



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes en difficulté sociale

**ARTICULER ACCOMPAGNEMENT SANITAIRE ET
ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DANS LE PROJET D'UNE
ASSOCIATION D'INSERTION PAR LE LOGEMENT**

Catherine BRUNIN

Remerciements

Je remercie tout particulièrement,
Madame Jacqueline MARTEL
Monsieur Jean Marc AUGUET
Monsieur Pierre DELOR
Monsieur Jean Charles MERCIER
Docteur Pierre VANECCLOO

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| SOMMAIRE | 1 |
| LISTE DES SIGLES UTILISES | 1 |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1 A LA RENCONTRE DE L'A.P.I.L. | 5 |
| 1.1 L'A.P.I.L, un partenariat innovant : Bailleurs-Associations | 5 |
| 1.1.1 L'association : présentation d'ensemble | 5 |
| 1.1.2 Le système organisationnel et la gestion des ressources humaines | 9 |
| 1.2 Le contexte local : une réalité urbaine et sociale difficile | 12 |
| 1.2.1 Un aperçu de l'arrondissement de Valenciennes | 12 |
| 1.2.2 Le public accompagné par l'A.P.I.L. | 14 |
| 1.3 Nature de l'activité et méthodes de travail | 21 |
| 1.3.1 Le concept de l'accompagnement social lié au logement | 21 |
| 1.3.2 La nécessité de faire évoluer l'activité. | 24 |
| 2 LE SECTEUR SANITAIRE ET LE SECTEUR SOCIAL : A LA RECHERCHE D'UN PARTENARIAT | 31 |
| 2.1 A la rencontre des personnes en situation de précarité et présentant des problèmes de santé | 31 |
| 2.1.1 Approche conceptuelle | 31 |
| 2.1.2 Interactions entre état de santé et précarité. | 34 |
| 2.1.3 Les personnes accompagnées au sein de l'A.P.I.L et présentant des problèmes de santé | 39 |
| 2.2 Le secteur sanitaire et le secteur social : deux secteurs distincts, mais en voie de rapprochement | 44 |
| 2.2.1 Le sanitaire et le social : de la séparation au rapprochement | 44 |
| 2.2.2 Au carrefour des professionnels de santé et des professionnels du social | 47 |
| 2.3 A la recherche d'un partenariat | 53 |
| 2.3.1 Le cadre législatif Européen et National. | 53 |
| 2.3.2 Le contexte régional - départemental et local | 54 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3 | CREER UN ACCOMPAGNEMENT A L'INTERFACE DU SOCIAL ET DU SANITAIRE | 59 |
| 3.1 | Analyse de l'Association dans l'environnement : Atouts et déficits. Faisabilité d'un projet..... | 59 |
| 3.1.1 | En externe :..... | 59 |
| 3.1.2 | En Interne : une réelle nécessité d'adapter l'accompagnement proposé..... | 60 |
| 3.1.3 | Analyse et faisabilité d'un projet par rapport aux points essentiels | 62 |
| 3.1.4 | Le Projet : Intégrer le volet santé au projet social global de la personne. | 62 |
| 3.2 | Le directeur, promoteur de la conduite de changement..... | 64 |
| 3.2.1 | Manager dans la complexité..... | 65 |
| 3.2.2 | Accompagner le changement..... | 67 |
| 3.2.3 | Management et communication : faire savoir et savoir faire savoir..... | 70 |
| 3.3 | Le directeur, chef de projet | 73 |
| 3.3.1 | Outils financiers, administratifs, et juridiques..... | 73 |
| 3.3.2 | Outils relatifs à la Gestion des Ressources Humaines | 74 |
| 3.3.3 | Création de nouvelles procédures..... | 76 |
| 3.3.4 | Avancement et évaluation partielle du projet. | 78 |
| | CONCLUSION..... | 81 |
| | BIBLIOGRAPHIE | |
| | LISTE DES ANNEXES..... | I |

Liste des sigles utilisés

A.A.H : Allocation Adulte Handicapée
A.E.M.O : Action Educative en Milieu Ouvert
A.F : Allocation familiale
A.J.A.R ; Auprès des Jeunes et des Adolescents de la Rue
A.J.E : Allocation Jeune Enfant
A.N.A.H : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
A.P.E.I : Association de Parents d'enfants Inadaptés
A.P.I : Allocation Parent Isolé
A.P.I.L : Association Pour l'Insertion par le Logement
A.R.H : Agence Régionale d'Hospitalisation
A.S.F : Allocation de Soutien Familiale
A.S.S : Allocation de Solidarité Spécifique
C.A.F : Caisse d'Allocations Familiales
C.A.V.A : Centre d'Aide à la Vie Active
C.C.A.S : Centre Communal d'Action Sociale
C.D.C : Caisse des dépôts et Consignations
C..D.D : Contrat à durée Déterminée
C.D.I : Contrat à Durée Indéterminée
C.E.R : Centre Educatif Fermé
C.E.S.R : Conseil Economique et Social Régional
C.F : Complément Familial
C.H.R.S : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
C.H.V : Centre Hospitalier de Valenciennes
C.I.L Comité Interprofessionnel du Logement
C.L.I : Commission Locale d'Insertion
C.M.P : Centre Médico-Psychologique
C.O.A.H : Coordination pour l'Accueil et l'Hébergement
D.D.A.S.S : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.T.P : Equivalent Temps Plein
F.N.A.R.S : Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale
F.S.E : Fonds Social Européen
F.S.L : Fonds Solidarité Logement
G.I.P : Groupement d'Intérêt Public
G.P.V : Grand Projet de Ville

H.C.S.P : Haut Comité de la Santé Publique
H.L.M : Habitation à Loyer Modéré
I.C.M : Indice Comparatif de Mortalité
I.N.S.E.E : Institut National des Statistiques et des études Economiques et Sociales
L.O.V : Loi d'Orientation pour la Ville
M.E.C.S : Maison d'Enfants à Caractère Social
M.O.U.S : Maîtrise d'Ouvre Urbaine et Sociale
O.N.P.E : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion
O.R.S : Observatoire Régional de la Santé
P.A.S.S : Permanence d'Accès aux Soins
P.D.A.L.P.D : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes
Défavorisées
P.L.A : Prêt Locatif Aidé
P.L.A.I : Prêt Locatif Aidé d'Insertion
P.L.U.S : Prêt Locatif à Usage Social
P.R.A.S.E : Programme Régional d'Action Santé Environnement
P.R.S : Programme Régional de Santé
P.S.T : Programme Social Thématique
P.T.S : Programme Territorial de Santé
S.A.V.U : Service d'Aide aux Victimes d'Urgence
S.D.F : Sans Domicile Fixe
U.T.P.A.S : Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale
V.I.H : Virus d'Immunodéficience Humaine

« Pour les sociétés comme pour les individus, la santé est bonne et désirable, la maladie au contraire est la chose mauvaise et qui doit être évitée »

Emile DURKHEIM.

« Les règles de la méthode sociologique »

INTRODUCTION

Les raisons qui m'ont amené à m'engager dans cette démarche relative au mémoire sont liées à l'évolution des prises en charge effectuées au sein de l'Association que je dirige depuis plus de 4 ans.

Créée en 1992, l'A.P.I.L.¹ est composée d'un collège de 7 associations et d'un collège de 3 bailleurs sociaux. Le siège social est à Valenciennes, dans le Nord de la France.

L'objectif de l'Association vise l'insertion sociale des ménages en situation de précarité par le biais de l'accès ou du maintien dans le logement.

Le public accompagné est en difficulté dans sa recherche de logement ou pour s'y maintenir. Il bénéficie de minima sociaux ou de faibles revenus pour les personnes qui sont salariées.

Depuis sa création, l'Association s'est vue confier régulièrement des mesures d'accompagnement social liées au logement, où l'évolution de la prise en charge est parfois bloquée en raison de la grande difficulté de certains ménages à s'inscrire dans une démarche de soins pourtant nécessaire. Ce constat n'a fait que se renforcer depuis la réorganisation de l'activité associative mise en œuvre depuis 2000. Cette restructuration a engendré une nouvelle procédure relative à la prise en charge des ménages, ce qui a diversifié par la même occasion les problématiques jusqu'alors rencontrées.

La demande première : le logement, est un symptôme autour duquel gravitent d'autres problématiques liées aux volets : financier, professionnel, familial, santé. Elle laisse apparaître des situations fortement dégradées où les individus sont bien souvent repliés sur eux même, sur leurs problèmes, sortant difficilement de leur isolement.

Le refus de se soigner, et de se rendre vers des structures de soins devient dans la plupart des situations un véritable obstacle dans la continuité de l'accompagnement. Si dans certains cas la mise en place d'une relation de confiance peut aider à orienter la personne vers un service de soins, il n'en est pas de même pour la grande majorité d'entre elles. La non prise en compte de la problématique santé dans le projet social global de la personne, entrave soit la poursuite de la prise en charge ainsi que le

¹ A.P.I.L Association Pour l'Insertion Par le Logement. (association loi 1901)

relogement, soit provoque des difficultés après le relogement ou pour maintenir les personnes qui sont déjà logées.

Les raisons liées à ce type d'échec ou de difficultés rencontrées sont variables en fonction des situations. De façon générale, les personnes sont prises dans une sorte de spirale qui les empêche de se mobiliser socialement et de s'inscrire dans un environnement micro ou macro social. Ceci peut se traduire par le refus de l'accompagnement, le refus d'être relogé, la dégradation des liens familiaux et sociaux, des problèmes de comportement en interne (hygiène, détérioration des logements...) ou en externe (trouble du voisinage, mode de vie atypique.)

En 2003, l'A.P.I.L estime à plus de 25 %² le nombre de ménages relevant de ce type de caractéristiques, contre à peine 5 % il y a 10 ans.

Cette nette augmentation provoque des difficultés en interne et risque d'en occasionner en externe sur du court terme.

On constate : un allongement des mesures d'accompagnement social sans pour autant obtenir un résultat positif, avec pour contrainte une baisse des rotations des prises en charge, une baisse du nombre de relogements, l'abandon des situations les plus socialement dégradées, la difficulté à terminer la réalisation de la programmation de certains dispositifs. Par ailleurs, l'équipe éducative est désarmée face à ce type de prise en charge, et s'interroge quant à ses compétences et quant à son avenir en matière d'accompagnement.

Faut-il continuer à répondre favorablement à cette demande spécifique ? et si oui, de quelle façon ?

L'objectif est d'y répondre favorablement, et consiste à créer un accompagnement adapté qui permettra de prendre en charge ces personnes en leur apportant une réponse innovante.

Le Conseil d'Administration est conscient de la problématique et de ses répercussions conjoncturelles et structurelles sur l'activité et sur l'équipe éducative, mais frileux quant à un rapprochement avec le secteur sanitaire du fait de l'organisation actuelle de l'Association, et de notre objectif premier : l'accompagnement social lié au logement. Au sein du Conseil, le représentant de l'Association de Croix Marine est un psychiatre, particulièrement sensibilisé au constat et pouvant s'avérer un réel soutien quant à un rapprochement avec le secteur sanitaire.

² L'estimation est réalisée à partir d'une enquête réalisée au sein de l'Association fin 2003

La problématique et les enjeux sont complexes. Nous évoquons ici la question de la prise en charge sanitaire et plus particulièrement l'articulation entre le secteur social et sanitaire, deux champs distincts instaurés depuis la loi du 30 juin 1975 mais qui sont en voie de rapprochement.

Prendre en charge les personnes présentant des problèmes de santé dans le cadre d'une mesure d'accompagnement social lié au logement, m'oblige à me situer à l'interface du social et du sanitaire.

Comment en tant que directrice d'une Association d'insertion par le logement pouvoir intégrer la dimension sanitaire ?

Par quels moyens pouvoir créer du lien durable avec le secteur sanitaire ? Et enfin comment pouvoir financer ce type de projet, alors que l'Association n'émerge que sur des lignes budgétaires liées à l'habitat et persuader les financeurs de la pertinence du projet ?

Apporter une solution à la problématique qui nous intéresse ici, m'obligera à interroger et à solliciter le champs sanitaire que je ne connais pas, mais aussi certains financeurs qui y sont spécifiques. Les réponses que j'apporterai à travers le projet seront donc transversales, de part l'objectif.

En interne, j'ai à convaincre définitivement le Conseil d'Administration qui reste encore un peu sceptique. Par ailleurs proposer une réponse sanitaire au sein de l'équipe éducative me heurtera à des résistances, de part les métiers actuellement présents, les pratiques éducatives institutionnalisées, mais aussi de part la rencontre de deux champs culturels différents. Je devrai donc convaincre l'équipe éducative de la pertinence du rapprochement avec le secteur sanitaire qui ne pourra apporter qu'une réponse différente et adaptée.

En externe, j'aurai à développer un nouveau type de partenariat avec le milieu hospitalier mais aussi à convaincre les financeurs de l'intérêt du projet et des enjeux qui y sont liés. En parallèle, les sources de financement pouvant être multiples, il me sera nécessaire de trouver un moyen pour les articuler entre-elles.

Ainsi pour traiter la problématique et les questions qui y sont liées, je consacrerai la première partie, à la présentation et à l'analyse du contexte associatif à travers ses missions, son organisation, ses méthodes de travail, et son environnement.

La deuxième partie concernera les personnes prises en charge au sein de l'Association et présentant des problèmes de santé, en apportant un éclairage conceptuel relatif à l'interaction entre la notion de précarité et celle de la santé. Puis, tout en abordant la séparation des deux secteurs, je resituerai la problématique dans une perspective de

rapprochement à travers le contexte législatif et politique conjoncturel se déclinant au niveau européen, national et local.

La troisième partie permettra d'apprécier les opportunités, tout en tenant compte des menaces dans un contexte de mise en œuvre d'un projet relatif à la création d'un accompagnement adapté à l'interface du sanitaire et du social.

1 A LA RENCONTRE DE L'A.P.I.L.

1.1 L'A.P.I.L, un partenariat innovant : Bailleurs-Associations

1.1.1 L'association : présentation d'ensemble.

A) Qui est elle

L'APIIL est une Association de type loi 1901, dont le siège social se situe à Valenciennes dans le département du Nord. Elle constitue une expérience originale de mise en synergie de ressources offertes par trois bailleurs sociaux de l'arrondissement de Valenciennes et de sept associations aux vocations spécifiques. Sa mission est de mettre en œuvre le droit au logement, sur l'arrondissement de Valenciennes.

B) Historique

L'ampleur des besoins liés au logement des ménages défavorisés dans l'arrondissement de Valenciennes, et le souci de renforcer l'efficacité dans le cadre de la loi Besson ont conduit à créer l'Association Pour l'Insertion par le Logement (A.P.I.L) en 1992.

A son origine, un bailleur social (la S.A HLM du Hainaut) et une Association (l'A.J.A.R).

Deux principes simples et clairement établis :

- La complémentarité des interventions de deux métiers plutôt que l'affrontement de logiques et de cultures différentes (Bailleur-Association).
- La contractualisation avec les communes, qui actent la prise en compte du besoin et du droit au logement sur leur territoire plutôt que l'ignorance ou le rejet du public en difficulté sur une autre commune.

L'activité de l'A.P.I.L s'est rapidement développée sur ces bases et sur un marché du logement porteur : le marché de l'immobilier privé était nettement moins tendu qu'actuellement et permettait de réhabiliter des maisons particulières situées dans les quartiers centraux avec un niveau de loyer entièrement couvert par l'aide personnalisée au logement.

C) Les Locaux

Le siège de l'Association se trouve au sein des locaux de la S.A HLM du Hainaut. Cette situation engendre souvent la confusion auprès du partenariat qui assimile l'A.P.I.L à l'organisme HLM.

D) Composition

L'A.P.I.L est composée de deux collèges qui sont respectivement représentés au sein du Conseil d'Administration (voir statuts :art.1 à 4 en annexe1 et organigramme en annexe 2)

Un collège qui réunit les 3 bailleurs sociaux :

- ❖ la S.A d'HLM du Hainaut gère 18000 logements dont 16500 sur l'arrondissement
- ❖ VAL HAINAUT HABITAT (OPAC de la ville de Valenciennes) gère 4500 logements dont 80 % sur Valenciennes « intra-muros ».
- ❖ L'EPINORPA (société gérant le patrimoine minier) gère 70000 logements sur la région Nord Pas de Calais dont 7300 sur l'arrondissement de Valenciennes.

Un collège qui réunit les 7 Associations (voir composition et missions des Associations en annexe 3) qui ont toutes des missions différentes qui sont liées aux personnes en difficulté, au handicap, à la santé mentale, à l'enfance.

L'A.J.A.R, Alter Egaux, l'A.P.E.I, Croix Marine, La Maison de la Famille, L'UCIE Quartiers, SOS Village d'Enfants.

E) Ses missions

Les missions de l'Association sont organisées autour de trois axes :

! Mener des mesures d'accompagnement social lié au logement dans le cadre :

? *de l'accès au logement* auprès de ménages³ en difficulté afin de leur permettre d'accéder à un logement décent dans le parc privé ou le parc social. L'APIL intervient tant auprès des publics sortant des structures d'hébergement et d'accueil des membres du collège associatif : sortants de CHRS, de foyers, d'hôpital psychiatrique, tant auprès des ménages qui sont signalés par les collectivités locales de l'arrondissement ou par le partenariat local.

? *du maintien dans les lieux*, auprès de ménages en difficultés et déjà logés dans le parc social.

! Répondre aux besoins exprimés par les Associations membres de l'A.P.I.L en matière d'ingénierie sociale pour la réalisation d'opérations immobilières.

! Répondre aux besoins exprimés par les collectivités locales en matière d'ingénierie sociale afin de réaliser des opérations immobilières en direction des publics en difficultés.

³ « ménage » au sens INSEE. C'est l'ensemble des occupants d'une résidence principale, qu'ils aient ou non des liens de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne.

F) Le Projet associatif

L'objectif principal du projet associatif est l'insertion sociale, de façon durable, des ménages en difficulté.

Les modalités d'accompagnement sont adaptées à chaque prise en charge. Le ménage bénéficie d'un projet individualisé qui permet une réponse adaptée et évolutive par rapport aux besoins repérés.

Cet accompagnement se fait en lien avec l'ensemble du partenariat local.

Le principe général est de permettre le maintien ou le relogement de chaque ménage dans un habitat adapté à ses besoins en terme de typologie, de mode de vie, d'environnement, et de coût. Pour permettre l'accès, et afin d'offrir la solution la plus adaptée, l'A.P.I.L peut proposer un parcours résidentiel. L'accompagnement est plus long, mais permet d'évaluer et d'accompagner au mieux possible le ménage vers un relogement durable. Ce parcours résidentiel s'effectue par le biais d'un chaînage de solutions provisoires, en lien avec les Associations membres de l'APIL. Celles-ci peuvent proposer des hébergements en CHRS, en foyers, en accueil d'urgence, en logements relais.

G) Le cadre juridique

L'action de l'A.P.I.L s'inscrit dans le cadre de :

- **la loi n°90-449 du 31 mai 1990** (Loi Besson) qui vise la mise en œuvre du droit au logement pour tous.
- **la loi n°98-657 du 29 juillet 1998** d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Celle-ci est venue compléter, et renforcer le volet logement, et faire de ce dernier la condition première de l'autonomie personnelle et familiale, de l'intégration dans la vie sociale et professionnelle.
- **la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale⁴.

Dans son article premier, la loi Besson du 31 mai 1990 stipule :

« Garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité pour l'ensemble de la Nation. Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, a droit à

⁴ « Relèvent des établissements et services sociaux et médico-sociaux les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficultés ou en situation de détresse » Code de l'action sociale et des familles, article L.312-1, I,8°.

une aide de la collectivité, dans les conditions fixées par la présente loi, pour accéder à un logement décent et pour s'y maintenir ».

Au cœur de cette loi figurent les Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (P.D.A.L.P.D). Ces Plans sont élaborés et mis en œuvre dans chaque département par les Préfets et les Présidents des Conseil Généraux, en collaboration avec l'ensemble des autres acteurs de la politique du logement.

Les P.D.A.L.P.D doivent accorder « *une priorité aux personnes et familles sans aucun logement ou menacées d'expulsion sans relogement, ou logées dans des taudis, des habitations insalubres, précaires ou de fortune* » (article 4 de la loi Besson).

Dans le département du Nord, le P.D.A.L.P.D a pour objectifs (voir détails en annexe 4) :

- Assurer à tout le public concerné par le Plan, la disposition durable d'un logement.
- Assurer l'accès aux aides du FSL à toute famille relevant du Plan, sur l'ensemble du territoire départemental.

H) Les sources de financements

Pour réaliser ses missions, l'APIL mobilise différentes sources de financements qui concernent uniquement le logement :

? Le Fonds Solidarité Logement (FSL)⁵ co-financé et co-piloté par l'Etat et le Conseil Général du Nord, dans le cadre du P.D.A.L.P.D

? Les 4 Commissions Locales d'Insertion⁶ de l'Arrondissement de Valenciennes co-financées par le Conseil Général et le Fond Social Européen.

? Les fonds du 1% logement dans le cadre de la gestion technique et sociale (organisme collecteur auprès des entreprises)

Par ailleurs, d'autres sources de financement sont mobilisées :

Notamment au travers de certains dispositifs :

? La Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (M.O.U.S) habitat⁷, qui est un dispositif co-financé par l'Etat, le Conseil Général, la Caisse d'Allocation Familiale, et les deux Communautés d'Agglomération de l'arrondissement.

⁵ Les Fonds Solidarité Logement sont rendus obligatoires par la loi. Ils regroupent, les aides pour le dépôt de garantie ; la garantie de loyers, les aides pour les impayés de loyers, et le financement des mesures d'accompagnement social lié au logement.

⁶ Les Commissions Locales d'Insertion financent des postes d'accompagnement social lié au logement pour les bénéficiaires du RMI.

Mais aussi au travers de certaines conventions :

? Etablies avec les bailleurs sociaux membres de l'APIL qui financent des mesures d'accompagnement social de maintien ou d'accompagnement social en vue du relogement des ménages locataires logés sur des sites voués à la démolition.

1.1.2 Le système organisationnel et la gestion des ressources humaines.

A) Le personnel

L'Association est composée de **13 professionnels** représentant 9,5 équivalents temps plein répartis sur 3 services distincts. (voir organigramme en annexe 5) :

- ❖ La direction : 1 ETP.
- ❖ Le service administratif et financier : composé d'une assistante de direction (1ETP) et d'un comptable (0,5 ETP).
- ❖ Le service social : composé de 9 travailleurs sociaux diplômés, correspondant à 6 ETP. L'équipe est constituée d'une assistante sociale, de deux éducatrices spécialisées, et de six conseillères en économie sociale et familiale. La moyenne d'âge est de 35 ans.
- ❖ Le service relatif au parc privé : composé d'un commercial, 1 ETP.

L'Association présente **une particularité** : sur 13 professionnels, seuls deux sont salariés de l'A.P.I.L : le commercial et moi-même.

Les 11 autres professionnels sont détachés respectivement :

- ❖ De la S.A d'HLM du Hainaut, membre du collège des bailleurs. C'est le cas de l'assistante de direction et du comptable.
- ❖ De quatre associations membres du collège associatif. C'est le cas pour l'ensemble des travailleurs sociaux. Ce détachement représente :
 - 1,25 ETP pour L'AJAR,
 - 1,75 ETP pour ALTER EGAUX,
 - 1,5 ETP pour CROIX MARINE
 - 1,5 ETP pour SOS VILLAGE D'ENFANTS.

⁷ La Maîtrise d'Oeuvre Urbaine et Social (MOUS) habitat pour l'accès au logement des personnes défavorisées est définie par la circulaire du 2 Août 1995. C'est une démarche permettant la prise en charge d'un public en grande difficulté et très mal logé. « La MOUS comporte en général, deux volets : technique et social. Elle ne constitue en aucun cas une démarche classique de relogement. Elles correspondent aux situations les plus dramatiques et les plus marginalisées, c'est-à-dire qui restaient jusqu'alors sans réponse. »

Ces professionnels sont salariés de leur association ou de leur entreprise et mis à disposition pour réaliser leur mission.

