les usagers sur plusieurs séances consécutives lorsque les ateliers étaient limités en nombre de participants.
- Un nombre d'intervenants parfois insuffisant au regard du nombre de participants, rendant l'animation plus complexe.

Face à ces constats, l'équipe a su faire preuve d'adaptation. Les rappels ont été renforcés et systématisés afin de limiter les absences. Des temps plus conviviaux, notamment autour d'une collation, ont été proposés afin de favoriser un climat accueillant et rassurant, propice à l'échange et à la fidélisation des participants. Ces ajustements ont contribué à maintenir une dynamique positive malgré les contraintes rencontrées.

L'année 2026 s'inscrit dans une volonté de consolidation et de développement des ateliers santé, notamment par la mise en place de partenariats avec des structures externes, qu'elles soient médicales ou sociales. La collaboration avec des professionnels de santé, des associations spécialisées et des acteurs du territoire permettra d'apporter une expertise complémentaire, de diversifier les interventions et de renforcer la qualité des contenus proposés.

Ces partenariats constitueront une réelle plus-value : ils favoriseront une prise en charge plus globale et coordonnée, faciliteront l'orientation des usagers vers des dispositifs adaptés et renforceront l'ancrage territorial des actions menées. Pour 2026, l'objectif est ainsi de consolider le travail en réseau afin d'enrichir les ateliers santé et de poursuivre le développement de l'autonomie des personnes accompagnées.

En parallèle des ateliers santé, nous réfléchissons à renforcer l'offre "santé collectif" avec des séances d'APA (activité physique adaptée) et des cafés santé. Ce dernier permettrait de développer la littératie en santé et le partage de connaissance entre paires.

Bilan Café Cuisine 2025

Le Café Cuisine a pour objectif de permettre aux personnes accompagnées de créer du lien autour d'une activité participative qui est la cuisine. Nous favorisons le choix des usagers sur les recettes et accentuons sur le fait qu'une personne peut choisir la recette et être référente du groupe à ce moment-là. Cet atelier permet autant de faire participer à la cuisine à hauteur de ses compétences et capacités, que de pouvoir faire découvrir sa culture ou un plat que l'on aime en étant "responsable" de l'élaboration.

Les ateliers ont lieu tous les deux mois. A chaque atelier est choisie la recette du prochain atelier, en fonction de la motivation et des idées des usagers.

En 2025, 5 ateliers cuisine ont été organisés. Nous constatons que cet atelier présente une grande participation des usagers (en moyenne une quinzaine de personnes), avec principalement des usagers "habituels" qui reviennent à chaque atelier. L'ambiance générale permet l'inclusion de chacun, et des liens se sont créés au fil de l'année entre plusieurs personnes. La barrière de la langue ne semble pas être un frein, car la cuisine est commune. Certaines personnes sont davantage motrices, en prenant le lead lors de la préparation. Le reste des consignes sont distribués entre tous et ceux qui le veulent.

Cette année au mois de décembre, nous avons proposé à deux personnes de venir cuisiner afin de participer au repas de fin d'année que nous organisons tous les ans. Nous commandons chez un traiteur le principal du repas et deux personnes ont cuisinés un gratin de pois chiches et des beignets avec une confiture aux dates.

Les problèmes rencontrés lors des ateliers cuisines ont jusqu'à présent souvent été lié aux appareils ou aux ustensiles : manque de certains outils (plaques de cuisson...) ou ustensiles.

Recettes proposées par des usagers : couscous, tajine, brick, poisson

Recettes proposées dans le cadre du repas de fin d'année : gratin de pois chiche et beignet à la sauce de dattes

Bilan Café Culture 2025

Le Café Culture a pour objectif de permettre aux personnes accompagnées d'accéder à la culture tout en rompant l'isolement. Les ateliers ont lieu tous les 2 mois. Lors de chaque café, nous présentons différents évènements culturels gratuits ayant lieu en métropole lyonnaise.

En 2025, 5 ateliers ont été organisés. La participation a été irrégulière et nous avons rencontré des difficultés à mobiliser des personnes sur des évènements extérieurs sans accompagnement par les ACT. Les sorties culturelles accompagnées ont quant à elles été proposées par les volontaires en service civique (musée, théâtre : cf paragraphe afférent).

