



**AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES
ACCUEILLIES EN CHRS POUR RETISSER DU LIEN SOCIAL**

Christine BOULOT

2008

cafdes



Remerciements

J'adresse mes remerciements à Robert Growas pour ses conseils et son soutien, et à l'équipe du centre de formation de Toulouse (CRFPFD), pour sa disponibilité.

Je remercie Madame Galy, psychologue clinicienne à l'Association Le Relais, qui m'a apportée une aide précieuse.

Mes remerciements s'adressent également à Daniel Chaumes et Francis Saint-Blancat, directeurs de CHRS à Toulouse, pour leur attention portée à ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 Les fondements de l'aide sociale à l'hébergement : construction historique et législative des CHRS	5
1.1 Les CHRS et l'héritage de l'assistance en France	5
1.1.1 L'accueil et l'assistance des pauvres du moyen âge au XXème siècle	5
1.1.2 De 1946 à 1976 : d'une logique de reclassement à une logique de réinsertion sociale	8
1.1.3 Les CHRS, acteurs de la lutte contre les exclusions de 1980 à aujourd'hui.....	11
1.2 Exclusion, souffrance psychologique et sociale	15
1.2.1 Les notions d'exclusion et de désaffiliation.....	15
1.2.2 Souffrance psychologique et sociale : la souffrance psychique exprimée dans le champ social.....	17
1.2.3 Prise en charge et accompagnement de l'utilisateur.....	19
1.3 « Le Relais » : une association d'insertion sociale	21
1.3.1 Le CHRS, cœur de l'association.....	21
1.3.2 Les personnes accueillies.....	23
1.3.3 Le projet et l'équipe du CHRS, entre logique d'assistance, et logique de services	25
2 Les enjeux de l'évolution de l'accompagnement des usagers du CHRS	
Le Relais	28
2.1 Les dysfonctionnements constatés	28
2.1.1 Le CHRS et son environnement	28
2.1.2 Les positionnements professionnels, usagers	33
2.1.3 L'organisation : Le travail d'équipe et l'encadrement.....	35
2.2 Les personnes accueillies en souffrance.....	36
2.2.1 Repérer et accompagner des sujets en souffrance psychique	36
2.2.2 La prise en compte du temps dans l'accompagnement ou la quête du sens	41
2.2.3 L'isolement : avant et après le séjour en CHRS, une rupture ?.....	42
2.3 De l'institution CHRS au dispositif CHRS	45
2.3.1 Histoire et traditions : l'héritage.....	45
2.3.2 Les difficultés de l'évaluation	47

2.3.3	Le fonctionnement en partenariat et en réseau.....	48
3	Propositions pour améliorer l'accompagnement des personnes accueillies au CHRS.....	52
3.1	Améliorer l'accueil et l'accompagnement du public du CHRS	52
3.1.1	La qualité de l'accompagnement des bénéficiaires.....	52
3.1.2	L'appréciation des besoins.....	56
3.1.3	La formalisation interne de repères éthiques et déontologiques.....	59
3.2	Une maison relais pour les personnes isolées	60
3.2.1	Les besoins non satisfaits des publics de 50 ans et plus, en grande précarité....	61
3.2.2	Un dispositif d'accueil et de logement à long terme	62
3.2.3	Le projet de création d'une structure de petite dimension.....	62
3.3	Un projet de service d'accompagnement psycho-social de type service de suite	67
3.3.1	Concevoir un accompagnement pour les personnes à leur sortie d'un établissement social ou de soins.....	67
3.3.2	Une entreprise partenariale.....	68
3.3.3	Établir du lien dans la continuité et la proximité	71
	Conclusion.....	75
	Bibliographie.....	77
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ALT : Allocation de Logement Temporaire
ANESM : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale
ANPE : Agence Nationale pour l'Emploi
ASH : Aide Sociale à l'Hébergement
ASI : Appui Social Individualisé
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile Politique
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CAVA : Centre d'Adaptation à la Vie Active
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CES : Conseil Économique et Social
CHRS : Centre d'Hébergement et Réinsertion Sociale
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSTS : Conseil Supérieur du Travail Social
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
FSL : Fond Solidarité Logement
HLM : Habitations à Loyer Modéré
IAE : Insertion par l'Activité Économique
PARSA : Plan d'Action Renforcé pour les Sans-Abris
PDALPD : Plan Départemental d'Accès au Logement des Personnes Défavorisées
PLH : Plan Local pour l'Habitat
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social d'Adultes Handicapés
SDF : Sans Domicile Fixe
SOP : Syndicat général des Organismes Privés sanitaires et sociaux à but non lucratif
UTAMS : Unité Territoriale d'Action Médico-sociale

Introduction

Le nombre croissant de personnes privées de logement interroge notre société dans son fonctionnement, et sur les moyens mis en œuvre collectivement, pour lutter contre les causes et les conséquences individuelles, souvent tragiques, de la pauvreté et de la précarité. Parmi les personnes privées de logement, les femmes ou les hommes seuls représentent plus des deux tiers de la population dans cette situation. L'estimation nationale qui se situerait à plus de 250 000 personnes (hors personnes « mal logées », ou logées par des tiers), sans domicile fixe ou hébergées en structures d'insertion, donne une appréciation de l'ampleur de la situation.

J'exerce, depuis le 4 avril 2005, la fonction de chef de service, dans l'Association Le Relais à Toulouse. L'Association gère :

- un CHRS (Centre d'Hébergement et Réinsertion Sociale - pour 39 hommes isolés), historiquement le CHRS est la structure la plus ancienne (1954)
- deux prestations de service sur des prescriptions ANPE¹ : service d'Appui Social Individualisé (ASI -1999), pour demandeurs d'emplois en grande difficulté, et « objectif projet individualisé » (OPI - 2006) pour préparer des demandeurs d'emploi, en 3 mois, à un accès emploi ou formation
- une action d'insertion sociale pour bénéficiaires de minimas sociaux, depuis le 1er août 2007, action financée par le Conseil Général de Haute Garonne
- deux chantiers d'insertion par l'économie : un atelier de restauration et entretien des locaux, ouvert en 2004, qui assure la restauration midi et soir des résidents hébergés, au cours de l'année au CHRS, et l'entretien des locaux de l'Association, ainsi qu'un chantier permanent d'entretien et de dépollution visuelle des berges de la Garonne, depuis le 1er août 2007
- une action « prévention et accès aux soins » pour des personnes isolées qui a débuté en septembre 2008, dans le cadre du programme régional de prévention santé.

Le caractère transversal des missions du poste que j'occupe m'a amenée à enrichir et compléter mes connaissances, de divers dispositifs de l'action sanitaire et sociale, en direction de personnes en situation d'exclusion. Le contact constant avec les usagers et les professionnels des services de l'Association, des partenaires impliqués (prescripteurs, accompagnateurs du secteur de l'insertion par l'économie, acteurs des services sociaux et sanitaires, administrations, collègues du secteur de l'insertion sociale et de

¹ Agence Nationale pour l'Emploi

l'hébergement), ont nourri mes réflexions sur l'évaluation et les améliorations à entreprendre pour la qualité, la continuité et le développement de nos services. Le cadre de la loi de 1998 de lutte contre les exclusions est le point d'appui commun sur les questions de l'action publique engagée, en direction des personnes en situation de précarité sociale et professionnelle, en matière d'emploi, de logement, d'hébergement social et de santé.

Je centrerai le propos de mon mémoire sur le CHRS. Le public accueilli est composé d'hommes isolés, de 18 à 60 ans et plus aujourd'hui, privés de logement, en grandes difficultés sociales. Certains sont sans ressources ou bénéficiaires de «minimas sociaux ». Pour ceux qui ont un salaire, bien souvent, il s'agit d'emplois précaires, peu qualifiés. Parmi les plus jeunes, l'absence d'emploi est souvent liée à un manque de formation professionnelle et à une rupture familiale. Nous continuons également à accueillir, par manque de places en CADA², des demandeurs d'asile qui n'ont pas le droit au travail ni au logement. Plus d'un tiers de nos usagers présentent des addictions (alcoolisme, toxicomanies) traitées ou non.

Nous voyons, dans cette hétérogénéité, des problématiques individuelles critiques dans lesquelles la souffrance morale, psychique ou physique est présente. Les hommes qui présentent des troubles psychologiques, des dégradations de leur état de santé, pour des motifs variés, sont nombreux. Leur accès à un logement autonome, pour les plus désocialisés d'entre eux, ne peut se faire à leur sortie de CHRS. D'autres solutions alternatives d'habitat sont donc à envisager.

L'accompagnement du public accueilli en CHRS est devenu, et encore plus depuis la loi du 2 janvier 2002, demandeur de compétences professionnelles solides pour l'équipe. Comme nous le verrons, des évolutions ont été réalisées, ou sont en cours, dans les pratiques d'accueil et d'hébergement proposées dans ce secteur. Celles d'un autre « âge » commencent à disparaître, au regard des évolutions historiques, sociales, économiques et législatives du secteur de l'aide à l'hébergement.

L'accompagnement social et éducatif proposé doit donc être adapté à chacun, en fonction de sa situation et de son projet de vie. Le temps de prise en charge par l'Aide Sociale, pour l'hébergement, est limité et contraignant de ce fait, tant pour les professionnels que pour les personnes accueillies, car il s'arrête à l'accès à un logement. Cet accueil temporaire oblige chacun à trouver « une solution » pour la sortie du CHRS : une orientation, des ressources, un logement, un emploi, un réseau d'amis pour être accueilli, une autre place dans un foyer d'accueil d'urgence.

² CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile

En considérant ces paramètres et l'histoire du secteur de l'aide à l'hébergement, j'aborderai pourquoi et comment le CHRS est devenu un temps et un lieu de répit, de construction, de reconstruction pour chaque homme accueilli. Il est parfois aussi lieu d'explosion ou de révélation de souffrances individuelles.