Les personnes issues de la S.A d'H.L.M du Hainaut sont physiquement présentes au siège de l'Association et travaillent directement avec moi. Par contre, les personnes détachées des Associations ne se trouvent pas physiquement au siège, mais sont au sein de leur Association respective. Une convention partenariale est établie avec chaque Association ainsi qu'avec la S.A d'HLM du Hainaut. Elle précise les modalités techniques, administratives et financières de la mise à disposition.

B) Règles administratives et financières de fonctionnement

L'APIL mobilise l'ensemble des financements nécessaires au fonctionnement de l'Association et reverse respectivement aux Associations et à la S.A d'HLM du Hainaut les frais relatifs à la masse salariale et aux frais de structure pour la réalisation de leurs missions.

C) La direction de l'APIL

Avant mon arrivée, en mars 2000, la direction de l'Association avait été assurée respectivement par deux directeurs. L'un de 1992 à 1998 et le second de 1998 à 2000. Le fait caractérisant de ces deux directeurs, était qu'ils n'étaient ni l'un, ni l'autre salarié de l'Association. Le premier directeur était détaché d'un organisme H.L.M et le second détaché d'une Association. Mon arrivée marque un changement important : je suis la première personne salariée de l'Association.

Mes principales responsabilités concernent :

- la gestion administrative et financière
- la recherche et la mobilisation des financements et la constitution des dossiers
- la coordination de l'équipe éducative
- le suivi et la gestion de l'activité
- le développement de l'activité dans le respect des orientations fixées par le Conseil d'Administration.
- la représentation de l'Association auprès des différentes instances financières et auprès du partenariat lié à l'activité.

Etre directrice à l'A.P.I.L :

? C'est diriger deux types de professionnels : du personnel détaché et du personnel salarié. Le personnel détaché n'a aucun lien hiérarchique avec moi. Ce type de management nécessite une certaine souplesse.

- ❖ Les conventions partenariales mises en place à mon arrivée m'ont permis de clarifier tant auprès de ces professionnels tant qu'auprès des responsables

mettant à disposition leur personnel, les attentes respectives, les modes d'organisation, de contrôle, et d'évaluation.

- ❖ Le système organisationnel mis en place s'effectue de la façon suivante :
 - ✓ avec les Associations. Il permet d'avoir un « relais » de supervision et de contrôle. Ces relais sont effectués par un chef de service de chaque Association et relayés par des rencontres régulières au sein du siège de l'A.P.I.L, tant avec les chefs de services qu'avec les professionnels.
 - ✓ avec la S.A HLM du Hainaut. L'organisation est plus simple puisque le siège de l'A.P.I.L est situé dans leurs locaux. L'interlocuteur est le directeur général de l'entreprise.

? C'est aussi travailler avec des Associations oeuvrant dans des secteurs d'activités différents et des entreprises oeuvrant dans le logement. C'est donc intervenir dans un métissage de cultures, de métiers et d'intérêts hétérogènes.

? C'est être prospectif. Le logement est un secteur qui nécessite de se préoccuper continuellement du futur à moyen et long terme. Le cadre législatif et financier évolue constamment. Ce mouvement prend tout son sens dans le contexte local qui est concerné par le renouvellement urbain : démolitions, reconstructions, aménagements urbains, traitement de l'insalubrité. Il est donc nécessaire d'être informé régulièrement et de pouvoir anticiper l'avenir afin de se positionner et d'intégrer ces différents chantiers, en répondant par exemple à des appels d'offres et à des missions ponctuelles. Cette capacité d'adaptation est de plus en plus forte. Elle permet aussi à l'Association, au même titre que le secteur associatif d'être reconnue comme un acteur économique à part entière, qui s'inscrit sur un territoire donné.

Mon expérience dans le cadre de l'A.P.I.L qui présente un mode d'organisation et de fonctionnement relativement complexe, m'a amenée à m'adapter constamment et à naviguer entre plusieurs modes de management : directif, participatif, délégitif.

Cette conjugaison s'est avérée être nécessaire pour gérer au mieux la complexité liée aux relations, aux situations, et à l'activité qui est située dans un environnement toujours en mouvement. La rigidité ne peut pas être de mise. Pour moi, manager consiste plutôt à composer avec différentes attitudes et à savoir les faire coexister.

Les points essentiels à retenir

Créée en 1992, l'A.P.I.L est une expérience originale de mise en synergie de ressources offertes par 3 bailleurs sociaux et 7 Associations de l'arrondissement de Valenciennes. Elle réalise ses missions avec 70% de personnel détaché et 30% de personnel salarié. Les sources de financements mobilisés sont multiples mais uniquement liées au logement. Sa richesse est de pouvoir utiliser les compétences spécifiques du collège associatif pour répondre aux besoins en matière d'accompagnement social et de diversifier ses réponses en matière de relogement grâce au collège des bailleurs sociaux.

1.2 Le contexte local : une réalité urbaine et sociale difficile

1.2.1 Un aperçu de l'arrondissement de Valenciennes

L'A.P.I.L intervient uniquement sur l'arrondissement de Valenciennes, qui est l'un des six arrondissements du Département du Nord. Il compte 82 communes et trois intercommunalités importantes :

- la Communauté d'Agglomération de Valenciennes Métropole regroupant 36 communes autour des bassins d'habitat de Valenciennes et de Condé sur l'Escaut.
- La Communauté d'Agglomération de la Porte du Hainaut regroupant 38 communes autour des bassins d'habitat de Denain et de Saint Amand les Eaux.
- La Communauté de Communes Rurales de la vallée de la Scarpe regroupant 7 communes du Pévèle.

2 communes de l'arrondissement font partie d'une communauté de communes de l'arrondissement de Douai.

Sur ces 82 communes, l'A.P.I.L intervient auprès de 67 d'entre elles et couvre donc le territoire à hauteur de 82 %.

Le peuplement est dense (550 habitants au km²). Avec une population totale de 348 994 habitants, soit 13,7 % de la population du Nord et 8,7 % de la population de la région Nord -pas de Calais,⁸ l'arrondissement occupe le 3^{ème} rang du département en nombre d'habitants après ceux de Lille et de Dunkerque.

A) Un territoire touché par la crise économique

L'arrondissement a été longtemps un territoire industriel et minier. De 1975 à 1993, le Valenciennois a perdu le quart de ses emplois, passant de 125000 à 95000 emplois. En 1999, le taux de chômage était de 22%⁹. Dans les années 90, il connaît un rebond économique tant dans le domaine industriel que dans celui du tertiaire. En 2004, le taux de chômage est ramené à 14,3 %¹⁰ (chiffre au 1er janvier 2004), mais reste néanmoins supérieur à la moyenne régionale (13,5%)¹¹ et nationale (9,9%)¹².

⁸ La Gazette Nord -Pas de Calais. Hebdomadaire économique régional. Mai 2004, N° 7610-27

⁹ Diagnostic Habitat de l'arrondissement de Valenciennes – ORGECO - juin 2002

¹⁰ La Gazette Nord Pas de Calais. Déjà cité.

¹¹ URIOPSS Nord -Pas de Calais-5 mars 2004. Etude sur l'état de l'emploi dans les 15 territoires de la région Nord -Pas de Calais, réalisée conjointement par l'INSEE et l'IGAS en 2002.

¹² Sources ANPE, DARES – juin 2004.

La crise économique a eu des conséquences importantes sur le plan social, démographique et culturel. La population est encore très marquée par la culture industrielle et minière. Cette crise a engendré une perte de repères pour une partie de la population. Les habitants fragilisés socialement et économiquement sont souvent très précarisés, peu qualifiés et peu mobiles géographiquement. Ils restent captifs de l'arrondissement, de leur commune, et dans certains cas de leur quartier.

B) La réalité urbaine

30 communes sont en contrat de ville dont la moitié en site Grand Projet de Ville (G.P.V).¹³

En matière d'habitat, l'arrondissement est marqué par l'imbrication de friches industrielles, de friches urbaines, de quartiers éloignés du centre ville, de parcs de logements majoritairement individuels et de l'habitat inconfortable.

Le taux de logements inconfortables est de 12%. Il est supérieur à la moyenne régionale (9%) et nationale (5%). On estime à environ 40000 le nombre de ménages¹⁴ concernés par ce type de logement.

L'arrondissement compte 36000 logements locatifs sociaux. Le parc social a la particularité d'être confronté à la pauvreté. Il connaît un très faible taux de rotation compte tenu de l'arrêt du mouvement d'ascension résidentielle et des grands projets urbains qui prévoient la démolition de 1000 logements ; ce qui crée un réel engorgement du parc.

La production de logements sociaux est faible. Les rythmes de construction ont été en forte réduction pendant 20 ans. Depuis 1982, la construction moyenne annuelle H.L.M n'excède pas 300 logements locatifs. En 2001, elle n'est que de 177.¹⁵ On estime à 8000, le nombre de demandes en attente sur l'arrondissement, dont 21% ont plus d'un an.

Pour le logement dit très social (PLAI)¹⁶, ce blocage est flagrant. A titre indicatif, 1000 prêts locatifs aidés d'insertion devraient être l'objectif à atteindre pour le département du

¹³ « Les territoires de projet en G.P.V regroupent les populations les plus en difficulté pour la plupart « reléguées » dans des zones rendues difficiles pour des raisons historiques, économiques et culturelles - Convention territoriale d'application inter -agglomérations – juin 2001.

¹⁴ Diagnostic Habitat de l'arrondissement de Valenciennes. Déjà cité.

¹⁵ Etude sur la demande de logement très social. FORS Recherche - rapport social final – septembre 2003.

¹⁶ Le Prêt locatif aidé d'insertion a été mis en place suite à la loi du 31 mai 1990 (Loi Besson) qui avait fait de la production d'une offre de logements à loyer réduit une priorité. Elle avait à cet égard mis en place le financement P.L.A.I qui permettait de produire des logements sociaux à loyer minorés (60% du plafond Prêt Locatif Aidé P.L.A). Les P.L.A.I permettent l'acquisition –

Nord, l'objectif réalisé est de 100, contre 600, il y a 10 ans.¹⁷ Pour l'arrondissement de Valenciennes, la réalisation de ce type de logement n'est plus que de 15 en 2002, contre 195 en 1993¹⁸.

Certes, dans le cadre du renouvellement urbain, sont prévues de nouvelles constructions, mais elles ne sont pas encore sorties de terre. Ce manque de logements se fait cruellement ressentir et plus encore pour les ménages défavorisés qui se tournent vers le parc privé inconfortable, faute d'être relogés dans le parc social.

1.2.2 Le public accompagné par l'A.P.I.L.

- A) Les Publics prioritaires du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

L'APIL intervient auprès de ménages en difficultés et définit comme prioritaires par le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées :

- a) *Le public prioritaire pour l'accès au logement concerne les ménages*

?sans logement (sans domicile fixe, en abri de fortune, squat, sortie de CHRS, sortie de foyer, logement temporaire, hôtel, caravane).

? vivant en situation de surpeuplement hors du par HLM.

? vivant en situation de cohabitation forcée.

? menacés d'expulsion sans relogement.

? logés dans des habitations insalubres ou précaires.

Des conditions de ressources sont exigées. Elles sont définies dans le cadre d'un barème qui étend la prise en charge des situations individuelles jusqu'à 2 fois le R.M.I.

- b) *Le public prioritaire pour le maintien dans les lieux concerne :*

? les locataires connaissant des difficultés à se maintenir dans leur logement, sous certaines conditions de ressources définies dans le cadre d'un barème plafonné à 2 fois le RMI.

? les accédants en difficultés demandant la transformation en statut locatif

? les propriétaires occupants dans une copropriété en difficultés faisant l'objet d'un plan de sauvegarde.

amélioration, avec ou sans travaux et avec une subvention majorée, de logements « adaptés aux plus défavorisés et ouvrant droit à l'Aide Personnalisée au Logement.

¹⁷ « La grande Exclusion dans la région Nord -Pas de Calais » Année 2004. Conseil Economique et Social Régional (C.E.S.R)

B) Données relatives à l'Association

L'Association intervient auprès de tous publics en terme de typologie familiale, de sexe, d'âge et de nationalité.

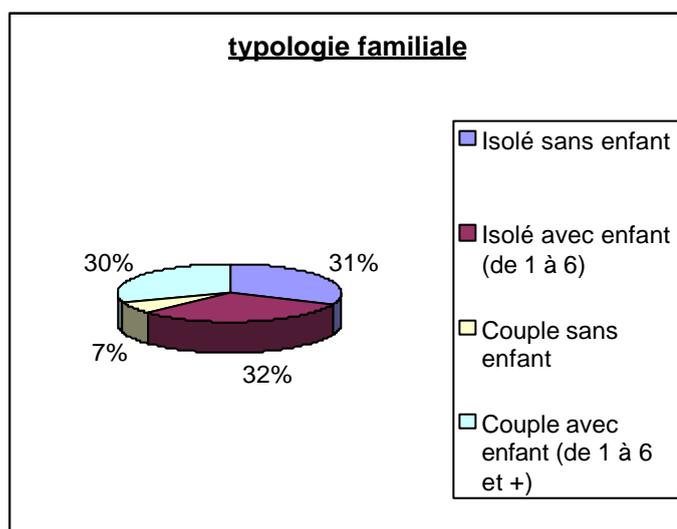
Les données statistiques de l'A.P.I.L varient annuellement en terme de typologies familiales, de niveaux de ressources, d'origine géographique. De façon générale, il n'y a pas d'écarts significatifs d'une année à l'autre.

Les données présentées ci-après sont relatives à l'année 2003. Elles sont réalisées sur la base de 320 ménages suivis au cours de l'année :¹⁹

- ✓ 299 dans le cadre d'une mesure d'accès au logement
- ✓ 21 dans le cadre d'une mesure de maintien dans les lieux.

Afin de mieux cerner le public accompagné et le territoire sur lequel il s'inscrit, comparons certaines données à des données locales et régionales.

a) La situation sociale et familiale



Une majorité de ménages avec enfants

Le modèle familial traditionnel s'efface pour laisser place à une diversité de situations : familles recomposées, monoparentales, personnes seules, cohabitation forcée entre parents et enfants faute de revenus suffisants pour prendre son autonomie.

L'A.P.I.L intervient de façon significative auprès de ménages avec enfants (62%). Depuis trois ans, l'Association constate une augmentation significative des isolées avec enfants dont la moyenne d'âge est de plus en plus jeune (moins de 25 ans). Ces types de prises en charge requièrent souvent un accompagnement plus long.

¹⁸ FORS Recherche. Déjà cité.

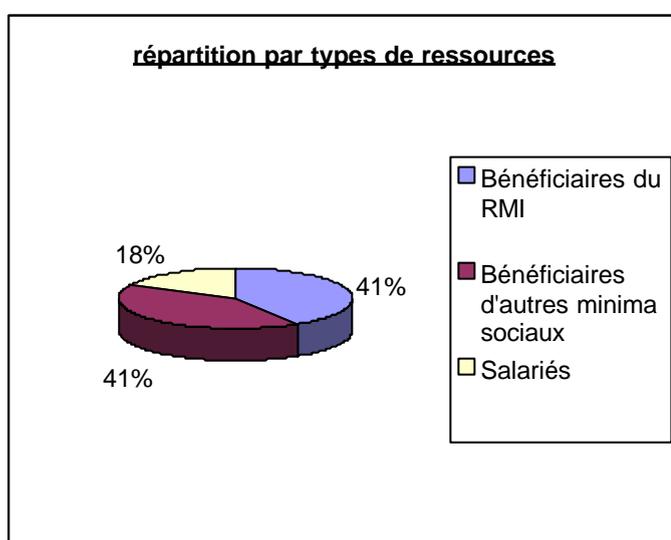
¹⁹ Rapport Moral et d'Orientations. A.P.I.L – 27 mai 2004.

Les problématiques familiales rencontrées sont souvent complexes et les histoires de vie douloureuses. Pour une partie des ménages accompagnés, on constate une rupture sociale (chômage, perte de logement, incarcération,...) et pour une majorité d'entre eux (60%) une perturbation de la gestion de la vie familiale : divorce, séparation, décès, difficultés dans l'exercice de l'autorité parentale : 19% des ménages suivis ont un ou des enfants placés sur décision du juge des enfants, 18% des ménages suivis ont un ou des enfants qui font l'objet d'une mesure de protection judiciaire.

b) La situation économique et professionnelle

82% des ménages bénéficient de minima sociaux et 18% sont salariés (CDI, CDD, intérim, contrats aidés...)

Ces ressources sont complétées par des prestations familiales (A.F, A.J.E, A.S.F, C.F) lorsqu'il y a des enfants.



La dépendance aux minima sociaux²⁰ est très marquée sur l'arrondissement de Valenciennes et représente pour la plupart de ces familles les seuls revenus dont elles disposent. Selon les données de la CAF, un tiers des allocataires sont des couples avec enfants et un quart, des familles monoparentales.²¹

Le nombre de bénéficiaires du R.M.I, de l'A.A.H et de l'A.P.I est l'un des plus élevés du département. En 2003, 5,9 % des habitants sont bénéficiaires du RMI contre 2,39% au niveau départemental. La région Nord - Pas de Calais se situe au 1er rang national en ce

²⁰ Les minima sociaux offrent un minimum de ressources aux personnes qui sont suffisamment couvertes par le volet assurance du système de protection sociale français. Il existe huit allocations : RMI, A.A.H, A.P.I, A.S.S, Allocation d'insertion, allocation veuvage, minimum vieillesse, allocation supplémentaire d'invalidité.

²¹ Programme Territorial de Santé du Valenciennois. Synthèse du diagnostic Territorial. 02 décembre 2003.

qui concerne les bénéficiaires de l'A.P.I (2,3% de la population contre une moyenne nationale de 1,1%). Les 2/3 des bénéficiaires sont localisés sur 5 arrondissements de la région, dont celui de Valenciennes qui est en troisième position.²²

Le pourcentage d'allocataires en situation difficile par rapport à l'ensemble des allocataires de la C.A.F de Valenciennes est supérieur à la moyenne régionale : 33,4% contre 28,2%²³.

Surendettement et difficultés de gestion budgétaire

45% des ménages accompagnés ont un dossier de surendettement ou ont déposé un dossier qui est à l'étude. 20% d'entre eux bénéficient d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle). Le pourcentage des personnes signataires d'un dossier de surendettement est de 32% en France et de 39,2 dans la région Nord -Pas de Calais.²⁴

En 2003, l'A.P.I.L constate une moyenne économique de 7,5 euros par jour et par personne pour l'ensemble des ménages accompagnés au sein de l'Association. Beaucoup d'entre eux ont recours à des aides ponctuelles qu'elles soient financières (UTPAS, Secours catholique) ou bien alimentaires (banque alimentaire, Secours Populaire Français). Ces types d'aides sont régulièrement sollicités.

Un faible niveau de qualification

Peu de personnes accèdent à un emploi durable. Le niveau de diplôme est bas et les personnes sont peu qualifiées. Certaines d'entre elles n'ont jamais travaillé. 80% des personnes accompagnées et sans emploi sont demandeurs de longue durée (de 1 à 3 ans et plus). Malgré une reprise économique sur l'arrondissement, peu d'entre elles accèdent à un emploi stable et durable. Lors de l'implantation de l'entreprise TOYOTA, de nombreux emplois étaient à pourvoir. Beaucoup d'appelés, peu d'élus... A travers les prises en charge effectuées, nous avons pu constater la grande difficulté des personnes à intégrer une démarche d'insertion, car trop éloignées de l'emploi et ayant en général « d'autres problèmes » à résoudre.

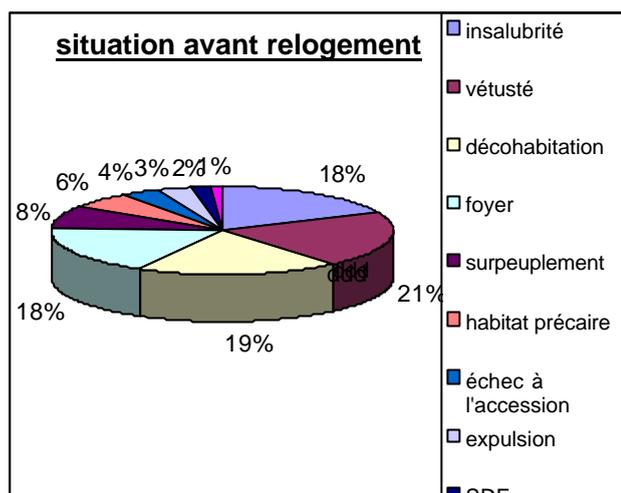
Une demande nouvelle au sein de l'A.P.I.L : les salariés.

Alors que le CESR Nord - Pas de Calais , dans son « rapport sur la grande exclusion », paru en 2004, constate une montée du salariat pauvre, l'APIL observe depuis un peu plus de deux ans une augmentation de prises en charge de personnes qui sont en CDI ou en CDD et qui sont en grandes difficultés sur le plan socio-économique, ne parvenant pas à se loger de façon décente ou étant en situation d'expulsion (pour impayé de loyers, ou en échec à l'accession).

²² C.E.S.R Déjà cité

²³ Observatoire Régional de la Santé (O.R.S)- Décembre 2003.

c) *La situation résidentielle des ménages avant relogement*



La situation résidentielle des ménages accompagnés au sein de L'A.P.I.L sont regroupées autour de 10 catégories ci-après explicitées :

Une forte majorité des prises en charge est relative aux ménages logés dans du *parc privé indigne*. 39 % d'entre eux sont issus de ce parc de mauvaise qualité : insalubre ou vétuste. Sont repérés insalubres les logements où un arrêté d'insalubrité a été notifié par la DDASS. Sont dénommés vétustes les logements qui n'ont que très peu de confort ou qui sont en cours d'enquête auprès de la DDASS. Ce constat reflète la réalité urbaine de l'arrondissement. Il me paraît important de s'attarder sur ce type de prise en charge qui révèle dans certains cas des conditions d'occupation insupportables, mettant en danger la santé et la sécurité des occupants. Il est difficile de pouvoir imaginer une vie équilibrée quand les conditions d'habitat sont insuffisantes, pour ne pas dire dans certains cas dégradantes : murs ruisselants d'eau, humidité persistante provoquant des moisissures sur les murs, les meubles, les vêtements ; menuiseries pourries, plafonds effondrés, terre battue, pièces « impraticables », salle d'eau inexistante, surpopulation dans les chambres, mode de chauffage dangereux, infestation de rongeurs (rats, souris) et d'insectes (cafards...) etc. Ce type de prise en charge révèle bien souvent des ménages résignés, n'espérant plus vivre dans des conditions dites normales.

La cohabitation, les sorties de foyers sont les deuxièmes types de prise en charge. La cohabitation concerne les ménages qui sont contraints d'être hébergés par un tiers (eux-même parfois mal logés), faute d'obtenir un logement autonome.

²⁴ O.R.S – Déjà cité

Les sorties de foyer concernent principalement le public des Associations membres de l'A.P.I.L, mais aussi parfois le public suivi par d'autres Associations de l'arrondissement en sortie de CHRS, de centre maternel ou de logement d'urgence.

Les situations relatives au surpeuplement, aux expulsions, à l'habitat précaire, aux échecs à l'accession à la propriété sont à peu près équivalentes en terme de prise en charge. Les échecs à l'accession sont en augmentation depuis deux ans. Elles concernent des salariés en grandes difficultés socio-économiques.

Les expulsions concernent les ménages qui sont issus du parc privé et qui sont en impayé de loyers. Certaines expulsions peuvent être accordées par le Sous - Préfet mais sont extrêmement rares sur l'arrondissement. Ces situations sont la plupart du temps très difficiles à gérer, en raison de leur complexité..

Les situations concernant l'habitat précaire regroupent les ménages : en caravane, à l'hôtel, ou bien encore en squat. Ce type de mesure a largement augmenté depuis 3 ans. Ce constat est également valable pour les S.D.F. Les personnes qui dorment dans la rue peuvent connaître des modes d'hébergement ponctuels : chez un tiers, en foyer d'urgence...

