

Ecole Nationale de la Santé Publique

CAFDES 2000

ARAFDES LYON

RECONCILIER L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET LE SOIN pour les usagers d'un chrs confrontés à la souffrance psycho-sociale

François DESPIERRES

« Le haut comité de la santé publique estime que la souffrance psychique est actuellement, dans le domaine de la santé, le symptôme majeur de la précarité et que son ampleur ne peut être ignoré dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-sociale. »

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1^{ère} PARTIE : <u>LA SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE FAIT IRRUPTION DANS LE C.H.R.S.</u>	8
1.1 Le Foyer d'Accueil Féminin : un demi-siècle d'évolution	8
1.1.1 Quelques aspects d'histoire de l'institution	8
1.1.2 Un directeur adjoint missionné pour le développement de « l'insertion sociale »	10
1.1.3 Une culture propre à l'établissement	11
1.2 <u>La souffrance psycho-sociale, ceux qui la vivent</u>	13
1.2.1 Conceptualisation et références	13
1.2.2 Pourquoi parler de souffrance psycho-sociale	15
1.2.3 Essai de conceptualisation sur la souffrance psycho-sociale au Foyer d'Accueil F	16
1.2.4 Exemples : trajectoire et tragédie	18
1.2.5 Impact quantitatif de la souffrance psycho-sociale au Foyer d'Accueil Féminin Et origine des demandes.	19
1.3 <u>Deux modes de prise en charge en présence</u>	20
1.3.1 L'accompagnement social	21
1.3.2 Le soin médical	22
1.3.3 Deux logiques autonomes	24

2 ème PARTIE : <u>CONSEQUENCES ET REACTIONS</u>	26
2.1 <u>Les conséquences</u>	26
2.1.1 Malaises et souffrances dans les équipes	27
2.1.2 Un sentiment de déqualification professionnelle	28
2.1.3 Entre l'hôpital et le C.H.R.S., qui fait quoi ? qui est qui ?	30
2.1.4 Etude de quelques conséquences pratiques	31
2.1.5 Du côté de l'hôpital : une crise d'identité	32
2.1.6 Malgré la volonté d'avancer, il existe un conflit de culture	34
2.1.7 Au final : une population dont on ne prend pas globalement soin	35
2.2 <u>Réagir</u>	36
2.2.1 Les risques de l'immobilisme	36
2.2.2 Le directeur est le garant de l'initiative et de l'adaptation	36
2.2.3 Une certitude : nous ne pouvons rien faire tout seul	37
2.3 <u>Pour introduire l'action.</u>	38
2.3.1 Prendre soin des souffrants psycho-sociaux	38
2.3.2 Le compagnonnage	39

3 ème PARTIE : <u>UNE DYNAMIQUE POUR UNE ACTION EFFICACE</u>	42
3.1 <u>Réconcilier</u>	42
3.1.1 Se parler à l'interne	43
3.1.2 Se parler à l'externe	45
3.1.3 Echanger avec les financeurs et les décideurs	48
3.2 <u>Devenir compagnon</u>	49
3.2.1 L'accompagnement des sortants d'unité de soins spécialisés	49
3.2.2 Un groupe de recherche pluridisciplinaire	50
3.3 <u>Créer ou la recherche du bel ouvrage</u>	51
3.3.1 Mise en forme d'un partenariat fort et organisé	52
3.3.2 Elaborer le schéma départemental deuxième génération	54
3.3.3 Pour aller plus loin : de nouveaux outils, prospectives et propositions	55
CONCLUSION	60

ANNEXE UNIQUE : Service d'accompagnement social de personnes sortant d'unités de soins spécialisés

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Réconcilier.

Ce mot, fortement connoté, cousin germain avec concile, conciliabule, conciliation ; plus volontiers usité dans le langage religieux ou dans celui des sentiments et de l'intimité, semble difficilement cohabiter avec le cadre rigoureux et la pratique de direction d'un établissement sanitaire et sociale.

Je l'introduis d'emblée, en exergue dans le titre et plus encore dans le contenu de ce mémoire professionnel ; non dans une perspective où il serait question de relever un défi impossible où s'entrechoqueraient les ingrédients d'un drame (enjeux psychoaffectifs, appartenance culturelle, traditions et intérêts divergents, luttes anciennes, incommunicabilité...) mais parce qu'il s'est imposé depuis huit ans, époque de ma prise de fonctions de directeur d'un CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) : le Foyer d'Accueil Féminin, situé à Annecy, ville moyenne réputée pour son cadre, ses attraits touristiques et sa sérénité.

Outre les personnes profondément concernées par des difficultés sociales variées, ont afflué, dès les années 93-94, des personnes marquées par un très net parcours psychiatrique.

Ces personnes, en nombre toujours plus important, ont été accueillies comme tant d'autres avant elles sur la base de leur appartenance à l'une ou plusieurs des catégories de difficultés sociales habituellement recensées : rupture familiale, chômage, errance, absence de formation, logement inexistant ou insalubre ; difficultés parfois associées à des troubles du comportement : alcoolisme, toxicomanie.

Jusqu'alors, l'équipe professionnelle, encadrée par un projet d'établissement mûrement élaboré avait l'habitude de pratiquer un accompagnement dont l'aboutissement correspondait dans une grande majorité des situations à une réinsertion sociale ou professionnelle telle que définie dans le champ des politiques sociales classiques. Rien ne devait donc a priori distinguer ces usagers

de ceux qui jusqu'alors venaient solliciter le service de l'établissement si ce n'est que nombre d'entre eux étaient orientés par des services médicaux suite à des dépressions, des fatigues, des incapacités à faire face à tel ou tel événement de la vie, fût-il inquiétant.

L'expérience de l'accompagnement social de ces personnes, spontanément au départ, beaucoup plus en connaissance de cause par la suite, s'est avérée très difficile pour les équipes et pour l'ensemble de la structure. Non que l'échec ait marqué systématiquement de son sceau les résultats de notre pratique professionnelle mais plutôt que celle-ci a été fortement déstabilisée par l'irruption d'un public dont les difficultés et leurs conséquences sont caractérisées par un très profond pragmatisme et une grande dépendance à l'établissement.

Du coup nombre de valeurs constitutives du projet de l'établissement, telles que la notion de durée d'hébergement, d'accès à l'autonomie, de capacité à travailler, de méthode et d'organisation ont été et sont remises en cause.

D'un autre côté, la pratique de ces accueils nous a engagés dans un partenariat avec les services médicaux et psychiatriques locaux. Grâce à la bonne volonté et malgré les limites de chacun, une pratique professionnelle empirique plus ou moins conjointe a été organisée au cas par cas. Si elle a permis bien des choses dans l'intérêt des usagers, elle a aussi mis en lumière de nombreuses dissensions, des logiques contradictoires, des cultures opposées et a généré des expériences parfois insuffisamment maîtrisées.

Cette pratique professionnelle conjointe a également montré le désarroi des équipes aussi bien sociales que médicales devant la prise en charge de ceux qu'il sera convenu d'appeler tout au long de ce travail : les souffrants psycho-sociaux. Elle a montré également que si notre CHRS, parmi d'autres, devait poursuivre son effort d'accueil et d'accompagnement auprès de ces personnes, il ne le ferait pas sans un long travail de réconciliation entre sa logique sociale et la logique médicale hospitalière. D'où ce mot si fort, impliquant tant d'aspects affectifs mais aussi, nous le verrons, techniques, organisationnels, méthodologiques.

Je ne crois évidemment pas que le CHRS que je dirige soit le seul établissement à être concerné par ce questionnement, bien au contraire. L'ensemble du dispositif CHRS, avec des modalités différentes pour chacun, afférentes aux contextes locaux, a de tout temps été confronté à l'évolution (parfois brutale) du besoin exprimé par les usagers.

Ce dispositif est une sorte d'empreinte de l'état de la société et sa mission, accompagnée et définie par les textes législatifs successifs consiste en une adaptation nécessaire pour que soit assurée la prise en compte de ceux que la société n'intègre pas de manière positive.

Depuis qu'ils existent, les CHRS ont toujours été voulus par leurs promoteurs : pouvoirs publics et acteurs privés associés, comme des lieux d'humanité résolument optimistes destinés à réintroduire au sein de la société ceux que les avatars de la vie s'étaient chargés d'exclure. Ainsi, on a vu les textes s'enrichir de nouvelles catégories de bénéficiaires apparues au gré des nouvelles pauvretés toujours plus nombreuses et variées jusqu'au jour où, las de réinventer de nouvelles terminologies, le législateur s'est résolu à définir l'ensemble de toutes les populations en grande difficulté sociales sans exclusives, comme étant potentiellement accessibles à l'aide sociale à l'hébergement (circulaires CHRS 91 et 95).

L'adaptation est donc dans la logique du dispositif.

L'accueil et l'accompagnement des souffrants psycho-sociaux devraient-ils échapper à cette nécessité ?

Exigeant, difficile, ce processus adaptatif peut-il être laissé au hasard tant il implique de multiples aspects dont le principal est la réconciliation des pratiques professionnelles ?

Celles-ci, sans se confondre ni s'annihiler, mais s'harmonisant en profondeur, n'ont-elles pas pour vocation une prise en charge plus globale et plus efficiente de personnes dont les souffrances individuelles et la désadaptation résident à l'intersection des problèmes sociaux et de ceux afférents à la santé ?

Dans ce processus, le rôle du directeur apparaît comme primordial. Il doit être l'accompagnateur clairvoyant de cette nécessaire évolution. Il doit entraîner les acteurs associatifs, partenariaux et professionnels vers ce changement et favoriser les conditions nécessaires à l'avènement d'initiatives nouvelles, de transformations nécessaires vers une prise en charge adaptée, par des outils utiles et réalistes.

Dans ma position de directeur, je me sens au milieu du gué, à mi-chemin entre la découverte empirique, et l'organisation de méthodes et de réponses satisfaisantes. C'est l'objet de ce travail que de montrer ce processus et de l'anticiper dans une vision qui exclut d'emblée l'idéal mais par contre intègre la dimension du mieux possible, du bel ouvrage.

L'avenir par définition est toujours assez différent de ce qu'on imagine, mais cette anticipation, cette vision permet aux acteurs concernés de s'orienter dans le sens d'un progrès et de la résolution d'une difficulté telle qu'il s'en pose régulièrement dans nos établissements.

Le travail qui va suivre s'organise de la manière suivante :

Une première partie tentera d'explicitier et de délimiter le cadre de la question posée et d'apporter toutes précisions utiles à sa bonne compréhension. C'est le temps de la présentation des acteurs.

Une deuxième donnera l'occasion d'analyser et de comprendre les phénomènes en jeu. C'est le temps de la mise en scène.

Une dernière partie nous mènera vers l'action, celle qui permet la réconciliation et peut conduire à une démarche créative. C'est le temps de la mise en acte.

1 LA SOUFFRANCE PSYCHO-SOCIALE FAIT IRRUPTION DANS LE CHRS

Avant d'introduire la notion de souffrance psycho-sociale, il me paraît indispensable d'évoquer certains aspects de l'histoire du CHRS. Cette évocation me permettra de me présenter également en tant que directeur dans mon cadre de référence et de planter un décor nécessaire et suffisant dans lequel il sera possible de bien appréhender la suite de ce travail.

1.1 Le Foyer d'Accueil Féminin : un demi-siècle d'évolution.

1.1.1 Quelques aspects d'histoire de l'institution

Le Foyer d'Accueil Féminin, CHRS de 22 places pour femmes seules ou accompagnées d'enfants va fêter son cinquantenaire cette année.

Cet établissement est caractérisé par sa stabilité mais aussi par sa capacité reconnue à évoluer dans un contexte partenarial renforcé par son implantation en périphérie d'une ville moyenne où tout le monde de près ou de loin se connaît dans le milieu de l'aide et de l'action sociale.

Il a vu le jour en 1949 en même temps que l'association gestionnaire à l'initiative d'un groupe de bénévoles indépendants de toutes tendances confessionnelles, qui, sensibilisés par la loi RICHART sur la prise en charge de la prostitution (1946), ont décidé d'unir leurs efforts pour accueillir dans un petit local privé des « filles en détresse ».

Les dix premières années sont marquées par l'action bénévole et charitable soutenue par

quelques subventions communales et privées, mais dès cette époque, l'activité quoique non professionnelle commence à s'inscrire dans un réseau.

Bien que principalement centrés sur une activité d'hébergement, les animateurs de l'époque, également membres de l'association dont le nom se confond avec celui de l'établissement, pratiquent une certaine forme d'accompagnement social. On note dans les archives, des contacts

nombreux pris en faveur des usagers en particulier avec le milieu médical ainsi qu'avec les prémices du service social de la mairie.

Parallèlement et sous la houlette d'une autre association, un centre d'hébergement pour hommes se structure, créant ainsi l'embryon d'un dispositif d'hébergement.

Dès 1956, en reconnaissance du travail effectué et de la première inscription officielle du dispositif dans le paysage local, le Préfet signe l'arrêté d'agrément en s'appuyant sur de tous récents décrets (décrets du 29/11/53, 2/9/54, 20/12/54).

Cinq ans plus tard, on assiste à la signature de la première convention où l'on évoque, conformément aux exigences de l'époque, les conditions d'hébergement et d'entretien des résidents.

L'année 1965 marque l'avènement du premier salaire versé, soit donc d'un petit début de professionnalisation.

Les quinze années suivantes témoignent d'une volonté forte de structuration tant d'un point de vue technique : stabilisation des financements, embauches progressives de personnel de plus en plus spécialisé et qualifié ; que d'un point de vue pédagogique : structuration progressive d'une démarche d'accompagnement à la réadaptation en complément de la fonction première caractérisée par l'hébergement.

Cette démarche d'accompagnement progressivement structuré va dans le sens des textes qui voient le jour pendant cette période (loi du 19/11/74, loi du 30 juin 75, décret du 15 juin 76). Par ailleurs, le développement du partenariat se confirme. Le président de l'époque est un médecin et influe dans le sens d'une prise en charge médicale des résidentes. Cette « médicalisation » a laissé des traces dans la culture de l'établissement et a favorisé très tôt son inscription dans le paysage médico-social local. Il est possible de dire que, sans être forcément à l'avant-garde en cette matière, depuis cette époque, la prise en considération des usagers intègre traditionnellement la dimension médicale.

1986 marque le passage en dotation globale de financement, mais aussi la première création d'un établissement autre que le CHRS, en l'occurrence un centre d'adaptation à la vie active (Art3, loi du 19/11/74 ; Circulaire 44 du 10/9/79).

Cette création est le premier acte marquant la volonté de la nouvelle direction (un nouveau président, un nouveau directeur) d'inscrire l'association dans une démarche de développement en lien avec les grandes politiques sociales qui vont marquer la décennie suivante (loi du 1/12/88

sur le RMI, loi du 31/5/90 sur le logement des plus défavorisés, circulaires du 3/8/95 relative au logement d'urgence).

Cette politique sera confirmée par les différents textes afférents aux CHRS notamment les circulaires de 1991 et 1995 qui vont toutes deux totalement dans ce sens ainsi que les mises en place des schémas départementaux dont la dernière génération, à l'époque en cours d'élaboration, donne officiellement aux CHRS vocation à piloter et favoriser des actions d'accompagnement social en direction de public en difficulté mais "extra-muros".

1.1.2 Un directeur adjoint missionné pour le développement de « l'insertion sociale ».

En 1991, je suis embauché en qualité de directeur adjoint avec mission de prendre en charge la dimension « insertion sociale » de l'association, soit donc à cette date : le CHRS. Le directeur devient directeur général, chargé plus spécifiquement et directement du volet « insertion par l'économique ».

En coordination étroite avec le directeur général, la place que j'occupe se concrétise dans l'histoire de cette institution dans une phase moderne où le CHRS a opéré une restructuration caractérisée par :

- Une nouvelle implantation géographique mieux adaptée.(Structure collective moderne complétée par un parc d'appartements repartis dans l'agglomération).
- Le reconventionnement de l'établissement et la rédaction d'un projet d'établissement.
- Le passage de 13 à 22 places à la faveur de la mise en place du schéma départemental (passage en CROSS le 2/2/95)
- Le développement d'un service d'accompagnement dans le cadre du fonds de solidarité logement, du RMI, de l'urgence sociale et d'une résidence sociale communale.

Mais aussi et surtout (ceci nous intéressera particulièrement au cours de ce travail) :

- Une orientation prononcée pour l'accueil dans le CHRS de personnes ayant eu un parcours psychiatrique.
- La création en partenariat avec l'hôpital d'un service d'accompagnement ambulatoire de sortants d'unités de soins spécialisés (1995).¹

Je reviendrai très largement sur ces deux derniers points dans les chapitres suivants.

¹ Pour de plus amples informations sur ce service que j'évoquerai tout au long de ce mémoire, je remercie le lecteur de se reporter à l'unique annexe située en fin d'ouvrage.