Comment éviter les impasses d'un accueil temporaire, restreint uniquement à l'action auprès de l'usager, pendant un temps limité à quelques mois ? Comment et quoi mettre en place en interne et en externe pour tisser des liens solides avec la personne et au service de la personne, pour contribuer à l'objectif plus lointain de sa réinsertion sociale, au-delà de son temps de passage dans ce dispositif ?

L'accueil, l'accompagnement spécifiquement personnalisé de chaque résident au cours de son séjour, l'évaluation du chemin parcouru et son devenir dans « l'après » dispositif représentent aujourd'hui, pour le CHRS et son équipe, un enjeu associatif, politique, économique, organisationnel, et projectif fort.

Le dispositif d'hébergement d'urgence et d'insertion subit en Haute Garonne, et à Toulouse particulièrement, une pression forte face au flux croissant des demandes, et, aux besoins en logements sociaux et très sociaux, non satisfaits. Il est par ailleurs question de la fluidité et l'adaptation des réponses de ces dispositifs à un public très hétérogène.

1 Les fondements de l'aide sociale à l'hébergement : construction historique et législative des CHRS

Afin d'éclairer la compréhension et l'analyse du CHRS que je codirige, je souhaiterais tout d'abord par une approche historique et sociologique de l'aide sociale à l'hébergement, puis celle de l'Association Le Relais, repérer ce qui est institué par les CHRS pour répondre aux situations des personnes en grandes difficultés sociales. Les logiques qui y sont à l'œuvre trouvent leur expression dans la construction historique de l'aide à l'hébergement et à l'insertion et permettent d'approcher la complexité d'un CHRS. En accueillant un public très diversifié dans ses origines sociales et culturelles, les problématiques individuelles des usagers interrogent constamment les actions des professionnels qui y exercent. Le secteur de l'hébergement et de l'insertion sociale a fondé ses pratiques sur des situations multiformes de pauvreté, d'exclusion et de disqualification éprouvées par des groupes sociaux de plus en plus larges.

1.1 Les CHRS et l'héritage de l'assistance en France

Les réponses d'intervention sociale que les CHRS proposent aujourd'hui, s'enracinent dans la question ancienne de la pauvreté et de ses modes de régulation sociale et économique. La notion de pauvreté et ses représentations ont évolué dans le temps.

1.1.1 L'accueil et l'assistance des pauvres du moyen âge au XXème siècle

A) La pauvreté

Au moyen âge, c'est l'Église catholique principalement qui prendra en charge l'accueil et l'assistance des pauvres, jusqu'à la révolution française, par l'intermédiaire du clergé et des ordres religieux consacrés à la charité.

Aux XIVe et XVe siècles, le vagabondage et la mendicité sont considérés comme des crimes et punis notamment par un édit de 1354. C'est le temps des asiles, des hôpitaux généraux qui ressemblent plus à des prisons qu'à des lieux de soins. Ils accueillent les « indigents et les pauvres malades : femmes, enfants et vieillards ». La charité s'exerce alors envers les pauvres « connus », les vagabonds sont eux chassés, voire arrêtés et emprisonnés.

En 1544 c'est la création du premier bureau des pauvres à Paris. Le cadre religieux de la mise en œuvre du principe d'assistance va évoluer par l'intervention du pouvoir royal.

Dans la France du XVII^e siècle, une catégorie de population est forgée, « le pauvre ». Tandis que sous l'influence de Vincent de Paul, de nombreuses congrégations charitables sont créées pour nourrir, soigner, et éduquer les pauvres, Jean Baptiste Colbert (1619-1683), ministre de Louis XIV, généralise l'enferment des mendiants et errants dans les hôpitaux généraux, dans le but de supprimer les « désordres » causés par les pauvres. Dans les hôpitaux généraux, la mise au travail de cette main d'œuvre bon marché va contribuer au développement des manufactures. Cet enfermement devient la doctrine officielle au XVIII^e siècle, on assigne à l'hôpital trois objectifs : faire régner l'ordre, exercer la charité, avoir une utilité sociale. La lutte contre l'errance est reprise avec une vigueur nouvelle à partir de 1768 avec la création des dépôts de mendicité. Dans ces premières tentatives modernes de prise en charge de la pauvreté, il s'agit principalement de moraliser les pauvres et de les remettre au travail.

Juste à la veille de la révolution une nouvelle vie politique s'organise, grâce à la réactivation des États Généraux. L'assemblée constituante proclame « l'égalité de tous » et fonde un comité de mendicité qui énonce « le droit à la subsistance » pour tous³.

Il s'agit alors de soustraire l'aide aux plus démunis à la charité de l'Église et des bienfaiteurs, et de la confier à la « Société ». Les députés tentent d'instituer un service public d'assistance. L'aide publique coexiste avec la charité privée puisque le plus souvent des religieuses assurent l'organisation et la distribution des aides et des soins dans les bureaux de bienfaisance⁴. Des ateliers publics sont aussi ouverts pour donner aux pauvres la possibilité de travailler.

Cette part d'histoire construit la prise en compte des populations les plus vulnérables par le « social-assistanciel »⁵ selon Robert Castel, en les différenciant de celles qui sont valides et capables de travailler.

Au XIX^e siècle la révolution industrielle a introduit des bouleversements profonds dans les rapports que la société entretient avec ses membres les plus pauvres. La pauvreté est reconnue comme une situation anormale. Une réflexion s'engage dans les milieux intellectuels qui oscillent entre la philanthropie et ceux qui veulent réformer les structures de la société, comme P.J. Proudhon.

Les valeurs humaines de charité, ou de respect, de laïcité et de justice fondent la construction de ce qui donnera le sens du « travail social ».

³ La Constitution de 1793 affirmait en effet que : « la Société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens de subsister à ceux qui sont hors d'état de travailler ».

⁴ Les premiers établissements publics de secours sont créés en 1796 : « les bureaux de bienfaisance ». Ce sont des services communaux facultatifs placés sous l'autorité préfectorale. Cette loi a une portée limitée.

⁵ CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, p.19

B) L'Assistance et la protection sociale

Sous la III^e République (1870-1940), naît l'Assistance Publique, première mesure législative envers les plus démunis. La législation s'engage dans une démarche d'assistance pour répondre à leurs situations et poser des droits. Fin 1893 sont créés les « bureaux d'assistance », obligatoires pour chaque commune, et l'assistance médicale gratuite. Des secours sont octroyés lorsque la famille fait défaut. Les lois sur l'assistance à l'enfance (1904), aux vieillards infirmes et incurables (1905), aux femmes en couche et aux familles nombreuses (1913) complètent cette législation qui accorde des conditions de survie à ces catégories de la population qui ne peuvent pas ou plus travailler. « Ces populations exonérées de l'obligation de travailler sont les clients potentiels du social-assistat »⁶. Le régime d'assurance par contre est alors prédominant comme réponse à la question ouvrière, le travail salarié est la principale source de droits.

Puis l'école obligatoire laïque et gratuite est instituée et réunit un peuple autour de valeurs communes, traçant des perspectives de promotion sociale. Elle vient unifier culturellement un pays, marqué par les diversités provinciales et celles des classes sociales.

Au XX^e siècle, les populations très pauvres sont touchées par de nombreux bouleversements économiques en France comme dans de nombreux pays à cause des guerres et des crises économiques. Après la première guerre mondiale, un système de protection sociale se met progressivement en place pour verser des allocations aux travailleurs en cas de chômage, de maladie, de vieillesse. En 1936, le Front populaire fait voter en France, des lois sociales⁷. La loi hospitalière du 21 décembre 1941, fondatrice de l'hôpital « toutes classes » institue que l'hôpital se recentre sur la figure du malade et se déleste de celle du pauvre. Cet allègement se concrétise peu à peu avec l'abandon par l'hôpital de ses services à caractère social (l'aide sociale à l'enfance, l'aide médicale, les bureaux d'aide sociale, la PMI), pris en charge à partir de 1964 par les DDASS.

La création de la Sécurité sociale en 1945 marque le développement de la protection sociale parallèlement à la législation sociale. La protection sociale telle qu'elle est aménagée autour de la Sécurité sociale devait permettre de prévenir, et à défaut, de réparer les problèmes sociaux. Mais dès lors la prévoyance ne rend pas l'assistance inutile.

A la fin de la seconde guerre mondiale, la France connaît une forte période de croissance économique et sociale. C'est une période d'expansion importante, le taux de chômage est alors très faible. Une grave crise du logement conduit à la construction de cités de transit

⁶ CASTEL R., 1995, *Les Métamorphoses de la question sociale*, p.30

⁷ C'est l'apparition des congés payés (15 jours) et la limitation de la durée hebdomadaire du travail

ou de baraques en bois pour accueillir les familles, dans l'attente des grandes campagnes de construction de logements sociaux qui débutent vers 1955 appuyée par une politique forte de construction publique et l'appel à la main d'œuvre étrangère.

C) Le contexte sociohistorique de la construction de l'aide à l'hébergement

Le mythe de la prospérité pour tous est faux. En 1954, l'abbé Pierre dénonce l'existence d'une population en grande détresse : les « sans logis ».

Au cours de la période appelée les « trente Glorieuses », on assiste au développement des services publics et des équipements collectifs. L'action sociale va osciller, dans les mesures prises, entre protection et assistance sociale envers les populations les plus défavorisées.

Le travail, qualifié ou non, ne fait pas défaut et fonde les rapports sociaux et l'inscription de chacun dans la société. Les politiques sociales mises en œuvre visent alors avant tout à régler les questions d'accès au logement, et à enrayer, pour une grande majorité d'hommes, les phénomènes d'errance, de risques de désœuvrement et d'atteintes aux propriétés des plus riches.

Les premiers principes de l'aide sociale légale vont être mis en œuvre dans les années cinquante et c'est dans ce champ que l'aide à l'hébergement émerge.

Des dispositifs d'accueil temporaire, réservés à des populations spécifiques, sont édifiés pour répondre à leurs besoins avec l'appui de nombreuses associations privées qui vont concourir à la mise en place et au développement de structures d'accueil et d'hébergement.

1.1.2 De 1946 à 1976 : d'une logique de reclassement à une logique de réinsertion sociale

L'action sociale prend en charge, à cette période, ceux pour qui se pose un problème « d'adaptation sociale ».