C) Situation de l'arrondissement en matière de santé

Le diagnostic territorial réalisé en lien avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S) pour l'élaboration du contrat de ville 2000-2006 témoigne que l'arrondissement de Valenciennes est en souffrance en matière sanitaire. La santé est considérée comme un enjeu fort du contrat de ville. L'analyse des données fait apparaître 2 types de problématiques majeures en matière de santé :

- ❖ des pathologies somatiques qui sont le témoin d'un recours tardif au système de soins.
- ❖ Des symptômes de souffrance individuelle qui reflètent l'existence de difficultés de vie, de souffrances psychiques et de situations génératrices de désinsertion

L'arrondissement de Valenciennes se caractérise par :

- ❖ « une aggravation du phénomène de pauvreté. L'accès au soin n'est pas perçue comme prioritaire, ce qui entraîne une dégradation de l'état sanitaire de cette population et une grande difficulté à mener des actions de prévention ».
- ❖ « parallèlement, l'inadaptation des réponses proposées rend inefficace l'action des travailleurs sociaux. Le grand nombre de personnes défavorisées présentant des troubles psychologiques, sans toujours être pathologiques, est souligné par l'ensemble des acteurs locaux. »²⁵

²⁵ Diagnostic Territorial -Contrat de ville. Sous - Préfecture de Valenciennes. Juillet 1999

Par ailleurs, on constate un déficit **des professionnels de santé** sur l'arrondissement alors que la situation sanitaire est moins bonne que dans d'autres régions. Le nombre de médecins généralistes pourrait baisser d'un quart d'ici 2020²⁶.

En 2003, l'A.P.I.L estime à **25 % le nombre de ménages présentant des problèmes de santé majeurs**, dont 20% où l'accompagnement social est difficile à mener, voire s'est arrêté, en raison de la difficulté des ménages à adhérer de façon durable à la mesure. Ces situations sont génératrices d'une interrogation particulière de la part de l'équipe éducative réalisant que «la réponse sociale » ne suffit pas à enrayer le problème. Je reviendrai ultérieurement sur les conséquences qu'engendre cette problématique santé tant au niveau de l'équipe éducative qu'au niveau de l'activité.

Volontairement, je ne présente pas un diagnostic précis de la situation sanitaire des ménages accompagnés au sein de l'Association, car celui-ci fera l'objet d'une attention particulière, dans le second chapitre, où je m'appuierai sur la base d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de 40 ménages tout en le comparant à des données sanitaires locales.

Les points essentiels à retenir

L'A.P.I.L accomplit sa mission sur un arrondissement qui a souffert et qui souffre encore de son déclin économique. Les conséquences sont lourdes et se traduisent à l'échelle urbaine, culturelle et humaine. Les « clignotants » sont rouges à plusieurs niveaux : une population paupérisée, un taux de chômage élevé, un cadre de vie à améliorer (friches industrielles, logements insalubres...), une dégradation de l'état de santé. Le public accompagné au sein de l'A.P.I.L est hétérogène en terme de typologie familiale, de situation résidentielle, de ressources et de problématiques. Un seul point commun : la précarité et des problèmes de santé pour une partie d'entre eux. Une reprise économique s'est enclenchée mais ne bénéficie pas à ce public.

²⁶ Diagnostic Territorial de Santé. Déjà cité.

1.3 Nature de l'activité et méthodes de travail

1.3.1 Le concept de l'accompagnement social lié au logement

A) L'accompagnement social.

Avant d'aborder l'accompagnement social que nous proposons au sein de l'A.P.I.L, il convient de préciser que le logement s'inscrit dans une logique d'environnement, voir de système. Un logement est situé dans une rue, elle-même située dans un quartier, lui-même situé dans une commune, elle-même située dans un arrondissement, lui-même situé dans un département etc, etc... C'est ce que j'appelle la sphère publique. Pourquoi ces évidences ? Parce qu'au travers une mesure d'accompagnement social, ces différents systèmes sont à prendre en considération et à interroger, pour comprendre où l'on est et où l'on va avec la ou les personnes accompagnées.

Le logement est une plaque tournante, autour de laquelle viennent s'articuler tous les aspects de la vie quotidienne. Lorsqu'on aborde le logement, on entre dans la sphère privée : famille, situation économique et professionnelle, santé, vie sociale etc... A travers ces différentes dimensions, on touche à l'intimité de la personne, à son histoire de vie. Le logement peut être conçu comme un espace où l'individu s'exprime et où il se différencie des autres individus, pour être lui-même. Il est, dans ce cas, un lieu où l'on se permet d'être ce que l'on est réellement.

« *Il s'inscrit dans une démarche systémique : habitat – aspects psychologiques – aspects socio-économiques – environnement* » (projet associatif).

Le projet de l'Association, quant à lui, met l'accent sur le fait que l'accompagnement proposé traite le logement tout en tenant compte des problématiques annexes que rencontre le ménage. Il n'est absolument pas question de se substituer ou d'intervenir à la place de toute autre forme d'action sociale, mais bien de traiter les problèmes qui relèvent de nos compétences, et de passer des relais à toute autre forme de partenariat spécialisé pour le traitement de certaines difficultés spécifiques. Nous privilégions l'ouverture pour permettre des réponses diversifiées et adaptées à chaque situation. Dans cette logique, l'accompagnement apparaît comme une démarche transversale et multidimensionnelle dont l'objectif est d'apporter une réponse cohérente et optimale au travers de savoir-faire différents et complémentaires. Il s'agit bien d'accompagner en faisant ensemble tout en ayant une approche individuelle.

B) Accompagnement et insertion

« L'insertion est le processus qui conduit une personne à trouver une place reconnue dans la société. L'insertion sociale globale désigne un ensemble d'actions d'accompagnement personnalisées visant un effet global d'interventions croisées (emploi, soins, logement, culture, éducation) »²⁷

L'objectif de l'accompagnement social est de permettre l'insertion durable des ménages accompagnés. Il s'agit de les aider à trouver une place de citoyen à part entière, dans un environnement donné grâce au logement qui est un levier.

C) Les mesures d'accompagnement social lié au logement

Le contenu de l'accompagnement social lié au logement est défini par un cahier des charges qui précise clairement les dimensions qu'intègre l'accompagnement social, son contenu, le mode de contractualisation ainsi que le mode d'évaluation. (voir tableau synthétique en annexe 6 présentant l'ensemble des dimensions retenues ainsi que les objectifs qui y sont relatifs.)

De façon générale, les principales dimensions concernent les aspects : relationnels, administratifs, pratiques, mais aussi liés à la cohésion et à l'unité familiale, à la santé, à l'insertion professionnelle

Un travailleur social intervient auprès de 35 ménages en continu.

Il me paraît important de souligner deux particularités relatives aux mesures d'accompagnement social. La première et non la moindre, est que nous ne disposons d'aucun mandat. Si le ménage ne souhaite pas ou plus rencontrer le travailleur social, nous ne pouvons en aucun cas aller à l'encontre de cette décision. Dans toute mesure, le travailleur social aura en premier lieu à créer et à entretenir un élément primordial : une relation de confiance avec le ménage pour établir une réelle coopération.

La deuxième particularité, se trouve dans le fait que notre action est limitée dans le temps.²⁸ Une mesure peut durer de 3 mois à 3 ans maximum. L'A.P.I.L a une durée moyenne d'intervention de 28 mois dans le cadre de l'accès et de 24 mois dans le cadre du maintien. Cette notion de temps est importante, car notre intervention doit impérativement s'inscrire dans une durée limitée. Le travailleur social est donc dans

²⁷ Bulletin Officiel – Solidarité Santé – Vocabulaire Santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Commission de terminologie et de néologie du domaine social. N° 2002-1 bis.

²⁸ La durée d'intervention en accompagnement social lié au logement est définie par le P.D.A.L.P.D

l'obligation de préparer son départ et de passer des relais nécessaires auprès des partenaires.

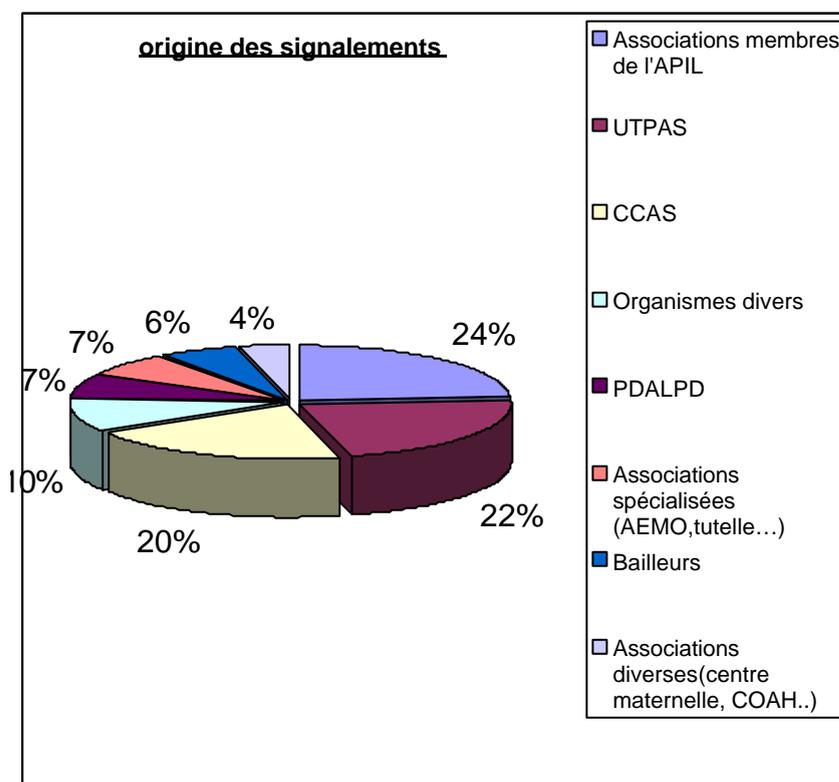
a) *Procédure pour les mesures dans le cadre de l'accès au logement (voir la procédure en annexe 7)*

Les mesures relatives à l'accès au logement représentent 90 % de notre activité. Nous avons en moyenne 80 situations en attente, faute de capacité suffisante de prise en charge.

Le signalement

Cette procédure liée au signalement a été mise en place à mon arrivée. Auparavant il n'en existait pas. Je reviendrai ultérieurement sur ce fait.

Pour intervenir auprès d'un ménage, il faut que la situation nous soit signalée par un service tiers. L'origine des signalements est très variable. Les signalements sont répartis en 8 grandes catégories ci-dessous référencées :



Les signalements des ménages sont effectués par les membres des deux collèges de l'A.P.I.L et par l'ensemble du partenariat local de l'arrondissement.

Le service solliciteur effectue une note sociale qui présente succinctement la situation familiale, administrative, les conditions d'habitat et la raison pour laquelle est demandée une mesure d'accompagnement social lié au logement. Nous n'effectuons aucun choix préliminaire par rapport aux demandes, mais traitons néanmoins en priorité les situations les plus urgentes.

Diagnostic, étude de faisabilité, mise en œuvre de l'accompagnement social

Une demande de prise en charge est effectuée auprès d'un travailleur social qui va effectuer une évaluation de la situation, c'est-à-dire une étude sociale, familiale, financière et résidentielle. A partir de l'analyse du diagnostic, j'étudie avec le travailleur social la faisabilité à la fois sociale et technique au vu des éléments repérés. Cette phase permet d'envisager des orientations en matière d'accompagnement et de recherche de logements. L'accompagnement social peut alors commencer avec le ménage avec lequel un projet et un contrat d'accompagnement sont effectués.

b) Procédure pour les mesures dans le cadre du maintien dans les lieux

La procédure est identique à celle relative au maintien, excepté pour le signalement qui est effectué par les bailleurs membres de l'A.P.I.L ou par le P.D.A.L.P.D.

1.3.2 La nécessité de faire évoluer l'activité.

A) Evolution de l'activité

a) Le type de logements utilisés

A la création de l'Association en 1992 et jusqu'en 1999, l'A.P.I.L effectuait 98% de ses relogements en P.L.A.I. et 2% en P.L.A.²⁹(logement HLM « classique ») Le P.L.A.I est un type de logement dit très social qui est produit par les bailleurs sociaux. Ce sont des logements du parc privé qui sont rachetés par les bailleurs sociaux et réhabilités grâce à des subventions : Etat, Conseil Général (pour les bénéficiaires du R.M.I) et des prêts : C.D.C, C.I.L. Les bailleurs sociaux sont dans l'obligation de réaliser ce type d'habitat.³⁰ Le P.L.A.I est un produit logement intéressant à plusieurs titres, il permet :

- de créer du logement social diffus. C'est-à-dire qui se fond dans le tissu urbain sans créer d'effet ghetto.

²⁹Le Prêt Locatif Aidé (PLA) est communément appelé «parc social traditionnel ». Il s'agit soit d'appartements (en collectif), soit de maisons individuelles traditionnelles réalisés par le secteur H.L.M. Il est accordé par la Caisse des Dépôts et Consignations et remboursable sur 32 ans, et complète une subvention directe de l'Etat pour les frais de construction ou d'acquisition. En contrepartie, l'organisme qui reçoit ce prêt s'engage à louer le logement construit ou acquis à des locataires dont les revenus ne dépassent pas certains plafonds et avec un loyer lui aussi limité. Les locataires occupant ce type de logements ont droit à l'aide personnalisée au logement.

³⁰ Tout bailleur social est dans l'obligation de réaliser un quota de P.L.A.I en fonction du nombre de logements qui compose son parc.

- de proposer des solutions d'habitats spécifiques pour les ménages les plus marginalisés.

- d'avoir un faible niveau de loyer couvert pratiquement par l'A.P.L (les loyers sont à hauteur de 80% du plafond H.L.M).

b) L'adéquation : un logement - une famille

Jusqu'à fin 1999, l'A.P.I.L ne recevait pas de demandes d'interventions de la part du partenariat local. En effet, la procédure de signalement décrite précédemment n'avait pas lieu d'être, car l'Association connaissait le quota de logements P.L.A.I programmé chaque année par les bailleurs sociaux membres de l'A.P.I.L. Les communes qui accordent leur garantie communale pour la réalisation de ce type de logement,³¹ étaient alors sollicitées pour proposer un ou des ménages nécessitant d'être relogés. Le choix de la famille était dans la majorité des cas opéré par la commune.

c) Une dynamique qui s'est complètement inversée.

En 1992, l'Association n'avait pas connaissance des ménages en amont, mais en aval en rapport avec la programmation de logements. **En 2004**, l'Association a connaissance de la famille en amont par le biais d'un signalement, mais n'a aucune programmation de logement.

Dès 1999, la baisse de la production de logements en P.L.A.I est constatée et quelques relogements commencent à être effectués dans le parc privé. La programmation pour l'année 2000 prévoit une baisse spectaculaire de PLAI. Ainsi en 2000, l'A.P.I.L ne réalise que 53 relogements contre 83 en 1999 et 125 en 1996.

d) Les raisons de cette baisse

Elle peut s'analyser de plusieurs façons :

- ❖ l'augmentation du prix de l'immobilier qui implique un équilibre financier difficilement réalisable pour de ce type de montage.
- ❖ l'apparition du P.L.U.S³² qui dès 2000 obligent les bailleurs sociaux à attribuer 30% de leurs nouvelles programmations en neuf, à des personnes qui ont des revenus faibles.

³¹ Lorsqu'un Bailleur réalise du logement social, la commune garantit les emprunts contractés par l'organisme d'HLM. Dans le cas du PLAI, elle donne son accord pour le choix de la famille à reloger. Dans le cas du PLA, elle reçoit généralement en contrepartie environ 20 % des contingents des constructions visées.

³² Le Prêt locatif à usage social (PLUS) mis en place en 2000 prévoit dans chaque nouveau programme neuf, 30 % d'attributions à des ménages dont l'ensemble des ressources est inférieur

- ❖ les préoccupations actuelles des bailleurs sociaux relatives à la requalification ou à la démolition –reconstruction des grands ensembles dégradés.

B) La réorganisation de l'activité

a) *Ma prise de fonction en mars 2000*

Au vu de la situation, le Conseil d'Administration me demande de repenser et de diversifier l'activité dans son ensemble pour deux raisons :

- ❖ le fonctionnement jusqu'alors utilisé ne correspond plus à la réalité concernant la production de logements dit « très social ».
- ❖ la baisse des relogements pourrait mettre en difficulté l'Association, si des solutions alternatives ne sont pas trouvées.

b) *La réorganisation par rapport à l'accès au logement*

Dès 2000, l'organisation est revue entièrement. L'objectif étant de proposer d'autres formes de logements que le P.L.A.I.

- La procédure du signalement est mise en place. La disparition progressive des logements en P.L.A.I fait par ailleurs baisser le nombre de prises en charge, puisque l'Association ne reçoit pas de demande en direct. Pour enrayer cet état, la procédure liée au signalement présentée précédemment est mise en place.
- Il est nécessaire de convaincre les bailleurs sociaux, que les ménages accompagnés dans le cadre de l'A.P.I.L peuvent être relogés dans du logement social traditionnel (P.L.A). Le nouveau système mis en place permet de rencontrer chaque bailleur trimestriellement afin de présenter les situations et de négocier des relogements dans le parc social traditionnel. En parallèle, un partenariat s'instaure avec d'autres bailleurs sociaux de l'arrondissement (non membres de l'A.P.I.L). Durant toute cette phase de réorganisation, j'accompagne l'équipe pour la mise en œuvre de toutes ces nouvelles procédures. Dès 2001, l'activité reprend vigueur.
- La mise en place d'un service relatif au parc privé. En 2002, l'embauche d'un commercial permet de proposer une offre de logements adaptée dans le parc privé en lien avec les agences notariales, les bureaux d'études locaux et les propriétaires. Le service permet également de pouvoir détecter du parc privé mis

ou égale à 60 % du plafond HLM. Par ailleurs, 10% au plus des logements peuvent être attribués à des personnes dont l'ensemble des revenus ne dépasse pas 80% de ce plafond (Art R 331-14 du code de la Construction et de l'habitation).

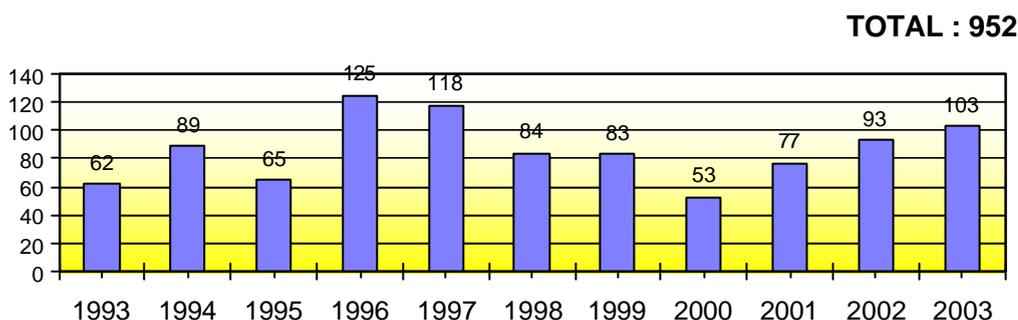
en vente et de le proposer aux bailleurs sociaux pour y faire du P.L.A.I. Quelques opérations sont réalisées mais restent sporadiques.

➤ Les résultats

A partir de 2002, l'Association reprend un rythme de croisière en terme de relogements. Elle réalise dorénavant :

- 55% des relogements dans le parc social. Seuls 8% de ces relogements sont effectués avec du P.L.A.I, les autres relogements sont effectués dans du parc social traditionnel en logement collectif ou individuel.
- 45% dans le parc privé. Les relogements sont réalisés soit en Programme Social Thématique (P.S.T),³³ soit en loyer libre. Le graphique ci-après montre l'évolution de l'activité

NOMBRE DE RELOGEMENTS ANNUELS (PARC SOCIAL+PRIVE)



c) *Mise en œuvre des mesures d'accompagnement de maintien dans les lieux*

En 2000, une convention partenariale est signée avec les bailleurs sociaux, membres de l'A.P.I.L, dans le cadre du maintien. Elle prévoit la possibilité de pouvoir intervenir auprès de ménages déjà logés dans le parc social et présentant un problème d'impayé associé ou non à d'autres problématiques. Le maintien est une activité nouvelle pour l'Association.

³³ Les logements réalisés en programme social thématique, sont rachetés par des propriétaires privés et réhabilités grâce à des subventions de L'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (A.N.A.H). Les loyers sont réglementés. Le propriétaire doit louer à un ménage en difficulté.

d) *Les conséquences de cette réorganisation*

La réorganisation se répercute à trois niveaux :

- L'équipe éducative voit son mode d'intervention complètement modifié en terme de procédure.

Jusqu'à présent, les travailleurs sociaux n'effectuaient aucune démarche de recherche de logement, puisqu' en fonction de la programmation effectuée par les bailleurs sociaux, les familles étaient proposées en adéquation. La réorganisation inverse le système : l'Association reçoit des signalements de ménages en difficulté, mais n'a pas de logement à proposer immédiatement. La recherche de logement est donc une mission nouvelle pour les travailleurs sociaux. La réorganisation engendre une période de crise et de résistances. « Petite ou grande, la crise témoigne toujours d'une remise en cause plus ou moins évidente. La crise, par conséquent, est d'abord un temps de « déconstruction » du système. Elle vise à délier, à dénouer les liens qui l'enserrent dans une première logique »³⁴.

Le nouvel équilibre est difficile à trouver et les tensions émanant de certains professionnels sont importantes. Deux salariés (arrivés en 1993 et 1994) démissionnent de l'A.P.I.L en 2001. « L'organisation de l'entreprise est l'expression d'un certain équilibre sous-tendu par des relations de pouvoir, dans lesquelles les individus ont trouvé, en principe une satisfaction minimum, un compromis entre leurs objectifs personnels et ceux de l'entreprise. Changer une entreprise revient donc à casser ou modifier cet équilibre, et à redistribuer entre les partenaires les atouts et les moyens de marchandage qu'ils avaient mobilisés pour y parvenir »³⁵.

L'équipe se renouvelle avec deux nouvelles arrivées qui contribuent à stabiliser la dynamique d'ensemble et à intégrer définitivement la réorganisation. Les nouvelles responsabilités qui leur sont confiées et la reconnaissance de leur travail ont été des « ressorts » indispensables pour la stabilité de l'équipe et le maintien de la qualité de prestation proposée. Les membres se reconnaissent entre eux de par leur sérieux et leur professionnalisme. Le taux d'absentéisme est très faible.

- Le public pris en charge se diversifie.

L'Association voit arriver un public qu'elle n'avait pas l'habitude de prendre en charge, en terme de statut d'occupation (les sans domicile fixe, les ménages occupants des abris de fortune...) mais aussi et surtout en terme de problématiques. Aucune présélection n'étant effectuée, le travailleur social découvre la situation au moment du diagnostic.

³⁴ MIRAMON J.M, «Manager le changement dans l'action Sociale» préface Editions ENSP – 2001.page 14.

³⁵ « Manager le changement dans l'action sociale » page 87 Déjà cité.

Certes, les prises en charge effectuées jusqu'avant la réorganisation de l'activité révélaient également des ménages en difficulté, mais une augmentation significative de ce type de situations est constatée et vérifiée.

Par ailleurs, les mesures d'accompagnement social de maintien dévoilent des situations fortement dégradées socialement, des habitants repliés sur leurs problèmes, sur leur logement et sortant difficilement de leur isolement.