Une série de 3 ateliers autour de la Biennale de la Danse a également été organisée : présentation de la Biennale, information sur le défilé d'ouverture, consigne de prendre des photos / vidéos, débriefing en groupe et initiation à la danse djiboutienne en collaboration avec un usager. Peu de personnes ont participé et peu se sont déplacées pour assister au défilé.

Les thèmes qui ont rencontré le plus de succès sont la musique (découverte de musiques traditionnelles, échanges autour des chanteurs préférés, etc) ainsi que la photographie.

Pour 2026, nous prévoyons de modifier le fonctionnement des Cafés Culturels. Nous utiliserons désormais ces temps pour proposer des sorties gratuites accompagnées par le service. Les lieux seront soit proposés par les organisatrices soit choisis avec les personnes selon leurs envies. De plus, un projet photographique autour du logement et de l'habité a été présenté et différents ateliers seront proposés tout au long de l'année.

Bilan Ateliers Krüger 2025

En 2025, dix ateliers collectifs ont été programmés, dont un a dû être annulé. La reprise du suivi de ce collectif par de nouveaux salariés a permis de rétablir une régularité dans les temps de permanence au sein de la résidence. A ce jour, 4 salariés sont référents ce collectif.

En début d'année 2025, un temps d'échange a été organisé avec les résidents afin de les associer davantage à la vie du collectif et de les rendre acteurs des temps collectifs, notamment à travers des projets à leur initiative. Il en est ressorti une forte demande de lien social, ainsi que d'activités telles que des jeux (jeux de société, jeux de cartes), du jardinage ou encore des activités sportives.

Les actions menées se sont inscrites dans une alternance entre des temps informels (cafés-discussions), des repas partagés et le démarrage de premières activités, notamment autour du jardinage.

Au cours de l'année 2025, les budgets ont été réajustés, avec l'attribution d'un budget mensuel dédié à ce collectif. L'objectif pour l'année 2026 est ainsi de développer et diversifier davantage les activités proposées.

La participation des résidents s'est améliorée au fil de l'année, bien qu'elle demeure encore fragile et nécessite un accompagnement et une mobilisation réguliers.

Bilan Sorties et activités 2025

2 services civiques ont été intégrés dans l'équipe de novembre 2024 à début juillet 2025, présents sur le site 2 jours par semaine. Leurs missions consistaient à soutenir l'équipe dans l'organisation et l'animation des actions collectives.

Les sorties/activités organisées par les services civiques :

- Petit déjeuner (janvier)
- Pièce de théâtre (janvier)
- Projection d'un film au ACT (mars)
- Musée lumière (mars)
- Jeux de sociétés (avril)
- Sortie match de rugby

La présence des services civiques a permis d'augmenter le nombre d'activités proposées aux usagers, avec la mise place d'ateliers hebdomadaire les jeudis matin. Cependant, il s'est avéré que la charge de travail inerrante à cette organisation ne justifiait pas le maintien de services civiques au ACT.

D'autres sorties/ activités ont été organisées par l'équipe des ACT en dehors des services civiques.

- 3 ateliers autour de la biennale de la danse ; Présentation aux usagers ; initiation à la danse traditionnelle de Djibouti ; debrief du défilé (août-septembre)
- Peinture sur l'eau (juin)
- Barbecue Miribel (août)

4 sorties annulées ; visite de croix rousse ou de l'imprimerie, Station Mue - ferme, activité physique au parc de Parilly (avec services civiques), Jardin et visite musée Gadagne. Ces sorties ont été annulées à cause de la météo.

Afin de ne pas internaliser toutes les propositions nous orientons les personnes accueillies sur des dispositifs créant du lien social extérieur à Alynea.

Voyage à Annecy

Nous avons organisé un voyage de 2 jours à Annecy en février.

Ce voyage a été co-construit avec les usagers. Ils ont été 13 à participer, ainsi que 3 accompagnantes (2 salariées et une stagiaire). Nous avons organisé 4 réunions pour organiser ce voyage, où tous les usagers étaient présents.