A) Du reclassement à la réadaptation

Les établissements créés accueillent, pendant une trentaine d'années, les populations en marge de la société, les « inadaptés ». Prévue aux articles 185 et suite du Code de

l'action sociale et des familles, l'aide à l'hébergement et à la réadaptation sociale devient une aide sociale⁸ légale et subsidiaire, limitée dans le temps et qui incombe à l'Etat.

L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) s'inscrit alors comme un droit réglementé, à l'assistance, au « secours », pour quatre catégories de populations spécifiques⁹ : « les prostituées, les indigents sans emploi, les vagabonds aptes à être reclassés et les ex-détenus ». Les centres de reclassement féminin, qui existaient avant la loi du 13 avril 1946¹⁰, sont peut être à l'origine de la création des centres d'hébergement de reclassement. La « réadaptation » s'y faisait soit sous la forme d'un travail, soit par leur participation aux tâches matérielles de fonctionnement de l'établissement d'hébergement. La visée de « réadaptation » par le travail va s'étendre ensuite, progressivement, aux personnes sans ressources, et sans logement, sortant de situations d'enfermement : les malades sortant d'hôpital ou les ex-détenus¹¹.

Le terme de « réadaptation » restera officiellement en vigueur jusqu'à 1998¹², et marque bien la valorisation du travail, pour ces catégories de population. La référence à la norme sociale alors existante est la remise au travail et l'emploi.

B) La réadaptation sociale

L'aide et l'action sociale vont être transformées, dans les années 70, par une volonté politique qui affirme la nécessité, d'aborder la globalité des situations dites de handicap et de formes d'inadaptation, de hiérarchiser les besoins, de préciser les objectifs et de fixer des échéances.

Le rapport de François Bloch-Lainé de 1969, vient préciser « les tâches de l'administration et les responsabilités de l'État dans la mise en œuvre d'une politique en faveur des personnes qualifiées ou reconnues handicapées ou inadaptées. Il produit un double effet de légitimation : l'État et les associations gestionnaires (celles présentes dans le secteur des CHRS) sont investis d'une mission politique dans l'organisation des actions œuvrant dans le champ du handicap ou de ce qui est qualifié comme étant des formes d'inadaptation. »¹³

⁸ Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance : introduction du vocable « aide sociale »

⁹ Arrêté du 20 décembre 1954

¹⁰ Le texte de cette loi dite « Marthe Richard » décidait de la fermeture des maisons de tolérance et prévoyait l'aménagement d'établissements destinés à accueillir en vue de leur reclassement les personnes qui se livraient à la prostitution.

¹¹ Décret n°53.1186 du 22 novembre 1953

¹² Par la loi 98-657 les « centres d'hébergement et de réadaptation sociale » deviennent « centres d'hébergement et de réinsertion sociale »

¹³ PELÈGE P., 2004, *Hébergement et réinsertion sociale : les CHRS*, p.54

C'est en 1975 que le secteur de l'action sociale va être organisé par deux lois cadres, celle sur le handicap et celle sur les institutions sociales et médico-sociales. Cette évolution dans les politiques publiques se concrétise dans le secteur de l'aide à l'hébergement par la loi du 19 novembre 1974¹⁴ qui réforme l'Aide sociale et officialise les centres d'hébergement et de réadaptation sociale. L'ASH passe d'un statut réglementaire, à un statut légal. Le décret de 1976¹⁵ vient compléter les catégories de bénéficiaires de l'aide à l'hébergement : réfugiés, rapatriés, inculpés sous contrôle judiciaire, condamnés soumis au sursis avec mise à l'épreuve, handicapés sortant de foyers et « personnes et familles hors d'état d'assumer leurs responsabilités sociales et familiales ». Cette dernière catégorie, difficilement caractérisée par un terme juridique, fait appel à un spectre très large de formes d'exclusion et va ouvrir l'Aide Sociale à l'Hébergement à un très grand nombre de bénéficiaires. Les difficultés de logement et de ressources sont, certes, les dénominateurs communs de la situation des personnes accueillies et hébergées, en CHRS, mais la multiplicité et la complexité des situations individuelles ou familiales recouvrent, dès lors, des formes multiples d'inadaptations.

C) L'expansion de la mise en place des CHRS : la réinsertion sociale

La circulaire du 15 juin 1976 engage également un changement de perspective dans une nouvelle forme d'action sociale. Les CHRS doivent répondre aux besoins de « toutes les personnes dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale – notamment en raison du manque ou de conditions défectueuses de logement – et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire ». La durée de prise en charge est alors en principe limitée à 6 mois, de façon à ne pas créer de dépendance mais peut toutefois être prolongée si cela peut contribuer à la « réussite de la réinsertion sociale de la personne hébergée ».

Dès lors, les CHRS doivent mettre en place des modalités d'accueil, d'urgence, de nuit et ou de jour, des actions socioéducatives et de la réinsertion professionnelle.

La circulaire 44 du 10 septembre 1975 vient préciser aussi l'organisation du travail pour ces personnes « inadaptées », selon une typologie d'établissements : dans des ateliers

¹⁴ Loi n° 74-955 du 19 novembre 1974 sur la réforme de l'aide sociale. Cette loi assimile les usagers des CHRS, sur le plan du travail à des handicapés selon l'article L 232-29 et suite du Code du Travail

¹⁵ Décret n° 76-526 du 15 juin 1976, ce décret précise également que le préfet « tiendra compte des ressources » pour fixer l'éventuelle participation des bénéficiaires aux frais de prise en charge.

ou des services de placement à l'extérieur des centres¹⁶. Ainsi les CHRS peuvent mener des actions plus diversifiées dans et hors les murs.

La rééducation par le travail est conçue dans ces textes, pour les plus désocialisés, dans une approche à dimension moralisatrice et sur un modèle de réadaptation comme celui de la rééducation fonctionnelle pour les personnes handicapées. Le travail qui peut être proposé aux personnes hébergées ne permet pas l'accès à la protection sociale, puisqu'il ne s'agit pas d'un statut de « salarié » mais d'un pécule en contre partie d'un travail fourni.

La loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées ne reconnaîtra pas au public des CHRS le statut de « handicapé social » car l'action sociale est alors dominée par le discours médico-psychologique sur le handicap. Une logique de réponse individuelle, à des formes d'inadaptation, vient en réponse à leurs besoins, avec une prise charge par l'assistance, pour cette population dite « résiduelle », selon Serge Paugam.

Cette mesure d'assistance offre un hébergement provisoire, et des possibilités de réadaptation à la vie ordinaire, et participe à la prise en charge matérielle de familles avec des enfants, de personnes isolées, fragilisées par un état de difficultés sociales et financières. Elle est devenue, comme les autres formes d'Aide sociale, subsidiaire, limitée dans le temps, soumise à l'appréciation d'un état de besoin et spécialisée dans des catégories de publics. Les centres publics ou privés sont contrôlés par la DDASS et financés par le budget d'Aide Sociale de l'Etat, sous la forme d'une dotation globale annuelle.

Pour mieux appréhender l'enjeu de ce droit à l'assistance pour les plus pauvres, d'une société française en pleine crise sociale, « l'insertion » va venir se glisser dans les politiques sociales, pour répondre à des phénomènes nouveaux que sont la grande pauvreté, résultante du chômage et de la diminution de son indemnisation, et les changements culturels liés à des changements de mode de vie.

1.1.3 Les CHRS, acteurs de la lutte contre les exclusions de 1980 à aujourd'hui

L'émergence des politiques publiques d'insertion se situe, au cours des années quatre-vingts, dans le cadre de phénomènes de chômage massif, d'accroissement de la pauvreté et d'évolutions sociétales.

¹⁶ Création des CAVA : Centres d'Adaptation à la Vie Active ou « ateliers de réentraînement au travail et à l'effort »

A) Les effets de la mise en place du RMI pour les CHRS : l'insertion et des ressources minimales

L'insertion est une notion transversale, intégrée à l'ensemble des politiques publiques : politiques d'accès à l'emploi, aux droits sociaux (santé, logement...), politique de la ville. Le RMI¹⁷, qui incarne cette manière de penser la solidarité nationale, s'appuie sur deux innovations majeures : il récuse la coupure entre populations aptes au travail et celles qui ne le seraient pas (en rupture, donc, avec la coutume du « pauvre méritant ») et reconnaît, en plus du droit à l'assistance, le droit à l'insertion. Le RMI se donne pour objectif la réinsertion des exclus, exclus considérés comme les victimes involontaires des mutations en cours. En France on s'oriente vers une forme d'assistance qui met l'accent sur le travail comme le pivot des formules de droits et devoirs qui lient l'allocataire à la société et la société à l'allocataire.

Ainsi l'allocation d'un revenu minimum ouvre aux bénéficiaires de l'ASH, de plus de 25 ans, un seuil minimum de ressources. Elle permet surtout, dorénavant, l'accès au régime général de la sécurité sociale et de ce fait aux soins.

En second lieu, l'obtention du RMI permet des droits nouveaux pour le logement (allocation logement versée à la personne), ce qui, dans cette visée, permettrait l'accélération dans l'accès à un logement indépendant avec un retour vers le droit commun. A compter de cette loi relative au RMI du 1er décembre 1988, les dispositifs répondant à la logique d'« insertion » attribuent une place centrale aux structures associatives, dont les CHRS qui deviennent opérateurs d'insertion comme centres instructeurs pour le RMI. Les CHRS mènent aussi des actions d'insertion par l'économie (ateliers et entreprise d'insertion), ainsi que des actions dans le domaine de la santé ou du logement.

B) L'élargissement des missions des CHRS

Au début de la décentralisation en 1983, l'Aide sociale est transférée aux départements, à l'exception de l'Aide Sociale à l'Hébergement et à la Réadaptation. L'ASH reste de la compétence de l'État dans un souci de solidarité nationale.

Les CHRS sont dorénavant inscrits dans les dispositions générales de la loi du 30 juin 1975¹⁸, par son article 3 alinéa 8 : « sont soumis aux procédures de cette loi les structures d'hébergement en vue de la réadaptation sociale ».