Les difficultés rencontrées sont multiples et complexes. Elles sont liées à la situation familiale, socio-économique, professionnelle et associées à des problèmes de santé pour les situations les plus difficiles. L'équipe éducative se retrouve en difficulté face à l'accompagnement de ce public, éprouvant un sentiment d'impuissance, se sentant complètement démunie et s'interrogeant sur ses compétences. Certaines mesures ne peuvent pas aboutir du fait de l'absence totale d'adhésion de la part du ménage. D'autres ménages refusent d'être relogés. Certains d'entre eux qui sont déjà relogés détériorent les logements (dégradation, manque d'hygiène) ou créent des problèmes dans l'environnement : voisinage, quartier. Un dénominateur commun est repéré pour chacune de ses situations : un ou des problèmes de santé. Si dans certains cas, la mise en confiance peut aider à orienter la personne vers un service de soins, il n'en est pas de même pour la grande majorité d'entre-elles. Le travailleur social est alors complètement dépourvu, ne pouvant proposer que sa réponse : une réponse sociale.

➤ Les répercussions sur l'activité.

Certaines prises en charge n'aboutissent pas, les mesures d'accompagnement s'allongent dans le temps sans pour autant obtenir de résultat ; la rotation des mesures baisse; il est difficile de terminer la programmation de certains dispositifs comme la maîtrise d'œuvre urbaine et sociale provoquant par la même occasion un délai supplémentaire pour le versement des financements.

Les points essentiels à retenir

L'accompagnement social lié au logement est une action qui s'inscrit dans une démarche globale où le logement est un levier pour l'insertion. Confrontée à des difficultés pour réaliser ses missions, l'activité doit être réaménagée et diversifiée. Il en va de sa survie. La réorganisation induit des conséquences à plusieurs niveaux : la diversification du public qui présente pour les situations les plus difficiles des problèmes de santé, la difficulté de mener à terme et de façon appropriée les mesures d'accompagnement social pour ce type de situations, et la clôture dans les délais impartis de certaines actions.

Conclusion de la première partie

Le diagnostic de l'A.P.I.L à travers les données sociologiques, politiques, économiques et territoriales, montre qu'elle réalise ses missions sur un arrondissement qui a souffert du déclin économique et qui se relève difficilement de ses conséquences. Confrontée à des difficultés pour réaliser son activité dans le cadre du relogement, l'Association est dans l'obligation de réorganiser et de diversifier son activité. Sa prise de fonction va immédiatement être orientée vers cette préoccupation majeure qui est une nécessité pour la survie de l'Association. La réorganisation engendre de nombreux changements qui provoquent une période de bouleversements dans les modes d'interventions et les procédures, mais qui aboutit depuis peu à une stabilisation de l'équipe. La refonte de l'activité permet à l'Association de poursuivre ses missions, mais a pour conséquence l'augmentation de prises en charge de publics en plus grande difficulté, dont une partie présentant des problèmes de santé importants. Ces conséquences se répercutent sur la réalisation des dispositifs, les mesures d'accompagnement social qui n'arrivent pas à aboutir, se prolongeant sans résultat, et sur l'équipe éducative qui reste démunie face à ce type de public constatant que la réponse uniquement sociale ne suffit pas. L'accompagnement des ménages présentant des problèmes de santé s'avère difficile, voir irréalisable dans certains cas.

Alors que nous devrions répondre aux besoins de ce public en terme d'accompagnement, l'Association est en difficulté et ne parvient pas à le faire.

Au vu de ce constat, l'état de santé des ménages conditionne leur insertion ; prendre en compte la problématique santé dans l'accompagnement qui leur est proposé s'avère être indispensable.

Afin de confirmer ou d'infirmer ce point de vue, une réflexion à travers des données sociologiques, psychologiques et juridiques s'avère nécessaire.

2 LE SECTEUR SANITAIRE ET LE SECTEUR SOCIAL : A LA RECHERCHE D'UN PARTENARIAT

2.1 A la rencontre des personnes en situation de précarité et présentant des problèmes de santé

2.1.1 Approche conceptuelle

La précarité, la pauvreté, l'exclusion, les personnes défavorisées...sont autant de terminologies utilisées dans le débat public actuel. Il apparaît nécessaire de clarifier certaines d'entre- elles :

A) La pauvreté : une définition économique d'une réalité sociale.

La pauvreté est définie par des limites économiques. En France, trois indicateurs sont utilisés et croisés afin de donner une idée précise des caractéristiques des familles touchées par un cumul de facteurs de pauvreté. Il s'agit :

- du taux de pauvreté monétaire. Défini par l'INSEE, il correspond à la moitié de la médiane des revenus par unité de consommation, soit 650 euros pour une personne seule ou encore 1170 euros pour un couple avec un enfant de moins de 14 ans.³⁶
- De l'indicateur des conditions de vie. L'INSEE se base sur différentes dimensions de la vie quotidienne (l'habitat, l'emploi, la santé...) Il en existe 28.
- De l'indicateur de pauvreté administrative. Il chiffre le nombre de ménages qui perçoit une aide relevant des 8 minima sociaux (R.M.I, A.A.H, A.P.I, A.S.S, Allocation d'insertion, minimum vieillesse, allocation supplémentaire d'invalidité, Allocation veuvage).

En 2001, le nombre de personnes en France dont le niveau de vie était inférieur au seuil de pauvreté³⁷ est estimé à près de 3 600 000.

B) La précarité : incertitude et fragilité

Dans son rapport établi en 2000, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion (ONPE) rappelle qu'il est difficile de définir et de mesurer la précarité, du fait qu'il n'existe

³⁶ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion (ONPE)- Rapport 2003-2004.

³⁷ ONPE. Rapport 2003-2004. Déjà cité.

pas d'indicateurs construits³⁸, et qu'il est encore plus hasardeux de lui donner une seule et unique définition. Ce rapport estime qu'il y a environ 25% de la population qui serait concernée par la précarité, soit entre 12 et 15 millions de personnes.

En 1998, Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) considère que la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.³⁹ C'est un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux coûteux pour l'individu et susceptible d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et dramatiques, proche de la grande pauvreté et de l'exclusion.

En 1987, J.WRESINSKY, fondateur d'ATD quart Monde, définissait ce concept comme l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux...L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.⁴⁰

A travers ces deux approches, on constate qu'il est difficile de donner une seule et unique définition de la précarité, en raison de la diversité et de la complexité des trajectoires de vie individuelles. La précarité ne se résume pas uniquement à un faible niveau de ressources mais vient s'inscrire dans différentes dimensions où les conditions de vie économiques, sociales et familiales sont à prendre en considération. Elle entraîne l'individu dans une situation d'instabilité, de vulnérabilité, d'insécurité qui l'emmène progressivement vers une dissociation progressive des liens sociaux et qui peut dans certains cas le conduire à la rupture du lien social.

C) L'exclusion : la rupture

Comparativement à la notion de précarité qui peut revêtir plusieurs définitions, mais qui n'est pas mesurable, le concept d'exclusion est lui d'emblée très difficile à définir.

³⁸ Rapport de l'Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'exclusion (ONPE)-2000. Page 47

³⁹ Haut Comité de la Santé Publique-« La progression de la précarité et ses effets sur la santé »- 1998.

⁴⁰ J. WRESINSKY- « Grande Pauvreté et Précarité économique et Sociale » Rapport présenté au Conseil Economique et Sociale en 1987.

Apparu dans les années soixante, il est réellement entré dans le débat public dans les années soixante dix, lorsque René LENOIR publie un livre, depuis resté célèbre : « Les exclus, un français sur dix ». ⁴¹ Cette notion ciblait selon les cas des personnes touchées par de multiples handicaps et considérées comme « en dehors de ».

Dans « Les métamorphoses de la question sociale », Robert CASTEL qualifie ce processus de « désaffiliation ».

« L'exclusion est immobile. Elle désigne un état de privation, mais le constat des carences ne permet pas de ressaisir les processus qui génèrent les situations » ⁴²

Bien souvent, une certaine fragilité est à l'origine du processus d'exclusion. Elle peut se traduire par des ruptures qui peuvent être liées à l'emploi, au parcours résidentiel, aux liens familiaux, aux liens affectifs, au réseau relationnel ...mais aussi par une perte de repères et d'identité sociale qui isole l'individu.

Serge PAUGAM parle de « rupture des liens sociaux » ⁴³. Il en distingue au moins trois qui correspondent à trois types de ruptures :

- la rupture du lien de filiation : c'est la rupture du lien de l'individu avec sa famille. Le lien de filiation renvoie à la socialisation primaire. C'est un lien essentiel car c'est celui par lequel se construit l'individu.
- la rupture du lien d'intégration : c'est le lien qui intervient à partir de la socialisation secondaire, qui commence par l'école, puis qui évoluera vers l'intégration professionnelle, mais aussi par l'intégration à des groupes d'appartenance. L'individu construit son identité.
- La rupture du lien de citoyenneté : c'est le lien qui rattache l'individu à une nation. L'individu se construit par rapport à une appartenance nationale qui lui confère une identité.

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion spécifie « qu'il n'en demeure pas moins que la notion d'exclusion n'a pas de définition stabilisée qui autorise la mesure et la construction d'indicateurs...Elle n'est pas isolée par une sorte de cordon sanitaire de ceux qui seraient insérés dans la société; il y a un continuum des situations, un ensemble de positions dont les relations avec le centre sont plus ou moins distendues » ⁴⁴

⁴¹ R. LENOIR. « les exclus, un français sur dix ». Paris. Edition Seuil - 1974

⁴² R. CASTEL- « Les métamorphoses de la question sociale ». Edition Seuil.- 1995.

⁴³ Séminaire SIRS. Iles de France. « Santé, inégalités, ruptures sociales en Iles de France » Paris- 12 décembre 2002.

⁴⁴ ONPE. Rapport 2000 Déjà cité.

Tout au long de ma démarche, j'utiliserai le terme précarité. Plutôt que d'assimiler des situations très diverses sous un même concept, tel celui de l'exclusion qui est le plus souvent utilisé dans le débat public, il me semble préférable de raisonner en termes de trajectoires propres à chaque individu. A mon sens, il n'y a pas d'un côté les « inclus » et de l'autre les « exclus ». Vu sous cet angle, l'exclusion apparaît comme un système figé, immuable. La précarité apparaît plus comme un phénomène dynamique s'inscrivant dans une combinaison de données sociales, professionnelles, familiales, affectives, médicales etc...

2.1.2 Interactions entre état de santé et précarité.

«La santé est un levier à l'insertion,...une forme de lien social qui se construit localement, une façon implicite d'affirmer qu'au nom des droits de l'homme tout citoyen a droit à une vie de qualité »⁴⁵

La charte d'OTTAWA élaborée en 1986, par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) retient une définition large de la santé. Elle la définit comme «un état de complet bien-être physique, mental et social où l'individu doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. ».

Cette définition exprime un idéal. La santé est présentée comme une ressource qui permet à chaque individu de s'inscrire pleinement dans la vie sociale et économique tout en s'adaptant continuellement aux changements de la société. De ce fait, il existe une relation circulaire entre la santé et l'environnement social.

Comme pour la précarité, la santé s'inscrit dans un processus dynamique, multifactoriel où les données biologiques et biographiques sont à prendre en compte.

Dans son rapport « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé »⁴⁶, le Haut Comité de la Santé Publique explique que la santé est le résultat d'un processus cumulatif et que la précarisation crée un environnement quotidien peu favorable à l'épanouissement de la santé des individus et entraîne des comportements à risque et des conduites de consommation qui sont autant de facteurs péjoratifs pour le maintien d'un bon état de santé.

⁴⁵ Docteur FURTOS, dans les Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2340 p36 2 janvier 2004, « Vers une sanitarisation du social ».

⁴⁶Haut Comité de la Santé publique. Rapport 1998. Déjà cité.

A) Un risque de morbidité accrue et des pathologies aggravées.

Le cumul des difficultés sociales place les individus en situation d'infériorité qui rendent plus difficile l'adaptation de comportements favorables à la santé.

Pour Jacques LEBAS et Pierre CHAUVIN,⁴⁷ la santé est un élément important des trajectoires de précarisation. Pour eux, « la précarité entraîne un état psychologique propice à l'apparition de pathologies. Les personnes sont affectées dans leurs corps et dans leur psychisme par la faiblesse de leurs ressources, la vulnérabilité de leur situation, la fragilité de leurs supports sociaux, voire leurs difficultés à se projeter en terme positif dans l'avenir. »

De nombreuses recherches nord-américaines se sont penchées depuis plusieurs années sur les relations entre le statut socio-économique, les conditions de vie et l'état de santé. Elles montrent clairement que la précarité s'accompagne d'un risque accru en terme de morbidité, et que les personnes présentent des pathologies à un stade plus avancé.

Le rapport réalisé en 2003-2004 par l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion⁴⁸ confirme la persistance des inégalités de santé et plus particulièrement par rapport aux inégalités sociales face à la mort. S'appuyant sur des études réalisées depuis les années 1990 et plus particulièrement sur une étude récente,⁴⁹ auprès de groupes de populations touchées par la précarité, il repère des écarts significatifs relatifs à l'état de santé en fonction de l'origine sociale des individus. L'étude démontre que les personnes touchées par la précarité présentent un état de santé beaucoup plus dégradé : espérance de vie moins élevée, problèmes de santé mentale plus importants, naissances prématurées, problèmes respiratoires, dentaires etc... Le processus de production d'inégalité de santé renvoie à des déterminants sociaux multiples interagissant entre eux, mais qui ne s'inscrivent pas uniquement dans une dimension matérielle mais aussi dans une dimension psychosociale propre à chaque individu et à son histoire de vie.

B) La précarisation du désir

Chez les personnes en situation de précarité, la notion de désir est absente car assimilée à la notion de besoins liés à des éléments vitaux tels : l'alimentation, le logement, le

⁴⁷ J. LEBAS et P. CHAUVIN. « Précarité et Santé » Edition Flammarion. Mai 1998. Page 37.

⁴⁸ O.N.P.E, rapport 2003-2004. Déjà cité.

⁴⁹ E. CAMBOIS. « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », Travaux de l'Observatoire 2003-2004 in O.N.P.E, rapport 2003-2004. Déjà cité

travail. La préoccupation de la santé est secondaire par rapport à ces besoins. Elle n'est pas une priorité.

« Lutter contre la précarité ne saurait se cantonner à la satisfaction des besoins vitaux des individus car, si celle-ci est un préalable nécessaire à toute réinsertion, elle n'est pas suffisante pour rendre aux sujets la dynamique désirante qui leur permettra de se sentir à nouveau partie prenante de la collectivité »⁵⁰

Toute la difficulté face à cette absence de désir, c'est de pouvoir aider l'individu à s'approprier ou de se réapproprier ce sentiment.

C) L'absence de demande de soins psychiatriques et médicaux.

a) *Souffrance physique et souffrance psychique.*

Consulter un médecin, c'est éprouver une douleur, c'est reconnaître que l'on souffre. C'est aussi pouvoir reconnaître que le professionnel de santé qui est en face de soi est compétent pour traiter le problème.

Alors qu'avoir recours à une structure de soins peut être un acte positif pour l'individu, il existe toute une frange de personnes qui refusent l'accès aux soins.

J. LEBAS et P. CHAUVIN expliquent que le recours aux structures sanitaires revêt un sens particulier pour les « personnes écartées des principaux modes d'identification et de relations sociales ». ⁵¹ En tant que rapport à une institution, l'individu participe à la vie citoyenne. Ce rapport lui « procure comme toute fréquentation d'un lieu socialement significatif, une forme d'identité et de statut ». Il peut lui permettre de construire ou de reconstruire des liens sociaux.

Lorsqu'on évoque l'interaction entre l'état de santé et la précarité dans le travail social, le terme revenant de façon récurrente, est relatif à la « souffrance psychique. »⁵² Cette terminologie est bien souvent assimilée à la psychiatrie. C'est comme si toutes les personnes en situation de précarité relevaient de la psychiatrie !... IL serait inquiétant de

⁵⁰ OP CIT 47 Page 173.

⁵¹ OP CIT 47 Page 42.

⁵² « La souffrance psychique apparaît comme un état intermédiaire entre le trouble psychiatrique et la souffrance sociale, sous tendue par un ensemble de facteurs qui correspondent à une perte des objets sociaux ». Il s'agit d'une double souffrance psychique et sociale, c'est-à-dire d'une clinique psychosociale, présentée comme une « qualité de souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du travail social », et dont la « caractéristique première est qu'elle peut empêcher le travail social ». Sandrine BONMARIN, « Souffrance psychique et précarité » Mémoire de L'ENSP-2001 Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. En référence à Jean FURTOS : « Qu'est-ce que la clinique psychosociale ? »

voir la précarité comme la résultante d'une incapacité à faire face à des événements déstabilisants que peut rencontrer tout individu. Il y a bien entendu des personnes qui souffrent psychologiquement. Elles sont malheureuses, tristes, accablées, désespérées, mais ne relèvent pas pour autant de soins psychiatriques. Les personnes nécessitent un soutien psychologique en liaison avec leurs difficultés sociales et personnelles. A ce sujet, je rejoins Marcel Jaeger lorsqu'il écrit : « Le besoin de soins psychologiques ne signe pas l'existence d'une maladie mentale, et il n'y a aucune raison de psychiatiser la souffrance existentielle ». ⁵³ Il est vrai qu'elle pose un problème de nosographie. Caroline MANGIN-LAZARUS dit à ce sujet que « la souffrance psychique ne correspond à aucune pathologie mentale répertoriée. ⁵⁴ » Puis, il y a en effet, le public qui relève réellement de la psychiatrie. Il me semble important de le souligner. En revanche, on parle peut être moins de la souffrance et du traitement des maladies physiques, que rencontrent ces personnes qui pourtant sont toutes aussi importantes que la souffrance psychique. Prendre soin de son corps est reconnu comme une nécessité fondamentale.

Le corps est le lien qui assure la communication avec les autres. « Il exprime ses limites et sa fragilité, sa dépendance vis-à-vis de la réalité... Gardien de notre histoire, il est marqué par tous les événements que nous vivons ⁵⁵ ».

b) Le refus de soins

Guy DAR COURT, Professeur de psychiatrie ⁵⁶ évoque l'absence de demande de soins psychiatriques et médicaux, en expliquant que c'est un obstacle, mais qui n'est pas infranchissable car revêtant des degrés variables.

Ainsi, l'absence de demande peut correspondre parfois à un rejet absolu. A ce sujet, Michel BOBTOL parle « d'un refus radical de tout lien notamment institutionnel, quasi autistique... conduisant à rejeter toutes les aides proposées ». ⁵⁷ Dans ce type de situation, la solution reste l'hospitalisation sans le consentement de l'individu pour les situations les plus préoccupantes.

⁵³ Marcel JEAGER, « L'articulation du sanitaire et du social » Edition Dunod 172 pages. Page 17

⁵⁴ Séminaire SIRS, « La santé mentale des SDF ». Caroline MANGIN-LAZARUS. 16 janvier 2003.

⁵⁵ Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Education Permanente des Professions Sanitaires et Sociales. Dossier « Prendre soin de l'être, une perspective pour les soins infirmiers du XXIème siècle », Rosette POLETTI.

⁵⁶ G. DAR COURT, « Pratiques en Santé Mentale » Précarité et troubles psychiques. Quelle Politique ? Rapport : Précarité et psychopathologie : une proposition d'action.

⁵⁷ M. BOBTOL, « Santé mentale et grande exclusion ». Psy.FR. 1998 ; in « Pratique en Santé mentale » : Précarité et troubles psychiques. Quelle politique ? Février 2000 ; Fédération d'aide à la santé mentale.

Puis, à un niveau moindre, il y a les personnes qui sont convaincues de ne pas avoir besoin de soins et qui refusent de l'admettre. Ces situations sont très difficiles à traiter. Il faut essayer d'établir une relation de confiance tout en tenant compte du facteur temps.

Ensuite, il y a les personnes qui n'ont pas conscience de leurs problèmes mais qui ne sont pas totalement hostiles aux soins. Ces personnes ne font pas pour autant une démarche de soin, mais la relation mise en place avec elles, peut les aider à entreprendre une prise en charge.

Il y a également les individus qui n'osent pas demander ou qui ne savent pas comment demander. Il y a la peur d'être reconnu comme malade. Aussi évident que cela puisse paraître, le recours aux soins n'est pas une évidence pour tout individu. L'éloignement des dispositifs de soins par rapport à la sphère de vie de la personne, traduit la faiblesse de ses connaissances, voire dans certains cas l'ignorance concernant le fonctionnement de ces dispositifs. L'imagination se substituant à la compréhension, fait que cet éloignement se transforme en sentiments de peur, de méfiance vis-à-vis du secteur médical, le rendant encore plus difficile d'accès.

En parallèle de ces formes d'auto exclusion des soins, viennent s'accumuler les situations des personnes qui se considèrent stigmatisées par le type de soins qu'elles doivent recevoir et donc repoussant régulièrement le moment de se soigner.

A ce sujet, Marc COLLET⁵⁸ précise que « la précarité participe à véhiculer des représentations de soi, de son corps, de la santé et des institutions qui favorisent les attitudes de défiance ou de refus de soins ».

Il explique,⁵⁹ qu'au travers les études qui ont pu être réalisées par rapport aux attitudes à l'égard de la maladie, il en ressort principalement la forte prévalence du renoncement à consulter, l'importance des comportements d'auto médication et la propension à privilégier le recours hospitalier.

De nombreuses études américaines, anglaises, ou allemandes ont été effectuées sur le comportement des personnes vis-à-vis du recours aux soins. Elles « suggèrent l'existence de caractères spécifiques des comportements de recours aux soins des personnes en situation de précarité ». Deux principales approches ont été retenues : la première insiste sur les conditions matérielles, sanitaires, et administratives des démunis (facteurs exogènes de la précarité), et la seconde s'intéresse davantage aux

⁵⁸ M. COLLET, « Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé » Mémoire D.E.A de sociologie « Modes de vie et Politiques Sociales » de Paris 8, suivi par Jean François LAE. Septembre 2001. page 30.

⁵⁹ M. COLLET. Déjà cité .page 26.

transformations psychologiques et identitaires qui mènent à une utilisation restreinte des structures de soins (facteurs endogènes à la précarité).

Dans tous les cas, l'absence de soins est donc une attitude qui peut revêtir des significations diverses et qui nécessite d'adapter les réponses. On comprend combien il est important d'aller à la rencontre des personnes, de les écouter, afin de les comprendre et afin de pouvoir les aider.

Comme le dit Guy DARCOURT « ce qui est commun à toutes ces situations, c'est qu'il faut inverser la situation habituelle : le soignant doit devenir demandeur. »⁶⁰

2.1.3 Les personnes accompagnées au sein de l'A.P.I.L et présentant des problèmes de santé

La misère, le désarroi, la souffrance sont visibles chez les sans domicile fixe, car exposés au regard de tous, dans ce que j'ai déjà appelé la sphère publique (la rue). L'intervention relative à l'accompagnement social lié au logement s'effectue au domicile (la sphère privée), où là aussi sont présents le désarroi, la souffrance et la misère, mais nettement moins visibles, car comme nous le dit le dicton populaire : « Quand la porte et les fenêtres sont fermées, on ne voit pas ce qui se passe ».

A) Le diagnostic réalisé au sein de l'Association

Le diagnostic présenté ci après concerne des personnes qui bénéficient ou qui ont bénéficiées d'une mesure d'accompagnement social dans le cadre de l'Association. Il a été réalisé avec l'aide d'un psychiatre intervenant dans le cadre de l'Association Croix-Marine. Il n'a pas la prétention d'effectuer un diagnostic médical mais de répertorier les grandes catégories de pathologies ou d'observations. Réalisé sur une base de 40 ménages, il croise des données sanitaires et des données sociologiques. Certaines sont comparées à des données sanitaires qui ont été réalisées par l'Observatoire Régional de la Santé (O.R.S) Nord - Pas de Calais. Les personnes présentent d'une part des problèmes de santé, et d'autre part des difficultés à adhérer à la mesure d'accompagnement qui est proposée. Dans la plupart des cas, les pathologies sont aggravées et les personnes refusent de se faire soigner. Pour l'année 2003, on estime à 25% le nombre de ménages relevant de ce type de caractéristiques.

De façon générale, les personnes présentent deux caractéristiques majeures :

- En souffrance psychologique grave ou qui nécessitent une intervention psychiatrique.