À ce stade, il me paraît important, non pour me mettre en exergue, mais pour une meilleure compréhension de ce qui va suivre, de dire quelques mots sur certains éléments importants de mon parcours professionnel. À l'origine assistant de service social, j'ai eu l'occasion dans les années 85 à 90 de m'intéresser aux travaux de FREUD et de ses successeurs au travers d'une formation longue aboutissant à un diplôme de thérapeute de couple avec l'AFCCC². Ce fait en soi n'a pas d'intérêt dans le cadre de ce travail si ce n'est qu'il m'a fortement marqué à la fois personnellement et professionnellement. Bien que n'ayant pas exploité ce diplôme directement, je suis resté sensible et intéressé par la question du soin, de la prise en charge médicale et psychologique des individus et (très modestement) averti des phénomènes psychiques en jeux dans les relations et les groupes.

Ces éléments ont été longuement abordés à l'occasion de mon embauche et mesuré à l'aulne de la fonction de direction. J'ai été embauché clairement comme directeur adjoint avec des fonctions bien identifiées : gestion du personnel, gestion financière, conduite pédagogique de l'établissement, développement de projets ; mais avec cette sensibilité particulière qui est mienne et cette inévitable (et du coup souhaitée) coloration.

Je considère donc que ces caractéristiques font partie du projet de l'association, que celle-ci n'a pas embauché n'importe quel directeur adjoint et qu'une large part a été accordée à cette sensibilité dans l'objectif qui m'a été assigné et la fonction qui m'a été confiée ; fonction pensée et voulue par le directeur général, avec le soutien de l'association, dans une perspective de développement.

1.1.3 Une culture propre à l'établissement

Les éléments d'histoire qui précèdent montrent que l'établissement est imprégné d'une culture propre. Celle-ci influence le mode de prise en charge.

Cela dit, il est important de s'attarder sur cette notion de culture.

² Association Française des Centres de Consultation Conjugale, 19 rue Lacaze 78014 PARIS.

Selon le dictionnaire Larousse, la culture est « *un ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe* ».

Concernant notre CHRS, cette définition est à considérer selon deux angles d'approche en fonction de la dimension du groupe de référence.

Le premier « groupe » est constitué des acteurs internes du CHRS : association, direction, personnels et usagers en tant que bénéficiaires. Les phénomènes matériels et idéologiques forgés par l'histoire propre à l'établissement, par les choix associatifs successifs, témoignent de l'existence d'une culture et s'expriment par un mode de prise en charge très ouvert sur la notion de soins et une tolérance forte à la présence de personnes en grande difficulté sur le plan de leur santé mentale.

Cette culture interne est très largement admise et reconnue par les partenaires ; qu'ils soient administratifs : notre convention avec la DASS fait explicitement référence à la prise en charge des malades mentaux ; qu'ils soient techniques : le milieu hospitalier nous sollicite quotidiennement.

Le deuxième groupe est constitué de tous les membres du dispositif d'hébergement et d'accompagnement des personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement. Il s'agit du dispositif CHRS dans sa globalité. Nous en faisons partie. Ce groupe est régi par des règles définies par l'histoire et les évolutions de ce dispositif ; règles écrites et connues dans le cadre de textes législatifs afférents au secteur (articles 185 et suivants du code de l'aide sociale ; loi du 30/6/75 ; décret du 15/6/76 ; circulaire du 14/5/91 ; 22/5/95 ; loi du 29/7/98). Ces règles définissent la mission spécifique des centres d'hébergement et leur assignent un objectif de prise en charge sociale de leurs bénéficiaires, tout en laissant à chacun de ses membres le soin d'élaborer son projet spécifique.

J'ajoute que ce groupe emploie largement du personnel éducatif formé aux prises en charge sociale et non médicale.

C'est la combinaison de ces deux tendances culturelles, l'une plus confinée, plus intime, l'autre plus large et publique, qui forme la culture d'un établissement.

Le Foyer d'Accueil Féminin n'échappe pas à cette règle.

Ceci dit dans le cas qui nous intéresse nous verrons que ces deux tendances quoique l'une et l'autre bien affirmées ne sont pas vraiment en harmonie. Et que cette relative dysharmonie ne permet pas à l'établissement, dans l'état actuel des choses, de jouer pleinement son rôle et d'être à

la hauteur de son ambition : accueillir et accompagner vers un mieux être ceux que, dans le chapitre qui suit, nous allons tenter de mieux connaître.

1.2 La souffrance psycho-sociale, ceux qui la vivent.

À ce stade, il paraît nécessaire de s'attarder sur ce que signifie ce terme de souffrance psycho-sociale et surtout de bien saisir qui sont ceux qui en souffrent. Ce chapitre sera donc consacré à cette étude et fera référence à de nombreux travaux mais aussi à l'expérience du foyer d'accueil féminin et de ses acteurs.

Au préalable, il convient cependant de dire que ce terme, comme tant d'autres, est une métaphore destinée à tenter une médiation entre un phénomène et la compréhension que l'on peut en avoir. Ils ne rend qu'imparfaitement compte d'une réalité inquiétante qui ne se résout pas aux concepts habituels, qui ne cède pas à la facilité des signifiants déjà largement usités. Du coup, en tant que « monstre » fraîchement arrivé au rayon des nouveautés de l'évolution du langage, il est sujet à caution. De plus, sa durée de vie risque d'être courte tant ce type d'approche langagière est fragile. Sa disparition éventuelle se fera peut-être d'ailleurs au profit d'une nouveauté plus appropriée.

1.2.1 Conceptualisation et référence.

Conceptualiser cette notion nécessite avant tout de faire référence à de nombreux travaux qui tous soulignent à leur manière deux aspects fondamentaux :

Les personnes dont il est question ne sont pas des malades au sens strict du terme et leur souffrance n'est pas classable dans la nosographie actuelle et habituelle.

Le chef de file de cette acception de chose, celui qui me semble l'exprimer le plus clairement et le Docteur MAISONDIEU. : « *La société génère actuellement des exclus qui souffrent. Ceux-ci ne sont pas plus malades que les autres, mais la déqualification sociale qui n'est pas une maladie, peut rendre malade. Il ne s'agit dès lors plus d'ajouter une aliénation mentale à une aliénation sociale* »³.

³ MAISONDIEU Jean « psychiatrie des limites limites de la psychiatrie dans déqualification sociale et psychopathologie » acte du Colloque du Vinatier page 173.

Ces personnes souffrantes vivent et tentent de s'exprimer dans une sphère où en tant que « êtres bio-psycho-sociaux »⁴ ils ne trouvent plus aucun support. Ainsi, selon le Docteur GILLET « leurs symptômes rentrent en résonance avec la société moderne dont les utopies sont perdues (...) Du fait d'une société qui génère des exclus, il n'est plus possible de reconnaître le psychotique de son voisin dont l'exclusion aura généré des symptômes quasi identiques (...) Le désordre de son psychisme entre en résonance avec le désordre de la société »⁵.

Il existe donc une interaction forte entre souffrances psychiques et souffrances sociales. Toutes deux ayant comme substrat à la fois une certaine déréliction de la société incapable de « créer un tissu social, retrouver une nouvelle culture, inventer de nouvelles utopies »⁶, à la fois une histoire personnelle faite de drames et de perte au point que « l'histoire en tant qu'exclus fait identité (...) l'histoire traumatique est mieux que le chaos »⁷.

De fait, pour ces personnes, il n'y a pas « crise, rupture et dépassement »⁸, le dépassement signifiant une certaine capacité retrouvée à faire face aux événements de l'existence, mais rupture seulement avec perte totale d'idéal, présence forte d'un sentiment de honte, perte réelle des objets sociaux et persistance d'un état mélancolique dont le symptôme est une très vive souffrance psycho-sociale.

Parmi d'autres, trois ouvrages me paraissent exprimer de manière très intéressante cette notion. Il s'agit:

- Des deux actes des colloques du VINATIER autour desquels ont pu s'élaborer des échanges, des conceptions, tant de la part d'acteurs sociaux que médicaux.
- De l'ouvrage de B JOLIVET : «Du sanitaire au social en psychiatrie».
- Du rapport du haut comité de la santé publique : « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé ». (cf. bibliographie en fin d'ouvrage).

⁴ Dans son ouvrage « du sanitaire au social en psychiatrie Bernard JOLIVET montre bien l'intrication de ces trois composantes chez tout individu.

⁵ Michel GILLET « Malaise dans la civilisation, malaise dans la psychiatrie » Colloque du VINATIER page 189 – 195.

⁶ Idem

⁷ Rencontre avec le Docteur FURTOS à l'hôpital spécialisé du VINATIER (Lyon) le 2 février 1999.

⁸ Titre de l'ouvrage de René KAËS Collection DUNOD 1979.

1.2.2 Pourquoi parler de souffrance psycho-sociale

La souffrance psycho-sociale comprend trois acceptions mariées entre elles.

La première, « souffrance », nécessite un développement. Souffrance n'est pas un mot banal, il renvoie chacun à sa propre expérience, ce qui lui donne un caractère très subjectif . Du coup, lorsqu'il s'agit de parler de celle des autres, il existe un risque d'identification, voire d'appropriation, qui sied mal au nécessaire respect de l'altérité, valeur centrale en matière d'aide professionnelle. La souffrance peut donc être un écran irréductible dans l'établissement de la relation et des échanges qu'elle est censée rendre possible. Appeler quelqu'un «souffrant » n'est peut-être permis qu'en ayant pris soin de mener une réflexion sur la question de l'altérité, du visage de l'autre non réduit au miroir psychique que l'on est soi-même forcément dans l'expérience partagée de la souffrance.

Les deux autres termes se sont alliés et ne font plus qu'un : « psycho-sociale ».

Pourquoi ce mariage donc ? Il s'est fait par nécessité. Il existe parce qu'il a fallu nommer cette souffrance inconnue jusqu'alors (ou trop rare pour être prise en considération), souffrance à la frontière entre le médical et le social.

Selon le Docteur MAISONDIEU, depuis deux cents ans, la psychiatrie a créé « *une nosographie bétonnée, un panthéon de maladies codifiées et répertoriées ayant chacune sa personnalité et son mode de prise en charge*⁹ ». La psychiatrie s'est bâtie sur le modèle d'une spécialité médicale classique autour de ces supports nosographiques. Elle s'est donc naturellement érigée en spécialiste de la maladie, la souffrance en étant une conséquence normale et habituelle.

Le social s'est attaché à prendre en charge la non maladie. La notion d'accompagnement social est son corollaire : l'insertion repose, au moins en CHRS, sur la capacité de chacun à promouvoir sa propre potentialité en principe non bridée par une défaillance personnelle trop accentuée, perturbée en revanche par un contexte social et un environnement plus ou moins déstructuré. Il y a peu, aucun malade dûment reconnu comme tel, n'aurait trouvé à être accueilli en CHRS du fait même de sa maladie.

Mais voici que sont apparus des non malades porteurs de symptômes invalidants ou tout au moins fort mal acceptés par la société. Sont apparus des pseudo malades insoignables, non

⁹ Colloque FNARS de janvier 1995, intervention de Monsieur MAISONDIEU.

réinsérables, ceux-là même rapidement exclus des structures d'accueil et tout aussi vite renvoyés des services médicaux car n'y ayant pas leur place, (au sens traditionnel de place). Ces personnes ont bien vite été baptisées « souffrants », peut-être précisément parce qu'ils font souffrir les uns et les autres. Quoi qu'il en soit ces « nouveaux souffrants », à l'instar en leur temps des nouveaux pauvres, ont littéralement déstabilisé les certitudes et renversé les habitudes. Il a fallu créer quelque chose pour eux mais aussi pour faire face et se rassurer. Un mot est donc né du mariage de deux logiques interpellées et chancelantes, à défaut de meilleure réponse et en attendant mieux. Mot cependant nécessaire à la réflexion, à la maturation et aux élaborations des initiatives futures. Pour faire bonne mesure, les souffrants du départ, les pères en quelque sorte, ont hérité du qualificatif qu'ils ont contribué à créer. Ils sont devenus souffrants psycho-sociaux, eux même sujet de la souffrance psycho-sociale et bientôt objet de la « *clinique psycho-sociale*¹⁰ ». Faute de mieux, je reprends à mon compte l'ensemble de cette terminologie, lieu d'échange pour mon mémoire

1.2.3 Essai de conceptualisation sur la souffrance psycho-sociale au foyer d'accueil féminin

Confronté au quotidien à « *cette souffrance que l'on ne peut plus cacher*¹¹ » un certain nombre d'éducateurs de l'établissement se sont penchés avec moi sur cette notion.

Je souhaite verser au dossier de la conceptualisation de la souffrance psycho-sociale cette réflexion, comme un apport personnalisé original bien que très en lien avec les travaux évoqués précédemment :

« Les souffrants psycho-sociaux sont ceux que leur histoire n'a pas permis de se doter des moyens nécessaires à une saine adaptation aux perturbations de l'existence. Ils sont donc à la fois faibles, fragiles et rigides.

La crise et le contexte économique et de société actuelle aidant, ils sont confrontés à des perturbations majeures : solitude, chômage, déqualification, ruptures diverses et n'ont pas les étayages classiques des idéologies englobantes pour « se récupérer » : travail de base, travail à la chaîne, famille protectrice, religion ...

¹⁰ Rencontre avec le Docteur FUROTS du 2 février 1999.

¹¹ Titre du rapport LAZARUS.

Pour eux, le deuil assumé est un luxe de bien-portants, la normalité est une abstraction, l'insertion est une notion étrangère chérie des travailleurs sociaux et qui ne correspond à rien de ce qui fait leur préoccupation.

Beaucoup plus mélancoliques que violents, souvent très peu agressifs, ils « suent » la souffrance plus qu'ils ne l'expriment vraiment, tout au moins verbalement.

D'après ceux qui ont conceptualisé les choses, ils ne sont pas malades au sens classique du terme. De fait ils sont réfractaires à la nosographie orthodoxe mais aussi, malheureusement aux techniques thérapeutiques habituelles. Pourtant, bien que non officiellement malades, leur souffrance est telle que tout leur être exprime les affres de la maladie : dépression profonde, apragmatisme, incommunicabilité, perte durable des repères dans l'espace et dans le temps ... Ils ont des projets parce qu'on leur en demande et sont spécialistes de l'échec qui pourtant prend sens en ceci qu'ils actualisent en permanence les stigmates de leur propre histoire. Ils vont de crise en rupture mais n'atteignent pas le dépassement. Ils sont victimes d'une perte réelle des objets sociaux et secrètent la rupture du lien social. Ce qu'ils aiment, c'est être portés, contenus tout en s'en défendant. Ce qu'ils cherchent, c'est de ne plus voir, ne plus entendre, s'abstraire des contingences et des réalités ; réalités que l'on peut parfois appréhender à travers nos propres cauchemars : viol, inceste, désamour, séquestration, défiguration, démembrement. Telles sont nos terreurs nocturnes, telles sont leurs réalités vécues.

Ainsi, d'insertion au sens classique du terme, il n'en est pas question.

Quoi qu'il en soit, il est essentiel de réfléchir et de réagir à un phénomène qui concerne des personnes dans toute leur validité de citoyens et leur intégrité. Il est primordial de se souvenir que s'il y a hiatus, séisme consommé entre leur réalité et ce que l'on peut proposer, des voies peuvent être explorées, des initiatives prises, des rapprochements envisagés, des actes posés et ceux-ci non seulement pour, mais avec eux. »¹²

J'ajoute qu'en tant que directeur, il me paraît fondamental de pouvoir penser et réfléchir ensemble, avec les acteurs concernés par tel ou tel problème rencontré. C'est une grande richesse. Ce sera, entre autre, l'objet de la troisième partie de ce mémoire. Montrer qu'il faut aller dans ce sens, mais beaucoup plus loin.

Quant aux perspectives évoquées, elles aussi seront développées dans la troisième partie.

¹² Résumé des conclusions du groupe de travail : texte écrit par moi-même en 1998.

1.2.4 Exemple: trajectoire et tragédie.

Dans le souci de mieux faire comprendre qui sont ces personnes et ce qu'elles vivent, il me paraît nécessaire de raconter, telle que l'équipe éducative de l'établissement et moi-même avons pu l'appréhender, l'histoire de l'une d'entre elles.

Nous avons fait connaissance avec madame G. à l'occasion d'une demande exprimée par le service social de la maison d'arrêt voisine, afin d'envisager son accueil à l'issue de sa période d'incarcération. Lors de l'entretien d'admission cette personne nous a fait part de nombreuses difficultés sociales et d'une histoire perturbée notamment sur le plan affectif et familial. Par ailleurs elle semblait plutôt en bonne forme et capable de communiquer dans de bonnes conditions.

Elle a été admise dans l'établissement sans difficulté, correspondant bien aux critères classiques d'admission : relative autonomie apparente, capacité potentielle à se réinsérer, besoin d'hébergement et demande explicite d'accompagnement. Comme toute personne nouvellement admise, l'essentiel évidemment restait à faire. Mieux se connaître et cheminer ensemble vers une sortie la plus valorisée possible.

Le jour de son admission, elle a consommé des médicaments et a dû être hospitalisée. La période qui a suivi nous a montré à quel point cette dame se sentait profondément souffrante : ses comportements ont été caractérisés par une très forte dépendance affective, une impossibilité à gérer ses relations extérieures, une consommation boulimique de médicaments, un apragmatisme quasi constant, une alimentation et une hygiène lamentables.

Nous nous sommes penchés sur son histoire qui révèle un parcours très chaotique émaillé de pertes affectives et ceci dès l'enfance. L'échec est omniprésent et les ruptures sont vécues dans des violences extrêmes. Depuis plusieurs années se succèdent hospitalisations et périodes d'incarcération liée à des escroqueries. Ses trois enfants sont placés.