¹⁷ Loi instituant le Revenu Minimum d'Insertion, RMI : L. n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988

¹⁸ L. n° 86-17, 6 janvier 1986, dite loi particulière, qui adapte la législation sociale et médico-sociale aux transferts de compétences vers les collectivités locales. Cette loi vient compléter et réactualiser la loi du 30 juin 1975, L. n° 75-534

La loi Besson, votée le 31 mai 1990¹⁹, reprend un des fondements de la citoyenneté qu'est l'accès à un logement et va mettre en place des actions liées à l'accompagnement des personnes, vers un logement, ou pour les aider à s'y maintenir avec les mesures FSL et ASEL²⁰. Elle offre aux CHRS la possibilité de renforcer ainsi leur action, dans le cadre de leur mission d'hébergement et d'aide à l'accès au logement, pour leurs usagers. La sous-location et le bail glissant permettent également, dans le cadre de cette loi, de diversifier et de fournir des perspectives d'évolution, dans l'accompagnement des personnes accueillies, vers un logement autonome. Ce droit au logement n'est pas alors un droit opposable. Elle inscrit également la participation des associations et mouvements caritatifs, dans l'élaboration et le suivi, des « Plans Départementaux pour les Plus Démunis » (PDLPD) placés sous la responsabilité conjointe du département et de l'Etat. C'est l'apparition d'une nouvelle politique sociale, ouverte à l'ensemble des partenaires concernés, par l'action sur le terrain.

Les CHRS se trouvent inscrits dans les politiques territoriales, comme partenaires de la lutte contre l'exclusion, et sont de plus en plus sollicités pour accueillir les familles ou les personnes seules qui subissent les effets du chômage et la mise à l'écart social.

La circulaire du 14 mai 1991²¹ va renouveler l'ASH, dans ses fonctions traditionnelles d'hébergement, vers des fonctions d'insertion et de réadaptation où l'aide matérielle est donnée comme prioritaire. Elle distingue 4 grands types de formes d'aide : l'asile de nuit pour les situations d'urgence, l'hébergement de plus longue durée (6mois) qui permet la recherche effective d'un logement, celui des familles en situation d'expulsion ou de rupture familiale, et celui des réfugiés et demandeurs d'asiles. Les CHRS répondent alors à une demande croissante émanant de jeunes en rupture familiale et de femmes isolées avec des enfants à charge.

Cette circulaire recommande par ailleurs la mise en place d'un schéma départemental des CHRS (sur le modèle des schémas du secteur social ou de santé), afin d'articuler leurs actions avec les autres dispositifs d'insertion et améliorer la réponse en terme d'hébergement, d'accueil et d'insertion. Les DDASS et les DRASS sont engagées dans l'évaluation des dispositifs départementaux et régionaux des CHRS et la renégociation des conventions avec les associations gestionnaires. C'est ainsi que l'apparition de l'accès aux soins et de la prise en compte des problèmes de santé de nombreuses personnes, confrontées à des dépendances (alcool, toxicomanie), comme facteurs d'insertion, conduit ces acteurs, sur incitation politique, à la coordination avec les acteurs du système de soins (hôpital, dispensaire, intervenants en toxicomanie...).

¹⁹ L. n° 90-449, 31 mai 1990 et ses 5 décrets d'application parus au J.O., le 6 septembre 1990

²⁰ Fond de Solidarité au Logement et Action Socio-Éducative liée au Logement

L'approche des problématiques des usagers, leur diversité, ainsi que les liaisons institutionnelles qui s'organisent, amènent les CHRS à évoluer dans leurs pratiques au milieu des années quatre-vingt-dix. Le contenu concret de l'hébergement va également se diversifier de l'accueil, dans des structures collectives, à des formules d'appartements individuels gérés par les structures d'accueil, ainsi que dans l'offre des formules d'accès au logement de droit commun.

C) La réinsertion sociale : la lutte contre les exclusions

La lutte contre les exclusions devient un objectif majeur des politiques publiques. Elle vise non seulement la préservation de la société, contre les conséquences collectives de la pauvreté, mais aussi l'effectivité des droits des individus confrontés aux conséquences individuelles de la pauvreté. L'accès aux droits et à l'insertion singularise désormais les politiques publiques.

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 tend à garantir, pour tous, sur l'ensemble du territoire, un accès effectif « aux droits fondamentaux » (logement, santé, travail, éducation), à « prévenir les exclusions », et à « faire face à l'urgence sociale ».

Dans son article 1^{er}²², le principe fondamental de l'accès effectif aux droits fondamentaux de la protection sociale, pour tous, y est réaffirmé et un élargissement des bénéficiaires de l'ASH s'opère (Art. L.345-1 du CASF)²³.

La loi 98-657 élargit donc les missions des CHRS qui sont renommés « Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ». Bien que ce terme de « réinsertion » demeure une notion plutôt floue, la finalité de l'accueil en CHRS est « d'aider les personnes à accéder ou recouvrer leur autonomie personnelle et sociale ». Il s'agit d'une vision plus dynamique et plus ouverte qui vient renouveler la finalité de l'aide à l'hébergement et à la réinsertion sociale.

Dans son article 157, les orientations de cette loi élargissent les missions, des CHRS, d'accueil en « situation d'urgence » et d'accompagnement ou de soutien social, d'adaptation à la vie active et d'insertion sociale et professionnelle à « la prise en compte des situations de détresse sociale » pour les familles et les personnes qu'ils se doivent d'accueillir. « Les CHRS sont l'émanation d'une histoire qui concilie à la fois des héritages

²¹ Circulaire DAS, n°91-19, 14 mai 1991 relative aux missions des centres d'hébergement et de réadaptation sociale

²² « La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains est une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ».

²³ « Peuvent être accueillis en CHRS publics ou privés, les personnes ou familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale ».

venant des choix des instances politiques et des héritages provenant des logiques et des intérêts associatifs »²⁴.

1.2 Exclusion, souffrance psychologique et sociale

1.2.1 Les notions d'exclusion et de désaffiliation

Après le terme de « nouvelle pauvreté », celui d'« exclusion » s'est répandu à la fin du XXe siècle dans le discours politique, médiatique et sociologique. « Il ne s'agit plus de désigner simplement une dégradation des ressources économiques mais aussi de souligner les transformations et ruptures des relations sociales antérieures »²⁵. La conception moderne de la pauvreté, l'exclusion, et les réponses qu'elle appelle, vient nourrir l'approche individualiste de cette nouvelle représentation de la pauvreté.

A) Un mécanisme d'accumulation : l'exclusion

L'apparition de ce terme en France se situe dans les années soixante-dix et le travail de théorisation de René Lenoir²⁶ va initier un changement de représentation du phénomène de la pauvreté. La notion d'exclusion désigne alors prioritairement des formes diverses d'éloignement ou de mise à l'écart du monde du travail. Il s'agit « d'une population résiduelle par rapport aux nouvelles contraintes, d'ailleurs non définies de la société moderne »²⁷. A l'origine, elle se rapportait aux diverses catégories de gens qualifiés de « cas sociaux » et qui ne bénéficiaient d'aucune protection sociale. L'exclusion sociale dans ce contexte se réfère à un processus de désintégration sociale, dans le sens d'une rupture progressive des relations entre l'individu et la société. Cependant, depuis la fin des années quatre-vingts, le terme « exclusion sociale » a été propagé par la Commission européenne, qui était de plus en plus préoccupée par le problème du chômage, de longue durée, de celui des travailleurs non qualifiés et des émigrés.

Ainsi le paradigme de l'exclusion permet d'abandonner celui d'exploitation et d'inégalités²⁸.

²⁴ PELÈGE P., 2004, *Hébergement et réinsertion sociale*, p.79

²⁵ DUBAR C., 2007, *La crise des identités L'interprétation d'une mutation*, p.10

²⁶ LENOIR R., 1974, *Les exclus*

²⁷ CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, p.421

²⁸ « Pour Michel Autès, l'exclusion reste une catégorie de la pensée politique... L'approche en termes d'exclusion privilégie la responsabilité, la critique de l'assistance et de l'assistanat comme dérive bureaucratique. Elle induit une logique de la contrepartie obligatoire. Elle érige les élus politiques en gestionnaires des trajectoires sociales des individus » In « Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et de l'exclusion », p.53

La précarité²⁹ économique et/ou sociale, et ce qu'elle peut signifier, peuvent concerner les ressources, le logement, le travail, la santé, la formation, la participation aux activités de la cité..., et menace la construction d'une existence stable et sereine de nombreuses personnes.

Le 11 février 1987, le Conseil Économique Social Français (CES) proposait une définition de la précarité : « c'est l'absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux ». D'après l'analyse du CES, quand la précarité affecte plusieurs domaines de l'existence, que différentes formes de précarité s'accroissent, son danger est multiplié. La personne se trouve confrontée à la grande pauvreté dont la conséquence ultime est l'exclusion.

L'expression « crise du lien social » affecterait les comportements économiques, les relations sociales (avec la famille et l'environnement) mais aussi les subjectivités individuelles³⁰. L'exclusion résulte d'une perte de tout ce qui fonde l'identité sociale.

Trois types de pauvreté peuvent y être repérés : la pauvreté monétaire, liée à la faiblesse du capital économique (revenus et patrimoines), la pauvreté sociale et culturelle, liée au manque de « capitaux sociaux et culturels », la pauvreté relationnelle et de santé. Ainsi la crise du lien social ne se limite pas à un déficit d'intégration par le travail ni à la seule sphère économique. Elle concerne aussi les vecteurs de sociabilité, familles et réseaux de proximité.

B) La désaffiliation

La théorie de la désaffiliation, en référence aux travaux de Robert Castel, émerge dans la sociologie vers 1995 et serait l'aboutissement d'un processus d'exclusion. R. Castel ouvre la réflexion sur « l'individualisme négatif ». Il invite à l'examen de la société et de ses segments les plus défavorisés, et à s'intéresser aux liens sociaux et aux relations interindividuelles. Le « vagabond des temps modernes » qu'est « l'exclu », « l'errant », privé des relations à autrui, à la culture, à l'économique est dans un état de dénuement, marque d'une désintégration par le travail, au niveau de son axe d'intégration, et d'une non insertion dans une sociabilité socio-familiale. R. Castel préconise, à partir de ses analyses, deux types de politiques, l'une à dominante préventive et l'autre à dominante réparatrice.