⁶⁰ « Pratiques en santé mentale ». Déjà cité

- En grande difficulté pour s'inscrire dans une demande de soin pourtant nécessaire pour des affections somatiques, psychosomatiques ou psychiatriques.

Dans certains cas :

- ❖ Elles ne sont pas connues des réseaux médicaux.
- ❖ Elles sont connues des secteurs psychiatriques ou du réseau sanitaire local mais non suivie parce qu'elles ont abandonné ou qu'elles refusent les soins.
- ❖ Les équipes de secteurs ou de soins ayant resserré les indications de prise en charge sur les soins curatifs récusent ces personnes dont la non demande de soins est considérée comme sociale.

Il s'agit pour un nombre assez important d'un problème de soins palliatifs susceptibles, cependant, dans certains cas, d'aboutir à des soins curatifs.

Les données sanitaires révèlent la réalité de l'arrondissement : des taux supérieurs à la moyenne nationale et départementale pour certaines pathologies.

| PATHOLOGIES | OBSERVEES | Pourcentages des ménages concernés |
|---|--|---|
| <i>Dépendances</i> | | 45% |
| | Alcool et pathologies dérivées Toxiques Médicaments Tabagisme | |
| <i>Pathologies psychiatriques ou psychologiques</i> | | 33% |
| | Souffrance psychique Dépression Troubles du comportement Tentative de suicide | |
| <i>Problèmes de santé générale</i> | | 39% |
| | Problèmes bucco-dentaires Problèmes dermatologiques Problèmes Ophtalmologiques Problèmes gynécologiques Troubles du sommeil Cancers Cœurs, reins, poumons Infections sexuellement transmissibles Fatigue Troubles alimentaires : obésité, sous alimentation ou non adaptée | |
| <i>Problèmes liés à l'insalubrité : asthme, bronchiolite etc...</i> | | 44% |
| <i>Isolement (sentiment de solitude, rejet, repli sur soi, hostilité)</i> | | 47% |
| <i>Taux de mortalité observée</i> | | 6% |

L'analyse des données fait apparaître 2 problématiques principales :

- Des pathologies somatiques, en particulier des problèmes bucco-dentaires, dermatologiques, des maladies infectieuses etc... qui sont le témoin d'un recours tardif aux soins.
- Des symptômes de souffrance individuelle : conduites additives (alcoolisme, toxicomanie), tentatives de suicide, souffrance « psychosociale » qui reflètent les difficultés de vie, et des symptômes psychiatriques qui peuvent être dans certains cas générateurs d'exclusion.

a) *Analyse comparative du diagnostic*

Afin de mieux cerner le public, il est intéressant de comparer les données recueillies aux données sanitaires départementales et locales. Le sigle I.C.M utilisé pour les données comparatives est l'Indice Comparatif de Mortalité. C'est un indicateur significatif par rapport à la mortalité nationale (France Métropolitaine). Ainsi, l'arrondissement de Valenciennes se caractérise par :

Un surcroît de mortalité particulièrement marqué par rapport au département du Nord et à la France.

- le taux de mortalité (toutes causes confondues) observé reflète ce constat.

| | <u>Hommes</u> | <u>Femmes</u> |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| ICM France | 100 | 100 |
| ICM Nord | 126,1 | 119 |
| ICM arrondissement de Valenciennes | 142,9 | 125,2 |

Les cartes établies par l'Observatoire Régional de Santé du Nord - Pas de Calais révèlent la réalité du territoire. Ainsi, en terme de surmortalité, l'arrondissement est plus touché par rapport aux autres arrondissements du Nord, et dans certaines pathologies notamment :

- les dépendances (alcool, toxiques, médicaments) et les pathologies qui en dérivent (psychoses et cirrhoses alcooliques, maladies des voies aéro-digestives...) L'arrondissement de Valenciennes présente une surmortalité significative pour les cirrhoses et psychoses alcooliques.

| | <u>Hommes</u> | <u>Femmes</u> |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| ICM France | 100 | 100 |
| ICM Nord | 158,5 | 198,2 |
| ICM arrondissement de Valenciennes | 207,1 | 235,6 |

- La mortalité par tumeur maligne des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage est elle aussi significative.

| | <u>Hommes</u> | <u>Femmes</u> |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| ICM France | 100 | 100 |
| ICM Nord | 180 | 146,3 |
| ICM arrondissement de Valenciennes | 186,4 | 112,9 |

- Les tumeurs des bronches et des poumons. On constate une surmortalité pour les tumeurs malignes du poumon, des bronches et de la trachée.

| | <u>Hommes</u> | <u>Femmes</u> |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| ICM France | 100 | 100 |
| ICM Nord | 140,2 | 140,2 |
| ICM arrondissement De Valenciennes | 165,8 | 59,6 |

- b) *Quelques précisions par rapport aux problèmes liés à l'habitat insalubre.* Le taux de ménages issus du parc privé insalubre étant important, les pathologies qui y sont liées sont régulièrement rencontrées. Les problèmes respiratoires à répétitions sont les plus souvent constatés. Nous n'avons, aucune donnée relative au saturnisme, car pour le détecter,⁶¹ il est nécessaire d'effectuer une prise de sang.
- c) *Des observations d'ordre général mais non quantifiables* ont été constatées dans la plupart des situations : repli sur soi, perturbation de l'estime de soi, isolement, problèmes d'hygiène, violence, absence de suivi médical alors que 95% ont la C.M.U.
- d) *Les données sociologiques* révèlent des typologies familiales diversifiées mais avec une prépondérance de ménages avec enfants.

Tous les ménages concernés cumulent différents handicaps liés :

- à un faible niveau de ressources (97% vivent de minima sociaux)
- à une situation financière plus que précaire (40% des ménages sont endettés ou surendettés)
- à un faible niveau de qualification et la difficulté d'intégrer une démarche d'insertion professionnelle.

⁶¹ La recherche de plombémie (saturnisme), ne peut se faire que par une prise des sang. Une surveillance médicale est nécessaire à partir d'un seuil de 100 mcg par litre de sang.

- A la perturbation de la gestion de la vie familiale.

La situation résidentielle initiale fait apparaître que les ménages occupent majoritairement du parc privé insalubre (64%), puis arrivent les ménages en situation d'habitat précaire (squat, hôtel), les ménages en situation d'expulsion, les sortants de foyer et les sans domicile fixe.

Les points essentiels à retenir

« L'emploi de termes tels l'exclusion, la précarité ne doit pas masquer la diversité des situations. Les personnes concernées ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-économiques traditionnels. Elles sont confrontées à un ensemble hétérogène de situations instables génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux. Aussi, faut-il envisager la pauvreté non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel, susceptible d'écarter toujours davantage de l'activité économique diverses franges de la population et de conduire à la rupture du lien social. »⁶² Chaque individu réagit différemment face aux difficultés rencontrées, en fonction des ressources qu'il peut mobiliser.

La santé tout autant que la précarité s'inscrit dans une dynamique multifactorielle. Elle n'est pas un déterminant de la précarité et l'inverse non plus. Santé et précarité se coalisent et concourent à eux deux, à miner le passif d'un individu qui tente de faire face aux exigences d'une société où s'aggravent les inégalités. Les études réalisées montrent que le gradient de l'état de santé est beaucoup moins bon lorsqu'on descend l'échelle sociale. L'écoute du corps, la gestion de la maladie et le recours aux soins et aux structures socio médicales n'ont rien d'une évidence pour les personnes en situation de précarité. Pour elles, la santé n'est ni une ressource, ni une priorité. Le recours aux soins est souvent tardif, voir dans certains cas inexistant, d'où l'apparition de pathologies aggravées. Les symptômes de souffrances individuelles (conduites additives, troubles psychologiques, dévalorisation de soi...) révèlent les difficultés de vie des individus.

L'absence de recours aux soins est une attitude qui peut revêtir différentes significations. C'est un obstacle qui n'est pas insurmontable mais qui nécessite d'adapter les réponses. La souffrance des personnes en situation de précarité soulève la question de l'articulation entre la non demande de l'individu, les structures de soins et le type de prise en charge proposée.

⁶² OP CIT 47 page 33

2.2 Le secteur sanitaire et le secteur social : deux secteurs distincts, mais en voie de rapprochement.

2.2.1 Le sanitaire et le social : de la séparation au rapprochement.

Depuis leur création, les hôpitaux ont eu vocation à accueillir les pauvres et les malades. Cette double mission sanitaire et sociale a disparu progressivement au cours du XX^{ème} siècle.

C'est l'article 51 de **la loi du 31 décembre 1970, dite loi hospitalière** qui acte la séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social. La loi hospitalière de 1970 a recentré l'hôpital sur ses seules activités sanitaires.⁶³ Elle est également aux origines de **la loi sociale du 30 juin 1975**⁶⁴ qui va donner définitivement son autonomie au secteur social et médico-social en lui définissant ses missions. C'est d'ailleurs la loi du 30 juin 1975 qui introduit la notion de «médico-social ». Chaque champ développe alors sa technicité et sa spécificité.

En 1991, l'un des premiers textes qui est à la recherche d'une complémentarité entre les acteurs médicaux et les acteurs sociaux est **la circulaire DH/DGS n°612 du 14 juin 1991** relative à la mise en place des réseaux ville - hôpital, dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes du V.I.H. Cette circulaire est suivie par plusieurs autres, mais toujours dans une logique de segmentation des réponses à des populations cibles qualifiées de « publics prioritaires ». ⁶⁵ Ces circulaires⁶⁶

⁶³ JF BAUDURET, M JAEGER, « Rénover l'action sociale et médico-sociale » Edition Dunod-2002. Page 32.

⁶⁴ Deux lois ont consacré l'existence du secteur social et médico-social : la loi n° 75- 534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales, dites « loi sociale ».

⁶⁵ « Articuler le sanitaire et le social », page 109, déjà cité.

⁶⁶ Circulaires DH/ DGS n°93-72 du 9 novembre 1993 et n°94-15 du 7mars 1994 relatives à la mise en place des réseaux de toxicomanie ;

Circulaires DGS n°74 bis du 2 décembre 1993 et n°94-15 du 7 mars 1994 relatives aux réseaux de santé de proximité plan santé ville, texte fondateur à l'origine de cent quatre vingt dix initiatives promues par soixante directions départementales des affaires sanitaires et sociales ;

Circulaire DGS n°88 du 1^{er} décembre 1994 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté ;

Circulaire DH/GDS n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C;

Circulaire DGS n°664 du 25 octobre 1996 relative à l'accès aux soins des plus démunis ;

concerneront la mise en place des réseaux toxicomanie, l'accès aux soins des plus démunis, l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C, les prises en charge précoces des problèmes liés à l'alcool.

Depuis, la recherche de nouvelles alliances n'ont fait que se confirmer. Ainsi, 26 ans après la loi hospitalière, l'article 51 de **l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996** donne une base réglementaire aux réseaux,⁶⁷ décloisonne le système de santé et recompose l'offre de soins. La séparation entre le sanitaire et le social s'amenuise. **L'article 6 de l'ordonnance 96-345 et l'article 29 de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996** donne la possibilité aux établissements de santé d'impulser des réseaux de soins et de participer à des «actions expérimentales» pour coordonner les soins et la prévention. Le cadre législatif a continué à renforcer la notion de réseau qui sera d'ailleurs reprise dans la loi contre les exclusions.

La formalisation de partenariat fait son chemin, et entre autre par le biais de conventions. **La circulaire n°664 du 25 octobre 1996** relative à l'accès aux soins des plus démunis confirme que «les conventions sont un moyen de concrétiser les nécessaires mises en réseau et surtout de garantir leur pérennité.»⁶⁸

Les notions de réseau et d'interaction entre problèmes sociaux et problèmes de santé sont reprises dans **la loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998**. Elle instaure à cet effet les PRAPS et les PASS. (voir page 54)

Circulaire DGS n°707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.

⁶⁷ « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire et sociale, ainsi qu'avec des représentants d'usagers (...) » (Art. L.6321-1 du Code de la santé publique)

⁶⁸ Les effets concrets de ce texte ont fait l'objet d'un rapport : « L'articulation du sanitaire et du social dans les lieux d'accueil de jour », Comité national de l'accueil des personnes en difficulté, Direction de l'action sociale, 1997, dans «Articuler le sanitaire et le social » page99, déjà cité

Certains professionnels continuent à penser que le rapprochement des deux secteurs est une nécessité afin de pouvoir répondre au plus près des besoins de la personne en s'appuyant sur un projet de vie intégrant le projet de soins. C'est le cas de Alain COULOMB délégué à l'union Hospitalière Privée qui en 1998 déclarait : « Le désir de prise en charge de la dimension humaine de la personne, mais également les pathologies chroniques, la dépendance, les situations d'exclusion font perdre de sa force à la distinction entre le sanitaire et le social. Pour autant, il n'y a pas une logique de fusion, de confusion, mais au contraire une logique de coopération, de réseau. Cela suppose une révolution culturelle dans nos têtes, il faut passer d'un jeu perdant à un jeu gagnant – gagnant. ».⁶⁹

Dans le prolongement de la loi de 1998, **la circulaire du 8 septembre 1998, puis le décret du 29 décembre 1998** viennent préciser que l'objectif est de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social en incluant aussi bien les professionnels hospitaliers qu'en exercice libéral, avec des objectifs multiples en direction des personnes en situation de précarité. A cet effet, « une mise en synergie est nécessaire entre les services de l'état, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), les collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie et les Associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion »⁷⁰.

L'article 711-3 du Code de la santé Publique est modifié en ce sens : il spécifie que les établissements de santé concourent « à la lutte contre les exclusions sociales, en relation avec les autres institutions compétentes en ce domaine ainsi que les Associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux ».

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale parachève définitivement le décloisonnement du secteur sanitaire et social. Elle vient rénover la loi n° 75-534 et la loi n°75-535.

Qualifiant la mission du secteur d'intérêt général et d'utilité sociale, elle tend à promouvoir :

- l'autonomie et la protection des personnes
- la cohésion sociale
- l'exercice de la citoyenneté

⁶⁹ T.S.A, n° 690 (mai 1998) La frontière sanitaire-sociale.

⁷⁰ OP CIT 64, page 112, déjà cité.

- la prévention des exclusions et la correction de ses effets.

Elle garantit le respect de l'égalité de tous et l'accès équitable aux droits sur tout le territoire. Elle vient affirmer et préciser la promotion des droits des usagers en instituant des outils obligatoires pour garantir l'exercice de ces droits (contractualisation, droit à l'information, à l'expression, à la participation). Elle instaure l'obligation d'évaluation, de contrôle, et insiste sur l'importance du travail partenarial et de réseau. Elle vient élargir les missions de l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, elle fait entrer dans le champ de la loi les activités d'insertion pour les individus et les familles en détresse. Par ailleurs, elle vient encourager l'expérimentation, l'innovation en vue de conforter et d'adapter les modes de réponses apportées aux personnes.

La Loi du 2 janvier 2002, introduit de nouvelles procédures de coopération entre les établissements et services. Sont concernés par ces mesures tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux mais également les personnes physiques ou morales gestionnaires de ces établissements et services.

L'article 21 de la loi stipule que l'objectif est de « favoriser la coordination, la complémentarité et de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux cordonnés ». Les modes de coopération proposées peuvent être :

- ❖ les conventions. Les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent conclure des conventions:
 - entre établissements et services eux-mêmes
 - avec des établissements de santé
 - avec des établissements publics locaux d'enseignements privés.
- ❖ Les Groupement d'intérêt économique, le Groupement d'intérêt public.
- ❖ Le regroupement et fusion
- ❖ La coopération ente les établissements de santé.

2.2.2 Au carrefour des professionnels de santé et des professionnels du social

L'évolution du cadre législatif et le débat public actuel s'accordent à dire en effet que l'articulation entre les deux secteurs est une nécessité. Cette articulation suppose la rencontre de deux mondes professionnels différents en terme bien entendu de formation, de savoir faire mais aussi de culture. Toute la difficulté est de pouvoir faire se rencontrer et faire cohabiter ces deux entités, sans pour autant, qu'elle ne perdent leur identité respective, alors qu'elles ont vécu un clivage institutionnel pendant plus de 30 ans.

A) Des logiques professionnelles différentes.

Alors que le sanitaire et le social sont, l'un comme l'autre, acteurs de la mise en place d'une relation d'aide, une logique d'opposition existe : entre les professionnels sociaux de terrain, qui ont à faire face à des personnes qui souffrent mais qui ne veulent pas avoir recours aux soins, et les professionnels du sanitaire qui ont besoin d'une demande de soins officielle pour intervenir. En parallèle, viennent se greffer des malentendus autour du secret professionnel et du secret médical, qui sont aussi une source de difficultés lorsque le sanitaire et le social se rapprochent pour s'occuper du même public.⁷¹ Les modes de prise en charge sont cloisonnés et l'absence de communication ne fait que renforcer ce phénomène. Bref, dans certains cas, un véritable « dialogue de sourd... » s'instaure.

Comme nous l'avons vu, les situations de précarité induisent des difficultés sociales mais aussi des problèmes de santé. Au vu de ce constat, elles nécessitent une mise en commun de savoir-faire aussi différents que complémentaires. La complexité des situations rencontrées montre qu'une approche pluridisciplinaire est nécessaire mais qu'elle ne peut se construire qu'autour de la personne en difficulté. Les données sociales associées aux données sanitaires donneront une autre dimension aux problèmes rencontrés, tout en élargissant les possibilités d'analyse et donc de réponses à apporter. Dans cette logique, une approche transversale de part et d'autre, s'avère être indispensable.

Si le partenariat peut se définir par « une coopération entre des personnes ou des institutions généralement différentes par leur nature et leurs activités. L'apport de contributions mutuelles différentes (financement, personnel...) permet de réaliser un projet commun »⁷², alors la logique partenariale peut permettre d'atténuer les frontières

⁷¹ « Rhizome » n°13 Octobre 2003, Dossier : Transparence, secret, discrétion. Le Docteur B. DE GOËR explique que : « La question du secret professionnel est mise au travail. Cette question se pose en permanence sur le terrain, mais elle se pose dans un contexte qui n'est plus seulement celui d'une équipe constituée, mais d'inter-partenariat. S'il n'y a pas d'échange entre professionnels du soin et du social, chacun va faire son propre projet, il y aura alors un écartèlement entre des projets multiples... Comment rester vigilant sur ce double impératif : la protection du secret et le partage de l'information ? L'idée déjà envisagée ailleurs, d'une charte éthique de réseaux mise à la connaissance et à l'appréciation de l'utilisateur et des divers partenaires partie prenante ».

⁷² Bulletin Officiel-Solidarité Santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Vocabulaire-Santé, Commission de terminologie et de néologie du domaine social. N° 2002/1bis.

entre les acteurs intervenant dans les deux champs, en développant l'émergence d'une pratique commune.

B) Un apprivoisement mutuel.

En janvier 2004, j'ai assisté à la synthèse de plusieurs journées de formation, organisées par la FNARS⁷³. L'objectif majeur était de « faciliter la mise en œuvre d'un travail pluridisciplinaire (en interne, en externe) et la concertation entre les structures locales. » Elles réunissaient des professionnels du champ social (travaillant en CHRS) et des professionnels du champ sanitaire (travaillant en CMP⁷⁴) des différents arrondissements de la région Nord - Pas de Calais. Pour tous les groupes ayant participé à cette formation, deux points communs ressortaient :

- La difficulté de se rencontrer à un moment donné, chacun restant sur ses positions. Une participante issue du secteur social dira à ce sujet : « Lorsque l'équipe de la CMP nous a vus arriver, l'accueil a été froid ; et l'un d'entre eux nous a même demandé pourquoi nous étions demandeurs, car eux n'avaient pas de demande à notre rencontre. « On s'est regardé en chiens de faïence ». L'expression utilisée en dit long sur les regards respectifs entre les deux secteurs...
- Le devenir de ces journées de formation qui avaient permis de créer du lien entre les deux secteurs. Qui pourrait avoir la légitimité pour continuer à piloter ce type de rencontre ?

La rencontre entre les deux secteurs nécessite un apprivoisement mutuel. Ce type d'expérience est intéressante et souhaitable car elle permet de donner un éclairage particulier sur les professionnels de chaque champ : apprendre à se connaître et à travailler ensemble. Cette confrontation leur permet de se conforter sur le fait que leurs identités professionnelles sont bien différentes mais qu'elles sont aussi complémentaires. Cette conjugaison ne peut faire qu'évoluer les pratiques professionnelles et qu'atténuer l'intervention en logiques fermées.

⁷³ Notes prises lors de la journée du 13 janvier 2004. « Santé et précarité , vers une politique locale concertée » formation gratuite proposée et coordonnée par la FNARS et financée par la DDASS dans le cadre du PRAPS en lien avec le programme d'action du CRES et du CDPA.

⁷⁴ Centre médico - psychologique

C) Des cultures différentes

Edgard MORIN⁷⁵ définit la culture comme étant « un système qui fait communiquer une expérience existentielle personnelle et un savoir collectif constitué. Le savoir est enregistré et codé, assimilable seulement pour les détenteurs du code et lié à des configurations permettant d'organiser, de structurer les relations existentielles, pratiques et imaginaires ».

La culture assure des fonctions qui sont utiles à l'organisation, dans le sens où « elles contribuent à résoudre les problèmes que pose l'existence de toute entité structurée confrontée à un environnement donné ».⁷⁶

La culture fonctionne comme un code qui va conditionner tout individu « en lui donnant des éléments pour percevoir, pour agir et pour juger. »⁷⁷ Elle va se développer selon un processus d'apprentissage, comparable à n'importe quelle autre forme d'apprentissage.

En ce sens, le développement d'une culture commune est possible et ne peut-être que bénéfique pour chacun des acteurs et bien entendu et en premier lieu pour la personne en difficulté.

Qui dit culture, dit structure de pouvoir à laquelle elle se rattache et sur laquelle elle appuie sa légitimité. Ainsi, l'un n'allant pas sans l'autre, cela signifie, que l'on peut imaginer que le processus d'apprentissage pourra être rendu difficile en raison des remises en cause et des jeux de pouvoir que cela induit. Ainsi, « la culture de l'organisation se trouve pour partie dépendante de l'environnement dans lequel se place son processus de formation et de l'histoire accumulée des relations avec l'environnement ».⁷⁸

Dans l'ouvrage « Management, aspects organisationnels et humains », les auteurs expliquent que la culture peut révéler des décalages importants entre l'organisation et l'environnement. « Parce que le contenu de la culture bloque le changement nécessaire. Dans ce cas il faut alors agir sur la culture ». ⁷⁹

Les auteurs qualifient la culture selon des degrés différents. Ainsi, elle peut-être forte, diffuse ou morcelée.⁸⁰ Une culture forte est source de danger, car « elle signifie un fort

⁷⁵ E. MORIN, « Sociologie », édition FAYARD, 1984.

⁷⁶ N. AUBERT, JP GRUERE, J JABES, H. LAROCHE, S. MICHEL, „Management , aspects humains et organisationnels“ édition PUF, 654 pages. mai 1997. page 569

⁷⁷ OP.CIT 76, page 569.

⁷⁸ OP CIT 76, page 579.

⁷⁹ OP CIT 76, page 586

⁸⁰ OP CIT 76, page 582

contraste entre ce que la culture « sait faire », ou « permet de faire », et ce qu'elle « ne sait pas faire » ou « interdit de faire ». ⁸¹ Cela peut conduire l'organisation à certaines impasses. ⁸²

Pour pouvoir agir sur une culture forte, on ne pourra que « viser essentiellement la maîtrise de ses effets et l'évitement de ces impasses ». ⁸³ C'est donc un travail de longue haleine qui demande un temps certain et qui nécessite des ressources. Lorsque l'un ou l'autre est manquant, « la crise est inévitable et l'action prend la forme d'une révolution culturelle. » ⁸⁴

A travers cette approche, on voit qu'agir sur la culture et que de pouvoir en acquérir une commune n'est pas chose simple. C'est un processus qui prend du temps.