La présence des usagers aux réunions était une condition de participation à ce voyage. Il nous semblait important d'inclure les usagers dans toutes les décisions liées à l'organisation de ce voyage. L'objectif était de travailler de façon horizontale avec les personnes accueillies et présentes. Qu'elles puissent (re)faire l'expérience de choisir, être acteur d'un projet qui aboutit.

Les 4 réunions ont toutes été organisées pour réfléchir à différents aspects du voyage :

Réunion 1 : choix du lieu de voyage, des contraintes et de la date

Réunion 2 : point sur le budget, choix du transport, de l'hébergement, des activités et des repas

Réunion 3 : point sur les valises, rappels des éléments importants

Réunion 4 : post voyage, présentation des photos du voyage, expression des ressentis liés au voyage

Ce travail de co-construction et d'inclusion des usagers à chaque réunion de préparation a porté ses fruits, car il n'y a pas eu d'absence, et aucun retard le jour du départ. Il y a eu une bonne ambiance de groupe lors du voyage et de l'entraide, ce qui a été possible grâce aux réunions qui ont permis une cohésion de groupe.

Les usagers nous ont tous fait un retour positif de ce voyage, aucun n'était allé à Annecy, et certains n'étaient jamais partis en vacances. Les activités prévues (patinoire, glace, télésiège) leur ont beaucoup plu.

Au vu de l'enthousiasme qu'a suscité ce projet, nous souhaitons le pérenniser et l'organiser une ou 2 fois par an.

En novembre 2025, nous avons débuté un projet similaire pour un séjour en février 2026.

Création CVS 2025

Deux travailleurs sociaux et une infirmière ont construit le projet CVS pendant l'année, à partir de la fiche action du projet de service 2025-2030.

Au mois de juin il y a eu une première réunion de présentation à l'équipe puis une présentation aux personnes accueillies. Deux temps ont été ensuite définis afin que les candidats préparent leurs candidatures aux élections. Puis fin juin l'élection a eu lieu ; deux dames accueillies ont été élues représentantes du CVS ainsi que deux suppléants.

Une première réunion CVS en octobre afin de présenter les élues et le fonctionnement du CVS. L'administrateur bénévole était présent au CVS.

Les personnes présentes ont construit le règlement de fonctionnement du CVS. Nous avons eu le soutien de l'intervenante FLE pour que tous puissent participer.

Nous avons proposé un temps sans professionnelles pour qu'ils puissent faire remonter des questions, difficultés. La cheffe de service a ensuite répondu à leurs questions. A la fin de la réunion, nous avons évoqué l'ordre du jour pour la prochaine réunion.

Bilan pique-nique 2025

Le pique-nique annuel des ACT, organisé en été, est un moment convivial permettant de regrouper l'équipe professionnelle et un grand nombre de personnes accompagnées.

Celui de 2025 a eu lieu en juillet, 17 personnes accompagnées étaient présentes ainsi que 6 professionnelles. Nous étions sur les berges coté Gerland avec une belle météo. Ce fut un moment de partage et de jeux autour du molky

Bilan groupe femme 2025

Suite à une formation "précarité menstruelle", des professionnels ont proposé un groupe en non-mixité pour aborder ce sujet, et en profiter pour faire évoluer ce groupe au travers d'autres sujets et expériences.

L'objectif général est de créer un groupe de femmes accompagnées aux ACT et accompagnantes qui soit un espace de partage et de paroles libres sur des sujets partagés par les femmes à travers les cultures (prévention, santé, sujet de société, individuel...). Cet atelier permet également de

rompre l'isolement des femmes en situation de précarité et d'accorder un temps autour des sujets de santé, de sécurité ou autre concernant les femmes.

Au début d'année, nous avons eu un temps avec les femmes afin de déterminer quelles activités/sujets qu'elles aimeraient aborder. Cette année nous avons donc pu monter un atelier tricot, un atelier chant, un atelier création de produits cosmétiques (déodorants et gommage visage), une sortie au lac de Miribel, un atelier en lien avec la SEPR pour de la socio-esthétique et un atelier partenarial avec le planning familial afin qu'elles puissent échanger autour de la contraception, maladie, menstruations...