²⁹ Le terme « précarité » est issu du latin juridique *precarius* (« obtenu par prière »). Il s'applique à une personne ou à une situation dont l'avenir, la durée, la solidité sont incertains.

³⁰ DUBAR C., 2007, *La crise des identités L'interprétation d'une mutation*, p.11

Cette désaffiliation place l'individu en situation de dépendance, sans interdépendance. Dans cette approche, c'est une rupture par rapport aux réseaux d'intégration primaire comme la famille, l'école, les relations de proximité.

Le travail de Serge Paugam sur la disqualification sociale, en 1991, permet une approche de cette notion qui traduit l'état qui affecte l'individu en perte de liens, qui perd confiance, intériorise une image négative de soi, et est affecté dans ce qu'il est au plus profond de lui-même. Nous trouvons au centre de la problématique individuelle de l'exclusion : l'aspiration à être reconnu, le sentiment de privation au sein de sociétés d'abondance, et l'impression d'être mis à l'écart. Ce dernier a modélisé le concept de « disqualification sociale » en trois « étapes » d'un processus qui conduit vers une exclusion hors de la sphère productive.

La « première étape » : la fragilisation dans les liens sociaux suite à la perte d'emploi, à une rupture qui mène des individus à être précaires mais sans être encore « des assistés ». Ils font donc appel à une aide de façon ponctuelle et exceptionnelle et pour l'obtenir, ils doivent dévoiler une partie de leur intimité, ce qui représente pour chacun une perte de dignité.

La « seconde étape » : suite à une période de doute et de lassitude, c'est l'entrée dans l'assistanat et la dépendance, aux services sociaux, avec l'apprentissage de stratégies, face aux travailleurs sociaux, pour obtenir l'aide désirée.

La « troisième étape » : la marginalisation qui est la phase de rupture et concerne ceux qui renoncent à tout, même au bénéfice des institutions d'assistance.

Ainsi S. Paugam explique que la désaffiliation intervient dans ce processus de ruptures, notamment les ruptures des liens familiaux et des liens de sociabilité comme le travail. En se cumulant, le processus de désaffiliation et de disqualification conduit à un isolement, à une exclusion du groupe social ou des groupes sociaux d'appartenance.

En nous référant à cette conceptualisation du processus de disqualification sociale, nous pouvons considérer que les CHRS s'inscrivent dans la seconde étape ainsi modélisée. Les personnes qui font une demande d'hébergement ont recours à l'assistance, et cette demande impacte sur l'image de soi mais aussi dans la relation à l'environnement. Il s'agit alors dans les pratiques professionnelles et le projet d'établissement de limiter l'altération possible de la nature des liens entre professionnels et usagers.

1.2.2 Souffrance psychologique et sociale : la souffrance psychique exprimée dans le champ social

Évoquer la souffrance éprouvée par des personnes en situation d'exclusion, celles qui doivent avoir recours aux dispositifs d'assistance, privées d'emploi ou inscrites dans sa

fragilité contemporaine³¹, me semble incontournable pour éclairer mon propos ainsi que la compréhension de celles et ceux qui font la démarche de solliciter une entrée en CHRS. La notion de souffrance psychique apparaît dans le champ social, politique et sociologique français, en lien avec l'exclusion.

A) L'apparition de la clinique psychosociale

D'après P. Bourdieu dans son post-scriptum d'un ouvrage collectif³² réalisé par différents chercheurs, cette notion de souffrance sociale « renvoie à l'idée selon laquelle misère de condition et misère de position sont deux formes de la même souffrance »³³. Elle peut être associée à celle de la « souffrance psychique », celle qui échappe aux catégorisations habituelles de l'action publique y compris celles de la psychiatrie. Il met en évidence la dislocation sociale et souligne la souffrance des personnes exclues.

Cette souffrance, psychique, liée aux conditions d'existence des personnes en situation de précarité, a été authentifiée dans le rapport Strohl-Lazarius³⁴ comme « une souffrance qu'on ne peut plus cacher ». C'est à partir des affects ressentis par les intervenants sociaux recevant des bénéficiaires du RMI, que ces professionnels ont fait part de la manifestation de troubles qu'ils ont observés chez les personnes entrées dans ce dispositif : échecs répétés, conduites à risques, conduites d'addiction, dénégation, mésestime de soi, sentiment d'abandon, d'insécurité, comportement d'isolement, violence envers soi-même ou envers les autres, sentiment de honte, angoisse et détresse psychologique. L'expression de ces manifestations dans l'espace du travail social a amené à la dénomination de cette souffrance comme étant psychosociale, vécue individuellement par un grand nombre de personnes. Elle est devenue un problème collectif corrélée aux phénomènes sociaux tels que le chômage ou l'exclusion, mais aussi aux sentiments douloureux d'un changement sociétal qui fait douter de l'avenir.

Chez les personnes en grandes difficultés socioéconomiques, l'exclusion et la précarité ont participé à la fragilisation de leur équilibre mental et le sentiment de détresse éprouvée ne relève pas toujours d'une prise en charge médicale. Il ne s'agit ni d'un simple mal être existentiel ni d'une maladie. Certaines formes de cette souffrance psychosociale³⁵ sont bénignes mais d'autres sont invalidantes. Le concept même de

³¹ Dans des statuts salariaux précaires comme l'intérim, les emplois aidés, les contrats à durée déterminée de courte durée

³² BOURDIEU P., 1993, *La misère du monde*

³³ ION J., 2005, *Travail social et souffrance psychique*, p.11

³⁴ "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", rapport du groupe de travail, 1996, "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale"

³⁵ La souffrance psychosociale apparaît comme un "marqueur spécifique" de la précarité sociale (Haut Comité de la Santé Publique).

souffrance psychique est difficile à cerner et ne semble pas être retenu dans une approche psychopathologique figée dans des déterminants psychosociaux.

Le rapport préconise le renforcement dans les dispositifs sociaux d'une meilleure prise en compte de la santé, santé entendue au sens d'une amélioration du bien être physique et psychique voire social.

Les travaux de l'ONSMP-ORSPERE (1999)³⁶ ont conduit à authentifier une clinique psychosociale, définie comme la prise en compte de la souffrance psychique, sur les lieux du social, donc par des "non psy" ; ce qui exige de modifier leurs pratiques, sans changer pour autant de métier, et de s'ouvrir au travail en réseau.

Le psychiatre, Jean Furtos, s'est particulièrement intéressé aux dimensions sociales de la souffrance psychique et à son expression dans beaucoup de cadres professionnels. Pour lui, son écoute empathique, dans un cadre non psychothérapeutique, donne au sujet la possibilité de retrouver sa possibilité d'action.

La massification des problèmes sociaux, le malaise des professionnels, la diversité des publics et la difficulté à évaluer les besoins, sont des constats qui ont amené à considérer la prise en charge de la souffrance psychique, comme une préoccupation de premier plan, dans les situations de précarité et d'exclusion.

1.2.3 Prise en charge et accompagnement de l'utilisateur

A) La prise en charge de la personne

La loi du 2 janvier 2002 concernant la rénovation sociale et médicosociale consacre l'individualisation de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne.

La contractualisation est devenue le maître mot des politiques publiques. Le contrat est le privilège du mode de pensée libérale et il suppose en matière sociale, que l'individu ne se définisse plus comme un ayant droit, mais comme un être autonome, capable d'intégrer les attentes de la société. L'individu, porteur de droits, est réintégré dans l'action collective d'où l'intérêt de reconnaître des droits ainsi que leur exercice réel pour les « exclus ». L'arsenal juridique de la lutte contre l'exclusion a permis d'établir un socle à cette lutte et aux droits qu'elle entend faire valoir. De la loi du 1er décembre 1988, instaurant le RMI, à la loi du 5 mars 2007 qui institue le droit opposable au logement, les neuf « minima

³⁶ Cf. Rapport ORSPERE, décembre 1999, « Point de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale, résultat de deux recherches actions »

sociaux »³⁷ désormais en place, amènent les ressources d'une personne ou d'un ménage à un minimum et s'inscrivent dans une volonté politique de faire reconnaître des droits véritables au profit des individus, sur le principe de solidarité.

La solidarité est au fondement de l'aide et de l'action sociale et animée par l'un des principes fondateurs de la république française : la fraternité.

B) La cohésion sociale

Le concept de cohésion sociale fait référence, au niveau européen, dans son sens politique, à des valeurs de solidarité, d'équité et de non discrimination, dans l'accès aux droits et fait partie, depuis 2000, des objectifs de Lisbonne pour 2000-2010. Sur le plan du sens, en France, la cohésion sociale a pour but de contribuer à l'équilibre et au bon fonctionnement de la société. Elle peut représenter aussi, pour chaque citoyen, la possibilité de participer activement à la société et d'y trouver de la reconnaissance.

Elle peut également être considérée dans une polarité avec la désocialisation lorsqu'elle concourt à maintenir les inégalités sociales. « En ce sens, le contexte de la désaffiliation ne renvoie plus à une société bipolaire (l'exclusion) mais à une société où se décomposent et se recomposent sans cesse des liens sociaux »³⁸. D'ailleurs, selon V. De Gauléjac, elle fait référence aux conséquences psychiques de conditions de vie désastreuses, violentes, angoissantes et déstructurantes sur l'équilibre psychologique des personnes exclues.

En ce qui concerne le secteur de l'hébergement, ce principe de cohésion sociale a conduit à augmenter les crédits alloués à l'urgence et contribué à augmenter au niveau national, le nombre de places, et améliorer la qualité de l'accueil dans ce type de structures (« humaniser dans le respect de la dignité de la personne »).