En 1998, Le Haut Comité de la Santé Publique préconise à ce sujet « qu'il est nécessaire de prendre des mesures qui permettront le développement d'une nouvelle culture concernant essentiellement l'administration, les milieux professionnels du secteur social et sanitaire ⁸⁵ ».

Au travers la culture se pose la question de la formation qui est un moyen de développer une culture commune. Ne serait-il pas souhaitable d'envisager des « tronc communs » ou des spécialisations aussi bien dans les métiers du sanitaire que du social ?

L'acquisition d'un langage commun ne peut que faciliter le partenariat. C'est une évolution culturelle pour les professionnels, mais qui prendra du temps, si les professionnels de terrain ne s'approprient pas cette opportunité qui se traduit dorénavant à travers le cadre législatif. En tout état de cause, le fait que les situations rencontrées soient massivement

⁸¹ OP CIT 76, page 582

⁸² OP CIT 76, page 582 Les auteurs qualifient « d'impasses » :

- l'aveuglement, c'est-à-dire la résultante d'une perception trop rigide et qui interdit les points de vue non conformistes.
- La répétition de comportements tenaces.
- L'incapacité à accueillir de nouveaux membres.
- L'isolement.
- La rigidité face aux changements importants qui affectent les éléments fondamentaux

⁸³ OP CIT 76, page 583

⁸⁴ OP CIT 76, page 583

⁸⁵ Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. « La progression de la précarité et ses effets sur la santé » page 154. déjà cité.

de plus en plus complexes, ne peut qu'encourager la mise en synergie et la coordination de réponses hétérogènes. Il faut inventer de nouvelles formes d'accompagnement où la diversité des compétences et des métiers pourra converger pour apporter une réponse la plus adaptée possible à l'utilisateur. En toile de fond se pose un autre problème, celui des financements qui sont eux aussi cloisonnés. Dans l'objectif du service rendu à l'utilisateur, ces « logiques financières » devront nécessairement évoluer.

Les points essentiels à retenir

32 ans se sont écoulés entre la loi hospitalière de 1970 qui avait acté la séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social, et la loi du 2 janvier 2002.

Tout au long des années 90, l'évolution du cadre juridique a contribué à amorcer un rapprochement entre les deux secteurs.

La loi du 2 janvier 2002 vient confirmer la suppression de ce clivage en créant des outils juridiques permettant aux professionnels de part et d'autre d'envisager un travail partenarial et de mise en réseau, ceci afin de pouvoir adapter et de proposer des modes de prise en charge et d'accompagnement au plus près des besoins des personnes.

La montée de la précarité fait place à de nouvelles problématiques dans le travail social, tel celui de la santé, de son traitement et de son accompagnement. Les situations liées à l'exclusion sont de plus en plus complexes, imbriquant une multitude de problèmes. Cette complexité justifie la transversalité au niveau des réponses institutionnelles mais aussi des compétences, des savoir-faire et des cultures. Dans la complexité, la rigidité ne peut être de mise. Aussi facile que cela puisse paraître, toute la difficulté est de convaincre les professionnels des deux champs respectifs que des changements sont nécessaires. Part leurs logiques professionnelles, leurs cultures, et part leur histoire juridique et institutionnelle cloisonnée pendant plus de 30 ans, le problème prendra du temps à se résoudre.

2.3 A la recherche d'un partenariat.

La prise en compte de la problématique santé - précarité se traduit en encourageant un partenariat social - sanitaire qui se retrouve au travers du cadre juridique.

2.3.1 Le cadre législatif Européen et National.

A) En Europe : Promouvoir les Politiques de lutte contre les exclusions

La charte sociale européenne, signée en 1961 et révisée en 1999 protège depuis 43 ans les droits de l'homme. Elle inclut de nouveaux droits en particulier, le droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion : droit au logement, à l'éducation, à l'emploi et la santé. En matière de santé, elle oblige les états à mettre en œuvre une structure de soins pour l'ensemble de la population ainsi qu'une politique de prévention des maladies.

En 2000, le Comité Européen pour la cohésion sociale a adopté sa stratégie de cohésion sociale. Ce texte s'efforce de définir des facteurs de cohésion sociale comme dans le secteur de la santé afin de satisfaire les besoins fondamentaux des individus et favoriser l'accès aux droits.

B) En France : les politiques publiques dans le domaine de l'exclusion.

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions : une logique d'équité sur l'ensemble du territoire

Annonce dans son article 1^{er} « La loi de lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques de la nation ».

Elle est construite autour de trois axes majeurs :

- Garantir l'accès aux droits : logement, emploi, soins et exercice de la citoyenneté.
- Prévenir les exclusions : éviter les expulsions, réduire les conséquences sur le surendettement.
- Améliorer la coordination des acteurs locaux par le partenariat et la connaissance de la population.

La déclinaison du volet santé de cette loi est effectuée à travers les articles 67 à 77 :

L'article 71 crée :

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Qui engage différents partenaires du champ social et sanitaire à mettre en œuvre des mesures nécessaires pour répondre aux besoins des populations en situation de précarité. Les PRAPS comportent des actions de prévention, d'éducation à la santé et de soins. Ils sont mis en œuvre dans chaque département. C'est donc dans un cadre de territorialisation des politiques publiques que viennent s'inscrire les PRAPS. Ces programmes prennent appui sur :

Les Programmes Régionaux de Santé (PRS)

Ont été instaurés par l'ordonnance du 24 avril 1996. Ils ont pour mission d'établir les priorités de la santé publique dans les régions qui peuvent faire l'objet de programmes. Les PRS reposent sur une approche à moyen terme (5ans), centrés sur la population, sur un territoire et dans une démarche multi partenariale.

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

Vient compléter la loi du 29 juillet 1998, par la création de la couverture maladie universelle (CMU). Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2000 et permet d'affilier à un régime d'assurance maladie de base les personnes, qui en étaient privées et finance la protection complémentaire de plusieurs millions de personnes.

La Politique de la Ville.

Est une politique territoriale et transversale qui permet de prendre en compte l'ensemble des déterminants liés à l'exclusion dans les domaines de l'urbanisme, du social, de l'économique et de la sécurité. Née dans les années 80, avec le développement social des quartiers, la Politique de la Ville trouve son socle dans les années 90 à travers plusieurs lois : la loi Besson, qui garantit le droit au logement, la loi solidarité financière qui institue une dotation de solidarité urbaine, et la loi d'orientation pour la ville (LOV) qui a pour objectif de créer des conditions d'habitat et de vie favorisant la cohésion sociale. Le volet socio – sanitaire a fait une entrée relativement récente dans les dispositifs du développement social urbain où de nombreux contrats de ville l'intègrent.

2.3.2 Le contexte régional - départemental et local

Nous allons maintenant découvrir la déclinaison de ces politiques à l'échelle de notre territoire, afin d'évaluer les possibilités que l'Association pourrait avoir par rapport à un projet.

A) Les Programmes Régionaux de Santé du Nord- Pas de Calais :

Dans le Nord – Pas de Calais, les 5 Programmes Régionaux de santé reprennent les priorités de santé énoncées par la conférence de santé, les assises régionales de santé et les schémas d'organisation des soins :

- santé des jeunes et des enfants (programmes génération santé)
- santé et précarité (programmes PRAPS)
- conduite et consommation à risque
- cancers (programmes Challenge)
- santé cardio-vasculaire

Par ailleurs, un Programme Régional d'Action Santé Environnement (PRASE) a été élaboré et validé par la Conférence Régionale de la Santé en 2001.

La Politique de santé dans la région s'inscrit dans une continuité :

- ❖ le niveau régional, qui détermine les priorités.
- ❖ le niveau départemental qui suscite les projets.
- ❖ le niveau local qui organise et met en œuvre les actions, avec les programmes territoriaux de santé (PTS) au niveau des arrondissements.

B) Les caractéristiques du PRAPS.

Les objectifs généraux du PRAPS Nord Pas de Calais pour l'année 2004⁸⁶ sont :

- ❖ faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner.
- ❖ Faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte.

Pour l'année 2002, le nombre de projets déposés dans le cadre des PRAPS est de 26, 8 pour 1.000.000 d'habitants dans la région Nord - Pas de Calais⁸⁷. Plus de la moitié des arrondissements ont une moyenne similaire, excepté 4 arrondissements, qui ont une moyenne inférieure, dont celui de Valenciennes (21,9).

Dans l'arrondissement, les porteurs de projets de type associatif sont majoritaires. Aucun projet lié au logement et aux personnes en situation de précarité n'a été déposé.

Les financements ayant pu être mobilisés concernent : l'Etat, le Conseil Régional, le Conseil Général, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

⁸⁶ « Guide Pratique 2004 pour un porteur de projet » PRS, PRASE, PTS, Volet des contrats d'agglomération – contrat de ville, contrat territoriaux de santé.

⁸⁷ Données O.R.S

C) Au niveau de la Politique de la Ville

On constate depuis trois ans une meilleure prise en compte de la santé au niveau de la politique de la ville, les contrats de Ville 2000-2006 comportent désormais un volet prioritaire ; et dans le cas du contrat de ville de l'arrondissement de Valenciennes, la santé est la priorité affichée dans la convention cadre 2000-2006.

Les montages en politique de la ville nécessitent de déposer des dossiers par communauté d'agglomération. Lorsqu'il s'agit d'un dossier d'arrondissement, la procédure se complexifie et les montages également. Par ailleurs les financements en politique de la ville restent aléatoires et non pérennes.

D) Les Fonds Structurels Européen (FSE)

L'arrondissement de Valenciennes diagnostiqué comme une des zones les plus en difficulté de la région Nord -Pas de Calais, bénéficie du programme de soutien transitoire, dans le cadre des Fonds Structurels Européens (2000-2006). Ce programme intègre la santé comme mesure dans le cadre de l'axe III ; requalification et revalorisation du territoire. Le montage d'un dossier est très complexe. Avec ce type de financement, le porteur de projet n'est subventionné que deux ans après le démarrage de l'action. Cette difficulté n'incite pas à déposer des demandes en raison des problèmes de trésorerie qu'engendre cette contrainte. Par ailleurs, il n'est pas conseillé d'effectuer des demandes pour de « petites sommes ».

E) Le Centre Hospitalier de Valenciennes : création d'un pôle santé- précarité.

Afin d'assurer sa mission de service publique et conformément à la loi de lutte contre les exclusions, le centre Hospitalier (CHV) a créé :

a) *Une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) en référence aux articles 73 et 76 de la loi contre les exclusions : « L'Espace Baudelaire »*

La permanence a pour mission d'accueillir toute personne dont l'état de santé, au regard de sa situation économique et sociale ou psychologique nécessite une prise en charge médico-sociale. Cette consultation s'adresse plus particulièrement aux personnes :

- ❖ Sans résidence stable
- ❖ Sans couverture sociale
- ❖ En situation irrégulière au regard des lois sur l'immigration.

Cette consultation ne se substitue pas à la consultation de médecine de ville, mais lui est complémentaire. Dès que le dossier du patient est régularisé, celui-ci est réorienté vers la médecine de ville.

b) L'équipe mobile « Rimbaud » : l'Hôpital sort de ses murs.

Mise en place de façon expérimentale en 1999, et initiée par le Centre Hospitalier de Valenciennes et quelques Associations, l'expérience est reconduite de façon définitive, dès 2000.

L'équipe mobile est composée d'infirmiers, d'éducateurs spécialisés et supervisée par un psychiatre. Elle a pour mission : d'aller au devant des personnes en situation de détresse sur leurs lieux de vie (rue, squat) pour leur apporter aide, soutien, et soins mais aussi d'accompagner une démarche individuelle de soins qu'elle a initié ou qui a été engagée par un autre professionnel de soin.

Les points essentiels à retenir

Depuis quelques années, le cadre législatif national qui se décline sur un plan régional et local montre qu'il existe une réelle volonté de proposer des solutions à l'interface du social et du sanitaire afin de prendre en compte la situation sanitaire des personnes en situation de précarité. Des sources de financements sont par ailleurs mobilisables. Au niveau local, une expérience originale, l'équipe mobile Rimbaud, mise en place par le Centre Hospitalier de Valenciennes, traduit cette volonté.

Conclusion de la deuxième partie

Les personnes en situation de précarité sont confrontées à un ensemble hétérogène de situations génératrices d'un cumul de handicaps. La santé, tout autant que la précarité s'inscrit dans un processus dynamique, multifactoriel. Des liens complexes existent entre les situations de précarité, les troubles de santé et le recours aux soins.

La montée de la précarité fait place à de nouvelles problématiques de plus en plus complexes dans le travail social. La prise en charge et l'accompagnement de la santé en font partie. Le diagnostic réalisé au sein de l'Association, mis en corrélation avec les données sanitaires locales préoccupantes pour certaines d'entre-elles, révèle des situations inquiétantes concernant l'état de santé des ménages accompagnés et la difficulté à ce qu'ils adhèrent de façon durable à une démarche d'insertion.

Le cadre juridique qui séparait le secteur social et sanitaire depuis plus d'une trentaine d'années s'est assoupli, pour laisser place à un décloisonnement amorcé dans les années 90 puis confirmé dernièrement par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'évolution de ce cadre donne la possibilité d'envisager des formes de coopération permettant d'apporter des réponses adaptées aux besoins de la personne.

Par ailleurs, la prise en compte de la problématique santé - précarité dans le cadre législatif montre le souci d'apporter et de renforcer les réponses au plus près des personnes. La mise en place des PRAPS sont des outils transversaux favorisant la concertation entre les différents acteurs institutionnels et associatifs.

Part leur histoire, leur culture, leur logique professionnelle, le rapprochement entre le secteur sanitaire et le secteur social ne peut se faire que progressivement et par un apprivoisement mutuel. La complexité des situations rencontrées imbriquant une multitude de problèmes justifie une réponse transversale en terme institutionnel, de compétences et de cultures. En cela, une certaine souplesse s'impose.

Tant qu'une personne est en souffrance, elle ne peut engager une démarche d'insertion. Vu sous cet angle, la question s'adresse aussi bien aux professionnels du social que du sanitaire. A travers les différents champs qui ont pu être balayés, la problématique santé chez les personnes en situation de précarité et concernées par une démarche d'insertion doit être abordée sous une approche complémentaire ; émanant d'une part du secteur sanitaire et d'autre part du secteur social, afin d'optimiser la réussite de l'accompagnement. C'est ce que je vais développer dans la troisième et dernière partie, en préconisant un rapprochement entre l'A.P.I.L et le secteur sanitaire local.

3 CREER UN ACCOMPAGNEMENT A L'INTERFACE DU SOCIAL ET DU SANITAIRE

3.1 Analyse de l'Association dans l'environnement : Atouts et déficits. Faisabilité d'un projet.

3.1.1 En externe :

A) Les principaux points faibles :

❖ Par rapport aux données sociologiques et au territoire :

L'arrondissement reste marqué par de grands déséquilibres socio-économiques. Le phénomène de pauvreté est important. Les problèmes de santé le sont aussi. Malgré une reprise économique, le taux de chômage reste néanmoins élevé et la population en situation de précarité ne bénéficie pas de ses effets. La reprise révèle un déséquilibre territorial, ne semblant pas rayonner sur l'ensemble de l'arrondissement. Le contexte urbain reste difficile. L'arrondissement est concerné par le renouvellement urbain, mais les chantiers sont importants et les résultats attendus mettront un certain temps avant d'être perçus réellement et plus encore pour la population en situation de précarité.

❖ Impact sur l'Association

Les demandes en terme d'accompagnement et en terme de relogement ne sont pas près de baisser. Par ailleurs, l'A.P.I.L va continuer à intervenir auprès d'un public présentant des problèmes de santé et continuera à éprouver des difficultés pour réaliser sa mission.

B) Les principaux points forts :

❖ Par rapport au territoire :

L'arrondissement offre un réseau d'acteurs dense et dynamique. Les Associations intervenant dans le domaine de la solidarité ont un rôle essentiel, car elles connaissent les problèmes des personnes les plus vulnérables. Plus d'une centaine d'Associations oeuvrant dans le secteur sanitaire et social témoignent du dynamisme associatif. De nombreux partenaires du secteur social et sanitaire s'interrogent sur l'évolution de cette précarité et de ses effets sur la population et sur les pratiques de chacun.

Le diagnostic territorial pour la réalisation du contrat de ville montre que les acteurs sociaux réalisent l'importance de la dimension santé et l'intérêt d'aller au devant de la population précaire. Le centre hospitalier de Valenciennes oeuvre pour une ouverture sur l'extérieur (développement de l'alcoologie de liaison, mise en place du réseau ville-hôpital.) La volonté de travailler en réseau est présente. Une expérience positive et initiée par le Centre Hospitalier de Valenciennes existe déjà : l'équipe mobile Rimbaud

composée de travailleurs sociaux et médicaux sociaux allant au devant des personnes sans domicile fixe.

❖ Impact sur l'Association :

La richesse de cette dynamique est une opportunité pour l'Association qui pourrait mettre en place une réponse à l'interface du social et du sanitaire en s'appuyant sur ce type d'expérience.

❖ Par rapport aux données politiques

On constate depuis plus de 4 ans une meilleure prise en compte de la santé au niveau de la politique de la ville, le contrat ville 2000-2006 comporte un volet « santé » prioritaire. La santé est affichée comme axe prioritaire dans la convention cadre 2000-2006.

La mise en œuvre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S)⁸⁸ dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé (P.R.S)⁸⁹ permet de prendre en compte la santé des personnes en situation de précarité et aux Associations de se positionner sur des projets.

❖ Impact sur l'Association :

Le contexte est favorable, car il donne la possibilité aux Associations de développer des projets liés à la santé dans le cadre de ces dispositifs.

3.1.2 En Interne : une réelle nécessité d'adapter l'accompagnement proposé.

A) Les principaux points faibles :

❖ Par rapport aux données sociologiques

L'A.P.I.L est amenée à intervenir de façon croissante auprès d'un public de plus en plus difficile et présentant des problèmes de santé. Il y a nécessité d'adapter l'accompagnement. Nous n'apportons pas de réponse adaptée à ce public. Notre réponse uniquement sociale ne permet pas de proposer un accompagnement durable et adapté.

❖ Impact sur l'Association

Les conséquences de cette réponse inadaptée diagnostiquées dans le premier chapitre, se traduisent au sein de l'activité et de l'équipe éducative.

⁸⁸ Les objectifs du PRAPS seront définis dans le second chapitre.

⁸⁹ Les objectifs du PRS seront définis dans le second chapitre.

❖ Par rapport aux données politiques

L'A.P.I.L n'est subventionnée que sur des lignes budgétaires relatives à l'accompagnement social lié au logement.

❖ Impact par rapport à l'Association

Il est nécessaire d'élargir le champs d'investigation en matière de recherche de financements, et de partenariat : deux vecteurs liés au sanitaire que l'Association ne connaît pas.

❖ Par rapport au Conseil d'Administration de l'A.P.I.L

Le principe général admis par le Conseil d'Administration reste le détachement de personnel. Celui-ci reste fermé quant à l'éventuelle embauche d'un nouveau salarié, et plus encore si celui-ci est issu du secteur sanitaire. La composition du Conseil (Bailleurs-Associations) ne facilite pas la recherche de solutions : les intérêts et les préoccupations respectives des deux collèges ne sont pas les mêmes.

❖ Impact au niveau de l'Association

Il est nécessaire de trouver une autre solution que l'embauche.

B) Les principaux points forts

❖ Par rapport au projet

Le projet associatif intègre la dimension « santé » dans l'accompagnement.

❖ Impact au niveau de l'Association

La création d'une prestation liée à la santé n'est donc pas en décalage avec les orientations du projet associatif.

❖ Par rapport au Conseil d'administration et au contexte partenarial.

L'Association Croix Marine au sein du Conseil d'Administration est représentée en la personne d'un psychiatre, le Docteur V.

❖ Impact sur l'Association

C'est un élément facilitateur pour convaincre les administrateurs qui restent « frileux » par rapport à la diversification des métiers, mais aussi pour introduire l'A.P.I.L dans la sphère sanitaire au niveau local.

3.1.3 Analyse et faisabilité d'un projet par rapport aux points essentiels

L'analyse stratégique de l'Association dans l'environnement à travers les domaines sociologiques, économiques, politiques, et territoriaux mis en adéquation avec les possibilités de l'Association :

- Permet :
 - de constater qu'une approche relative à la santé est nécessaire et possible.
 - d'envisager le développement d'un projet qui est à l'interface du social et du sanitaire.

- Aboutit à un scénario qui repose sur 4 axes :
 - Répondre aux besoins des personnes accompagnées et présentant des problèmes de santé
 - Diversifier les métiers au sein de l'Association..
 - Proposer un accompagnement différent.
 - Susciter une mise en synergie entre les acteurs du champ social et sanitaire.

3.1.4 Le Projet : Intégrer le volet santé au projet social global de la personne.

- A) Innovation et projet : Une démarche de projet est un processus complexe, qui à la fois vise et produit un changement. « Le projet n'est pas que l'expression des objectifs réalisables sous certaines conditions, il est aussi un espace de création et non de banalisation ou de reproduction ». ⁹⁰

Le diagnostic réalisé auprès des personnes au sein de l'Association a révélé qu'il s'agit pour un nombre assez important d'une problématique de soins palliatifs susceptible, cependant, dans certains cas d'aboutir à des soins curatifs. L'accompagnement sanitaire proposé ne peut être développé que de manière adaptée en raison :

- Des difficultés personnelles diversifiées : psychologiques avec facilité de passage à l'acte et notamment des ruptures de contrats de soins, conduites d'intoxication, maladies somatiques...

⁹⁰Ouvrage coordonné par C. HUMBERT, « Projets en action sociale », édition L'Harmattan. Octobre 1998. Page 64.

- Des conséquences sur l'environnement de ces difficultés : problèmes des enfants, des voisins, du quartier.
- Du respect de la liberté individuelle.

Le projet consiste à faire intervenir un infirmier diplômé d'état, en liaison avec le travailleur social au domicile des familles repérées, afin de prendre en compte la situation sanitaire des personnes, en leur proposant de les orienter, de les accompagner vers les structures de soins adaptées, en fonction de la problématique repérée. L'intervention d'un infirmier permettra la complémentarité au sein de l'équipe.

Le titulaire du poste infirmier sera salarié du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV), et restera sous sa responsabilité. Dans le cadre d'une mise à disposition au sein de l'A.P.I.L, il travaillera

- en liaison avec l'A.P.I.L pour la gestion, la réalisation et l'évaluation de son activité
- avec les structures de soins de l'arrondissement de Valenciennes pour réaliser sa mission (le C.H.V, les autres hôpitaux de l'arrondissement, Croix marine, le centre psychothérapeutique, les C.M.P, les unités de soins en alcoologie, les Associations oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie etc...)
- mais aussi avec les médecins généralistes

B) Les objectifs du projet consistent à :

- faciliter le repérage de la souffrance psychique et/ ou somatique.
- Identifier, orienter, accompagner les personnes qui ne sont pas en capacité de le faire, vers des structures de soins adaptées, en partenariat avec l'ensemble du réseau de santé.
- Faciliter l'élaboration d'un projet de vie et accompagner le cheminement.
- Développer l'autonomie des personnes en leur donnant les moyens d'être acteur de leur propre santé.