En novembre 2025 une sortie dans le cadre de nos actions collectives organisées avec le "groupe femmes" a été organisée en partenariat avec les formatrices et étudiantes en soins esthétiques de l'école SEPR de Lyon. Cette action autour du bien-être et des soins esthétiques a été proposé à un groupe de huit femmes.

Nous avons accompagné les participantes dans les locaux de l'école pour qu'elles puissent bénéficier de soins esthétiques approfondis et de bien être (soins du visage, ongles, maquillage) toute une matinée, réalisés par des étudiantes en Brevet Professionnel Esthétique.

Cette action visait à favoriser un temps de détente, la valorisation de l'image de soi et l'accès à des pratiques de bien-être auxquelles notre public femmes n'a pas accès. Les participantes ont exprimé leur satisfaction de ce moment, ce qui a contribué à leur bien-être et leur estime personnelle. Les échanges avec les étudiantes ont été très appréciés aussi et ont contribué à une expérience enrichissante pour les deux parties.

CRPA

Les journées CRPA de 2024 ont été éprouvantes pour les personnes accueillies qui ont participé. Nous avons mis en pause notre participation, et essayons de favoriser la participation à notre échelle pour la développer à une autre échelle par la suite. Nous souhaitons mettre du sens dans ces journées.

4.5 Les sorties

Annabelle* - Le choix d'un retour au pays

Annabelle est originaire d'un village rural du Sud du Congo Brazzaville. Elle parle français, mais elle est analphabète et ne sait pas utiliser un téléphone portable. En mars 2023, à 59 ans, elle se rend seule en France pour se faire soigner après que son fils aîné ait tout vendu afin de lui payer son billet pour Paris. Arrivée à Lyon par hasard, perdue, elle trouve le soutien fortuit de Bernadette, qui deviendra sa « fille de France », et l'aidera dans toutes ses démarches.*

Sur le plan médical, Annabelle est rapidement prise en charge par les HCL. Elle souffre d'un cancer du col de l'utérus ainsi que d'un carcinome hépatocellulaire développé sur un foie d'hépatite virale B. Un traitement par chimiothérapie est mis en place, elle subit également une hépatectomie et des sondes JJ lui sont posées.

Elle intègre un de nos appartements en août 2024. Outre le maintien du suivi médical et l'accompagnement dans les démarches, c'est tout un apprentissage des codes occidentaux et urbains qui se met en place avec Annabelle, entre règles de bienséance et repérage spatio-temporel. Un lien fort se tisse rapidement avec cette dame à l'humour mordant, déracinée, qui place toute sa vie entre nos mains, dans une confiance absolue. En effet, depuis son arrivée en France, elle n'a plus aucun moyen d'entrer en contact avec sa famille restée au pays. Lorsque nous lui proposons de faire appel au service de la Croix Rouge pour les retrouver, elle refuse simplement, elle ne les contactera que si elle peut leur annoncer sa guérison.

Cependant, en avril 2025, une soudaine dégradation de son état de santé amène les médecins à prononcer une fin des thérapeutiques. Très calme, Annabelle prend rapidement sa décision : puisqu'il n'y a plus d'espoir de rémission, elle souhaite retourner au Congo, auprès de sa famille. Tandis que nous nous interrogeons encore sur la manière de récolter les fonds nécessaires, un formidable élan de solidarité balaya toutes nos interrogations : en moins de temps qu'il ne faut pour le dire, Bernadette fit appel à la communauté et lui procura laisser-passer

et billet d'avion. Annabelle retrouve ainsi sa famille en mai 2025, miracle pour nous, évidence pour elle. Quelques appels en visioconférence nous permirent d'assister aux joyeuses retrouvailles avec enfants, petits-enfants et parents. En septembre 2025, Bernadette nous informe de son décès, entourée des siens.