Par conséquent les « demandeurs » d'hébergement, sous la dénomination de « personnes en difficulté », renvoient aux professionnels des CHRS, la complexité de leurs problèmes sociaux dans lesquels s'imbriquent leurs problèmes individuels et leur détresse ainsi qu'une difficulté à tenir un lien relationnel. Nous constatons que la relation d'aide et les actions des intervenants sociaux se trouvent directement en prise avec le contexte actuel des nouvelles formes de pauvreté et de précarité : les travailleurs pauvres, le renoncement aux soins de toute une frange de la population, le délitement des

³⁷ Allocation adulte handicapé, minimum invalidité, vieillesse, allocations de parent isolé, d'assurance veuvage, d'insertion, de solidarité spécifique, RMI, allocation équivalent retraite Allocation d'Adulte Handicapé

³⁸ PICHON P., 2005, « Interventions d'urgence et désocialisation : éléments généalogiques », in *Travail social et souffrance psychique*, chapitre 2, p. 91

relations familiales, un endettement des ménages, des minimas sociaux qui n'assurent pas à ceux qui ne peuvent travailler le minimum pour vivre ...

1.3 « Le Relais » : une association d'insertion sociale

1.3.1 Le CHRS, cœur de l'association

L'histoire de cette petite association toulousaine s'est construite à partir de la création d'un asile de nuit pour « sans abri » en novembre 1954, appelé alors le « Centre d'accueil de Saint Cyprien », à l'initiative d'une communauté de franciscains, et grâce à la générosité privée de donateurs.

A) Histoire, valeurs associatives

En 1964, cinquante hommes sont accueillis pour une durée de un mois maximum. Il s'agit alors de « dépanner les sans abris et les sans travail sans distinction de race ni d'opinion », dans une perspective de réadaptation et de reclassement professionnel. Ils sont incités à travailler et versent une contribution allant jusqu'à 6 francs par jour pour leur hébergement et leurs repas.

L'association, loi de 1901, « Le Relais » est constituée le 1er février 1964.

Le 1er janvier 1967, le centre est officiellement agréé, au titre de l'Aide Sociale, comme centre d'hébergement pour 46 lits, et devient le centre d'hébergement « Le Relais » quelques mois après, désormais ouvert en continu. En 1974, les locaux de l'ancien couvent, sont vendus, par la communauté franciscaine. L'association réalise l'acquisition d'une villa de 1937, de plus de 500 mètres carrés, au 15 rue du Japon, dans un des beaux quartiers résidentiels du centre ville de Toulouse.

Le 1er juillet 1982, après une modification des statuts de l'Association, l'établissement devient un Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale, signant ainsi le début de la professionnalisation éducative et modifiant les modalités d'accueil. L'association a alors pour but : « le reclassement des hommes en difficultés quelque soit la nature de ces dernières ». L'association diversifie ensuite ses activités, par des mesures ASI³⁹, en 1994, puis des activités à visée d'insertion socioéconomique, comme un atelier d'insertion en 2004, un dispositif d'accompagnement de demandeurs d'emploi en 2006, puis un chantier d'insertion et un dispositif d'accueil de bénéficiaires de minima sociaux, en 2007.

³⁹ Appui Social Individualisé

L'expansion associative a amené l'Association à réaffirmer la fonction de pilotage du CHRS, comme prioritaire, porteuse de sens et de qualité, dans l'accompagnement de personnes vulnérables.

B) Locaux, personnel, moyens financiers

a) *Les locaux*

Nous sommes passés d'un modèle d'asile de nuit à un CHRS, qui fonctionne, de 1974 à 1998, comme un « internat fermé » où 13 chambres réparties sur deux étages, accueillent 46 hommes. Après l'achat d'une petite villa en 1997, à proximité, pour expérimenter l'accueil de père avec enfants, sans succès, les échecs de gestion ont réduit l'effectif du CHRS à 32 lits, obligeant l'Association à la revendre, pour raison économique, à un office HLM, sous condition de l'obtention d'un bail de 30 ans, et la modification de l'espace, pour y réaliser 5 chambres individuelles. Trente places sont réservées à l'accueil en formule collective d'internat « classique » avec hébergement et restauration. Cette même année, deux appartements sont loués à un office HLM, dans un quartier accessible en transport en commun, pour démarrer une forme d'hébergement en « logements éclatés ». C'est en 2007 que la demande d'extension de sept places est accordée et financée, par la DDASS, dans le cadre d'un projet d'ouverture de ces places sur des appartements individuels extérieurs. L'effectif du CHRS passe à 39 lits ce qui entrainera des modifications de pratiques et d'organisation.

b) *Le personnel*

Le premier directeur, va diriger le Relais de 1982 jusqu'à sa retraite, en 1996. Sa préoccupation sera de professionnaliser l'activité du centre d'hébergement en y recrutant des éducateurs spécialisés et un chef de service éducatif. Auparavant, l'équipe de jour était constituée d'ouvriers d'entretien, anciens « pensionnaires » et d'un cuisinier.

Celui qui lui succèdera, pendant sept ans, rénovra les locaux, y réduira la capacité d'accueil, en conservant les treize salariés en postes, et instituera un « modèle de participation de l'équipe sociale et éducative à la décision » : admissions, choix budgétaires, recrutements de nouveaux salariés, fonctionnement des services généraux seront discutés avec les éducateurs et l'assistante sociale. L'association adhère, en 1996, au SOP⁴⁰ et applique depuis, les accords collectifs de travail négocié par ce syndicat, au personnel de l'Association.

⁴⁰ Syndicat général des Organismes Privés sanitaires et sociaux à but non lucratif

Le CHRS compte aujourd'hui 14 salariés (11,64 ETP)⁴¹ Sur ces quatorze salariés, à parité hommes/femmes, les anciennetés sont variables allant jusqu'à 32 ans. Le ratio global d'encadrement est passé de 0,37 en 2006 à 0,29 en 2008.

c) *Les moyens financiers*

En 2003, le coût global de fonctionnement de la structure se révèle trop élevé, le déficit est très important. Le nouveau directeur doit faire face au probable dépôt de bilan de l'Association. La reprise de l'activité fortement déficitaire du CHRS va s'accompagner, de mesures de réduction du coût du personnel et d'une gestion financière mesurée, ainsi que de la recherche de l'efficacité de l'organisation, pour améliorer la qualité des prestations fournies. Comme pour beaucoup de CHRS, le passage d'un prix de journée à la dotation globale de financement⁴², a provoqué une suite d'exercices budgétaires déficitaires, et donc une fragilité. Des crédits non pérennes ont contribué à maintenir les emplois du personnel qualifié. Le non remplacement du personnel, en congés de maladie ou conventionnels, lors des départs à la retraite du personnel d'entretien, a été la règle pendant plusieurs années, ce qui a permis de réaliser des économies incontournables.

En 2004, la création de l'atelier d'insertion « restauration » permet de poursuivre la restauration des hébergés, activité très coûteuse, exigeante en termes de normes alimentaires, et désorganisée par l'absence chronique de son personnel.

La dotation globale du CHRS en 2007 est de 762 691 euros. Des subventions du CIL (Comité Inter Logements) contribuent à améliorer le fonctionnement. Le ratio d'endettement très faible (17.25%), permet d'envisager des investissements comme l'achat de deux studios qui bénéficieront à des résidents.

1.3.2 Les personnes accueillies

A) *L'évolution des besoins du public*

Dans les années soixante, les « pensionnaires » du centre d'accueil sont, portugais, espagnols, français, anciens militaires d'Indochine, sortants de maison d'arrêt, chômeurs, ouvriers spécialisés, manœuvres, saisonniers. L'emploi et un toit sont leurs principales préoccupations. Dans les années quatre-vingts, le fort taux de chômage et l'arrivée de nouveaux migrants originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne modifient le profil des hommes accueillis. Les marginaux sont de moins en moins nombreux.

⁴¹ Annexe 1 : organigramme de l'Association Le Relais

⁴² Dotation globale de financement depuis le décret n° 2001-576 du 3 juillet 2001 relatif aux conditions de fonctionnement et de financement des centres d'hébergement et de réinsertion

Depuis une quinzaine d'années, la population accueillie est devenue de plus en plus difficile à classer selon des problématiques précises ou des difficultés à hiérarchiser. A l'observation de plus de 500 demandes d'hébergement par an, nous avons pu remarquer la conjugaison de multiples facteurs qui amènent, ces dernières années, des hommes isolés, en grande détresse, à requérir une demande d'hébergement.

Certains ont vécu le basculement dans la précarité, suite à la perte de leur emploi (et à une rupture affective), malgré un long passé de travail, ou à des problèmes de santé importants. D'autres présentent de plus en plus de troubles du comportement, sans toutefois relever de soins psychiatriques, mais pour eux, l'hébergement puis le logement ne peuvent être une réponse globale et adaptée à leurs difficultés. Les nouveaux arrivants, originaires d'Afrique du Nord, fuient la pauvreté dans leur pays, et recherchent en France une intégration par le travail. D'autres africains, demandeurs d'asile politique, arrivés suite aux guerres et aux conflits dans leurs régions, présentent des situations juridiques complexes nécessitant des connaissances d'expertise technique des lois et réglementations en vigueur. Ils présentent, pour la plupart, des traumatismes psychiques, et/ou, physiques à traiter, avec un décalage social et culturel.

Il y a aussi des salariés à temps partiel, ou intérimaires, dont les revenus instables ou insuffisants compliquent l'accès à une possibilité de logement ce qui confronte chacun, professionnel et usager, à son impuissance. L'augmentation significative, depuis cinq ans, des hommes seuls, âgés de plus de 50 ans et sans emploi, avec une longue trajectoire de précarité, aucun lien affectif stable, requière un accompagnement bienveillant et attentif.

Enfin, la part des hommes jeunes, entre 18 et 30 ans, en rupture familiale, ayant connu pour certains un parcours dans les foyers de l'Aide Sociale à l'Enfance, et/ou, des périodes courtes d'incarcération, engage à prévenir la répétition d'un sentiment d'exclusion sociale.