C) Les ressources à mobiliser

a) *Les moyens humains*

Face aux besoins sanitaires recensés, il est nécessaire de recruter un infirmier diplômé d'Etat disposant de polyvalences. Je reviendrai ultérieurement sur le profil de poste.

b) *Les locaux et le matériel*

Le titulaire du poste aura son adresse administrative au siège de l'A.P.I.L. Pour ce faire, il est nécessaire de mobiliser un bureau au sein du siège de l'Association, d'acheter le

matériel informatique et le matériel de bureau nécessaire. A cet effet, il faut que je négocie ces moyens matériels avec la S.A d'HLM du Hainaut où se situent nos locaux. Le salarié sera véhiculé dans certains cas par les travailleurs sociaux, mais sera amené à effectuer des déplacements. Cet aspect est donc à intégrer dans le budget prévisionnel.

c) *Les Sources de financements*

Des demandes de subventions seront effectuées dans le cadre des PRS et plus particulièrement du PRAPS ainsi qu'auprès d'autres financeurs potentiels.

d) *Les résultats attendus*

L'introduction dans l'équipe des travailleurs sociaux de l'AP.I.L d'un personnel soignant, pourra d'une part,

- Prendre en compte la situation sanitaire de personnes pour aboutir avec certaines d'entre elles à des soins curatifs et donc par la même occasion, améliorer leurs conditions de vie et réduire certaines difficultés qu'ont engendré leur état de santé.
 - Et d'autre part,
- Faciliter l'exercice de la mesure d'accompagnement social pour perfectionner l'efficacité et le résultat auprès de ce public en très grande difficulté qui, pour l'instant, n'a pas de réponse adaptée.

3.2 Le directeur, promoteur de la conduite de changement

Avant propos.

« Conduire le mouvement, consiste donc pour les équipes qui sont en charge de le mettre en oeuvre à anticiper les enjeux, définir les modalités de mise en oeuvre et accompagner les acteurs concernés dans l'apprentissage et la vérification qu'ils peuvent fonctionner autrement sans se mettre en danger »⁹¹

Il s'agit maintenant de développer le projet qui permettra une prise en charge globale en incluant la dimension santé au projet social de la personne.

Pour cela, le rapprochement avec le Centre Hospitalier de Valenciennes est intéressant. Le psychiatre de l'Association Croix Marine qui me soutient dans ce projet va m'introduire dans la sphère sanitaire locale.

⁹¹ JARDILLIER P, BURG P., « Psychologie et management », PUF, coll. « Que sais-je » N° 3589.

Deux problèmes majeurs se posent :

- Le financement. Le résultat de la recherche est aléatoire.
- La supervision médicale et le rattachement de l'infirmier à un service de l'hôpital et à un médecin.

Un travail important de communication préalable est à effectuer au sein du Conseil d'Administration, de l'hôpital, du PRS et des financeurs.

Par ailleurs, ma préoccupation est de faire entrer un métier du secteur sanitaire dans une équipe de travailleurs sociaux ancrée dans une culture purement sociale, et ceci dans une dynamique de changement concernant l'accompagnement social proposé.

Dans les différents cas, j'ai à convaincre chacun de mes interlocuteurs, et dans le cas du Centre Hospitalier de Valenciennes, je dois négocier avec une culture professionnelle différente de la mienne, afin de les persuader de l'intérêt du projet mais aussi d'intérêts réciproques que nous pourrions avoir. Il sera donc nécessaire que je compose et que je trouve les bons arguments pour chacun de mes interlocuteurs.

3.2.1 Manager dans la complexité

A) L'innovation

La loi du 2 janvier 2002 stimule l'innovation, les complémentarités en favorisant la coopération dans le but de proposer des modes d'accompagnement répondant au plus près aux besoins de la personne.

« Organiser signifie réduire les incertitudes. Pour ce faire, l'organisation programme et standardise en définissant des mécanismes de coordination à l'avance. **Innover**, c'est au contraire pouvoir tirer parti des incertitudes pour profiter des opportunités de marché ou réagir à des événements imprévus ».⁹² L'innovation est une réponse de l'organisation face aux changements de l'environnement dans sa globalité. Le projet que je propose est innovant dans le sens où il va pouvoir juxter des compétences, des cultures différentes à travers une intervention se déroulant aux plus près des usagers, en leur apportant une réponse adaptée en matière d'accompagnement et de plus, au plus près de leurs lieux de vie, c'est-à-dire chez eux.

⁹² M. CROZIER P. BERNOUX P.ROMELAER E.FRIEDGERG G. PELLETIER M. ALBERT R. SAINSAULIEU B. MOINGEAN N. ALTER, sous la direction de P CABIN et de JC RUANO-BORBALAN, « La management aujourd'hui, théories et pratiques »137 pages éditions DEMOS. 1999. page 121.

La décision d'inscrire l'Association dans une dynamique de projet et de développer un travail partenarial présume un préalable : l'ouverture.

« L'inscription dans un partenariat suppose que l'établissement soit pensé comme une structure ouverte à un ou des projets, conçus en association avec d'autres institutions, y compris extérieur à son champs de compétence. »⁹³

A travers une vision systémique, Edgard MORIN définit l'organisation comme un système qui « doit se fermer au monde extérieur afin de maintenir ses structures et son milieu intérieur, sinon, il se désintègrerait. Mais c'est l'ouverture qui permet cette fermeture ». ⁹⁴

En ce sens, l'organisation s'organise dans et par l'ouverture mais va entraîner des contradictions, ce que Edgard MORIN appelle des « dialogies »⁹⁵ et donc une complexité.

En tant que directrice, inventer de nouvelles formes d'organisations, de partenariat me permet de construire de nouvelles richesses et d'ouvrir des possibilités stratégiques inattendues. Envisager une articulation entre le secteur sanitaire et l'A.P.I.L préjuge d'avoir un regard complexe sur la situation et d'agir dans la complexité qui ne se laisse jamais totalement appréhender.

B) Le partenariat

Ainsi, à travers la notion de partenariat, nous retrouvons une dynamique d'ouverture, mais qui néanmoins peut créer un déséquilibre, si ce partenariat est mal maîtrisé ou s'il crée des inégalités pour l'une ou l'autre des parties. Etre conscient et discerner ce risque est important pour l'A.P.I.L. Il est nécessaire que je veille à l'instauration de relations équitables avec le Centre Hospitalier afin d'éviter toute emprise, tout jeu de pouvoirs et de « récupération », et par la même occasion une perte d'identité.

On parle beaucoup plus de la notion de **réseau** dans le secteur sanitaire comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent. Dans le secteur social, on l'assimile plutôt à la notion de partenariat fonctionnant entre acteurs qui se connaissent à force d'habitude. Ici, il n'est pas question de ce type de partenariat mais de **partenariat opérationnel**. Un partenariat ne s'invente pas, il se construit. La recherche de la complémentarité avec des

⁹³ OP CIT 64, page 91

⁹⁴ OP CIT 64, page 91

⁹⁵ E. MORIN, définit les situations complexes par la terminologie « dialogique » Il dit « *le principe dialogique signifie que deux ou plusieurs logiques différentes sont liées en une unité de façon complexe (complémentaire, concurrente et antagoniste) sans que la dualité ne se perde dans l'unité* » « Manager dans la complexité, réflexion à l'usage des dirigeants » D . GENELOT- INSEP, Paris 1992. page 82

structures et des services différents permet d'apporter une réponse plus adaptée à la personne accompagnée.

Il existe plusieurs formes de partenariat opérationnel dont « le point commun est l'opérationnalité »⁹⁶ :

- « le partenariat d'initiative » qui traduit la volonté commune de responsables à mutualiser stratégiquement leur actions.
- « le partenariat imposé » demandé à l'initiative d'un organisme de tutelle
- « le partenariat qui s'est établi de fait », autour de dispositifs légaux qui définissent les organisations et les missions et rôles des professionnels impliqués.

Dans le cadre du partenariat opérationnel, sa mise en œuvre fait souvent l'objet d'un acte juridique (convention par exemple) qui va engager les partenaires de part et d'autre et traduire le mode opératoire en terme d'actions de chaque partenaire,⁹⁷ afin que celui-ci s'y retrouve par rapport à sa spécificité et sa légitimité.

Il implique « des instances de concertation de négociation, de décision, et surtout au final une organisation qui va se charger de régler la mise en œuvre de cette complémentarité dans l'intervention. Cette organisation c'est le réseau »⁹⁸

Avant toute chose, la capacité de mettre l'utilisateur en son centre rendra efficace le réseau. L'enjeu dans le cadre du projet, est donc de faire évoluer la notion de réseau vers le moyen d'une prise en charge globale, qui intégrera la dimension sociale et sanitaire.

Dans le projet que je souhaite mettre en place, il est question d'un partenariat d'initiative. Ce partenariat devra être formalisé par une convention partenariale entre l'A.P.I.L et le Centre Hospitalier de Valenciennes afin de préciser nos modalités respectives d'intervention.

3.2.2 Accompagner le changement.

« Le changement substitue l'ambiguïté et l'incertitude à ce qui est connu et certain ».⁹⁹

⁹⁶ P. DUMOULIN, R. DUMONT, N. BROSS, G. MASCLET, « Travailler en réseau », édition DUNOD. 269 pages. 2003. page 37.

⁹⁷ « être partenaire, c'est donc affirmer sa différence et sa légitimité propre, dans un mouvement qui reconnaît la légitimité des différents acteurs » J. AFCHAIN, « Les Associations d'action sociale » édition DUNOD, Paris -2001. page 39.

⁹⁸ OP CIT 97 page 39

L'équipe est consciente de la problématique et souhaite se voir proposer une réponse par rapport à ses interrogations et à son découragement.

La mise en place du projet va générer un changement dans le mode d'accompagnement, et dans la composition de l'équipe. L'équipe devra composer l'accompagnement avec un professionnel ayant une culture différente de la sienne. Par ailleurs, l'accompagnement social lié au logement est une action s'effectuant en « milieu ouvert » où le travailleur social intervient seul. Intégrer un autre professionnel dans l'accompagnement suppose ou implique qu'un regard différent du sien soit posé sur la ou les personnes accompagnées. Certains membres de l'équipe risquent d'interpréter ce regard non pas comme aidant et complémentaire, mais plutôt comme une forme de contrôle de leur travail ou comme un constat d'échec par rapport à ce qu'ils ont proposé. Le projet pose en effet la question de la compétence. La compétence peut se définir comme « La capacité à utiliser et à combiner des connaissances et des savoir-faire acquis pour maîtriser une situation professionnelle donnée et pour obtenir les résultats attendus. »¹⁰⁰ Elle s'inscrit dans un contexte, c'est à dire que dans une situation une personne sera compétente et dans une autre non. L'échec vécu au sein de l'équipe vient réinterroger les compétences des professionnels, car en effet leur formation initiale et leur savoir-faire ne leur permettent pas d'appréhender en totalité les situations où se posent des problèmes de santé majeurs. Une autre forme de compétence et une autre forme d'expertise est donc nécessaire pour aborder la problématique.

L'analyse des attitudes des professionnels au sein de l'équipe fait apparaître une disparité par rapport au projet.

Les anciens professionnels semblent peu réceptifs à l'idée qu'un professionnel du sanitaire intègre l'équipe. Par contre, les professionnels plus jeunes et plus récents dans l'ancienneté sont séduits par la proposition. M'appuyer sur ces derniers sera donc indispensable pour la mise en œuvre du projet.

La rencontre entre deux cultures n'est pas simple. La culture, comme la notion de compétence rejoignent le processus de l'apprentissage organisationnel.¹⁰¹

Pour E.H SCHEIN « un apprentissage organisationnel réussi aboutit à l'intégration des individus dans un schéma culturel unitaire facteur de cohésion sociale ». ¹⁰². Mon rôle

⁹⁹ OP CIT 77 page 599

¹⁰⁰ « Manager les équipes », Les cahiers de l'actif. N° 314/315/316/317. page 72

¹⁰¹ Définition de l'apprentissage organisationnel : « processus collectif d'acquisition et d'élaboration de connaissances et de pratiques participant au remodelage permanent de l'organisation » dans « Management et organisation des entreprises » – n°287 juillet - septembre 1998. Page 96.

consistera à favoriser de nouvelles valeurs, une nouvelle culture partagée entre les deux logiques : celle du social et celle du sanitaire. Je sais que le processus sera lent, mais l'enjeu est de taille. Cet apprentissage pourra en outre passer par la formation.

Le changement ne se décrète pas, il est bien évidemment nécessaire que je l'accompagne. L'enjeu consiste donc à conduire le changement plutôt que de subir les évènements qui pourraient être déclenchés par une crise. Il est nécessaire que je maintienne l'équilibre au sein de l'équipe. Pour ce faire, les objectifs que je me fixe par rapport aux professionnels veilleront à :

- Donner du sens au projet.
- Montrer que le changement est une nécessité.
- Clarifier les enjeux.
- Rassurer.
- Les impliquer.
- Communiquer sur l'avancée du projet

Si manager c'est « l'action ou l'art ou la manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler...mobiliser les hommes en vue d'atteindre un objectif commun », ¹⁰³ alors en tant que directrice, je perçois bien le changement comme fonction intégrante du management, voire comme une stratégie qui va pouvoir élargir le cadre de l'expérience de l'Association et réinterroger les certitudes. Une organisation est toujours mouvante et ne peut que s'adapter aux contraintes externes. En cela, je saisis le changement comme un élément vital.

Une de mes missions est de garantir l'efficacité de l'accompagnement proposé. Ainsi, le projet s'avère être une opportunité pour les professionnels dans le sens où il leur permettra d'élargir leur mode d'intervention et viendra réinterroger leurs pratiques. La mise en commun de leurs potentiels avec ceux du secteur sanitaire ne pourra qu'optimiser l'accompagnement proposé tout en évoluant vers une culture commune.

¹⁰² E.H SCHEIN, « Organizational culture and leadership » édition Bass Publisher London.1992, in OP CIT 95 page102.in "Management et organisation des entreprises" Déjà cité.

¹⁰³ OP CIT 77, page 09.

Pour la mise en place du projet où le changement et la complexité s'avèrent de mise, le management que je mettrai en place sera participatif¹⁰⁴ mais avec des règles du jeu bien posées, afin de mobiliser et rechercher une adhésion d'ensemble.

3.2.3 Management et communication : faire savoir et savoir faire savoir.

Il est impératif que je bâtisse un plan de communication en interne et en externe en fonction des destinataires. Les objectifs de la communication auront à :

- faire comprendre le projet et son évolution dans le temps
- faciliter les échanges
- créer de nouvelles valeurs qui seront partagées, tout en donnant l'envie de contribuer à l'amélioration de l'accompagnement proposé.

A) En interne.

a) *Au niveau du Conseil d'Administration*

Le Conseil d'Administration de l'A.P.I.L est composé de deux collèges : bailleurs et Associations. Les membres de chaque collège sont représentés. A l'intérieur de ce conseil s'expriment des cultures différentes. Au regard de l'hypothèse d'un rapprochement avec le secteur sanitaire, le Conseil est divisé. L'administrateur de Croix-Marine me soutient dans cette approche. Certains membres perçoivent cette idée comme intéressante, d'autres en décalage avec nos missions. La présentation et l'analyse du diagnostic à l'ensemble des membres du Conseil permettront de lever certaines réticences et de montrer qu'une approche sanitaire est complémentaire. Ce point entériné, le Conseil d'Administration ne voudra pas pour autant entendre parler d'une embauche.¹⁰⁵ Pour cela, le projet que je présenterai au Conseil doit être basé sur un détachement de personnel. Lorsque le projet sera validé par le Conseil d'Administration, je proposerai aux membres du bureau¹⁰⁶ de les informer régulièrement sur l'avancée du projet.

¹⁰⁴ « Faire participer les acteurs à l'élaboration des décisions qui les concernent permet de vaincre ces résistances : tel est le principal défi à relever pour entamer un processus de changement » JM MIRAMON, « Manager le changement dans l'action sociale »

¹⁰⁵ Les orientations du Conseil d'administration sont fermes par rapport aux embauches. Le détachement de personnel reste la règle, l'embauche restant exceptionnelle.

¹⁰⁶ Le Conseil d'administration se réunit en moyenne 4 fois par an. Entre chaque Conseil, des bureaux sont mis en place. Le représentant de Croix Marine, qui est psychiatre, en fait partie.

b) Au niveau des professionnels de l'équipe.

A partir de la réalisation du diagnostic auquel avaient participé certains professionnels, j'instaurerai des groupes projet. Chaque professionnel de l'équipe sera associé, même les plus réticents, car chacun d'entre eux a eu à un moment donné à effectuer une mesure d'accompagnement où un problème de santé était présent. Le fait que l'équipe soit de petite taille est un élément facilitateur. J'accompagnerai l'équipe tout au long de la démarche, tout en y associant une supervision. Une dynamique pourra s'instaurer, et se renforcer avec l'analyse que pourra effectuer le psychiatre vis-à-vis de certaines situations.

Les groupes de travail permettront :

- De faire s'exprimer les problèmes les plus souvent rencontrés, les difficultés mais aussi dans certains cas les peurs, auxquelles sont confrontées les professionnels.
- L'élaboration des objectifs du projet à partir des données repérées.
- L'élaboration du fonctionnement qui pourra être mis en place.
- L'anticipation du profil de poste sur lequel je travaillerai avec le psychiatre.

L'implication des professionnels permettra :

- De développer des pratiques tout en tenant compte des informations indispensables qu'ils détiennent.
- De construire un projet partagé en évitant une rupture.
- D'utiliser les moyens adéquats pour réussir le pari, comme en associant à un moment donné des professionnels du secteur sanitaire ayant certaines spécialités : en alcoologie, en psychiatrie.

B) En externe

a) Au niveau du Centre Hospitalier.

Il est nécessaire que je crée un partenariat. Pour ce faire, je dois m'introduire dans la sphère sanitaire locale. J'ai rencontré, l'infirmier général du Centre Hospitalier de Valenciennes. Pour le convaincre du bien fondé de la démarche, le projet lui a été exposé sur la base du diagnostic réalisé. Il trouve la démarche intéressante, venant en complémentarité de l'équipe mobile Rimbaud, qui s'adresse à des personnes sans domicile alors que mon projet est destiné pour la plus grande majorité à des personnes ayant un statut résidentiel. Si nous arrivons à instaurer un partenariat avec l'hôpital, le problème majeur sera la supervision médicale et le rattachement du poste infirmier à un service. L'idée proposée par l'infirmier général; serait de le rattacher à l'équipe mobile Rimbaud qui de plus est composée de travailleurs sociaux et de professionnels issus du sanitaire et supervisée par un psychiatre.

Cette possibilité est retenue sous réserve que le psychiatre responsable de l'équipe mobile Rimbaud n'y voit pas d'inconvénients et que nous puissions trouver un terrain d'entente. Cette hypothèse est apparemment la plus pertinente, car en effet les missions de l'équipe mobile, le public accompagné et la composition de l'équipe est ce qui est le plus compatible avec le projet. Ma crainte vis-à-vis de cette hypothèse, est que l'A.P.I.L perde la maîtrise du projet et que celui-ci devienne l'appropriation de l'équipe mobile Rimbaud. Je tiens à ce que le projet reste affiché « A.P.I.L ». Si cette option est retenue, je dois en mesurer les risques et les négocier avec le Centre Hospitalier et l'équipe mobile Rimbaud.

b) Au niveau des financeurs

Avant toute démarche, je dois contacter le P.R.S pour évaluer les possibilités que je pourrais mobiliser dans le cadre du PRAPS. Les réponses se révèlent être aléatoires en matière de financement. Le P.R.S me conseille de déposer une demande, d'autant plus que le projet lui semble intéressant et innovant. Par ailleurs, on me confirme qu'il est nécessaire que j'effectue des demandes de financements complémentaires à celui que je ferai dans celui du PRAPS.

Ce projet est dépendant des co-financements. La recherche de financements dans le secteur de l'insertion ne fait que s'accroître. Certes, c'est le quotidien d'un directeur oeuvrant dans ce secteur, mais il est de bon aloi, de préciser que cette recherche de financements « perpétuelle » pour la création de nouveaux projets mobilise beaucoup d'énergie et rend plus difficile et beaucoup plus longue la mise en œuvre de projets. Part l'activité de l'Association, mon point fort, est d'être en contact avec différents financeurs, ce qui me facilitera la tâche pour leur présenter et argumenter le projet.

Ainsi, pour la recherche de financement, je cible :

- Le Conseil Général qui pourrait nous financer dans le cadre des Commissions Locales d'Insertion de l'arrondissement de Valenciennes, qui intègrent un volet santé. Avant toute sollicitation auprès du Conseil Général, il est impératif que je rencontre un technicien ainsi que des élus.
- La politique de la ville. Je devrai rencontrer un technicien sur chaque communauté d'agglomération de l'arrondissement afin de présenter le projet. Le montage d'un dossier est toujours complexe lorsqu'il s'agit de faire une demande de subvention relative à un projet interagglomération.¹⁰⁷ Pour cette raison, je devrai rencontrer le directeur

¹⁰⁷ Le dossier est complexe à réaliser, en fonction des communes ciblées par le projet et en fonction qu'elle soit en site GPV ou en contrat ville. Par ailleurs et à ce stade du projet, je ne

ou un des représentants du Groupement d'Intérêt Public (G.I.P)¹⁰⁸ qui gère les fonds relatifs à la politique de la ville, pour que d'une part, il soit informé que les demandes de subventions concernent un projet d'arrondissement, et d'autre part pour avoir son soutien face aux élus.

3.3 Le directeur, chef de projet .

3.3.1 Outils financiers, administratifs, et juridiques.

A) Le budget prévisionnel du projet

Le budget est réalisé sur la base d'un équivalent temps plein dont le montant a été estimé par le Centre Hospitalier. Le coût du poste infirmier représente 70% du budget total. En fonction des subventions accordées et de l'ancienneté de la personne, le temps de travail pourra être inférieur à ce qui est prévu.

Les charges liées à la location d'un bureau et au matériel informatique est négocié avec l'organisme HLM (La S.A HLM du Hainaut) qui nous loue les locaux où notre siège est installé. Le futur bureau se trouvera dans les mêmes locaux. Le montant consenti permettra d'augmenter le temps de travail de l'infirmier, si les subventions accordées ne sont pas à la hauteur de celles escomptées. S'il était nécessaire une nouvelle négociation par rapport au montant accordé par la S.A d'HLM du Hainaut pourrait être effectuée.

Les demandes de subventions seront effectuées de la façon suivante :

Sur le budget total

- 50% seront sollicités auprès du PRS – PRAPS.
- 30% seront sollicités auprès des 4 Commissions locales d'Insertion de l'arrondissement.
- 20% seront sollicités auprès de la Politique de la Ville.

Les demandes relatives aux Commissions Locales d'Insertion (C.L.I) concernent l'ensemble de l'arrondissement et doivent donc être effectuées sur les 4 C.L.I.

connais pas les communes où nous pourrions avoir des interventions. Ainsi, je ne peux pas aller rencontrer les élus pour leur présenter le projet.

¹⁰⁸ Le Groupement d'intérêt public, est une formule novatrice introduite à partir de la loi du 15 juillet 1982. Le G.I.P est destiné à servir de cadre à la coopération entre les personnes privées et des personnes publiques dans divers domaines d'action. M.BORGETTO, R. LAFORE, « Droit de l'aide et de l'action sociales », édition Monchrestien. Mai 2002, page 121. Dans le cadre de la politique de la ville sur l'arrondissement de Valenciennes les fonds sont gérés par un GIP.

Dans tous les cas, les demandes de subventions peuvent être accordées soit en totalité, soit partiellement, soit refusées. Mais en aucun cas, il n'y aura possibilité de négociation. D'où l'incertitude.

B) La mise en place d'une convention avec le Centre Hospitalier de Valenciennes.

La mise en place d'un partenariat avec le Centre Hospitalier présuppose la création d'une convention.¹⁰⁹ Lors de ma rencontre avec l'infirmier général du Centre Hospitalier de Valenciennes, nous avons convenu de rédiger un projet de convention avec le service juridique de l'hôpital. Les points importants devront concerner les modalités de détachement aux niveaux techniques, juridiques, et financiers.

C) L'autorisation des financeurs.

Sur le plan financier, le projet ne peut faire l'objet que de multi financements. Si je parviens à mobiliser les fonds nécessaires, l'objectif sera de les reverser au Centre Hospitalier pour financer le poste infirmier. Mon expérience dans le cadre de l'A.P.I.L, me confirme que la demande d'autorisation administrative devra être réalisée auprès de chaque financeur. Dans le cadre d'une action réalisée par un tiers autre que l'organisme solliciteur, le reversement des fonds doit être autorisé. En fonction des subventions accordées, il sera nécessaire que je demande l'autorisation aux financeurs potentiels pour verser les fonds perçus au Centre Hospitalier de Valenciennes. Cette autorisation fera l'objet d'une demande administrative et passera par le biais d'une convention si cela s'avérait nécessaire.