Béline (TS), Sabine (IDEC)

Le tableau ci-dessous reprend des données quantitatives des RASA

| | | 2024 | | 2025 | |
|--|--------------------------------|--------------------------|------|-----------|------|
| | | ACT hbgmt | EMCT | ACT hbgmt | EMCT |
| nombre de sortie | | 12 | 16 | 15 | 22 |
| dont rupture à l'initiative de la personne | | 0 | 2 | 0 | 3 |
| lieux de sortie | hbgmt précaire / provisoire | 0 | 1 | 1 | 1 |
| | AHI | 0 | 0 | 3 (chu) | |
| | dispositif per. Vieillissantes | | | | 1 |
| | lgmt autonome | 8 | 0 | 3 | |
| | maintien structure/lgmt | 0 | 10 | 0 | 13 |
| | passage ACT hbgmt / EMCT | 1 (lgmt autonome + EMCT) | 2 | 0 | 2 |
| | lgmt chez un proche | | | 1 | |
| | retour au pays | | | 2 | |
| | autre ACT | 0 | 1 | | 1 |
| | décès | 3 | 2 | 5 | 1 |

La structure de sortie envisagée est bien évidemment corrélée au statut administratif de la personne, certaines possibilités étant rendues caduques par l'absence de ressources ou de titre de séjour (accès au logement social par exemple).

Les personnes accompagnées en ACT hébergement sont toutes inscrites sur le SISIAO à l'admission pour débiter le travail de réorientation qui prend beaucoup de temps. Les orientations au SISIAO sont en adéquation avec les possibilités administratives et de ressources, allant du CHU au CHRS ou à l'IML.

Les réorientations vers des centres d'Hébergement d'Urgence collectifs, correspondant pour certains à un aller-retour étant parfois très difficile à accepter et entraînant des ruptures de parcours... voir des procédures d'expulsion quand plusieurs orientations sont refusées.

Monsieur M., 59 ans, d'origine bosniaque, est arrivé en France en 2016 dans un contexte de menace de mort sur lui et toute sa famille au pays. Il a été accompagné au sein des ACT d'octobre 2021 à avril 2025 dans un contexte de diabète décompensé, associé à de multiples complications chroniques nécessitant un suivi médical

rapproché et pluridisciplinaire. À son admission, la situation clinique était instable, avec un parcours de soins fragmenté et des difficultés d'accès aux droits.

L'accompagnement en ACT a permis une stabilisation de son état de santé, une coordination renforcée des intervenants médicaux et paramédicaux, ainsi qu'un travail d'orientation vers des structures de droit commun. À la fin de la prise en charge, Monsieur M. a été réorienté vers un CHU en raison de l'absence de droits ouverts, dans l'objectif d'assurer la continuité d'hébergement. La MVS a fait une orientation en CHU avec présence paramédicale pour un soutien à l'équipe éducative pour la continuité de soins. Monsieur n'étant pas investi dans son parcours.

Toutefois, cette transition s'est avérée complexe, avec une période d'errance médicale marquée par des ruptures de suivi et des difficultés d'accès aux consultations spécialisées. Face à cette situation préoccupante, nous avons été sollicités pour une reprise d'accompagnement de Monsieur M. en équipe mobile de coordination thérapeutique depuis le mois d'octobre 2025, afin de restructurer son parcours de soins, réactiver les suivis nécessaires et favoriser une reprise effective du relais hospitalier. L'objectif est de sécuriser durablement son accès aux soins et d'éviter toute nouvelle rupture de prise en charge.

Sabine (IDEC), Carmen (TS)

En cas de régularité de séjour et de ressources, nous faisons systématiquement une demande de logement social via les ACIA MVS. Ces orientations sont accompagnées en collaboration avec les référents logement, service support d'Alynea.

Monsieur A., 61 ans, originaire d'Algérie et arrivé en France durant l'enfance. Il a été admis en 2018 dans notre service sur une place PPSMJ.

Son état de santé est marqué par une psychose chronique stabilisée, associée à un diabète de type 2 insulino-dépendant, une cardiopathie rythmique et ischémique dans un contexte d'hypertension artérielle et de dyslipidémie. Il présente également des troubles respiratoires et une atteinte hépatique.

Depuis deux ans, une baisse notable de son autonomie est observée, avec des difficultés majeures dans les actes du quotidien (gestion du logement, courses, gestion des rendez-vous, etc.), ainsi que des troubles mnésiques. La dernière année a été marquée par deux séjours en réanimation pour intoxications médicamenteuses involontaires, soulignant un risque important de mise en danger.