Nos tentatives de stimulation active en direction d'une activité, de loisirs, d'une prise en charge par un nutritionniste, se sont soldées par un échec. Madame G. se met en danger en permanence dans ses relations et subit pour la nième fois des violences. Tous les quinze jours environ nous devons la faire hospitaliser. Elle revient en meilleure forme puis se dégrade à nouveaux presque aussitôt.

Madame G. est pitoyable, ne se dit jamais responsable de rien, semble toujours d'accord avec tout le monde, ne prend aucune initiative.

Nous comprenons petit à petit que les seuls endroits où elle est bien, sont ceux où elle n'a pas besoin de penser : l'hôpital et la prison en sont les modèles.

Elle passe quinze bonnes journées dans une maison d'accueil et de repos où elle est totalement prise en charge et pratiquement « bercée », mais cela ne peut durer.

Cette personne examinée par de multiples professionnels tant médicaux que sociaux, paraît inclassable. Elle n'a aucune maladie répertoriée ni toxicomanie au sens médical du terme. Elle ne présente pas la moindre déficience intellectuelle. Sur le plan social aucune tentative d'accompagnement vers un peu d'autonomie n'est envisageable. Tous les partenaires sont d'accord, il n'est pas question de la laisser seule dans un logement et elle ne peut réellement pas travailler (des tentatives sont restées infructueuses) ; elle n'a par ailleurs de handicap ni physique, ni mental.

La seule chose certaine est qu'elle souffre profondément.

Que faire alors de et pour cette personne ? Quelle orientation envisager ? Où se situe son propre désir ? Que peuvent, seul, l'hôpital, le CHRS ?

Pour l'instant elle « réside » à l'hôpital et nous avons mis fin à sa prise en charge. Solution insatisfaisante qui laisse tout le monde mal à l'aise. Cela dit, si elle ne peut prendre en charge son propre destin, qui peut ou doit le faire à sa place ?

L'histoire de cette personne, trop vite exprimée, rend selon moi assez bien compte de ce que peut être la souffrance psycho-sociale.

1.2.5 Impact quantitatif de la souffrance psycho-sociale au foyer d'accueil féminin et origines des demandes

Avant 1990 l'accueil de ce type de personnes pouvait être considéré comme tout à fait marginal. Les liens partenariaux avec le secteur hospitalier restaient cantonnés aux nécessités et événements médicaux dans le cadre des prises en charge. Les services hospitaliers n'exprimaient pas de demande d'hébergement pour des personnes en situation de soin.

Ce n'est qu'à partir de 91 qu'a commencé à se faire sentir l'expression d'un besoin comprenant cette dimension de la souffrance psycho-sociale ; à la fois de la part des usagers ; à la fois de la

part des partenaires hospitaliers, trouvant dans le CHRS et sa capacité d'accueil et d'accompagnement un exécutoire, ou une certaine logique à la continuité d'une prise en charge médicale insatisfaisante.

Cette pression n'a depuis, pas cessé de croître, s'augmentant nettement du fait de la qualité du partenariat établi au moment de la création du service d'accompagnement ambulatoire des sortants d'unité de soins spécialisés.

À ce propos, il me paraît significatif de signaler qu'en 1996, l'hôpital a réalisé un document d'évaluation du partenariat local. Nous sommes les seuls à avoir obtenu les « trois étoiles ». Ceci nous a bien sûr amusé et a sans doute flatté notre ego. Cependant, et plus sérieusement, cela montre à quel point le fait de répondre aux besoins exprimés, provoque un soulagement important d'une institution confrontée à une difficulté particulière, soulagement exprimé ici par une satisfaction.

Cette pression ne peut être aujourd'hui valablement chiffrée. Il serait très hasardeux de dire « Il y a eu telle année tant de souffrants psycho-sociaux ». Cette notion est trop aléatoire pour faire l'objet d'une comptabilisation.

Notons cependant qu'à certaines périodes, elle concerne certainement plus de la moitié de l'effectif de l'établissement.

1.3 Deux modes de prise en charge en présence

Nous venons de le voir, la souffrance psycho-sociale a fait irruption au foyer d'accueil féminin et ceci de manière massive.

Sous ma responsabilité de directeur, augmentée par la sensibilité à laquelle j'ai fait référence (voir §1.1.2), l'établissement a accepté de recevoir cette population nouvelle et cependant dérangeante, fidèle en cela à la vocation première des CHRS qui, comme je l'ai rappelé, implique une ouverture à toutes nouvelles formes de pauvreté. Celle-ci en est une.

Mais si cette ouverture est louable en soi, elle ne peut être une réponse satisfaisante et se suffire à elle-même. Nous verrons dans la deuxième partie que les conséquences de cette ouverture sont nombreuses et que cela implique une véritable remise à plat de l'organisation matérielle et pédagogique.

Avant cela et dans le souci de compléter cette première partie dont la vocation est de présenter le plus clairement possible le contexte, il convient de préciser comment sont prises en charge dans l'état actuel des choses, ces personnes.

1/3/1L'accompagnement social.

« La dimension étymologique de l'accompagnement (le partage du pain) est présent au moins comme symbole si ce n'est comme éthique dans l'action sociale »¹³. Cette affirmation est vraie sans doute et moteur dans l'avènement progressif de cette dimension particulière du travail en CHRS. La réalité a anticipé les textes dans les années soixante, forte de la nécessité non seulement d'héberger des personnes mais encore de les mener vers une certaine autonomie.

Le développement de l'accompagnement est donc allé de paire avec la professionnalisation des structures, professionnalisation marquée par l'avènement massif des personnels éducatifs dont la culture est fortement imprégnée de la dimension de l'accompagnement.

Cela dit, actuellement dans les CHRS, accompagnement ne signifie pas seulement « partager le pain ». La nécessité de l'accompagnement social est conditionnée par une obligation : celle de réinsérer les usagers. Cette obligation est inscrite dans la dénomination même des établissements. Il ne s'agit donc plus de se borner au sens étymologique de l'accompagnement mais de passer contrat (à l'instar du RMI) en vue d'atteindre un but : réinsérer, être réinséré ou se réinsérer, selon le point de vue du protagoniste.

En 1991, c'est dans cet esprit que j'ai piloté la réflexion et la rédaction du projet d'établissement, et celui-ci, accepté par la DDASS, porté en annexe à notre convention, est bien dans la ligne actuelle de l'ensemble du dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale.

Au foyer d'accueil féminin, l'accompagnement s'adresse donc à des personnes non handicapées, capables d'assurer par elle-même leurs déplacements, leur alimentation, leur hygiène, de prendre un minimum de décisions les concernant, susceptibles à terme d'assumer les conditions de leurs propres revenus et de leur propre logement. Il s'adresse donc a priori à des « accidentés de la vie » dont le traumatisme et ses manifestations sont susceptibles d'évoluer vers un retour à la normale, vers un accès aux grands dénominateurs communs de l'insertion fort bien symbolisés par les politiques sociales actuelles : logement et insertion professionnelle en tête.

¹³ « Dictionnaire critique d'action sociale » Collection Travail Social Bayard Edition page 16.

Le travail d'accompagnement se caractérise par l'exercice d'un soutien et d'un conseil sans se substituer, sauf exception, au libre arbitre des personnes dans le respect de leur liberté et de leur citoyenneté. Tout ceci est concrétisé par la signature (qu'il faut pouvoir apposer en principe librement) d'un contrat basé sur la reconnaissance des statuts de chacun et une réelle confiance mutuelle, contrat à durée limitée conformément aux prises en charge d'aide sociale (six mois).

Bien entendu un tel projet d'établissement est toujours un peu idéal. Il s'agit d'une intention.

Il n'en n'est pas moins une référence essentielle tant à l'interne que vis-à-vis des partenaires extérieurs. Une forme simplifiée du projet avait d'ailleurs été rédigée à leur intention ainsi qu'une plaquette s'en inspirant.

Aujourd'hui, ce projet et l'ensemble de l'organisation matérielle et pédagogique qui en découle est toujours en vigueur. C'est dans ce contexte que sont accueillis les souffrants psycho-sociaux dans l'établissement même si, bien entendu, les nombreux problèmes que ces accueils posent, nous poussent à réagir et, en ce qui me concerne, motive ce présent travail évidemment très en lien avec la réalité concrète (voir deuxième et troisième partie).

1.3.2 Le soin médical.

L'autre mode de prise en charge auquel ces personnes peuvent prétendre consiste en un soin médical.

Bien entendu, celui-ci ne peut s'exercer au sein du CHRS dont ce n'est pas la vocation.

Le projet d'établissement est parfaitement clair dans ce sens : l'exercice du soin médical et l'affaire du monde médical est donc pour nous, en tant qu'accompagnateur social, affaire de partenariat.

Accueillis dans le CHRS et accompagnés dans ce cadre, les souffrants psycho-sociaux sont également l'objet de soins médicaux.

Ceux-ci s'exercent essentiellement sous forme de ce que B. JOLIVET appelle « *le soin curatif* »¹⁴ qui, à mon sens, décrit fort bien sur le plan local ce que vivent ces personnes.

Ces soins peuvent être exercés soit dans le cadre d'une hospitalisation, en ambulatoire, soit encore en médecine de ville.

¹⁴ B. JOLIVET « Parcours du sanitaire au social en psychiatrie » Edition FRISON ROCHE 1995 – page 21 et suivantes.

Ces soins sont caractérisés par une recherche de guérison. La personne traitée est donc assimilée à un malade à intégrer dans un système de soins, système décrit dans cet ouvrage et me semble-t-il marqué par un gigantisme institutionnel¹⁵ qui favorise les habitudes et les dogmes. Le docteur MAISONDIEU à ce propos parle de la psychiatrie comme d'une « *vieille dame obsolète enfermée dans ses logiques de pathologie* »¹⁶. De fait, le traitement médicamenteux est le support de cette logique, celui-ci ayant pour fonction d'éteindre ou d'atténuer le symptôme, de donner au sujet un mieux être certes indispensable, mais risquant de masquer la souffrance en tant que telle. La guérison est alors assimilée à la disparition des symptômes.

Les souffrants psycho-sociaux dont il est question ici, s'ils sont accueillis, le sont « à rebrousse poil » de cette logique institutionnelle, les psychiatres soit se défendant de prendre en charge une souffrance inclassable, soit la classant au risque de psychiatriser la personne. Quoi qu'il en soit, tous se rendent bien compte qu'il y a quelque chose à faire, mais quoi ?

Dans le contexte qui est le nôtre localement, c'est bien comme cela que se passe la prise en charge médicale. Ceci ne veut pas dire que les soins donnés sont de mauvaise qualité et n'insinue en rien que les praticiens en question soient incompetents. Ils sont pris et formés dans cette logique institutionnelle et disposent d'un arsenal curatif qui ne peut s'adresser efficacement qu'à des malades et non à une souffrance psycho-sociale.

Le docteur MAISONDIEU rappelle que « *la psychiatrie n'a pas à s'occuper des pauvres en tant que tels, car la misère n'a rien à voir avec l'aliénation mentale* »¹⁷. À titre d'exemple, il stipule que « *la désespérance est un pénible sentiment de tristesse et d'anxiété qu'il est impératif de différencier d'un état dépressif* »¹⁸. Dans son rapport le docteur LAZARUS évoque en écho « *il est impossible de distinguer les dépressions des situations de désespérances, cela dit, les deux ne relèvent pas du même traitement* »¹⁹. Mais alors la question se pose de savoir qui peut et comment soigner la désespérance .

Appuyons nous sur l'exemple de Madame G. précédemment évoqué (voir § 1.2.4) ; chez elle, le soin médical est quasi permanent sous forme de traitement ; j'oserais dire de « matraque thérapeutique » ainsi que sous forme d'hospitalisation à répétition. Les soins médicaux ont leur place dans l'histoire de cette personne mais celle-ci n'en retrouve pas pour autant une place bien

¹⁵ Expression traduisant l'impression laissée par le chapitre II de l'ouvrage de B. JOLIVET déjà cité.

¹⁶ Colloque FNARS déjà cité.

¹⁷ Colloque du VINATIER page 119.

¹⁸ Idem

¹⁹ Rapport LAZARUS.

à elle où elle pourrait se sentir ne fût-ce que mieux dans la communauté des vivants ; sa désespérance reste entière. Ainsi elle se replie, bien que soignée, dans une forme d' « *inhibition affectivo-cognitive* » qui frôle parfois « *l'anesthésie sensorielle et le refus de penser* »²⁰.

1.3.3 Deux logiques autonomes:

La logique de l'accompagnement social et celle du soin dans la réalité vécue au quotidien dans l'établissement ne s'excluent pas, mais elles s'expriment séparément selon des règles propres, forgées par des aspects historiques et des habitudes très indépendantes.

Tout se passe comme si les souffrants psycho-sociaux se voyaient dotés d'un double appareillage nécessaire mais dont les principes actifs censés être complémentaires, agiraient trop indépendamment. Selon l'expression d'un membre du personnel de l'établissement : « les béquilles existent mais elles ne sont pas de la même longueur ».

Ainsi le monde du social et celui du médical ne s'ignorent pas. Ils tentent de communiquer, de se respecter. Un véritable partenariat existe mais il reste très empirique et dépend beaucoup des hommes et de leur personnalité. Les conséquences sont de deux ordres :

La souffrance psycho-sociale est mal accompagnée et il n'existe pas, à l'heure actuelle, de prise en charge réellement adaptée à ce qu'est profondément cette souffrance.

Le haut comité à la santé publique dans son rapport confirme que ces souffrances « *ne sont traitées ni par les dispositifs sociaux ni par les psychiatres* »²¹. Le soin médical et l'accompagnement social en CHRS ne sont pas, même en lien, des réponses satisfaisantes.

Il existe cependant un formidable terreau pour aller de l'avant, au bénéfice de cette nouvelle forme de la pauvreté.

Au cours de cette première partie, j'ai tenté de mettre en lumière les éléments du paysage. Paysage à la fois modelé par l'histoire et par les hommes qui la font.

Ainsi avons-nous parcouru quelques grandes étapes significatives de l'évolution du foyer d'accueil féminin, établissement à la fois pris et entraîné par un contexte général propre au dispositif d'hébergement et pétri par le dynamisme de ses acteurs et de ses partenaires locaux. Etablissement confronté surtout à la demande de personnes dont le besoin évolue, et dont les

²⁰ Rencontre avec le Docteur FURTOS du 2 février 1999.

²¹ Rapport du Haut Comité à la santé publique « la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » Editions ENSP page 157

souffrances individuelles peuvent être considérées comme la marque des dysfonctionnements de la société.

Nous avons tenté aussi de faire connaissance plus particulièrement avec certaines d'entre elles : celles spécifiquement marquées par cette souffrance psychosociale ; notion laborieuse et insatisfaisante qui tente de rendre compte d'une réalité qui dérange et laisse mal à l'aise tant elle est à la fois concrète et cependant indéfinissable, à la marge entre une pauvreté objective et un mal être très intime.

L'avènement, l'irruption de cette souffrance et de ceux qui la portent, interroge violemment les modes de prise en charge habituels qui, bien que très imparfaits, ont par ailleurs fait leurs preuves. Au-delà de ces prises en charge, c'est toute la structure qui est mise à l'épreuve et jusqu'à l'identité même des fonctionnements et des savoir-faire.

Tout cela n'est donc pas sans conséquence.

En tant que directeur de l'établissement, avant d'envisager des actions, objet de la troisième partie de ce travail, il me paraît important d'analyser les conséquences et d'envisager les modalités et l'état d'esprit qui peuvent présider aux réactions que ces conséquences entraînent. C'est sur cette voie que je me propose d'engager le lecteur dans cette deuxième partie.

2 CONSEQUENCES ET REACTIONS

La présence prégnante de personnes telles que je les ai définies dans la première partie porte largement à conséquence dans le fonctionnement des équipes tant médicales que sociales chargées des prises en charge. Plus que cela, elle atteint jusqu'à l'identité de ses équipes et de chacun de ses membres ; remettant en question les connaissances, les savoir-faire, le cadre et les habitudes prises. Ce sont donc les projets qui sont atteints, non par une sorte de « maladie » dont il serait nécessaire de se guérir, mais par une réalité peut-être non souhaitée mais en tout cas inéluctable et bien présente.

Les conséquences touchent le CHRS bien entendu mais aussi les équipes soignantes hospitalières. Les modalités partenariales établies sont donc elles aussi interpellées. Le directeur que je suis, soucieux de la qualité de l'accueil et des prises en charge se doit de créer les

conditions nécessaires pour que les différents acteurs concernés tant à l'interne que dans le cadre environnemental puissent réagir.

2/1 Les conséquences

Ce chapitre sera consacré à la nécessaire analyse des conséquences. Certaines d'entre elles, nous le verrons, ont un caractère quelque peu dépressif, un peu comme si la mélancolie ambiante, signe visible et permanent de la souffrance psycho-sociale avait tendance à déteindre sur les hommes et les structures. C'est probablement le cas car la souffrance ne laisse pas indemne. Cela peut être aussi le signe que ces hommes et ces structures ne sont pas indifférents et que atteintes dans leur intimité, fût-elle professionnelle, ils sont avec moi aussi placés dans une position éminemment positive de devoir dépasser cette mélancolie. Lors d'un entretien que j'ai eu avec le docteur FURTOS²², celui-ci insistait sur la nécessité pour les équipes de « *fuir et dépasser la mélancolie* ».