La grande majorité de ce public connaît des problèmes de santé qu'ils ne préviennent pas ou ne gèrent pas, par des initiatives individuelles. Beaucoup s'inscrivent dans des conduites d'addiction (alcool, tabac, médicaments) et dans une dépendance dans la prise en charge. Le poids de situations de précarité et de souffrances antérieures engendre dans ce cas, de grandes difficultés à se projeter vers un logement.

B) La mission de réinsertion du CHRS

La mission d'hébergement du CHRS s'inscrit dans une forme d'hébergement de longue durée, pour les personnes admises au titre de l'Aide sociale, en référence à l'article L.345-1 du CASF.

En 2007, 91 personnes ont été accueillies au CHRS, après deux entretiens. La situation de précarité est évaluée et prise en compte pour l'admission ainsi que la demande d'aide formulée. Une grande partie des résidents ont séjourné en structure d'urgence avant leur admission⁴³ Cette même année, 40%⁴⁴ des sortants ont accédé à une solution de logement autonome, temporaire ou pérenne : dans le parc social, en résidence sociale, dans le parc privé. Les effets de mobilisation du contingent préfectoral, de la réactivation du plan départemental pour le logement des personnes défavorisées, la médiatisation de l'action des « Enfants de Don Quichotte » ont augmenté, pour la première fois, l'accès des résidents sortant de notre CHRS à un logement HLM. Pour ceux qui ont obtenu un logement dans le parc social, leurs ressources étaient supérieures au RMI car ils étaient en stage de formation qualifiante ou titulaire d'un contrat de travail. Mais 20% des sortants retournent vers le secteur de l'urgence⁴⁵.

En 2007, la moitié des hommes accueillis a bénéficié d'une prolongation de séjour au CHRS, variant de 1 à 6 mois. La durée moyenne du séjour s'est allongée ces dix dernières années de plus de 50%. Ces prolongations sont liées, pour partie, à l'accueil de personnes en attente d'évolution de leur situation administrative (étrangers malades, réfugiés politiques), mais principalement à cause de la difficulté à trouver des loyers adaptés, à Toulouse, pour sortir du dispositif d'aide. Une préparation plus longue à retrouver une autonomie de vie (santé, ressources trop faibles, perspective de sortie angoissante pour la personne, peur de l'isolement) est nécessaire pour les usagers les moins autonomes, « désorientés », fragilisés psychologiquement. Certains ont eu un suivi psychiatrique. Les effets positifs d'un hébergement « sécurisant », avec une infrastructure hôtelière, répond à leurs besoins dans un premier temps. Par contre, leur rapport à la temporalité, le poids de la situation de précarité et de souffrances antérieures qu'il faut accompagner sans créer de dépendance à la structure, freinent la construction de leur projet de vie. Ces personnes, après leur sortie du CHRS, abandonnent pour la plupart les soutiens extérieurs mis en place durant leur séjour (activités, accompagnement psychologique, etc.).

1.3.3 Le projet et l'équipe du CHRS, entre logique d'assistance, et logique de services

A) Le projet d'établissement

Un premier projet d'établissement voit le jour en 1998.

⁴³ 26 personnes sur 59 en 2007

⁴⁴ La moyenne départementale se situe de 43% à 65%

⁴⁵ Il s'agit principalement des demandeurs d'asile politique

Celui de 2005-2010 a été élaboré, en 2004, en interne, avec l'aide d'un accompagnateur externe. Les usagers, les membres du Conseil d'Administration, la secrétaire, les surveillants de nuit et la psychologue, n'y ont pas été associés. L'établissement « CHRS » y reste confondu avec l'Association. Ce projet traduit l'activité éducative et sociale de l'établissement, posée comme une réponse à des besoins identifiés d'un public d'hommes. Il décrit l'organisation fonctionnelle et hiérarchique du centre, les prestations offertes aux personnes accueillies et les modalités de l'accompagnement. Des fiches de fonctions déclinent les statuts, places et attributions de chacun dans l'organisation du CHRS. Une attitude assez paradoxale, constituée de jeux de pouvoirs et de places, semble être à l'origine de rapports hiérarchisés entre professionnels, où « l'entre soi » de l'équipe de jour garderait seul l'espace, la compétence et la responsabilité d'accompagner... En l'absence d'une approche conceptuelle du travail social, le positionnement des professionnels est sous tendu par un engagement personnel et une qualification à priori ad hoc, au regard des compétences requises. Le projet aborde la dimension d'évaluation qualitative des prestations, l'évaluation de l'évolution du projet personnalisé et celle des « ressources humaines » comme des perspectives prescrites. Les moyens énoncés pour améliorer le fonctionnement et la participation des usagers ne sont pas mis en œuvre.

B) L'accès aux droits et la participation des usagers : état des lieux en 2005

La loi du 2 janvier 2002 dans son article L.311-3 vient définir sept garanties à toute personne prise en charge par les CHRS.

Au CHRS, le contrat de séjour n'existe pas, la charte de la personne accueillie n'est pas remise avec le livret d'accueil sous prétexte que son contenu est inaccessible, à la plupart des personnes accueillies, en termes de compréhension ou de lecture. Elle pose également question, dans son acceptation « en terme éducatif », car elle soumet l'établissement au respect de l'exercice des droits de l'utilisateur.

Le règlement de fonctionnement, datant de 1986, est trop incomplet pour permettre à l'utilisateur de connaître tous ses droits. Les conditions d'hébergement de type collectif, en chambre à deux, sont mises en avant dans le livret d'accueil, sans indiquer l'existence de chambres individuelles, et de deux appartements extérieurs.

Le « projet individualisé » est formalisé, par les éducateurs et l'assistante sociale, par un « contrat d'objectifs et de moyens » signé par le résident à son admission, avec un éducateur. Il fait état de la situation de la personne à son entrée, des objectifs qu'elle se fixe, et des moyens qu'elle pense mettre en œuvre pour y parvenir. Mais il n'est pas repéré par écrit, dans le temps, avec le résident. Aucun bilan de sortie n'est fait, ni compte rendus de synthèses. Il devient un simple « dossier individuel », qui ne lui est pas

accessible, malgré l'obligation légale. En effet, les informations qu'il contient sont disparates et souvent inutiles. Par ailleurs, tous les entretiens font partie du dossier de la personne, comme la recopie chronologique d'éléments de suivi, pêle-mêle, souvent anecdotiques, notés dans la journée, dans le cahier de liaison de l'équipe. La confidentialité des informations ne peut être correctement respectée.

En ce qui concerne l'intimité, elle est difficilement respectée. La construction d'une vie privée devient d'autant plus compliquée, qu'aucun espace intime n'est conçu dans l'espace du collectif, pour qu'un résident puisse recevoir un membre de sa famille, ou un ami, et ce, qu'il soit hébergé en chambre individuelle ou à deux.

L'organisation et le fonctionnement du centre ont gardé la marque de l'époque des CHRS au modèle « rééducatif ». Les règles, les espaces de vie quotidienne et son organisation sont emprunts de la trace de ce passé. Un manque d'accompagnement respectueux de l'autonomie est constaté par l'équipe et les résidents, bien que l'accueil y soit qualitatif sur le plan humain. Il est vrai que les usagers en position de vulnérabilité, et à la recherche d'une place, renvoient souvent une insatisfaction dans leur prise en compte, notamment quand leurs besoins sont mal identifiés par manque de recul des professionnels, pris par leur émotivité et leurs affects.

Les dysfonctionnements, repérés dans l'organisation des services et des espaces, éloignent, trop souvent, le CHRS de sa mission qui est « d'aider les personnes à accéder et recouvrer leur autonomie personnelle et sociale ». L'établissement nécessite des changements afin de rénover son approche des besoins des personnes accueillies, et de traduire l'apport de son héritage historique, non comme une rupture, mais, comme un socle à son expansion propre et à celui de son équipe.

Je me propose, dans une seconde partie, d'exposer le cadre de référence du projet du CHRS afin de réfléchir à ces dysfonctionnements, au sens des pratiques mises en œuvre dans l'accompagnement, ainsi qu'aux liens établis avec la personne accueillie. Pour donner du sens à l'accompagnement, en CHRS, cela implique la connaissance des effets de l'exclusion, de leur prévention et la prise en compte des conséquences de l'isolement qu'elle provoque.

2 Les enjeux de l'évolution de l'accompagnement des usagers du CHRS Le Relais

L'accueil et l'hébergement des personnes en difficultés sociales est sur le plan de l'actualité, depuis plus d'un an, questionnée par des actions comme celles des Enfants de Don Quichotte, avec l'installation de campements sur le Canal Saint Martin à Paris et dans d'autres villes de province comme Toulouse.

Début 2007, l'élaboration d'un Plan d'Action Renforcé en faveur des Sans-Abris (PARSA) et l'adoption, le 5 mars 2007, de la loi sur le Droit au Logement Opposable (DALO) ont conduit à la mise en œuvre de nombreuses mesures comme l'application du principe de continuité de la prise en charge, l'amélioration du fonctionnement des structures d'hébergement d'urgence, la création de places de stabilisation, la pérennisation de places hivernales, le droit au logement et à l'hébergement opposable garanti par l'Etat etc.

Dans un contexte législatif et réglementaire en pleine évolution, le secteur de l'hébergement d'urgence et d'insertion traverse de profondes mutations. Il se trouve interrogé également sur ses capacités à répondre aux missions qui lui sont confiées notamment par le rapport de la Cour des Comptes, de mars 2007, sur les personnes sans domicile.

Depuis une vingtaine d'années, les travailleurs sociaux sont soumis à la multiplication des dispositifs de lutte contre la pauvreté et à l'accumulation de textes réglementaires et d'orientations qui parfois se contredisent. L'ampleur et la complexité des situations de pauvreté les conduisent à travailler dans un secteur où l'insuffisance de réponses disponibles comme l'hébergement, le logement, l'accès à un droit, demeure récurrente. Les difficultés face au logement des personnes ayant de faibles ressources, les problèmes de santé mentale mal pris en charge par la psychiatrie publique, le cumul de difficultés de toute sorte pour les usagers de l'aide et de l'action sociale, complexifient l'ampleur de leurs tâches.