Un projet d'orientation vers un EHPAD a été travaillé, les demandes en pension de famille et résidences seniors ayant été refusées pour manque d'autonomie. Monsieur refuse à ce jour toutes orientations institutionnelles et maintient son souhait d'une demande exclusive de logement autonome. Malgré l'accompagnement renforcé, la situation demeure bloquée, l'équipe étant confrontée à la tension entre respect de son choix et nécessité de protection face à une vulnérabilité croissante.

Raphaëlle (IDEC), Solène (TS)

Les sorties d'EMCT semblent plus fluides puisqu'il n'y a pas l'enjeu de l'hébergement. Les indications de sorties des ACT sont uniquement axées sur la coordination médicale.

Nous accompagnons des personnes qui auront besoin d'un soutien à la coordination médico-sociale pour plusieurs années. Des réorientations sur des SAVS - SAMSAH ou DAC sont travaillées.

Nous avons un questionnement sur des situations de personnes sans droits ni titre qui ne peuvent bénéficier d'un autre type d'accompagnement. Nous travaillons alors à étayer l'équipe sociale autant que la personne pour qu'elles puissent prendre le relais ensemble.

| | 2024 | | 2025 | |
|---|-----------------|------|-----------------|-------|
| | ACT Hébergement | EMCT | ACT Hébergement | EMCT |
| durée moyenne de séjour des personnes présentes au 31.12. (en mois) | 24,92 | 8,31 | 23,57 | 8,23 |
| durée moyenne de séjour des personnes sorties (en mois) | 29,4 | 10,4 | 23,27 | 13,31 |

Au-delà des moyennes de durées de séjour, il est intéressant de noter qu'en ACT hébergement des situations sont enkystées avec des durées de séjours supérieurs à 5 ans. Malgré tout la durée moyenne de durée de séjour des personnes accueillies en ACT hébergement est de 23,57 mois, notamment dû à des accompagnements courts (inférieurs à 1 an), et 2 accompagnements très courts (inférieur à 30 jours).

Sur le dispositif EMCT, une fluidité semble se mettre en place. Nous avons réussi à anticiper les sorties pour que les places ne restent pas vacantes. Il est arrivé que des sorties doivent être retardées alors que les admissions sont prévues, provoquant des chevauchements et une légère suroccupation.

En 2026, nous maintiendrons notre vigilance sur les dynamismes des parcours, la projection des sorties. Les ACT sont un tremplin et doivent rester un dispositif de coordination médicosocial sans devenir un dispositif d'hébergement. Afin d'harmoniser le processus de sortie, des procédures ont été construites en équipe.

George, une réorientation complexe

George, 58 ans, est originaire de Roumanie. Il est veuf et isolé socialement, même s'il garde un contact téléphonique régulier avec trois de ses filles qui séjournent en Roumanie et en Irlande. Son parcours de vie est émaillé de ruptures : il a longtemps vécu en squat ou à la rue, avant de faire le tour des différents centres d'hébergement lyonnais où il est connu comme le loup blanc. Depuis 2022, Il est hébergé aux ACT, dans un studio de la résidence sociale Krüger. Sur le plan médical, George cumule plusieurs pathologies invalidantes.

Après plusieurs années d'accompagnement et de tentatives diverses, George est toujours dans l'incapacité de vivre seul dans un logement et d'être autonome sur son suivi médico-social. En effet, son studio est encombré, insalubre et régulièrement envahi de nuisibles. L'équipe multiplie les interventions allant du monitoring au débarrassage en passant par de multiples désinsectisations. Deux accidents d'exposition au sang (AES) nous alerte notamment sur les limites de notre accompagnement. Nous constatons la dégradation rapide du logement et de l'autonomie de George nous obligeant à adapter le projet de réorientation.


Si la demande de George était au départ d'intégrer un logement social, au regard de ses besoins spécifiques, nous travaillons avec lui pendant plusieurs mois un projet de pension de famille. Après plusieurs visites, George se montre enthousiaste face à cette nouvelle perspective. Cependant, pendant ce laps de temps, son état de santé et son autonomie ont continué de se dégrader, si bien qu'au moment des orientations, il ne relève plus de ce dispositif et doit faire face aux refus consécutifs de deux structures.