2.1.1 Malaise et souffrance dans les équipes

Il me semble que c'est en observant et en écoutant les équipes professionnelles en contact direct avec ces populations que l'on peut le mieux cerner certaines des conséquences dites « mélancoliques ». J'attache une grande importance dans ma fonction de direction à ce que vivent et expriment ceux qui travaillent avec moi. Les sentiments exprimés, bien loin d'être perçus comme une plainte systématique ou une trop facile « résistance au changement » notion commode mais insoutenable dans le cas présent, sont au contraire le point de départ de la compréhension des problèmes et des solutions à mettre en œuvre.

Au foyer d'accueil féminin les réactions de l'équipe sont caractérisées par une perte de repères et d'identité. La plainte de base récurante depuis qu'est apparu en nombre ce nouveau public est tout entière symbolisée par l'affirmation suivante à propos d'usagers accueillis porteurs de cette souffrance : « **cette personne n'a rien à faire dans l'établissement** ».

Que peut-on entendre dans cette phrase maintes fois exprimée ?

- Certainement en premier lieu une lassitude et un sentiment d'impuissance renforcé par le souhait d'être éloigné d'une problématique qui inquiète.

- Sans doute également l'impression que la personne concernée, du fait de son attitude, de ses symptômes, de son comportement, n'est pas répertoriée dans le public habituellement admis en CHRS : lieu de la réinsertion donc de l'action.

- De fait : le sentiment d'une anomalie, de la caducité d'une situation non conforme à un cadre institutionnel, à une mission par ailleurs définie au service de laquelle l'équipe était jusqu'alors bien en phase et se pensait aguerrie.

Sans doute bien d'autres choses encore, plus intimes et donc plus difficiles à exprimer touchant à la proximité des symptômes en jeu, ce qui pose inévitablement la question de la part que prend l'accompagnement social dans la question du soin : un éducateur est-il un soignant, ou un co-soignant dans une mission qui n'aurait plus pour vocation de réinsérer mais de soigner ?

Cette affirmation qui peut recevoir bien d'autres interprétations est donc parfaitement légitime. Elle est le témoin d'une souffrance et d'un malaise que je me propose d'approfondir. Disons simplement d'ores et déjà qu'elle est à la fois vraie et fausse.

- Vraie en ceci qu'elle pose de véritables questions dérangeantes et impossibles à éluder ; questions sources de réflexions et de progrès possibles ; questions qui éveillent l'intérêt et montrent que les acteurs de l'accompagnement ne se taisent pas, se taire étant alors la véritable marque de la mélancolie et de l'inhibition.

- Fausse en ceci qu'il n'est pas vrai que la personne n'a rien à faire dans l'établissement. Un CHRS, nous l'avons vu dans la première partie, a vocation à accueillir toute personne en situation de détresse sociale. Celles-ci en font partie et sauf exception vite repérée, elles ne peuvent être réduites à leur propre symptôme et identifiées à eux. « *Quand un être est désigné par le dispositif qui s'applique à lui, par le diagnostic médical, par une difficulté qu'il rencontre et que cela ne me choque pas, c'est que je suis devenu moi-même un infirme du discours* »²³.

Nous voici donc placés devant cette ambiguïté ou, engendrés par une affirmation légitime, le vrai et le faux se côtoient.

Ne faut-il pas alors simplement dire que ces personnes ont une légitimité à être accueillies dans l'établissement mais que celui-ci a, en lien avec ses partenaires, un long chemin à parcourir pour que ces accueils soient source de mieux-être pour les usagers dans un cadre rénové pour les acteurs ?

²² Entretien du 2 février 1999 au VINATIER.

²³ Jean AFCHAIN « Les associations d'action sociale » Editions DUNOS page 182.

2.1.2 Un sentiment de déqualification professionnelle

Cependant, au-delà de ces questionnements un peu rassurants parce que ouvrant des horizons, le fait est que les équipes professionnelles vivent un pénible sentiment de déqualification professionnelle .

Je parle de l'équipe éducative de l'établissement mais aussi, à l'égard de la souffrance psychosociale, des équipes soignantes hospitalières.

Concernant l'équipe du foyer, nous avons vu qu'elle avait pour vocation d'accompagner des

personnes en difficulté sociale vers un « mieux-être » qualifié à la fois par les textes législatifs, la convention de l'établissement et son projet de réinsertion.

La formation des professionnels repose à la fois sur une connaissance des dispositifs d'insertion et sur une culture qui les prédispose à la mise en action.

L'insertion est donc étroitement liée à des actes concrets au profit des usagers : trouver un travail, se former, obtenir des revenus, faire valoir des droits, se loger. Cela n'enlève rien à leur capacité d'écoute et à la nécessaire empathie à l'égard des usagers, partie de l'accompagnement où l'on « partage le pain ».

C'est dire à quel point ce travail et le cadre mis en place autour de lui sont tout entiers orientés vers une certaine dynamique où les difficultés rencontrées dans le cadre des prise en charge n'empêchent pas celles-ci d'aboutir à un résultat tangible.

Face à la souffrance psycho-sociale, à ses conséquences caractérisées par la lenteur, l'inaction, la mise en échec répétée, le poids parfois insupportable de ses symptômes, la prééminence d'aspects pathologiques, le confinement à l'intérieur de l'établissement des difficultés, l'équipe professionnelle se sent quelque peu désarmée et sans doute également découragée.

Je dirais qu'elle ne « sent » plus sa mission d'origine pour laquelle elle a été formée et vis-à-vis de laquelle elle s'est engagée de par son contrat de travail.

L'affirmation selon laquelle ce public « n'a rien à faire dans l'établissement » peut être exprimée autrement : qu'avons-nous, que pouvons-nous faire avec et pour ces usagers ? Plus fort même : avons-nous encore une utilité ?

Je souhaite illustrer ceci par une anecdote qui me paraît très parlante. A l'occasion d'une réunion de synthèse, l'un des éducateurs quelque peu excédé après une nuit passée dans l'établissement s'est présenté en réunion déguisé en infirmier !

Au-delà du sentiment de déqualifications professionnelle, il s'agit selon moi d'une réalité. C'est un fait que l'équipe, telle qu'elle est formée, telle qu'elle est encadrée, y compris par moi-même et malgré des progrès et une réflexion très active est concrètement confrontée à un décalage entre une partie importante du public accueilli et ses propres capacités à remplir sa mission.

Les équipes hospitalières semblent prises par des réalités similaires. En effet, on demande souvent au psychiatre d'intervenir. Lui-même se demande « *quel jeu on veut lui faire jouer* »²⁴ nous verrons plus loin (§2.1.5) que l'hôpital vit actuellement une certaine crise d'identité face à ce problème

. Dans son rapport, le haut comité de la santé publique vient largement renforcer et cautionner ces observations par trop locales : « *mal-être et souffrance psychique représentent des notions difficiles à cerner, mal identifiées, mais pesantes et perturbantes. Comme telles, elles peuvent être rejetées par une vision positiviste : je ne sais pas le définir donc ça n'existe pas. Malgré tout, ce concept semble indispensable pour comprendre la réalité quotidienne des personnes : les symptômes personnels et sociaux sont à la fois l'expression de cette souffrance et les facteurs de son aggravation. Mais la difficulté à cerner le concept produit chez les différents intervenants une attitude voire bien souvent un désarroi devant l'inefficacité des différents outils techniques et sociaux dont ils disposent* »²⁵.

Cette remarque du haut comité montre que le problème n'est pas circonscrit à notre seul établissement. Surtout, elle montre une prise de conscience au niveau des plus hautes instances qui laissent présager bien du possible et localement l'espoir de réelles améliorations. Mon rôle est de les rendre possibles.

2.1.3 Entre l'hôpital et le CHRS qui fait quoi ? Qui est qui ?

Ce malaise et cette souffrance des équipes, cette relative déqualification professionnelle conduit dans le cadre des prises en charge de la souffrance psychosociale à une certaine confusion des rôles. Le docteur GILLET met en garde contre « *la dilution de la psychiatrie dans le social* » Il

²⁴ Rencontre avec Messieurs FURTOS et GILLET au VINATIER le 2 février 1999.

²⁵ Rapport du Haut Comité à la santé publique page 100..

est possible de soutenir l'inverse. Sa mise en garde ne semble pas vaine car c'est tout de même un peu ce qui se passe : face à un certain sentiment d'incompétence et de « *l'inefficacité des outils techniques et sociaux* » la tentation est grande de compter sur l'autre pour régler le problème.

L'hôpital compte sur le CHRS pour restaurer un environnement social avec la personne souffrante, celle-ci n'ayant en principe, en dehors d'un suivi médical ambulatoire, plus besoin d'une hospitalisation ou tout au moins sortant du cadre habituel de l'hospitalisation.

Le CHRS ne trouve pas les moyens d'accomplir sa mission une fois les personnes dans les murs, celles-ci étant trop mal à l'aise, trop dépendantes pour les raisons que nous avons évoquées dans la première partie.

Le risque de cette dilution évoquée par le docteur GILLET ne consiste donc pas à se prendre pour l'autre ou à penser que tout le monde doit faire la même chose. Il s'agit plutôt de penser que l'on ne peut pas faire grand chose et que l'autre, le partenaire miracle, pourra régler les problèmes.

Le cas de Madame G. évoqué en première partie est éloquent à cet égard. Celle-ci a réalisé plusieurs allers et retours entre notre établissement et le secteur hospitalier et à l'occasion de chacun de ces mouvements, nous avons l'impression que quelque chose allait être soigné permettant enfin de faire un travail concret et efficace.

2.1.4 Etude de quelques conséquences pratiques

Dans le cadre du CHRS, je souhaiterais aborder trois conséquences auxquelles je dois être particulièrement sensible.

La première est celle qui concerne le projet d'établissement. Celui-ci, rédigé en 1991 et malgré plusieurs adaptations successives, se trouve actuellement quelque peu coupé de la réalité bien qu'étant encore tout à fait valide dans ses grands objectifs.

Il repose sur des « principes fondamentaux » soit donc :

- Le respect de la primauté de l'usager, de sa liberté.
- Le fait d'assurer une sécurité matérielle, psychologique, affective.
- L'organisation d'un cadre propice à l'accompagnement social.
- L'affirmation selon laquelle le passage en CHRS est une étape.

- La définition du rôle de l'équipe éducative centrée sur l'émergence et la réalisation des projets des personnes hébergées.

Tout cela reste parfaitement d'actualité. C'est la vocation même du CHRS qui est ainsi décrite, renforcée en cela par les circulaires récentes (91 et 95) ainsi que par la loi contre les exclusions (loi du 29 juillet 98) qui insiste à juste titre sur la qualité de citoyen des usagers et renforce les conditions d'accueil dans un esprit de respect de leur intégrité.

Par contre, les options pédagogiques mises en œuvre à l'origine pour des personnes plus valides, davantage autonomes et essentiellement basées sur un accompagnement individualisé, le principe selon lequel la personne accompagnée est susceptible de s'assumer dans sa vie quotidienne ne sont plus valables pour les bénéficiaires dont la souffrance psycho-sociale est par trop invalidante.

Ceci nous amène à évoquer la deuxième conséquence : l'organisation, les moyens mis en œuvre sont pour partie mal ou inadaptés.

En effet, tout a été conçu dans l'organisation du bâtiment pour que les personnes disposent d'un maximum d'autonomie : la chambre est un lieu privé, chacun s'occupe de faire ses courses, son repas, et s'il y a lieu de son traitement médical, prend ses dispositions pour ses déplacements. Par ailleurs, l'équipe éducative est organisée pour assurer un suivi individualisé. Il y a donc peu de place pour la gestion au quotidien de la vie collective du foyer. Il y aurait manifestement besoin d'une présence beaucoup plus importante pour l'accompagnement de ce quotidien : ménage, prise en compte de l'alimentation, gestion de l'ennui pour des personnes souvent durablement inoccupées, entretien de l'espace privé qu'est la chambre...

De plus, ce n'est qu'un exemple, nous restons consciemment en infraction avec le décret de mars 93²⁶ et prenons le risque de gérer la distribution de médicaments pour des personnes qui au moins temporairement ne le peuvent pas²⁷...

Tout cela induit, et c'est la troisième conséquence, un sentiment de « bricolage » dans l'organisation. Le personnel se plaint et souffre à juste titre de « faire du neuf avec du vieux », selon sa propre expression.

²⁶ Décret de mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

²⁷ Cette affirmation est quelque peu tempérée par une circulaire N° 99/320 du 4 juin 1999 qui stipule que la distribution de médicaments peut être assimilée à un acte de la vie courante. Cela dit, le décret n'est à ce jour pas modifié.

2.1.5 Du côté de l'hôpital : une crise d'identité.

Il n'est pas dans mes intentions ni surtout dans mes compétences de faire une analyse scientifique de la crise d'identité que me semble vivre la psychiatrie publique. Il s'agit surtout pour moi, de la place où je me trouve, de montrer par de nombreux signes que cette crise existe bien et que les acteurs de la psychiatrie publique sont eux aussi dans de grandes difficultés face à la prise en charge de la souffrance psycho-sociale :

A l'occasion d'une rencontre avec des psychiatres et des responsables de l'hôpital du VINATIER²⁸, ceux-ci ont très largement exprimé leur désarroi : *« on charge la barque au maximum »* ont-ils dit. *« On demande au psychiatre d'intervenir pour tout et on l'investit de la question sociale, de celle de la toxicomanie »*. *« La conférence régionale de santé nous demande de nous occuper de l'exclusion, de l'adolescence, de la vieillesse (...) quel jeu veut-on nous faire jouer ? »*

Ils concluent en affirmant : *« la psychiatrie a sa place à condition de ne pas être seul, nous refusons les réponses totalitaires »*.

Par ailleurs s'appuyant sur une étude dont je n'ai malheureusement pas demandé la référence, ils se plaignent de la décroissance progressive des effectifs pronostiquant la baisse dramatique des psychiatres hospitaliers (moins de 2.000 en 2015 contre 6.000 aujourd'hui) remplacés peu à peu par des internes généralistes (cela se vérifie sur le plan local). Sur le seul hôpital du VINATIER, on compte soixante-dix infirmiers de moins en 10 ans.

Bernard JOLIVET²⁹ reprend à son compte l'expression de ce malaise mettant en garde contre la *« mode des hospitalisations trop courtes »* et des dangers de ce qu'il appelle *« les laveries sanitaires »* : terme fort et peu banal qui appelle à considérer que *« l'hospitalisation peut être un moment fécond dans l'itinéraire de certains malades »*.

Rappelons que Monsieur MAISONDIEU parle de la psychiatrie comme *« d'une vieille dame obsolète »*³⁰.

²⁸ Rencontre au VINATIER du 2 février 1999.

²⁹ Bernard JOLIVET, ouvrage déjà cité, pages 48-49.

³⁰ Cf. note page 23.

G. PERRET³¹, face à la détresse psychosociale « *ne peut que constater l'impuissance, l'inefficacité des dispositifs existants* »

A. PIQUARD GAUVIN³² assiste à « *une psychiatrisation comme réponse à un malaise social* ».

M. GILLET³³ de son côté s'inquiète des impasses actuelles de la psychiatrie qu'il classe en trois catégories : « *la crispation sur une psychiatrie biologique, un risque de retour à l'asile, une dilution de la psychiatrie dans le social.* »

Sur le plan local, dans nos relations partenariales avec l'hôpital, je sens les mêmes inquiétudes : le CPOM³⁴ récemment signé prévoit une diminution du nombre de lits d'hospitalisation déjà jugés insuffisants et prévoit une réflexion sur la mise en œuvre de structures alternatives sans les inclure dans les objectifs financiers. Dans l'article du journal local relatant la signature du CPOM et la récente visite de l'ARH³⁵ : « *Pas un mot sur la psychiatrie* » se plaignent les soignants que nous côtoyons. Enfin, à l'occasion de nombreuses discussions, on sent très bien le désarroi des équipes soignantes face à la souffrance psycho-sociale et ses manifestations, ne sachant pas, au-delà des soins, véritablement « prendre soin » des personnes concernées.

(voir à ce propos dans cette deuxième partie le chapitre 2.1.7)

2.1.6 Malgré la volonté d'avancer, il existe un conflit de culture.

« *Le cloisonnement parfois hermétique de certains dispositifs et l'habitude de travailler presque exclusivement dans son domaine de compétence sont aujourd'hui l'un des obstacles majeurs à une meilleure prise en charge des problèmes de nature médico-sociale* »³⁶.

C'est bien de ce constat qui concerne les habitudes et les cultures plus que les hommes pris individuellement que s'est imposée pour moi la nécessité d'employer dans le titre de ce mémoire le mot « réconcilier ». En effet, il y a bien conflit ; non au sens de guerre ou de volonté de destruction mutuelle, mais davantage de la poursuite de logiques fermées. Le sanitaire et le social sont l'un comme l'autre acteurs de la mise en place d'une relation d'aide. Cette notion est entendue de part et d'autre selon des cultures, des habitudes, des techniques assez fondamentalement différentes. L'une reposant sur la recherche de guérison obtenue de manière assez instrumentale, l'autre s'appuyant sur l'accompagnement de personnes cheminant en

³¹ Colloque du VINATIER page 121, page 138, pages 194-195.