3.3.2 Outils relatifs à la Gestion des Ressources Humaines

A) Profil de poste et recrutement (voir le détail en annexe 8)

Dans un premier temps, j'élaborerai le profil de poste avec le psychiatre, puis je le communiquerai au Centre Hospitalier. Pour répondre aux besoins repérés, le recrutement d'un infirmier disposant de la polyvalence suivante est impérative :

- Connaissance des pathologies psychiatriques et somatiques (notamment celles liées aux diverses intoxications)
- Connaissance des structures de soins, de leur fonctionnement et leurs personnels
- Aptitude au travail en équipe pluridisciplinaire.

¹⁰⁹ Définition d'une convention : « accord entre plusieurs parties ». J. RUSS, « Dictionnaire de Philosophie » 384 pages. édition BORDAS

- Capacité à la relation d'aide (accompagnement de style palliatif, reconnaissance des signes, orientation, action de prévention).

La personne devra être sensibilisée à la prise en charge des personnes démunies et savoir faire face à des situations difficiles telles : l'agressivité, la précarité extrême, l'insalubrité...

Des qualités humaines et relationnelles doivent être associées à une capacité indispensable d'écoute et d'analyse.

Dans le recrutement, je devrais veiller à ne pas « opter » pour un professionnel à compétences uniquement psychiatriques, car le projet vise bien la santé dans sa globalité.

J'effectuerai le recrutement par le biais du Centre Hospitalier de Valenciennes. Symboliquement, les entretiens se feront au siège de l'Association.

B) La formation

La formation contribue à la culture. En cela, et en vue d'un travail en collaboration avec le secteur sanitaire et surtout l'arrivée d'un infirmier au sein de l'équipe, il est souhaitable d'envisager des journées de formation destinées dans un premier temps aux professionnels de l'A.P.I.L. Cette approche par le biais de la formation permettra de commencer à les sensibiliser.

Par rapport à la formation, je suis confrontée à un problème de financement. En effet, le fait que les travailleurs sociaux soient salariés de leurs Associations, ne me permet pas d'envisager de les faire émarger sur le plan de formation de l'A.P.I.L. Il est donc nécessaire que j'envisage d'autres solutions. Trois possibilités s'ouvrent à moi :

- La première est d'utiliser les journées de formation gratuites initiées par la FNARS dans le cadre du PRAPS. Ces rencontres ont pour objectif d'apprendre au secteur social et sanitaire à se connaître. Par ailleurs, des rencontres ainsi que des groupes de travail ou de réflexion sont régulièrement organisés sur la thématique santé et précarité.¹¹⁰
- La seconde est de négocier des interventions gratuites avec le réseau sanitaire local. D'après mes premiers contacts, des interventions sur

¹¹⁰ Dans le cadre de sa mission Santé, les perspectives de la FNARS s'organisent autour de plusieurs axes dont un intitulé : « Processus de formation et réflexion des accompagnants des publics en précarité » avec deux grandes orientations : 1- les rencontres et synergies locales (rencontre du secteur sanitaire et du secteur social à des niveaux local). 2- formation « précarité santé mentale » axée sur le travail en réseau, l'acquisition d'un langage commun, les pratiques...

l'alcoologie, sur l'agressivité, et sur les problèmes psychiatriques seraient possibles.

- La troisième est de négocier avec les Associations qui détachent du personnel dans le cadre de l'A.P.I.L, l'inscription de ces professionnels à des journées de formations qui seraient prises en charge par leurs propres plans de formation respectifs.

C) Modification des fiches de poste et de l'organigramme

La mise en place du projet va venir modifier le mode d'intervention dans les pratiques. A cet effet, la fiche de poste des travailleurs sociaux devra être modifiée et présentée aux Associations qui détachent leur personnel. Elle ne pourra être modifiée qu'après la mise en place du projet.

En parallèle, l'organigramme devra être revu.

3.3.3 Création de nouvelles procédures

A) Bâtir une « grille santé » pour les travailleurs sociaux

La fiche diagnostic que nous utilisons dans le cadre des prises en charge en accompagnement social, comporte un volet santé, qui comprend deux items : présence ou absence de la CMU et présence ou non de pathologies (si le ménage souhaite en parler).

Dans le cadre de la mise en place du projet, il sera nécessaire d'élaborer un diagnostic qui permettra aux travailleurs sociaux de repérer certains symptômes. Il n'est pas question que les travailleurs sociaux posent un diagnostic médical, mais qu'ils puissent être en capacité de repérer certains signes, afin de pouvoir échanger avec l'infirmier sur ces premiers constats. Cette grille ne pourra s'élaborer qu'en la présence de l'infirmier. Des groupes de réflexion et de travail seront à prévoir.

B) Elaborer une procédure de prise en charge

Comment et à quel moment intervenir auprès de la personne ? Ce travail de réflexion ne pourra se faire qu'en équipe et en présence de l'infirmier.

Il est nécessaire de créer une procédure qui permettra d'enclencher l'intervention de l'infirmier. L'intervention ne pourra s'effectuer qu'avec l'accord de la personne. Dans certains cas difficiles, le travailleur social pourra solliciter l'infirmier et se faire accompagner, mais si la personne refuse toute intervention, il n'y en aura pas. La grille santé destinée aux travailleurs sociaux pourra être un levier pour solliciter l'infirmier. Comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent, l'approche ou la consultation

d'un professionnel de santé fait bien souvent peur aux personnes. Il est important d'en tenir compte pour permettre l'approche de l'infirmier. Il serait intéressant d'utiliser un autre terme que celui d'infirmier, lorsque celui-ci se présentera auprès des personnes. Une réflexion sera à développer avec l'infirmier lui-même.

C) Mettre en place des réunions de régulation

La mise en œuvre du projet va nécessiter des réunions de régulation qui seront nécessaires afin de lever les résistances, d'échanger, de recadrer le mode d'intervention, les comportements. L'expression des professionnels des deux champs permettra de prendre en compte les points positifs et négatifs afin de les adapter si nécessaire et de les faire évoluer vers un processus d'apprentissage commun. C'est aussi à travers ces réunions que vont se confronter les cultures.

La culture organisationnelle se définit comme : « un ensemble de formes acquises de comportements, dans une organisation ». ¹¹¹ En ce sens, ces réunions de régulation pourront être un levier à l'apprentissage d'une culture organisationnelle. A travers cette notion, le principe de partage est important, voire essentiel ; partage d'une culture et de comportements. ¹¹²

D) Création d'outils relatifs à l'évaluation.

- a) *La loi du 2 janvier 2002 affirme et promeut les droits des usagers* ¹¹³. Le projet implique la création d'outils relatifs à l'évaluation. Il sera nécessaire de créer un référentiel d'évaluation relatif au projet lui-même, mais aussi par rapport aux usagers. A cet effet, un contrat d'accompagnement doit être créé. L'Association utilisant déjà un contrat, celui-ci pourrait être complété et s'adapter au projet. Une grille d'évaluation pour les mesures d'accompagnement social a été mise en place depuis 2001; celle-ci pourra être revue si cela s'avère nécessaire. Par ailleurs, une enquête de satisfaction devra être élaborée à destination des

¹¹¹ OP CIT.76 Page 554.

¹¹² « Une culture organisationnelle a plusieurs composantes de natures différentes. Elle ne peut se réduire à un schéma comportemental acquis, même si elle comprend cet aspect. En particulier la culture d'une organisation est aussi la capacité pour la communauté de découvrir et d'inventer de nouveaux comportements » OP CIT.76 page 555

¹¹³ L'obligation d'évaluation est inscrite à l'article 312-8 du code de l'action sociale et des familles. « Les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que les lieux d'accueil procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent » Code de l'action sociale et des familles, article L.312-8, alinéa 1.

usagers.¹¹⁴ Ces documents nécessiteront la mise en place de groupes de travail réunissant travailleurs sociaux et infirmier.

- b) *L'évaluation clinique* de chaque accompagnement devra faire l'objet d'un dossier individualisé et évalué non seulement avec l'équipe Rimbaud, mais aussi avec l'ensemble du réseau sanitaire local qui sera amené à intervenir.
- c) *Dans le secteur de l'insertion*, nous sommes amenés annuellement à organiser des comités de pilotage afin d'évaluer nos actions et nos résultats.

Ainsi, je devrai prévoir un comité de pilotage en y associant les futurs financeurs potentiels mais aussi les partenaires, afin d'évaluer avec eux l'avancée du projet.

3.3.4 Avancement et évaluation partielle du projet.

Grâce à des subventions sollicitées en 2003, mais perçues début 2004, le projet a pu voir le jour récemment. Les subventions mobilisées ont été accordées dans le cadre du PRAPS. A cet effet, l'Agence Régionale d'Hospitalisation¹¹⁵ a subventionné le projet à hauteur 50% du budget global. Les fonds ont été directement versés à l'hôpital car une Association ne peut recevoir des fonds venant de l'AR.H. Ce versement direct m'a facilité la tâche, m'évitant de demander une autorisation administrative pour le reversement des fonds. En second lieu, l'A.P.I.L a obtenu une subvention des CLI à hauteur de 30% du budget global. Il a été nécessaire que j'effectue une demande d'autorisation administrative pour le versement d'une partie des fonds. La différence est utilisée pour

¹¹⁴ Le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004, vise la mise en oeuvre d'un conseil de vie social ou de tout autre forme de participation des usagers. A défaut de cette instance, les services prenant en charge des personnes dont la situation ne permet pas d'y recourir doivent mettre en place des enquêtes de satisfactions.

¹¹⁵ Les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) ont été créées par les ordonnances du 24 avril 1996. Ce sont des instances uniques de régulation de l'offre hospitalière publique et privée, chargées à la fois de « définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources » (art L.6115-1 du Code de la santé publique) Les ARH constituent la clé de voûte de la régionalisation sanitaire en France. L'échelon régional semble désormais faire l'objet d'un consensus au sein des décideurs publics en tant que territoire pertinent de mise en oeuvre des politiques de santé et de la réforme du système sanitaire et social. Elle apparaît en outre à même d'apporter des réponses différenciées et adaptées aux réalités locales

financer les frais de structure. La totalité des subventions mobilisées m'ont permis de recruter un 0,60 ETP.

La rédaction de la convention (voir en annexe 10) en lien avec le service juridique du Centre Hospitalier, les entretiens pour le recrutement m'ont permis de démarrer le projet en avril 2004. La personne recrutée, est une infirmière diplômée d'état, non pas issue du secteur psychiatrique mais issue du Centre Hospitalier. Elle a une formation d'infirmière clinicienne¹¹⁶ et a eu un parcours professionnel très diversifié et riche en terme de pratiques (les urgences, service de dialyse etc...) et en terme de publics accompagnés (expériences auprès de personnes en très grande difficulté en Inde et en Afrique). Le rattachement du poste s'est finalement effectué à l'équipe mobile Rimbaud qui effectue la supervision médicale, d'autres alternatives n'ayant pu être trouvées. Les relations avec le responsable de la structure sont équitables et des rencontres régulières permettent de nous réajuster. La mise en place du projet, si récent soit il, fait émerger des demandes d'intervention du réseau sanitaire local en matière d'accompagnement social lié au logement. Auparavant, ce type de demande n'existait pas.

Certains outils sont déjà en cours de réalisation et devraient se finaliser d'ici trois à quatre mois. En terme de formation, un calendrier de journée de formation a pu être mis en place avec le réseau sanitaire local. La première journée de formation (sur l'alcoologie) aura lieu en septembre 2004 et sera assurée par un infirmier travaillant en unité de soins. D'autres interventions sont prévues d'ici fin 2004 et courant 2005.

Derniers aléas.

Je viens tout juste d'apprendre que l'A.R.H souhaite se retirer des P.R.S en tant que financeur en 2005. Certes, de nouvelles recherches de co-financements sont envisageables. A ce jour, je viens de prendre contact avec la direction générale du Centre

¹¹⁶ Une infirmière clinicienne est une infirmière qui a reçu une formation complémentaire pour améliorer ses connaissances de base sur l'homme. Cette formation lui permet d'appréhender l'être humain en tant que soignante bien sûr, mais surtout dans sa dimension bio-psycho-sociale. Elle acquiert ainsi une vision globale de l'homme inséré dans sa famille, sa culture, son environnement, son histoire. Le domaine relationnel est particulièrement approfondi, de telle sorte que les notions de relations d'aide, de soutien, d'accompagnement et d'éducation lui soient familières et naturelles. Elle peut ainsi se permettre d'intervenir dans des situations complexes liées tant à la maladie (physiques ou psychique) qu'au milieu de vie. Elle devient alors une personne ressource, aidante pour organiser ou élaborer de nouvelles prises en charge des personnes soignées ou suivies. Son champ de compétence est donc élargi, débordant la seule notion de soin à la personne souffrante pour arriver à donner toutes ses connaissances dans les stratégies d'accompagnement originales que ce soit à l'hôpital ou en ville.

Hospitalier de Valenciennes pour envisager des pistes de solutions pour 2005 : rattachement du poste à la psychiatrie, intégration du poste au budget de l'hôpital ; telles sont pour l'instant les deux possibilités repérées. Par ailleurs, je reprends dès à présent des contacts avec les financeurs connus et sollicite d'autres financeurs potentiels comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Valenciennes.

Ces aléas financiers, ne doivent jamais nous faire oublier que notre mission première est de proposer un accompagnement durable et adapté aux besoins des ménages.

Le rôle du directeur est d'inclure l'imprévu dans toute démarche stratégique. Rebondir face à l'imprévu fait partie intégrante de son quotidien et de son mode de management. C'est ce que je suis déjà en train de réaliser pour avoir la possibilité de continuer à proposer une prestation adaptée et de qualité aux personnes accompagnées.

CONCLUSION

Cette étude m'a confirmé que la santé est un élément important de la trajectoire de vie propre à chacun, et que l'insertion d'un individu peut être compromise si cette dimension n'est pas intégrée au projet de vie. L'accompagnement social articulé à un accompagnement sanitaire prend alors une signification tout à fait pertinente pour les personnes en situation de précarité et présentant des problèmes de santé.

L'évolution législative depuis les années 1990, et confirmée dernièrement par la loi du 2 janvier 2002 incite à un rapprochement entre le secteur sanitaire et social. Ce dernier s'avère être indispensable pour répondre au plus près des besoins de l'utilisateur dans une logique de qualité de prestation.

Certes, comme j'ai pu le découvrir tout au long de cette étude, le décloisonnement est en marche mais nécessitera un temps certain, en raison de la présence d'enjeux forts liés à l'histoire des secteurs sanitaire et social.

Le projet proposé et mis en œuvre a été créé dans le souci du contexte législatif en s'appuyant sur un partenariat départemental et local. Il démontre qu'il est possible de réaliser un rapprochement entre les deux secteurs, en étant côte à côte et non face à face.

Aujourd'hui, et malgré les difficultés rencontrées, j'ai contribué par la mise en place de ce projet à un rapprochement entre le secteur sanitaire et social à un niveau local, et cela dans une logique de complémentarité au service de la prestation proposée à l'utilisateur. Le travail mis en place au sein de l'Association permet l'intégration d'une nouvelle compétence, d'une nouvelle forme d'expertise mais aussi la rencontre de deux cultures différentes qui pourront évoluer vers une culture commune au bénéfice de l'utilisateur.

Par ailleurs, nous commençons à intervenir auprès d'un public qui nous est signalé par le réseau sanitaire local. A travers ces demandes, des intérêts communs voient le jour.

L'aspect financier est à nouveau aléatoire pour l'année 2005. Trouver de nouvelles solutions, envisager de nouvelles stratégies sont propres à la fonction de direction. Dans ce contexte, la formation CAFDES suivie durant ces deux dernières années m'a permis de me conforter en cela. Convaincue plus que jamais que cette prestation ne peut être que bénéfique pour le public accompagné, je m'attache déjà à mettre en œuvre de nouveaux scénarios pour maintenir le projet.

Bibliographie

Ouvrages lus.

- **LEBAS J., CHAUVIN P.**, *Précarité et santé*. Paris : Flammarion, 1998. 295 pages.
- **JAEGER M.**, *L'articulation du sanitaire et du social* . Paris :Dunod, 2000. 171 pages.
- **MIRAMON J.M.**, *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : ENSP, 1996, 105 pages.
- **AUBERT N., GRUERE J.P, JABES J. et al.** *Management, aspects humains et organisationnels*. Paris : Puf Fondamental, 1991. 656 pages.
- **BURG P., JARDILLIER P.**, *Psychologie et management*. Paris : PUF coll. « Que sais-je ?».
- **DUMOULIN P ; DUMONT R., BROSS N. et al.** *Travailler en réseau*. Paris : Dunod, 2003, 269 pages.

Ouvrages consultés

- **WODON Q.**, *Logement, le droit des exclus*. Paris : Les éditions ouvrières, , 1992. 175 pages. coll. « le social en acte »
- **BRUCHON SCHWEITZER M., DANTZER R.**, *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF. 1998, 2^{ème} édition, 220 pages.
- **BAUDURET J.F, JAEGER M.**, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*. Dunod, 2002 . 320 pages.
- **COMITI V.P**, *Histoire sanitaire et sociale*. Paris, PUF. Coll. « Que sais-je »
- **HUMBERT C.** *Projets en action sociale, entre contraintes et créativité*. Paris : L'Harmattan, 1998. 242 pages.
- **AFFCHAIN J.**, *Les Associations d'action sociales*. Paris : Dunod, 2001. 267 pages.
- **CHALINE C.** , *Les Politiques de la ville*. Paris : PUF, 1997, 126 pages Coll. « Que Sais-je ? »
- **CROZIER M., BERNOUX P., ROMEALER P., et al.** *Le management aujourd'hui*. Paris : Demos, 1999. 137 pages
- **BERNOUX P.**, *La sociologie des organisations*. Paris : Essais, 1990. 382 pages.
- **GARIBALDI G.**, *L'analyse stratégique*. Paris : éditions d'organisation – 2002, 438 pages.

- **BORGETTO M., LAFORE R.,** *Droit de l'aide et de l'action sociales* . Paris : Monchrestien, 2002. 591 pages.
- **PERETTI J.M.,** *Ressources humaines et gestion des personnes*. Paris : Vuibert, 2002. 224 pages. coll. « Educapôle ».

Rapports

- ***L'état du mal logement en France. 2004.*** Rapport annuel Fondation Abbé PIERRE. Pour le logement des défavorisés. Liévin : L'artésienne. 2004, 217 pages.
- **Rapport sur la Grande Exclusion Nord – Pas de Calais.** Conseil Economique et Social Régional Nord -Pas de Calais, 2004, 193 pages.
- Haut Comité de la Santé Publique. ***La Progression de la Précarité en France, et ses effets sur la santé.*** Rapport Février 1998.
<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/ouvrage?ae=>
- Haut Comité de la Santé Publique. ***La souffrance Psychique des adolescents et des jeunes adultes.*** Février 2000.
- **Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Rapport 2000.** Disponibilité : <http://www.santé.gouv.fr/html/actu/360002001.htm>
- **Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Rapport 2003-2004.** Disponibilité : <http://www.ladocumentationfrançaise.fr/brp/notices/044000149shtml>

Etudes

- **« Moniteur » des Programmes Régionaux de Santé Nord – Pas de Calais – 2002.** Observatoire Régional de la Santé. 172 pages.Disponibilité : <http://www.orsnpdc.org/indicaterus/mortalité/psychose.htm>
- ***Diagnostic territorial de l'arrondissement de Valenciennes*** – Sous Préfecture de Valenciennes. Département du Nord – juillet 1999.
- ***Diagnostic habitat de l'arrondissement de Valenciennes.*** Caractéristiques et enjeux du marché du logement. Synthèse. Juin 2002. ORGECO. Pantin.

Revue – articles - dictionnaires

- BERTRAND N., HENIN, PERRET, PIGNY L.O. **Accès à la prévention et aux soins des personnes et des malades en situation d'exclusion ou de précarité.** *Pratiques en santé mentale* – Février 2003 n°1 pp49-51.
- BOUDET B. **Dire la souffrance sans nom.** *Union Sociale*. Avril 1999 n°125, pp 21-23
- COULOMB A., **La frontière sanitaire –sociale.** T.S.A. mai 1998 .n°690

- DARCOURT G., **Précarité et psychopathologie : une proposition d'action**. *Pratiques en santé mentale*. Février 2000. n°1, pp13-18.
- FURTOS J., **Qu'est ce que la clinique psychosociale ?**. *ORSPERE*. 29 avril 2004 pp10-12. Disponible : <http://psydocfr.broca.inserm.fr/bibliothq/plu21.html>
- FREMANT G., **Expérience d'un an d'une infirmière en psychiatrie sur le terrain de la grande précarité**. *Pratiques en Santé mentale*. Mai 1999. n°2, pp09 – 11.
- **Vers une sanitarisation du social**. A.S.H. Janvier 2004, n°2340, pp35-38
- Dossier : **Transparence, secret, discrétion** *Rhisome*. Octobre 2003, n°13.
- **La protection sociale dans les pays européens**. DRESS – 1998, pp. Disponible : <http://www.santé.gouv.fr/drees/protsoc-ue/index.htm>
- **Management et organisation des entreprises**. *Les cahiers Français*. Juillet – sept 1998 n°287, pp1 – 112.
- **Manager les équipes**. Les Cahiers de l'Actif. Juillet-oct 2002, n°314-315-316-317, pp1 – 293.
- **Promouvoir d'un point de vue comparatif le débat politique sur l'exclusion sociale**. *Council of Europe Publishing*. Edition du Conseil de l'Europe – décembre 2001
- **Bulletin Officiel Solidarité Santé**. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. N° 2002/1 bis
- **Dictionnaire de Philosophie**. J. RUSS. Edition Bordas. 384 pages.

Guide

- **Guide pratique 2004, pour un porteur de projet**. PRS, PRASE, PTS, volet santé Agglo-contrat de ville, contrat territoriaux. Région Nord – Pas de Calais.

Recueils

- Haut Comité de la santé Publique. **Recueil des principaux problèmes de santé en France. Décembre 2002 d'après les rapports de santé 1994, 1998, 2002**. disponibilité : <http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/Show.bs?bqRef=294762>
- **Recueil des actes administratifs de la Préfecture et du département du Nord . N° spécial. Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées – décembre 2000**.

Mémoires consultés

- Collet M., *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé*. Mémoire de D.E.A de sociologie « mode de vie et politiques sociales » de Paris 8. Septembre 2001.
- BONMARIN S., *Souffrance psychique et précarité*. Mémoire Inspecteur des affaires sanitaires et sociales. ENSP – 2001.

Séminaires

- **Les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins**. Séminaire SIRS Ile de France. 12 décembre 2002. Pierre CHAUVIN.
- **La santé des personnes sans domicile fixe**. Séminaire SIRS 16 janvier 2003.
- **La santé mentale des personnes sans domicile**. Séminaire SIRS janvier 2003, Caroline MANGIN-LAZARUS.

Autres

- **Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé** (CIH 2) Projet final. Equipe Classification, Evaluation, Enquêtes et Terminologie. Organisation Mondiale de la santé

Liste des annexes

Annexes non publiées

Annexe 1 : Statuts de l'A.P.I.L (articles 1 à 4)

Annexe 2 : Organigramme relatif à la composition de l'A.P.I.L

Annexe 3 : Composition du collège associatif

Annexe 4 Objectifs du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées du Département du Nord

Annexe 5 : Organigramme du personnel de l'APIL

Annexe 6 : Dimensions et objectifs de l'accompagnement social lié au logement

Annexe 7 : Procédure relative aux mesures d'accès

Annexé 8 : Profil du poste infirmier

Annexe 9: Convention de partenariat entre l'APIL et le Centre Hospitalier de Valenciennes