Il est difficile de retranscrire en quelques phrases les longues discussions d'équipe et les nombreux échanges avec George, parfois houleux souvent décontençant, qui nous ont permis de re-construire un projet de sortie adapté. Fin 2025, nous envisageons finalement de l'inscrire sur les listes d'attente pour une place en LHSS et/ou en LAM, structures qui lui procureront le cadre et l'accompagnement dont il a besoin.

Béline et Carole-Anne, TS / MATHILDE, IDEC

5 Partenaires spécifiques et financiers


- **L'Agence régionale de santé**

| | |
|---|--|
|  | <p>L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes est un établissement public de l'Etat placée sous la tutelle du ministère chargé de la santé et des affaires sociales. Elle est en charge des questions de santé sur le territoire de la région.</p> |
|---|--|

- **Le Groupement d'intérêt économique**

| | |
|--|---|
|  | <p>Le Groupement d'Intérêt Economique la ville autrement est composé des quatre membres que sont EMH, Rhône Saône Habitat, Fondation Aralis, SVU et ALYNEA. Il a pour objet de développer des projets d'actions innovant en termes d'habitat, d'accompagnement et de services répondant à des besoins non pourvus parmi les publics en situation d'exclusion.</p> |
|--|---|

- **La maison de la veille sociale du Rhône**

| | |
|---|--|
|  | <p>Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) de la Maison de la Veille Sociale (MVS) a été initié pour constituer un service intégré d'accueil, d'orientation (SIAO) et de coordination dont l'objectif est de faciliter le parcours résidentiel des ménages sans domicile et leur retour en logement autonome. Son but est d'assurer un traitement équitable et non discriminant de la demande d'hébergement ou logement temporaire.</p> |
|---|--|

- **Les Hospices Civiles de Lyon**



Les Hospices Civils de Lyon Forts de 200 ans d'histoire médicale, regroupent 13 hôpitaux publics d'excellence réunissant toutes les disciplines médicales et chirurgicales.

- **Le Guichet Unique Santé Habitat**

Instance créée en 2020 par l'ARS regroupe les demandes d'admissions pour l'ensemble des ACT et EMCT du département du Rhône. Depuis septembre 2024 cette instance regroupe les demandes d'admissions des ACT, des Lits Halte Soins Santé et des Lits Accueil Médicalisé pour favoriser une démarche de parcours de soins.

Rôle de régulation et de veille des demandes d'admission.

- **Le Réseau Social Rue Hôpital**

Créé en novembre 2000, le Réseau Social Rue-Hôpital (RSRH) a vocation à faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de grande exclusion sociale sur la Métropole de Lyon.

- **Fédération Santé Habitat**



La fédération Nationale d'Hébergement VIH est créée en 1998 par 25 associations gestionnaires d'hébergements pour les personnes atteintes du VIH. La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 ouvre les ACT à toutes les pathologies. En 2016 la FNH-VIH deviendra le Fédération Santé Habitat pour répondre aux besoins d'accompagnement, d'hébergement et de logement de toutes les personnes malades.

6 Conclusion et perspectives

L'année 2025 a été une année de stabilisation, avec un travail sur des thématiques de fond, et l'évènement majeur d'ouverture de trois places ACT soins palliatifs.

Nous avons renforcé le travail sur les actions collectives et les prises en soins palliatifs. Ces deux axes ont pris beaucoup de temps et d'énergie sur la vie du service. Le travail sur les fiches actions a été mis partiellement de côté.

L'année se termine avec l'arrivée imminente de deux nouvelles professionnelles pour compléter l'équipe. Malheureusement nous n'avons pas de perspective de recrutement d'un médecin. Une réflexion sur la création d'un poste d'infirmier en pratique avancée devra s'amorcer.

L'ouverture de quatre mesures d'accompagnement supplémentaires en EMCT est vécue comme une reconnaissance du travail de l'équipe et de l'association. Nous tenons à remercier l'ARS pour cette proposition.

En 2026, nous allons clôturer la thématique "addictions et RdRD" pour débiter la thématique de l'interculturalité et transculturalité dans les soins et l'accompagnement.