³² Idem

³³ Idem

³⁴ CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

³⁵ ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation.

principe vers une autonomie sociale (voir 1ère partie). Le conflit existe dès lors que ces logiques se confrontent à la nécessité de prendre en charge les mêmes personnes. C'est alors qu'apparaissent malgré de bonnes relations individuelles et beaucoup de civilité certaines formes d'incommunicabilité qui, souvent, risquent de renforcer chacun dans un sentiment d'échec, de déqualification professionnelle, voire de déclencher des inquiétudes concernant sa propre disparition ; sentiment ressenti par la psychiatrie actuellement comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent.

C'est pourquoi je m'associe pleinement aux conclusions du haut comité à la santé publique lorsqu'il juge « *nécessaire de prendre des mesures permettant le développement d'une nouvelle culture concernant essentiellement l'administration, les milieux professionnels du secteur social ou sanitaire* »³⁷.

2.1.7 Au final : une population dont on ne prend globalement pas soin.

Si l'on considère les moyens mis en œuvre, les souffrants psycho-sociaux sont donc largement pris en charge mais pratiquement mal accompagnés et même s'ils bénéficient de soins, on n'en prend globalement pas soin.

Madame G., pour ne citer qu'elle, « coûte » une prise en charge importante depuis de nombreux mois. Elle a séjourné en CHRS faute de mieux. Elle vit aujourd'hui à l'hôpital également faute de mieux. Elle-même n'y a pas gagné en autonomie ; elle ne bénéficie pas d'un véritable mieux être au-delà des soins réguliers nécessaires et de la présence que nous avons pu exercer auprès- d'elle à un moment donné.

³⁶ Rapport du Haut Comité à la santé Publique page 154

³⁷ Rapport du Haut Comité à la santé publique, page XIV : Avis du Haut Comité de la santé publique.

Il ne me semble pas honteux ou déshonorant pour un établissement comme le nôtre ni pour une structure hospitalière de maintenir une personne, de l'entourer d'une certaine humanité, voire de répondre aux seuls besoins premiers d'être en sécurité, à l'abri d'une dégradation sans cela presque inéluctable. Au contraire c'est peut-être là la source commune à la fois des CHRS et de l'hôpital : l'hospitalité, notion chargée d'histoire qui renvoie tout un chacun à l'image devenue floue de l'asile. Mais comme le suggère X EMMANUELLI, doit-on « *réinventer l'asile* »³⁸ ? Doit-on se contenter de ce maintien « la tête hors de l'eau » qui, bien qu'incluant soin et accompagnement, ne prétend pas actuellement véritablement prendre soin dans le sens d'une dynamique évolutive ? Pour ma part, il ne me paraît pas possible d'en rester là et il convient de réagir.

2.2 Réagir

2.2.1 Les risques de l'immobilisme :

Comme j'ai eu l'occasion de l'indiquer dans la première partie (1.1.2 et 1.2.3) et peut-être cela transparaît-il tout au long de ce travail, je me suis beaucoup engagé en tant que directeur dans le processus qui nous conduit aujourd'hui à accueillir ce type de population.

Partant de peu de choses dans ce domaine, un partenariat s'est mis en place, des liens avec le milieu médical, quoique très individualisés se sont tissés. Malgré tout, certains résultats jugés positifs ont été obtenus dans le cadre de tel ou tel accueil. La création du service d'accompagnement sociale ambulatoire a vu le jour. Surtout, c'est une image de marque particulière dont a bénéficié l'établissement, relativement valorisante de par son côté innovant, proche de la médecine et de son aura naturelle, favorisant ainsi une identification forte qui se remarque autant vis-à-vis des autres CHRS que des pouvoirs publics. Le Foyer d'Accueil Féminin est donc réellement perçu comme une référence locale en matière d'accueil et d'accompagnement des souffrants psycho-sociaux.

³⁸ Colloque du Vinatier pg 65. Dans son article « Pauvreté, Précarité, Santé », X EMMANUELLI propose de réinventer l'asile, en tant que protection, abri nécessaire à la préservation de l'intégrité

Personnellement et du fait même de mon investissement quelque peu volontariste, j'ai pu et je peux encore considérer tous les faits énoncés comme une réussite en soi et du coup le foyer tel qu'il est comme un produit fini. Je suis donc l'acteur principal d'un éventuel immobilisme, celui-ci peut-être favorisé par un sentiment d'autosatisfaction renforcée par la tentation de me reposer, de me contenter d'un acquis. Et pourtant je n'ai cessé depuis le début de ce travail de montrer que, s'il ne s'agit évidemment pas de dénigrer ce qui a été élaboré, l'immobilisme serait inévitablement la source d'un renforcement de tous les effets pervers décrits jusque-là.

2.2.2 Le directeur est le garant de l'initiative et de l'adaptation.

J'ai donc pour ma part, de la place où je me situe, un double travail à effectuer tant personnellement que professionnellement.

D'une part je dois me faire violence pour dépasser ce sentiment de réussite équivalent à un produit fini et continuer à me situer dans une démarche dynamique évolutive de projets : « *On ne peut présider ni diriger une organisation avec la gestion quotidienne pour seule ambition (...) le concept de projet est vital dans toutes pratique institutionnelle* »³⁹.

Le personnel, nous l'avons vu, est parfaitement conscient de cette nécessité vitale pour notre établissement et tient au respect de la mission première et de la vocation des CHRS . Il me le rappelle sous les formes que j'ai décrites précédemment, ne me reprochant pas les initiatives prises auxquelles d'ailleurs chacun d'eux a largement participé mais m'incitant à ne pas fermer les yeux sur une réalité difficile dont ils constituent les acteurs de première ligne.

D'autre part, rien n'est possible sans que je sois le garant de l'initiative et de l'adaptation. Bien qu'il soit de mon ressort d'y participer, il ne me paraît pas que le directeur soit le seul vecteur des initiatives et doivent définir les modalités des adaptations nécessaires, tant cela vient bien souvent à la fois des professionnels et des partenaires. Mais il est par contre le garant que ce qui prend forme sous diverses manifestations puisse, lorsque cela est souhaitable, devenir réalité. C'est dans cet esprit que je me situe au service d'un projet et de ses acteurs. C'est dans cet esprit que je développerai les différents éléments de la troisième partie de ce travail.

³⁹ Jean-Marie MIRAMON « Manager le changement dans l'action sociale » Édition ENSP, pg 41

2.2.3 Une certitude : nous ne pouvons rien faire tout seul.

- Même pétri de toutes les bonnes volontés du monde, qu'il s'agisse de la mienne, de celle du personnel, ou même des deux associées, un préalable existe à toute démarche dynamique de projet : travailler avec d'autres.

Travailler avec l'association, ou certains de ses membres et réaliser un état des lieux. À partir de là, vérifier qu'il y a bien adaptation entre ce qu'il est souhaitable de faire et la vocation associative. Ce n'est pas le plus simple car notre association est actuellement davantage versée sur son rôle de gestionnaire que véritablement militante. Tout cela peut évoluer rapidement à la faveur de la nomination récente d'un nouveau président dont les convictions à l'égard des missions de son association sont fortes.

Travailler avec les partenaires, les autres CHRS du département en premier lieu, en particulier dans le cadre de l'élaboration actuelle du schéma départemental de deuxième génération (prévue pour septembre 2000). Notre position particulière à l'égard de l'accueil des souffrants psychosociaux et les balbutiements de notre savoir-faire et de nos questionnements peuvent utilement être confrontés à l'expérience des autres.

Travailler bien entendu avec l'hôpital. Ce point sera développé de manière centrale dans la troisième partie.

Travailler avec les pouvoirs publics, concernés par le problème tant sur le plan national que local, interpellés par la loi contre les exclusions, mais pris dans des logiques financières parfois contradictoires. Là encore nous y reviendrons.

Travailler enfin avec les usagers, peut-être pas de manière très formelle, mais en étant à l'écoute de ce qu'ils peuvent manifester à l'égard de leurs conditions d'accueil et vis-à-vis de leur vision de ce qui peut constituer un avenir.

Tout cela peut rester une intentionnalité creuse si elle n'est pas suivie d'une mise en acte. Il est donc grand temps de passer à l'action, non sans avoir pris le temps de s'attarder sur quelques notions essentielles à la compréhension de la troisième partie.

2.3 Pour introduire l'action

Toute action, avant d'être mise en forme doit reposer sur une réflexion et sur des notions qu'il me paraît nécessaire de théoriser afin d'être bien comprises. Celles-ci sont très personnelles et celles que je vais développer ici « me parlent » dans mon quotidien de directeur. C'est pourquoi je souhaite les faire partager au lecteur car elles seront présentes jusqu'au bout de ce travail.

2.3.1 Prendre soin des souffrants psycho-sociaux.

L'expression « prendre soin » renvoie chacun à sa propre expérience et donc à sa propre subjectivité, à son intimité. Immanquablement cependant elle évoque une image maternelle soit en tant qu'être materné, soit en tant qu'être maternant. Quoi qu'il en soit, cette expression a quelque chose de général, de global, d'englobant qui évoque davantage une attitude, une manière d'être qu'une action. C'est ce qui la différencie fondamentalement du soin proprement dit, notion de nos jours très instrumentalisée (protocole de soin, techniques de soins, recevoir des soins...), ainsi que de l'accompagnement social qui fait également appel à des techniques.

Prendre soin nous emmène au-delà du soin et / ou de l'accompagnement dans un contexte qui implique « *l'attitude de l'être à la fois humain et professionnel* »⁴⁰ face à celui dont l'état de souffrance menace l'intégrité.

Prendre soin revient donc à « s'inquiéter », au sens que lui donne SAINT EXUPERY⁴¹ lorsqu'il fait dire à son renard cherchant à être apprivoisé par le petit prince « *Dès six heures je m'agiterai et m'inquiéterai* ».

S'inquiéter invite à être actif et rejoint l'action, non comme une fin en soi mais comme un moyen d'entrer en relation, d'apprivoiser l'inquiétante étrangeté de la souffrance.

Prendre soin invite à retrouver le sens que l'on donne à l'action professionnelle. X. EMMANUELLI⁴² nous convie à dépasser l'idée selon laquelle « *les gens viennent pour guérir* » et du coup sont pris en charge en temps que « *machine organique bien réparée mais non vue en tant qu'homme* » (ce qu'il appelle avec humour le syndrome Darty).

⁴⁰ Conférence de Monsieur FURTOS du 8 juillet 1999.

⁴¹ Antoine de . SAINT EXUPERY « *le petit prince* » Editions GALIMARD page 70.

⁴² Colloque du VINATIER pages 62-63.

A mon sens, il nous engage à dépasser le soin (où l'accompagnement) et à prendre soin, à simplement, parlant des usagers du SAMU social, « *écouter leurs grandes douleurs qu'il ne peuvent localiser* ».

Prendre soin serait donc selon E GOMMEZ MUNGO⁴³ « *une attitude clinique fondamentale consistant à être auprès d'eux* » faisant ainsi « *des équipes psychiatriques et des assistants de toutes sortes des travailleurs de la rencontre* ». Peut-être enfin cette notion peut-elle être rapprochée de celle de l'hospitalité chère à Jacques DERRIDA⁴⁴ qui la définit comme « *un risque, une responsabilité au-delà de ce que je peux donner... une politesse inventive, un salut singulier qui telle une parole est à la fois normée et unique* ».

Tout cela ne peut que toucher au cœur des fonctions hospitalières comme d'hébergement et ne peut être oublié, du moins est-ce ma conviction, dans toute démarche d'action et de projet.

⁴³ Colloque du VINATIER page 148.

⁴⁴ Conférence du 9 juin 1997 à l'ARAFDES, Lyon

2.3.2 Le compagnonnage.

De même que prendre soin est une notion qui peut aider à passer à l'action, le compagnonnage nous entraîne « *à la recherche d'une harmonie adaptée à la mesure de l'homme* » et à s'appuyer « *sur l'expérience et le pragmatisme, le sens du terrain, l'imagination et le réalisme* »⁴⁵.

Il ne s'agit donc pas ici d'en faire une étude historique, encore moins de le rapprocher d'une quelconque idéologie mais plutôt de s'en inspirer pour qu'un état d'esprit naisse dans l'action comme dans la mise en place des relations partenariales.

Le compagnonnage est une haute expression du métier. Cette notion inclut le savoir-faire, la connaissance, l'alliance du technique et des valeurs humaines mais, plus que cela : la recherche du bel ouvrage.

Le bel ouvrage est à distinguer absolument de l'excellence. Celui-ci n'est en rien la production d'un objet idéal, d'une chose dont le moindre défaut conduirait à sa perte.

Le bel ouvrage est un objet patiemment construit et élaboré en fonction des contingences et de son propre degré de maîtrise ou d'habileté. Il est le meilleur objet possible, le rendu par amour d'un long processus personnel, la production dont la valeur est proportionnelle aux soins que l'on a porté à son élaboration.

Autre trait du compagnonnage : la solidité. Ce que font les compagnons doit durer. Là encore pas plus qu'il ne faut croire à l'excellence, il ne faut espérer en l'inusabilité sous peine de considérer que la chose est sacrée qu'elle ne peut ni bouger ni être remise en cause. Au contraire, la chose durable et celle qui s'use à bon escient, parce que l'on s'en sert, que l'on compte dessus. Les matériaux de la chose qui s'use bien sont choisis précisément parce que leur usure devient un atout et leur confère beauté et possibilité de renaissance.

Enfin, le compagnonnage indique que quelque chose a été transmis et s'apprête à se transmettre. Cela s'inscrit dans une histoire que les compagnons connaissent et à laquelle ils participent. Ils en sont les acteurs à un moment donné. Chacun dans leur domaine ponctue l'histoire de traces visibles : leurs beaux ouvrages qui marquent leur temps et lui donnent saveur et couleur.

⁴⁵ B. DE CASTERA « Le compagnonnage » Editions PUF page 78, page 81 à 84.

Tous les professionnels de l'aide ont pour ambition de collaborer au mieux-être des personnes dont il s'occupent. Ainsi, ils s'inquiètent de produire la meilleure prise en charge possible, c'est là leur bel ouvrage.

Comment peuvent ils s'y prendre ?

Ils ne doivent pas renier leurs origines ni leur propre métier se situant ainsi dans la continuité de leur histoire.

Ils ont tout intérêt à se rencontrer et à créer une part de leur histoire en commun même si cette démarche de rencontre est exigeante. Elle nécessite humilité, disponibilité ; elle engage vers une position de non savoir a priori, de non maîtrise par principe du devenir de cette rencontre qui doit être placée sous le signe de la recherche en vue de la création du meilleur objet possible.

Chacun devient alors compagnon, compagnon médecin, compagnon éducateur. Les uns ne sont pas plus que les autres mais tous sont placés devant la même question, logés à la même enseigne, contraints de se reconnaître incompetents dans la solitude mais potentiellement créateurs ensemble des ouvrages dont le rayonnement fera date et la réalité foi d'une volonté partagée d'amélioration.

Ce sont donc les compagnons qui bâtissent et non les francs-tireurs. Leur force est, outre d'être ensemble, d'être à égalité ce qui ne signifie pas tous semblables.

Le directeur est un compagnon parmi d'autres. Sa place est spécifique. Il veille à ce que l'esprit de la chose voulue demeure autant dans le processus que dans la recherche d'une mise en acte. C'est donc encore et toujours un fil par lequel passe le courant nécessaire, du commencement à l'achèvement.

3 UNE DYNAMIQUE POUR UNE ACTION EFFICACE

Afin de faire face aux conséquences engendrées par l'irruption de la souffrance psycho-sociale dans notre CHRS, j'ai tenté de suggérer la nécessité d'une réaction appropriée au cœur de laquelle la question de la position du directeur apparaît comme centrale.

J'ai souhaité également introduire l'action, objet de cette troisième partie, à travers des notions qui me paraissent adaptées pour lui donner le ton, l'état d'esprit qui convient à un objectif d'efficacité : le fait de prendre soin et l'idée du compagnonnage.

Il est de la vocation du directeur de créer les conditions de cette action efficace. Celle-ci doit être ancrée dans l'expérience, nous avons vu qu'elle existait et nous y reviendrons encore. Elle associe la réflexion et le dialogue avec la recherche de la mise en œuvre de réalisations concrètes ; le tout ayant pour objectif d'aboutir, à terme, à la réconciliation de l'accompagnement social et du soin : « bel ouvrage » des compagnons.

3.1 Réconcilier.

La réconciliation n'est pas un fait spontané, c'est le résultat tangible d'un travail. Il s'agit de tisser un lien qui devrait exister, qui aurait dû exister, qui a existé. La réconciliation n'implique pas l'oubli ni la renonciation à l'état antérieur dans sa totalité. Elle implique davantage l'acceptation des différences et dans le meilleur des cas la naissance d'une complémentarité, source de bien des possibles. Réconciliation est un terme éminemment affectif. On ne réconcilie pas deux objets, on les assemble, on les joint, on les réadapte l'un à l'autre.

La réconciliation est l'affaire des hommes et des concepts dans lesquels leur psychisme est impliqué. Il n'y a donc pas de réconciliation sans cœur à l'ouvrage, sans investissement d'une part métaphysique des protagonistes y compris lorsque ceux-ci ne sont que les acteurs d'un processus, par exemple la réconciliation de l'accompagnement social et du soin. Par ailleurs, la réconciliation pour ce faire exige l'emploi des mots ; mots irritants a priori car souvent pauvres, insignifiants, maladroits, insupportables parfois car agressifs ou suspicieux. Ils s'entrechoquent durement là où s'émeuvent ceux qui les utilisent ; mais ils prennent sens dans la parole. Celle-ci est l'organisation des mots, le fruit de la réconciliation des mots entre eux. Les mots sont

organes, la parole est un corps unique dont le visage sourit ou grimace mais dans tous les cas communique.

Ainsi, réconcilier ne se fait par au hasard. Le responsable qui envisage de réconcilier telle ou telle entité entre elles ne confie pas sa démarche au hasard. Il ne la jette pas au courant des aléas. Non, il la soigne et ne veut pas voir échouer son projet. Il prévoit, il organise. Il prend l'initiative de la parole et de la rencontre. Il se plonge dans les eaux profondes de l'incertitude : il cherche, il déconstruit, il invente, il crée. Il se donne du temps et des échéances. Il associe les forces vives qui gravitent autour de lui. Il met en place un système qu'il pense être le meilleur afin de parvenir à son but, en l'occurrence : réconcilier.

3.1.1 Se parler en interne.

Dans une perspective de réconciliation telle que je viens de l'introduire, il est nécessaire de commencer à se pencher sur soi-même et de se donner les moyens d'éclairer nos propres obscurités.

Pour ce faire, je souhaite proposer une démarche en trois temps :

- Dépassionner le débat.
- Réorganiser la réflexion, la formation, la supervision.
- Revisiter le projet d'établissement.

Le fait de dépassionner le débat peut paraître un peu volontariste comme s' il suffisait pour le directeur de le vouloir pour que cela soit. Il y a bien pourtant quelque chose de cet ordre et de ma part dans ma démarche actuelle de formation en lien étroit avec une pratique professionnelle ; le choix du sujet de ce mémoire rentre dans la perspective de ce « vouloir dépassionner ». Traiter ce sujet est une tentative de clarification de ce qui se passe et de ce qu'il faudrait envisager. Ecrire ce mémoire est un acte en temps réel indissociable de la réflexion menée avec l'équipe professionnelle de l'établissement, l'association, mais également, nous le verrons, avec les partenaires extérieurs.

Dépassionner (faire échec aux aspects passionnels du problème) consiste pour moi à entraîner tous les protagonistes dans une dimension qui consiste à se rappeler que si l'on ne peut nier la passion (la souffrance, les réactions, les états d'âme, les sentiments plus ou moins rationnel d'échec ...), celle-ci peut être et doit être encadrée par un contexte professionnel exercé dans le

cadre d'une mission définie. Autrement dit, il s'agit de confronter tout cela au regard de cette mission spécifique et de se poser de nombreuses questions qui tournent autour des points suivants : Sommes-nous dans les limites de nos compétences ? Avons-nous les moyens de nos ambitions ? Sommes-nous encore (ou déjà) dans une relation d'aide dont les modalités sont adaptées à un mieux être social réel et réaliste des usagers, en particulier ceux dont il est question dans ce mémoire. Pour cela, il existe des outils qui tous ont en commun la nécessité de se parler :

Le premier d'entre eux consiste à réorganiser la réflexion. Celle-ci bien entendu n'est pas nouvelle dans l'établissement et j'ai fait référence précédemment à des écrits réalisés à l'interne dont le principal est l'actuel projet d'établissement. Cependant, en l'état actuel des choses, celle-ci est un peu « noyée » dans la passion et n'a donc plus tout à fait valeur de réflexion. Il lui manque une certaine objectivité et surtout une réelle efficacité si ce n'est qu'elle maintient le problème en haleine.

Cela dit nous ne pouvons pas réorganiser cette réflexion en solitaire précisément par le simple fait d'une bonne volonté.

Réarticuler (recadrer) cette réflexion teintée de passion dans un plan de formation me paraît être la première des choses à faire, et ceci pour plusieurs raisons.

La formation à l'avantage de faire intervenir un tiers extérieur en principe capable d'apporter des éléments objectifs soit sur le plan technique (connaissance des pathologies, des partenaires de santé, processus d'accompagnement spécifique par exemple) soit sur le plan plus psychologique (aspect relationnel avec tel ou tel usager dans un contexte donné, approfondissement des techniques d'entretien ...).

Elle réégalise les bénéficiaires de cette formation (directeur, éducateurs, membres associatif, personnel administratif) sur un même plan : celui d'élèves en quelque sorte, tout en réaffirmant la place spécifique de chacun.

La formation constitue donc un cadre favorable sur lequel il est possible de s'appuyer pour organiser l'action, ne dénigrant pas pour autant le présent qui reste ce qu'il est mais dans une perspective de transformation.

En complément de ce qui vient d'être dit et dans le même esprit, la supervision au profit de l'équipe éducative doit être réorganisée. Celle-ci a été mise en place en 93 mais faute de renouvellement s'est usée et a pris fin en 98.

L'enseignement de cette première expérience tend à montrer que chaque membre de l'équipe confronté à la souffrance psycho-sociale doit pouvoir trouver de manière volontaire et personnelle un exutoire à son malaise professionnel et une possibilité d'élaboration de son travail qui ne soit pas vécus à l'occasion d'une supervision monolithique. Ainsi est-il envisagé de recourir aux services de deux intervenants issus d'écoles différentes mais complémentaires.

Enfin il est nécessaire de revisiter le projet d'établissement dont nous avons vu qu'il était en partie obsolète. Cela implique l'aide d'un cabinet conseil. Les modalités de ce travail sont prévues sur une période de six mois entre les années 99 et 2000 ; la perspective en étant au bout du compte une réorganisation interne tenant compte de l'ensemble du problème ainsi que des contraintes externes (et je pense particulièrement à la mise en place des 35 heures) .

L'organisation de tout cela est du ressort du directeur, mais si je suis convaincu de l'urgence de la mise en place de cet « outillage interne », déjà largement engagé, j'ignore tout des résultats qui en sortiront et n'ai pas d'idées préconçues sur la question. J'essaye simplement d'être le garant de la chose suivante : qu'il existe la meilleure adéquation possible entre la vocation de l'établissement et les besoins manifestés par les usagers.

3.1.2 Se parler à l'externe.

« Il est urgent que l' Etat prenne l'initiative de créer les conditions pour que des échanges entre les différents acteurs (travailleurs sociaux, association, élus locaux, services sociaux, CPAM, etc.) puissent avoir lieu sur une base régulière »⁴⁶. Le haut comité affirme également « la nécessité de prendre des mesures permettant le développement d'une nouvelle culture concernant l'administration, les milieux professionnels du secteur sanitaire ou social »⁴⁷.

Il n'apparaît pas nécessaire d'attendre que l' Etat prenne l'initiative d'organiser cet échange mais plutôt de l'associer localement au très réel désir qu'ont les milieux hospitaliers et les CHRS de

⁴⁶ Rapport du Haut Comité à la santé publique, page 345

⁴⁷ Rapport du Haut Comité à la santé publique page XIV (avis du Haut Comité).

dialoguer ; dialoguer étant le premier pas vers une culture, si ce n'est commune en totalité, au moins centrée sur des valeurs qui placent le devenir de l'usager au cœur d'elle-même.

Je souhaiterais m'attarder sur la question du dialogue avec l'hôpital. Nous avons vu dans la deuxième partie à quel point soigner et accompagner relèvent de pratiques, d'habitudes, de conceptions différentes, tout ceci ancré dans des histoires propres en définitive à chaque culture. Dialoguer avec les professionnels hospitaliers et par extension avec le monde médical ne va donc pas de soi.

À ce propos, je m'appuierai sur ce qu'en dit le docteur MASSÉ : *« toute séparation entre médical et social ne peut que s'estomper au niveau des réponses apportées puisque la prise en charge du malade mental, dès lors que le problème s'avère sérieux y apparaît associé à une dimension de réinsertion. Inversement la détresse sociale demeure un indicateur de souffrance qui ne saurait être ignoré par un système de soins se voulant cohérent »*⁴⁸.

G MASSÉ montre bien qu'il ne s'agit pas seulement d'un bon vouloir mais d'une nécessité, d'un impératif, et le moyen d'y parvenir passe par le dialogue.

Celui-ci pour s'élaborer me paraît comporter trois phases :

-La première, la plus basique, consiste à prendre les moyens matériels pour se rencontrer au-delà du simple quotidien fonctionnel ; simplement pour se voir, se connaître, mettre des visages sur des noms, avoir une idée des conditions de travail de chacun : locaux, personnels, structure juridique...

Il s'agit en quelque sorte d'un acte de politesse réciproque comportant l'idée d'un devenir.

-La seconde, plus élaborée, consiste à confronter les mots sans renier leur valeur et leur signification propre à chaque culture. Qu'est-ce qu'un usager ? Qu'entend-on par souffrance ? Que signifie accompagner, soigner ? À partir de quand considère-t-on quelqu'un comme autonome ? Qu'est-ce que le secret professionnel, médical ? Peut-il se partager ? Cet échange provoque la reconnaissance mutuelle. Il confronte les cultures, les savoir-faire. Il peut aussi être l'occasion de la naissance d'une estime réciproque.

⁴⁸ Colloque du VINATIER page 181

Il va sans dire enfin que ce niveau de dialogue implique non seulement la direction mais tous les acteurs professionnels comme bénévoles concernés.

-La dernière doit pouvoir consacrer l'avènement d'un espace culturel commun donc nouveau et propice à l'action commune. Il ne s'agit donc plus seulement de confronter les mots mais de leur conférer un sens, une valeur qui permette la mise en place d'un travail en commun harmonieux et efficace.

Je ne prendrai que deux exemples :

Celui de l'autonomie tout d'abord : dès lors que l'on sait, que l'on a compris que l'autonomie, confondue avec la capacité d'un usager de sortir du champ de compétences d'un système (de soins ou d'accompagnement social), ne se situe pas au même niveau dans le parcours d'insertion de la personne, il peut exister une continuité dans la prise en charge. On sait alors que l'autonomie ne s'assimile pas à l'abandon de la personne. Le syndrome de la « patate chaude »⁴⁹ est mise en échec. On s'intéresse au devenir de la personne et l'on confine à la cohérence souhaitée par G. MASSE.

Celui du secret professionnel ensuite : cette notion a toujours été une pomme de discorde entre nos deux secteurs d'activité et une muraille efficace interdisant toute tentative de dialogue. Une législation existe à ce propos⁵⁰. Celle-ci interdit des révélations portant atteinte à la liberté et à l'intégrité de la personne. Elle n'interdit en aucun cas l'échange nécessaire à la compréhension des difficultés rencontrées par les personnes atteintes de souffrance psycho-sociale ; échanges suffisants pour travailler ensemble.

En ce qui nous concerne, nous sommes passés par chacune de ces étapes pour la mise en place de notre service d'accompagnement social des sortants de la psychiatrie.

C'est ainsi que la psychiatrie publique, comme le secteur social ne deviendront pleinement crédibles que « *s'ils parviennent à imaginer et mettre en place entre eux une articulation forte, retrouvant leurs racines* »⁵¹. J'ajoute : racines humanistes.

Voici pourquoi je considère que le dialogue, ainsi conçu, fait déjà partie de l'action.

⁴⁹ Ce terme de « patate chaude », très évocateur, est très souvent employé par les partenaires pour désigner une personne que l'on se passe mutuellement sans bien savoir qu'en faire.

⁵⁰ Art. 226-13 du nouveau code pénal

⁵¹ Rencontre avec Monsieur FURTOS du 2 février 1999.

3.1.3 Echanger avec les financeurs et les décideurs.

Comme je l'ai évoqué précédemment, le dialogue ne saurait être complet si l'on compte en exclure les financeurs et les décideurs.

Nicole QUESTIAUX rappelait déjà en 82 « *l'Etat garant d'une mission de service public à une double fonction : les interventions directes d'action sociale, d'autre part, la tutelle des initiatives collectives ou privées* »⁵².

J'ai pu constater lors de la mise en place de notre service cité au chapitre précédent à quel point l'Etat avait su, à travers ses responsables locaux, s'intéresser à nos propositions communes ; combien il avait été sensible à la mise en place d'un projet partenarial élaboré à partir d'un dialogue contribuant au rapprochement des cultures.

De fait, le soutien en termes stratégiques et financiers avait été immédiat, dans la limite bien entendu des possibilités financières de l'époque. Cette tutelle évoquée par Nicole QUESTIAUX ne s'est donc pas avérée assimilable à un contrôle tatillon mais à une aide efficace et incontournable.

Je suppose qu'il en serait de même à l'occasion des initiatives nouvelles. Mais il s'agissait là d'une réalisation prise en charge uniquement sur la ligne budgétaire des CHRS, ce qui avait facilité les choses.

A propos du rapprochement entre le sanitaire et le social, le docteur LAZARUS évoque « *le blocage du fait des logiques comptables cloisonnées* »⁵³ ; se déclarant publiquement contre « *le privé para public* » qui entraîne les acteurs sociaux dans une position parfois insupportable de quémendeur, pervertissant leur vocation première et les amenant à une ingénierie sociale impossible.

Pour ma part et à l'expérience, je suis moins pessimiste et il me semble que des initiatives sont possibles en prenant le temps du dialogue, de l'explication, de l'expérimentation. Le privé parapublic peut être un vecteur de rapprochement entre les pouvoirs publics qui eux aussi parfois souffrent de ces cloisonnements et s'organisent pour les assouplir.

⁵² Nicole QUESTIAUX « *Orientation sur le travail social* » 1982.

⁵³ Conférence donnée par le Docteur LAZARUS le 8 juillet 1999 à ANNECY.

Voici donc évoqué dans ce chapitre ce que j'entends de manière pratique lorsque je parle de cette notion de réconciliation. Celle-ci nous l'avons vue implique largement la bonne volonté des hommes mais dépasse leur personnalité et la relation individuelle. Il ne s'agit plus ni de copinage ni d'arrangement mais d'une harmonie retrouvée autour de valeurs à la fois professionnelles et humanistes qui impliquent des systèmes entre eux : le sanitaire et le social ; harmonie retrouvée au service de personnes souffrantes.

Si je peux me permettre une métaphore, je dirais que cette réconciliation est un terreau adapté à la croissance d'action efficace et vigoureuse reposant non plus sur les seuls soins, ou le seul accompagnement social, mais sur le souci de prendre soin des souffrants psycho-sociaux.

3.2 Devenir compagnon

Il ne s'agit pas dans ce court chapitre d'évoquer de nouveau les aspects métaphoriques du compagnonnage déjà explicités en fin de deuxième partie mais de dire à travers deux expériences qu'effectivement nous sommes en train de devenir compagnons.

3.2.1 L'accompagnement des sortants d'unité de soins spécialisés

J'ai très souvent au cours des trois parties de ce mémoire évoqué la création de ce service sans jamais le décrire de manière très précise. C'est volontaire car je ne souhaite pas faire état ici d'un compte-rendu d'activité, ni l'apologie d'une « réussite ». Par contre je voudrais rassembler quelques traits⁵⁴ qui font de ce service une piste pour des réalisations et des initiatives futures.

Il est né de la rencontre de deux incompétences : celle du CHRS seul, celle de l'hôpital seul.

Il a fait l'objet d'une maturation faite de dialogue, d'idées, de recherche, d'une culture commune.

Il a débouché sur un partenariat où les pouvoirs publics ont joué le jeu de l'innovation et du risque : un service d'accompagnement sans hébergement a vu le jour bien avant la loi du 29 juillet 98 et ceci sur la ligne budgétaire des CHRS.

Dans son élaboration, dans sa réalisation comme dans les modalités de son évaluation, il a toujours inclus l'ensemble des acteurs concernés :

⁵⁴ Trait : dans le compagnonnage ce mot désigne la recherche d'une harmonie adaptée à la mesure de l'homme.

-services médicaux ; médecins, infirmières, assistantes sociales, tutelle aux majeurs protégés ;
-services sociaux ; direction et travailleurs sociaux du CHRS, bénévoles de l'association ;
pouvoirs publics ; mais aussi usagers, conviés à s'exprimer sur leur propre prise en charge.

De fait l'ensemble des protagonistes s'accordent à reconnaître à ce service des qualités telles qu'une certaine catégorie d'usagers parmi les plus en difficulté y trouve son compte en terme de mieux être social.

Pour ma part, ces modalités illustrent assez bien ce que j'entends par compagnonnage dont la finalité est « *une œuvre qui exige pour sa réalisation le concours ordonné de plusieurs* »⁵⁵..

3.2.2 Un groupe de recherche pluridisciplinaire

Si le service que je viens d'évoquer demeure une piste pour l'avenir, il n'en est pas moins localement le seul fruit mûr de la réconciliation de l'accompagnement social et du soin.

Par ailleurs il ne s'adresse qu'aux plus « en forme » des personnes qui nous intéressent ici. L'hôpital et le CHRS demeurent nous l'avons vu largement en souffrance vis-à-vis de nombreux usagers.

Ainsi nous sommes actuellement très impliqués dans la mise en place d'un groupe de recherche pluridisciplinaire dont l'initiative revient à l'une des éducatrices de l'établissement particulièrement interpellée par le problème du devenir de cette souffrance psycho-sociale. Pour ma part, j'ai jugé que mon rôle devait consister à lui faciliter la tâche et à lui donner les moyens pour organiser et piloter ce groupe de recherche. Celui-ci doit démarrer prochainement et impliquer des médecins hospitaliers, des bénévoles associatifs, (notamment l'UNAFAM⁵⁶), des infirmières, des travailleurs sociaux issus de la FNARS et nous l'espérons un représentant de la DDASS. Ce mémoire pourrait en être ma contribution. Ainsi, en vue d'un bel ouvrage, les compagnons que nous sommes « *partagent des connaissances, non seulement livresques, mais éprouvées, senties, liées à l'expérience* »⁵⁷.

⁵⁵ B. DES CASTERA « *le compagnonnage* » page 108.

⁵⁶ Union Départementale des Amis et Familles de Malades Mentaux.

⁵⁷ B DE CASTERA « *Le compagnonnage* » page 57.

3.3 Créer ou la recherche du bel ouvrage.

A partir de là, nous n'allons plus parler que d'avenir et celui-ci, par définition n'est fait que d'hypothèses élaborées à partir de l'expérience. Cela dit, dès lors qu'une rencontre a eu lieu entre culture du social et culture du sanitaire, il est possible de considérer la réconciliation de l'accompagnement social et du soin comme potentiellement acquise et de créer les conditions d'une nouvelle prise en charge.

Quelle sera cette nouvelle prise en charge ? Même si j' ai quelques idées sur la question qui se trahiront dans les propositions que je ferai dans les pages qui suivent, je suis bien incapable aujourd'hui de le prédire. Il appartient au directeur d'accompagner les changements voire de les inspirer, non d'imposer une quelconque façon de voir de manière arbitraire. Or précisément, ce changement est en cours, il est accompagné, mais il n'a pas encore pleinement abouti.

Irons-nous vers un renforcement de l'accueil des souffrants psycho-sociaux spécialisant ainsi le CHRS ? En avons-nous potentiellement les moyens ? Est ce la vocation des CHRS de se spécialiser ?

Irons-nous vers un statu quo réaménagé, et réorganisé, rendu viable par une mutation partielle de l'organisation actuelle ?

Au contraire, nous recentrerons-nous vers la mission d'origine de l'établissement ? Celle d'un accueil généraliste laissant à d'autres le soin de prendre en charge la souffrance psycho-sociale ; quitte à participer à la mise en œuvre de nouveaux outils.

Quoi qu'il en soit, de la qualité du dialogue dépendra la qualité de la réconciliation de l'accompagnement social et du soin et par voie de conséquence des solutions trouvées.

Voici cependant quelques pistes, actuellement plausibles, qui pourraient marquer à plus ou moins court terme les conditions de cette nouvelle prise en charge.

3.3.1 Mise en forme d'un partenariat fort et organisé .

J'ai déjà largement évoqué l'esprit qui me paraît adapté à la mise en place d'un partenariat fort et efficace, je souhaiterais maintenant explorer les formes que celui-ci pourrait prendre.

Trois d'entre elles peuvent faire l'objet d'un développement :

La plus urgente de ces formes et celle qui peut être le plus rapidement mise en place consiste à élaborer un protocole de prise en charge.

Actuellement, dès lors que l'on est en présence de la souffrance psycho-sociale, le déroulement de la prise en charge s'effectue selon des modalités dont nous avons vu à quel point elles étaient aléatoires et source d'une certaine inefficacité.

Un protocole de prise en charge dûment pensé et construit en commun avec les services hospitaliers pourraient déjà constituer un réel progrès qui d'une part donnerait une assise à la prise en charge, d'autre part éviterait trop d'improvisation. Le service ambulatoire d'accompagnement des sortants d'unité de soins spécialisés comporte déjà un tel protocole. C'est dire que le terrain est favorable à ce qu'un tel outil puisse se mettre en place pour l'accueil des souffrants psycho-sociaux dans le CHRS.

Quelle est la forme possible d'un tel protocole ?

A mon sens il doit énoncer clairement, en l'état actuel des choses, les missions donc les limites de chaque partenaire, tant en ce qui concerne les savoir-faire que les aspects organisationnels de chaque structure. Il s'agit de décrire les grands traits d'une prise en charge médicale associée à une prise en charge sociale en CHRS.

Il s'agit également de décrire les obligations réciproques : concertations, rythme de celles-ci, possibilité théorique de prise en compte de l'urgence ...

Il est nécessaire enfin d'y décrire la place spécifique de la personne. Comment peut-on l'associer à sa propre prise en charge et dans la limite de ses possibilités à un moment donné de son existence.

Même compte tenu des incertitudes actuelles et sans présager de l'avenir, un tel protocole permettrait une réelle amélioration de la prise en charge et de plus pourrait largement contribuer à rassurer l'équipe éducative.

Enfin, de tels outils existent déjà dans d'autres CHRS. Cela peut être l'occasion de collaborer avec d'autres équipes et de s'inspirer de leur travail.

La deuxième forme découle de la première, mais implique un partenariat plus large à l'échelle départementale. Elle est donc plus longue et plus difficile à mettre en œuvre. Elle consiste à rédiger une charte commune impliquant l'ensemble du secteur hospitalier concerné et le réseau FNARS du département. Cet objectif est sans doute ambitieux mais ne me paraît pas irréaliste

étant donné la solidité locale du réseau FNARS, sa réelle unité et l'organisation hospitalière psychiatrique relativement restreinte.

Cette charte, qui existe dans quelques départements, ne peut être qu'un développement d'un protocole de prise en charge à l'échelle d'un partenariat local. Elle reste forcément plus théorique et peut, à mon sens, s'apparenter à un « code de bonne conduite » où il est possible de trouver les manières d'être adéquates pour pouvoir compter les uns sur les autres dans l'intérêt des usagers.

La troisième forme ajoute aux deux précédentes la dimension tutélaire des pouvoirs publics mais si son principe peut être énoncé, la forme concrète qu'elle peut prendre me paraît encore lointaine et indissociable d'une partie de la réflexion en cours et du dialogue à-venir, mais aussi de l'élaboration du schéma départemental dit de « deuxième génération ». Il s'agit des conventionnements ; conventionnements entre les CHRS et l'Etat d'une part, mais aussi entre les deux précédents et le secteur hospitalier d'autre part. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

Je souhaiterais dire à quel point l'ensemble de l'équipe professionnelle de l'établissement ainsi que certains membres associatifs sont impliqués avec moi dans ces projections. Une petite équipe travaille actuellement sur le protocole de prise en charge. Tout cela sera au cœur de nos préoccupations à chaque étape de ce que j'ai décrit dans le chapitre 3/1.

3.3.2 élaborer le schéma départemental de deuxième génération.

Par une circulaire du 31/12/98 inspirée par la loi du 29 juillet 98, l'état souhaite voir se renouveler les modalités des schémas départementaux actuels. Localement, les perspectives d'achèvement de ce travail sont annoncés par la DDASS à l'échéance de l'année 2000 ; ce qui n'est pas si lointain!

Le schéma départemental actuel est relativement pauvre car il s'est contenté de n'être que le reflet de ce qui existait à l'époque de son élaboration.

Le futur schéma devra intégrer une dimension partenariale beaucoup plus large, impliquant une harmonisation avec l'ensemble du dispositif d'accompagnement et d'aide des populations en grande difficulté sociale. Ce schéma aura donc vocation à dépasser le « petit monde » des CHRS et devrait largement aborder la question de la réconciliation de l'accompagnement social et du

soin. De ce schéma découleront nos nouvelles conventions, vraisemblablement modifiées et redéfinies.

Cette perspective de travail en commun en vue d'une harmonisation de nos missions respectives me paraît être le meilleur fédérateur possible de tout ce que j'ai décrit jusque-là, aussi bien en ce qui concerne la parole échangée, donc le dialogue, que la mise à plat des difficultés rencontrées telles que le problème de l'accompagnement de la souffrance psycho-sociale et des solutions éventuellement envisageables.

J'ignore actuellement si nos futures conventions pourront dans une certaine mesure comporter un volet tripartite intégrant le secteur hospitalier ; elles permettront sans doute au moins de conforter nos protocoles de prise en charge et d'élaborer cette charte commune. Quoi qu'il en soit, elles devraient être source de clarification et de projets.

Je me permets seulement d'évoquer quelques limites possibles :

Si des intentions sont prononcées, y aura-t-il des moyens permettant de passer à leur réalisation ?

La tendance actuelle est à la répartition ou au redéploiement des moyens financiers et ceci malgré un programme en cours d'augmentation de places en CHRS (essentiellement consacrées à la prise en charge de l'urgence).

D'éventuels redéploiements peuvent bloquer le dynamisme du partenariat et du dialogue, chacun étant naturellement porté à préserver les acquis de ses moyens et de ses prérogatives.

Si, en faveur de la prise en charge des souffrants psychosociaux une réelle volonté d'harmonisation existe, verrons-nous les frontières budgétaires actuelles s'assouplir ? Y aura-t-il un partenariat reposant sur des conventions un peu formalisées permettant de passer de la bonne volonté empirique à un support technique solide ?

Si, enfin, des initiatives sont prises en terme de réalisations concrètes telles que j'en évoquerai dans le chapitre qui suit (résidence ou pension de famille, lieu de vie ...) pourra-t-on à la fois prévoir les investissements nécessaires et assurer un fonctionnement pérenne ?

Toutes ces questions tournent largement autour d'un problème central : les moyens financiers disponibles ; eux-mêmes reflets des volontés politiques tant locales que nationales. Or, cela a été déjà évoqué, la tendance actuelle est au redéploiement tant dans le secteur sanitaire que social. Par ailleurs, les reproches adressés par nos fédérations (FNARS, UNIOPS) à la loi contre l'exclusion sont essentiellement tournés vers le manque de moyens réellement nouveaux.

Il est sans doute un peu tôt pour juger de tout cela mais il est difficile malgré tout d'être très optimiste et ceci rien qu'en constatant les minimales augmentations budgétaires de nos établissements ces trois dernières années (moins de 1% par an).

3.3.3 Pour aller plus loin: de nouveaux outils, prospectives et propositions.

À l'occasion de cet avant-dernier chapitre, je souhaiterais être à la fois réaliste et irréaliste.

Réaliste en ceci qu'il est indéniable qu'une vraie dynamique pour une action efficace est en marche. Ce mémoire veut en être le témoignage.

La réconciliation de l'accompagnement social et du soin est un véritable souci partagé qui motive les partenaires.

L'expérience est déjà là et favorise l'échange et la parole.

Le compagnonnage trouve peu à peu sa culture commune et recherche les contours de son bel ouvrage.

Réaliste aussi à travers les limites que nous impose l'avenir et les incertitudes fortes qui en découlent.

Mais tout cela vient d'être développé et je ne m'y attarderai pas.

Par contre il est un irréalisme nécessaire à toute démarche de projet efficacement traduit par Jean-Marie MIRAMONT⁵⁸ lorsqu'il parle de l'indispensable « vision » du directeur d'établissement. Il n'y a là rien de mystique. Personnellement, je considère cette vision comme la possibilité de penser et d'imaginer l'avenir par rapport à un problème singulier tout en s'extrayant des contingences trop immédiates ; en se donnant les moyens de se dire que quelque chose est possible sans être sûr pour autant que cette chose existera un jour.

Dans la situation qui nous intéresse cette vision concerne des objets très concrets. En effet, il faut partir du principe que quelle que soit la forme que prendra la collaboration entre notre établissement et le secteur sanitaire pour une meilleure prise en charge de la souffrance psychosociale, il manque des maillons pour que cette prise en charge soit vraiment efficace.

⁵⁸ MIRAMONT J-M, Manager le changement dans l'action sociale. Edition ENSP, 1996

Ces moyens manquants correspondent à la création de dispositifs nouveaux ou de développement de dispositifs existants destinés à permettre à des personnes comme Madame G. de trouver les moyens d'une véritable réinsertion. Or notre CHRS ne pourra pas tout faire seul et l'association peut participer à initier certains de ses outils, mais n'a pas vocation à être le porteur et le réalisateur de leur intégralité.

Que manque-t-il donc ?

Avant de répondre, ne vaut-il pas mieux se demander : que manque-t-il à Madame G., ou à celles et ceux qui comme elle ne trouvent dans l'accompagnement social et le soin que des pis allers à leurs souffrances ; et que faut il faire ?

Le docteur GILLET répond d'une certaine manière : « *recréer un tissu social, retrouver un univers culturel, inventer de nouvelles utopies* ». Certes, mais il s'agit là de refaire le monde. Sans pour autant abandonner la question du sens sous-tendue par la recherche de nouvelles utopies, il ne me semble pas illégitime de souhaiter que Madame G. trouve à court terme un lieu où elle puisse dormir tranquillement, être entourée, occupée, sécurisée et ceci à long terme et à un coût raisonnable. Je souhaiterais qu'elle n'ait plus à être confrontée au travail qu'elle ne peut réaliser, ni au devoir de s'occuper de ses enfants qu'elle ne peut assumer, moins encore qu'on lui parle d'insertion au sens traditionnel du terme : travail, logement autonome... En un mot il lui faut un lieu où l'on prenne soin d'elle ni plus ni moins et vraisemblablement pour toujours.

Monsieur FURTOS dit « *la clinique psycho-sociale c'est prendre soin* »⁵⁹.

Ce lieu n'existe pas. Les équipes du CHRS et de l'hôpital peuvent en témoigner à travers les très nombreuses recherches faites.

Cette personne ne peut effectuer un retour vers le droit commun et les grands dénominateurs communs de la société. Elle n'en est pas moins une personne adulte et citoyenne, mais elle est « hors lieu » (étymologie du mot utopie), ce n'est donc pas à elle à rejoindre les lieux existants mais des lieux à faire exister, à se rapprocher d'elle .

À ce titre, notons que le CHRS, s'il pouvait accueillir ce type de personnes sur une très longue période pourrait être ce lieu souhaitable. Combien de fois l'équipe ne s'est-elle pas fait la réflexion suivante : « si nous pouvions garder cette personne ».

Dans d'autres départements, certains CHRS ont pris le risque de devenir pour ce type de personne des lieux de vie renouvelant ainsi les demandes de prise en charge pendant plusieurs

⁵⁹ Rencontre avec Monsieur FURTOS du 2 février 1999.

années ; mais ils sont en défaut avec leurs vocations premières et cette solution ne paraît pas souhaitable localement. En ce qui nous concerne ni l'association ni la DDASS n'accepteraient cette solution.

Que faire donc ?

Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) signé cette année entre l'hôpital et l'ARH prévoit sur une période de cinq ans une réorganisation de la psychiatrie, en particulier, une remise à niveau des « secteurs sinistrés » : création de CMP et développement d'antennes d'urgence. Il prévoit également l'externalisation de l'hôpital de jour, mais surtout un renforcement de l'accueil familial thérapeutique et des appartements dits associatifs. Il s'agit là d'une excellente perspective car ces deux modes de prises en charge constituent de bonnes orientations et le CHRS peut trouver sa place en relais entre une hospitalisation et ce type d'accueil.

Le développement de ces formules alternatives à l'hospitalisation devrait réellement voir le jour mais au prix de fermetures dans les services classiques de psychiatrie.

Le CPOM évoque également la nécessité, au-delà de ces projets précis d'une « *diversification des hébergements thérapeutiques* » stipulant ainsi qu'il existe bien un besoin mais n'indiquant ni modalités ni perspectives financières.

S'agirait-il de la création d'une maison d'accueil spécialisée ? D'un foyer à double tarification ?

Personne localement ne semble en mesure de répondre à ces questions.

Cette incertitude rend donc plus que jamais nécessaire la discussion, la réflexion et les initiatives des partenaires, dont nous sommes.

Dans ce contexte et outre la redéfinition du rôle de notre CHRS à l'égard de ces populations dont j'ai déjà parlé, quelques pistes peuvent être envisagées et prendre la forme d'un projet :

Le premier d'entre eux peut être la création d'une pension de famille.

Dans un souci de pragmatisme, ce type de structure pourrait voir le jour dans un délai raisonnable. Les avantages sont multiples :

Ce type de logement peut être adapté aux personnes que j'ai décrites moyennant un équipement et un encadrement reposant en partie sur des structures existantes et une pédagogie allant dans le sens du besoin exprimé : suffisamment en vase clos et collectif pour assurer une certaine sérénité et une protection ; suffisamment ouvert pour ne pas se trouver isolé ou stigmatisé.

Des textes législatifs existent⁶⁰ ainsi que les lignes budgétaires correspondantes. De fait la DDASS se montre potentiellement intéressée par le développement d'un tel équipement.

Une maison de famille trouverait sa place en complémentarité avec l'existant tant du côté sanitaire que du côté social .

C'est le type même d'un projet à construire en partenariat.

Il est donc nécessaire d'aller plus avant dans ce sens et il est de ma responsabilité de favoriser le débat et d'apporter des éléments concrets pour qu'une telle création puisse avoir lieu. Cela n'implique pas que l'association soit la mieux placée pour piloter dans son intégralité un tel projet. Elle devra se prononcer en temps utile sur la question. Pour ma part, il me semble que notre rôle est de stimuler une telle création au nom du devoir qui est le nôtre de favoriser des réponses aux besoins des usagers.

Une deuxième piste consisterait en un développement de notre service d'accompagnement des sortants de psychiatrie.

Depuis plusieurs années qu'il existe, ce service non seulement a fait ses preuves en termes d'efficacité mais les diverses évaluations réalisées montrent que le besoin est important. Il ne correspond pas tout à fait aux besoins de Madame G, mais des personnes très souffrantes en bénéficient et sont à la fois soignées et accompagnées. Malheureusement nous n'en sommes encore qu'à la consolidation financière de l'existant et ceci non sans mal !

La troisième piste enfin est de loin la plus hypothétique (je suis tenté de dire irréaliste).

Que ce soit le réaménagement du dispositif CHRS, la mise en place d'une pension de famille, l'extension d'un service d'accompagnement ambulatoire, aucune de ses réalisations ne remplace un véritable lieu de vie qui restitue aux personnes les plus en souffrance dignité et repos. A propos de telles structures, le docteur FURTOS⁶¹ dans un langage propre à sa profession estime nécessaire de travailler sur « *la perte des objets sociaux* ». Si les références sociales propres à tout individu dans une société donnée sont ou semblent perdues pour tel ou tel, alors il convient de restituer un cadre et des paramètres adaptés pour que la vie de ces personnes puisse être suffisamment digne. Il rappelle également que de telles structures ne peuvent voir le jour sans « *un métissage des identités professionnelles* » d'où l'idée du compagnonnage.

⁶⁰ Décrets 94-1128, 1129, 1130 du 23/12/94 sur les résidences sociales.

⁶¹ Rencontre avec Monsieur FURTOS le 2 février 1999.

À nous, directeur, équipe professionnelle, association, à nous employer au progrès de ce bel ouvrage.

CONCLUSION

Tout au long de ce travail j'ai tenté de montrer à quel point l'irruption de la souffrance psycho-sociale dans un établissement somme toute bien traditionnel, rodé et aguerri à l'accueil des populations en difficulté sociale, encadré par un dispositif législatif solide et évolué, a pu être déstabilisant tant d'un point de vue humain que de celui de l'organisation.

Sur la base de l'expérience acquise, d'initiatives en cours plus ou moins laborieuses, certainement d'une volonté de progresser affirmée de la part de l'ensemble des acteurs concernés dont je suis en tant que directeur, j'ai évoqué certaines pistes dont l'élaboration devrait progressivement enrichir les conditions de la prise en charge de cette souffrance psycho-sociale sans pour autant préjuger d'un devenir très formalisé.

Malgré tout, et parce qu'il est essentiel pour un directeur de visualiser l'avenir, je prends le risque de ce que qui peut apparaître presque un jeu, tant il est hasardeux de tirer des plans sur la comète : dire ce que pourrait être le CHRS dans trois ans.

J'aimerais tout d'abord un établissement réconcilié avec lui-même, ayant retrouvé sa vocation première d'accueil de toute personne en difficulté sociale, mais n'ayant pas renoncé à prendre sa part dans la prise en compte de cette souffrance psycho-sociale si particulière et inquiétante.

J'imagine l'établissement, accompagné par son association, entouré de « partenaires-compagnons », donc doté d'un langage, d'une culture partagée et cadrée par des outils adaptés à une prise en charge facilitée et devenue efficace : convention, charte, protocole clair de prise en charge.

J'aimerais un personnel rasséréné par l'utilisation de ces outils, situant mieux sa tâche et sa place: en un mot son travail auprès de toute personne qu'il aura pour vocation d'accompagner soit vers plus d'autonomie, soit vers une insertion plus adaptée à leur souffrance. Ce personnel n'aura plus alors ce terrible sentiment d'impuissance ni l'occasion de « classer sans suite » quelques mois parcourus avec telle personne dans un apparent échec.

Pour cela le CHRS ne pourra qu'être entouré de dispositifs dont certains existent déjà et sont appelés à se développer, d'autres pas encore mais auront, grâce aux efforts de tous, d'ici là peut-être vu le jour.

Concernant ce travail que je considère comme ma participation à l'élaboration de ce futur incertain, je dois conclure. Non pour mettre une touche finale, un ultime point d'orgue au bout de la partition achevée comme pour dire « j'ai fini », mais plutôt dans l'idée de poser une première pierre.

Je serais heureux que l'on puisse dire un jour non pas de ce document bien sûr, mais du travail de partenariat qui s'élabore petit à petit : « la pierre qu'ont posé les bâtisseurs est devenue la pierre angulaire ». Ainsi, les tâtonnements, les incertitudes, les efforts actuels de même que les initiatives prises en faveur de la réconciliation de l'accompagnement social et du soin ne seront pas vains.

Mais si cette réconciliation est le bel ouvrage des partenaires, il n'a de sens que s'il permet aux usagers concernés de créer leur propre bel ouvrage : celui de leur mieux-être social, d'une certaine manière, de leur santé retrouvée.

Autrefois les compagnons disaient : « *le chef d'œuvre, c'est l'homme ; la cathédrale intérieure* ». Cette propension à concevoir un ouvrage quel qu'il soit en mettant l'homme au centre de ses préoccupations me paraît dans le secteur sanitaire et social, une façon de voir les choses tout à fait moderne. C'est dans cet esprit que considérant le rôle et la place qui est la mienne, je souhaite continuer à travailler vers un but toujours recherché mais sans doute jamais totalement atteint en l'occurrence : réconcilier.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

_AFCHAIN Jean « Les associations d'action sociale », Collection Dunod, 1997

_BARREYRE J-Y « Dictionnaire critique d'action sociale », Collection Travail Social, Bayard édition

_CASTERA (de) B « Le Compagnonnage », PUF, 1998

_JOLIVET B « Parcours du sanitaire au social en psychiatrie », Edition Frison Roche, 1995

_KAES R « Crise rupture et dépassement », Collection Dunod, 1979

_MIRAMONT J-M « Manager le changement dans l'action sociale », Edition ENSP, 1996

_SAINT-EXUPERY (de) A, « Le Petit Prince », Edition Gallimard, 1974

ACTES DE COLLOQUES

_DEQUALIFICATION SOCIALE ET PSYCHOPATHOLOGIE, (Ou devoirs et limites de la psychiatrie publique)

Actes du colloque du Vinatier, Lyon- Bron, octobre novembre 1994

Articles de Messieurs EMMANUELLI, PERRET, PIQUARD-GAUVIN, GOMEZ-MONGO, GASTE, FURTOS, MAISONDIEU, MASSE, GILLET.

_SOUFFRANCE PSYCHIQUE, CONTEXTE SOCIAL ET EXCLUSION

Actes du colloque du Vinatier, Lyon-Bron, octobre 1997

Articles de Messieurs FURTOS, MAISONDIEU, MASSE.

RAPPORTS

_LA PROGRESSION DE LA PRECARITE EN FRANCE ET SES EFFETS SUR LA SANTE,

Rapport du Haut Comité à la Santé Publique, Collection Avis et recherche, février 1998.

_CES SOUFFRANCES QUE L' ON NE PEUT PLUS CACHER

Rapport LAZARUS.

_ORIENTATION SUR LE TRAVAIL SOCIAL, Rapport QUESTIAUX, 1982.

ANNEXE UNIQUE

SOMMAIRE

1 - Présentation du service et origine : historique et objectifs

2 - Public concerné

3 - Organisation et partenariat

3.1 - Organisation

3.2 - Partenariat

4 - Pédagogie et méthode de travail

4.1 - Pédagogie

4.2 - Méthode de travail

5 - Financement

6 - Evaluation depuis la création

7 - Conclusion

1 - PRESENTATION DU SERVICE ET ORIGINE

1.1 Historique

Ce service est né du partenariat entre le C.H.R.S.* Foyer d'Accueil Féminin et les Unités de Soins Spécialisés de Seynod, l'un et l'autre confrontés à l'accueil, le soin et l'hébergement de personnes en grandes difficultés sociales et psychologiques.

Il a préalablement fait l'objet d'un projet élaboré avec le soutien et la collaboration des représentants de la psychiatrie publique locale.

Ce projet a été présenté à la DDASS au début de l'année 1995 et aussitôt intégré au fonctionnement du C.H.R.S., dans le cadre de sa restructuration, sur la base de six places à titre expérimental (passage en CROSS le 22 février 1995).

Deux années plus tard, la DDASS a souhaité voir confirmée cette expérience et a accepté de doubler la capacité du service. Cette extension repose sur des financements précaires, mais a fait l'objet d'un engagement de recherche de financements.

1.2 Objectif

Ce service a pour objectif la réinsertion sociale de personnes ayant vécu des hospitalisations dans le cadre de soins psychiatriques. Ce travail favorise la sortie de l'hôpital et se poursuit auprès de la personne nouvellement installée ou réinstallée dans son propre logement.

2 - PUBLIC CONCERNE

La prise en charge concerne des hommes et des femmes de tous âges, malades mais relativement stabilisés par des soins psychiatriques en cours.

3 - ORGANISATION ET PARTENARIAT

3.1 Organisation

L'accompagnement de douze personnes demande la mise en oeuvre d'un temps plein de travail social, réparti sur deux travailleurs sociaux (à mi-temps chacun).

Le choix de mettre en oeuvre deux personnes à mi-temps permet la constitution d'une équipe, ce qui favorise l'échange et le soutien mutuel.

* Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale

Cette équipe, bien qu'autonome, est rattachée au C.H.R.S. et à sa direction. Elle bénéficie d'une analyse de la pratique et des formations proposées dans l'établissement ainsi que de son infrastructure.

Afin de favoriser la bonne gestion du service, tant dans ses aspects administratifs que techniques et pédagogiques, la Fédération de Psychiatrie locale a délégué des référents (un médecin et un cadre infirmier) en lien étroit avec l'équipe d'accompagnement et sa direction.

3.2 Partenariat

Il s'agit d'une dimension essentielle de cette action.

Nous l'avons vu, cet accompagnement social ne trouve son sens et son efficacité qu'en lien étroit avec le soin. C'est donc une expérience privilégiée d'harmonisation entre le sanitaire et le social, conçue dans l'intérêt des bénéficiaires et montrant que l'on peut faire échec à une certaine impuissance professionnelle ressentie lorsque les savoir-faire ne sont pas suffisamment associés.

Par ailleurs, le partenariat est largement engagé dans l'accompagnement social proprement dit, notamment dans le secteur du logement, de la protection des majeurs, des loisirs et de la vie culturelle ainsi qu'avec le monde associatif local. Le rattachement à la structure du C.H.R.S., bien ancré dans le réseau d'aide locale, est un atout qui favorise la qualité de ce partenariat.

4 - PEDAGOGIE ET METHODE DE TRAVAIL

4.1 Pédagogie

La pédagogie repose sur :

- une grande cohérence et une complémentarité entre soins médicaux et accompagnement social en veillant à ce que ces deux pôles restent très indépendants dans l'esprit du bénéficiaire, favorisant ainsi son autonomie et son bien-être ;
- une revalorisation des capacités du bénéficiaire à vivre dans son environnement en veillant au respect de ses limites et aux contraintes de la maladie ;
- l'aide apportée au bénéficiaire dans ses démarches matérielles mais aussi dans le cadre d'un soutien psychologique et pédagogique, basée sur la prise en compte du quotidien : achats, loisirs, alimentation, ménage, vie de quartier, restauration des liens de voisinage, amicaux, familiaux, parfois activité professionnelle ;
- le respect de la liberté de la personne, ce qui exclut toute idée de programme préétabli ou préfabrication d'un projet ;
- une prise en charge individuelle assortie de rencontres collectives pour ceux qui les souhaitent.

4.2 La méthode de travail

- l'équipe soignante saisit le service d'accompagnement selon un protocole établi (cf. annexe) ;
- l'adhésion du bénéficiaire est indispensable ;

le travail d'accompagnement s'engage sur une durée déterminée et repose sur des entretiens réguliers, des visites à domicile et l'accompagnement dans différents actes de la vie quotidienne selon le besoin ; des bilans réguliers et systématiques sont réalisés avec le service médical ;

- la fin de la prise en charge est envisagée en accord avec toutes les parties.

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

L'accompagnement social est une notion qui repose à la fois sur un savoir-faire technique (recherche de logement, connaissance de l'environnement, des droits sociaux, démarches administratives et négociations avec les partenaires) mais aussi psychologique (écoute, technique d'entretien, recherche d'une compréhension des phénomènes en jeu dans la relation, analyse de ceux-ci et mise en oeuvre d'une action adaptée).

5 - FINANCEMENT

Au premier semestre 1999, ce service fait partie intégrante du C.H.R.S.. Il est donc financé sur la dotation globale, pour moitié de manière durable, pour moitié avec un financement annuel constitué par un excédent conjoncturel affecté d'année en année, par la DDASS, au maintien de l'extension du service.

Ce financement est donc en partie précaire et doit être tôt ou tard consolidé.

Par ailleurs, il est possible de se demander si, étant donné le positionnement de cette action à l'intersection du sanitaire et du social, son financement ne doit pas également être envisagé dans cet esprit.

Le coût annuel de cette action s'élève à 290.000 francs en 1999, soit 24.000 francs par personne accompagnée, ce qui, au regard des économies réalisées sous forme de sensibles réductions des journées d'hospitalisation, est faible. Il convient de concevoir le financement d'un tel service, non en terme de charge supplémentaire pour les deniers publics, mais au contraire comme l'occasion d'une substantielle économie.

6 - EVALUATION DES ACCOMPAGNEMENTS DEPUIS 1995

32 personnes (14 hommes et 18 femmes) de 22 à 55 ans ont bénéficié de l'accompagnement, 20 ont quitté le dispositif.

Quelques indicateurs sur les accompagnements déjà effectués :

- Les hospitalisations : 15 personnes, qui étaient hospitalisées au moment de la demande, n'auraient pas pu quitter l'hôpital à ce moment sans soutien.

La durée d'hospitalisation avant la prise en charge s'échelonne de quelques mois (5 personnes) à quelques années (16 personnes) jusqu'à plus de 10 ans (9 personnes). Certains, suivis par le CMPA, n'ont jamais été hospitalisés.

Pendant la durée de l'accompagnement social, les hospitalisations ont fortement diminué, voire cessé.

La durée de l'accompagnement social, prévue par la législation en C.H.R.S., est de six mois renouvelables.

Dans la réalité, nous avons constaté que :

- les prises en charge d'une durée de moins de trois mois ont été arrêtées car n'étant pas adaptées à la problématique ou du fait d'un décalage entre la prescription et les capacités de la personne ;
- la majorité des prises en charge dure entre six mois et vingt quatre mois ;
- deux accompagnements ont eu une durée de plus de vingt quatre mois.

En conclusion, la durée minimale d'un accompagnement est de six mois. Quant à la fin d'une prise en charge, elle intervient lors du désinvestissement d'un des partenaires.

L'environnement social des personnes

Sur les 32 prises en charge :

- 26 personnes sont célibataires
- 21 n'ont pas de lien régulier avec la famille et peu de relations amicales

On constate très peu de relations en dehors de l'hôpital, ou des relations difficiles, notamment avec la famille et l'environnement social (qui semblent s'améliorer du fait de la prise en charge par un tiers extérieur, le service d'accompagnement).

Le logement : il s'agit de recherche de logement, de maintien dans le logement ou de réinvestissement du logement.

En ce qui concerne la recherche de logement, selon les ressources, elle se tourne vers des appartements individuels du parc locatif privé pour une majorité de personnes. Pour d'autres, nous sollicitons le parc social H.L.M., les foyers SONACOTRA et F.J.T..

La stabilité des revenus (pensions et Allocations Adultes Handicapés) est souvent un atout, ainsi que les mesures de protection des majeurs qui jouent un rôle de garantie de paiement. Par contre, certains revenus trop faibles (pensions d'invalidité) et la peur que suscite la maladie mentale sont parfois des freins aux démarches.

CONCLUSION

Ce service a montré son utilité dans le champ de la prise en charge des personnes en grande souffrance psychique. Celles-ci, soutenues, peuvent vivre à l'extérieur de l'hôpital et acquérir ou retrouver certaines capacités à :

- investir un logement en tant que lieu privatif
- s'insérer dans un quartier
- retrouver des gestes de la vie quotidienne

La capacité actuelle du service, 12 places, ne permet pas de répondre à la demande. Par ailleurs, il est innovant en ceci qu'il associe les savoir-faire du sanitaire et du social, source de beaucoup d'efficacité et il apporte une réponse aux besoins des personnes en grande difficulté qui ne peuvent être correctement aidées que prises en compte globalement. Il répond aux soucis des pouvoirs publics dans son désir de prise en compte des formes les plus aiguës de l'exclusion.

Sur la base de cette initiative, il convient de réfléchir non seulement à son nécessaire maintien, mais encore à son développement, ainsi qu'à d'autres formes d'alternatives à l'hospitalisation pour des personnes dont les difficultés et les souffrances, à la fois psychiques et sociales, ne permettent ni un maintien définitif en structure hospitalière ni la jouissance à moyen terme d'une autonomie pleinement assumée.