2.1 Les dysfonctionnements constatés

2.1.1 Le CHRS et son environnement

La Haute- Garonne a une population de 1 155 838 habitants au 01/01/2005 dont 707 849 de 19 à 64 ans.

Elle dispose de 624 places de CHRS dont 184 places en hébergement d'urgence et 440 places en CHRS d'insertion. Cela se traduit par un taux d'équipement en lits pour 1000 adultes de 20 à 59 ans de 0.95 (moyenne nationale de 0.94).

Cette offre d'hébergement de 14 établissements sur TOULOUSE est gérée par 9 associations et un CCAS⁴⁶, un seul CHRS, géré par une association, est implanté hors Toulouse à Saint-Gaudens. La population de l'agglomération toulousaine est évaluée à plus de 700 000 habitants et est en constante expansion malgré les revers de l'industrie aéronautique. Toutes les structures d'hébergement de Toulouse sont fédérées à la FNARS⁴⁷. Parmi ces organismes gestionnaires, deux ont plus de 70 salariés.

Les populations accueillies :

- 1 CHRS héberge des jeunes de moins de 25 ans, 3 des familles, 3 des femmes et des hommes, 4 des femmes seules ou avec enfants et 2 des hommes seuls.

La grande majorité des CHRS est en mode d'hébergement éclaté (appartements). Trois CHRS font de l'accueil d'urgence, quatre de l'urgence et de l'insertion et sept de l'insertion.

Le CHRS Le Relais héberge des hommes seuls en collectif d'insertion pour 27 places et 12 places en appartements individuels (depuis le 1er janvier 2008).

A) Le contexte local

Une évaluation du dispositif d'hébergement a été réalisée en région Midi Pyrénées⁴⁸, le 30 novembre 2007, à partir d'une convention entre la DRASS Midi Pyrénées et la FNARS Midi Pyrénées. Cette enquête avait pour objectifs de mesurer l'efficacité des dispositifs d'accueil et d'hébergement développés et leur adéquation aux besoins et problématiques des publics en grande précarité par :

- la réalisation d'un état des lieux de l'offre d'hébergement en Midi-Pyrénées
- l'analyse des besoins non couverts tant en hébergement qu'en logement

L'absence de schéma régional et départemental depuis 2003 ne permettait plus de disposer d'une connaissance des publics s'adressant aux dispositifs d'hébergement, ni des problématiques non prises en compte à ce jour. Ainsi, les différents CHRS ne disposaient plus de source d'informations pertinente pour envisager la fiabilité de leurs projets et de leurs objectifs. L'exploitation de ces constats réactualisés, sur les besoins sociaux, conduit aujourd'hui les responsables des structures d'hébergement de la Haute

⁴⁶ Centre Communal d'Action Sociale

⁴⁷ Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

⁴⁸ Evaluation du dispositif d'hébergement Région Midi Pyrénées, bilan intermédiaire, février 2008

Garonne à envisager des moyens de coopération, entre acteurs de terrain, pour améliorer leur offre de services.

Des propositions, visant à fluidifier le dispositif d'hébergement et l'amélioration des réponses aux demandes, ont été émises par les responsables gestionnaires de structures d'hébergement, à l'occasion de cette enquête. Le développement, de l'offre de logements accessibles aux personnes disposant de faibles ressources, des partenariats renforcés et des espaces de concertation entre les gestionnaires de structures d'hébergement et les bailleurs publics et privés, de l'accompagnement des personnes durant les premiers mois qui suivent la sortie de la structure d'hébergement et l'accès au logement autonome, ont été révélés comme prioritaires.

Au Relais, aucun partenariat ni espace de concertation entre le CHRS et les bailleurs publics n'est en place jusqu'à 2007. La question de l'accès à un logement social n'est traitée que dans sa dimension de demande individuelle, réalisée par l'intéressé. Le manque de relations avec les organismes bailleurs pénalisent les démarches des demandeurs vers l'offre, certes restreinte de logements, et les dispositifs de priorisation des demandes pour les sortants de CHRS sont peu efficaces pour des hommes isolés.

B) L'Association Le Relais

Le CHRS Le Relais est marqué par une logique d'assistance et confondu avec une association sans projet malgré son extension exponentielle. La logique interne associative reste centrée, pour son activité d'hébergement, sur les principes fondateurs de spécialisation d'accueil d'un public d'hommes en difficultés sociales.

Les membres de cette association sont à sa création, des laïcs et des religieux qui œuvrent dans le sens d'une forme de charité privée. A partir de 1982, cette période est particulièrement intéressante car les salariés qualifiés recrutés ou formés vont influencer, de plus en plus, en fonction de leurs critères techniques et de leurs compétences, le projet associatif.

Le pouvoir politique associatif se trouve confondu avec le fonctionnement du centre d'hébergement et de son directeur, donc avec le pouvoir technique dévolu aux salariés. La gestion courante de l'Association se limite à l'activité d'hébergement. Il est vrai que les contraintes de la réglementation, la multiplication des partenaires et des financements échappent de plus en plus aux adhérents qui sont de moins en moins nombreux. Les administrateurs de l'Association restent focalisés sur la gestion au détriment de la dynamique interne de l'Association, de son projet d'action et des orientations de développement de ses activités.

En 2003, l'arrivée d'un nouveau directeur va venir interroger le fonctionnement associatif ainsi que son management stratégique et l'absence de projet associatif réactualisé.

La réhabilitation de la dimension politique des administrateurs s'est effectuée par l'arrivée de nouveaux adhérents possédant des compétences techniques, en gestion, en législation sociale, en politique sociale, en management, en éducation. Mobilisés par l'idée de formaliser et mettre en œuvre un projet associatif pour améliorer les services rendus aux usagers, ces nouveaux administrateurs ont pris en compte l'importance d'explicitier les missions de l'organisation sociale qu'est le Relais aujourd'hui dans sa contemporanéité.

En assistant aux réunions du Conseil d'Administration, et en y rendant compte de l'activité du CHRS, j'ai pu observer, sur ces trois années de mon activité depuis 2005, que l'arrivée de ces administrateurs engagés, avait revitalisé l'Association et l'ouvrait à un mode de coopération sur des thématiques transversales rejoignant les valeurs de l'Association et intégrant le point de vue des salariés.

En octobre 2007, pour la première fois, un véritable débat s'est engagé avec les administrateurs lorsque le rapport d'activité a été présenté. Tous ont montré un intérêt aux commentaires, autres que budgétaires, et pendant une heure nous avons émis des hypothèses et des critiques sur les moyens de coopération à développer en intra, et à l'externe, pour les années à venir.

Ainsi, cette reconfiguration de l'Association permet d'envisager l'actualisation du projet associatif et la mobilisation des énergies, par cette circulation de la parole, comme possibilités d'échanger sur des valeurs communes, de poser des projets, de définir l'engagement social de l'Association et la contribution de chacun à sa mise en œuvre. La lisibilité stratégique de l'Association et la définition claire de la place et du rôle des différents acteurs élus associatifs et dirigeant professionnel est en jeu.

C) Le modèle de CHRS

Le CHRS Le Relais est repéré comme une structure d'accueil, où l'existence d'une présence éducative à tout moment de la journée et les weekends, est sécurisante et structurante pour certains hommes orientés par d'autres services sociaux ou sortant d'hospitalisation.

Ce modèle de CHRS est celui d'une collectivité, d'un foyer⁴⁹ dans lequel les personnes doivent respecter les normes de la vie en collectivité. Les indices d'insertion des usagers dans la structure et à l'extérieur prennent valeurs de capacités de réintégration dans la « vie ordinaire » : tempérance, capacité de se lever, à respecter les horaires, à obéir aux règles collectives, à respecter des rendez vous fixés par les membres de l'équipe. La prise en charge consiste dans ce cadre de référence à valoriser une meilleure adaptation

⁴⁹ Ce terme de foyer est d'ailleurs fréquemment employé par les éducateurs

aux contraintes de la vie en collectivité. Pour ceux qui ne respectent pas les règles, l'usage de la sanction est l'exclusion du CHRS. Prononcée par l'un des deux cadres de direction (le directeur ou moi-même), utilisés comme tiers dans la relation entre l'éducateur et l'utilisateur, son usage était fréquent jusqu'au début 2006. Tout comme l'admission, comme nous le verrons plus loin, cet aspect d'instrumentalisation de la fonction de direction, comme représentant de « l'ordre » interne, a fait l'objet de mon attention pour qu'une évolution de la représentation des places, et fonctions de chaque professionnel, contribue à une remise en perspective du sens de l'accueil et de l'accompagnement à proposer.

En 2003, la mise en conformité du CHRS aux exigences de la loi du 2 janvier 2002, amène à amorcer une réflexion sur l'adaptation de l'offre d'hébergement et sur sa nécessaire diversification. Un projet est conçu, par l'équipe socio-éducative, pour développer un accueil en studios extérieurs, au regard de constats rapportés par des travailleurs sociaux externes au CHRS. Ceux-ci avaient mis en exergue, dans le cadre du suivi social lié au logement, le manque d'autonomie et le grand isolement observés chez les sortants du Relais dans les mois qui suivent leur installation dans leur logement.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'augmentation de la durée des séjours au CHRS est liée, pour une part, à un non accès au logement, avec une difficulté supplémentaire pour les personnes isolées et ayant de faibles ressources. Ce constat partagé avec l'ensemble des autres CHRS⁵⁰, interroge les équipes sur l'augmentation de la durée des séjours et les motifs de prolongation.

Mais la question de l'autonomie est également en jeu dans la durée des séjours des personnes accueillies en CHRS.

Le séjour en CHRS, comme je l'ai précédemment évoqué, se situe pour une personne adulte en situation sociale difficile, à un moment où sa recherche d'un lieu pour exister, pour vivre et penser est primordiale. Le risque est alors dans la teneur de la relation d'aide, qui si elle est prise dans une dépendance consciente ou inconsciente du côté de l'utilisateur, peut annihiler la prise de risques nécessaire pour qu'il recouvre son autonomie personnelle et sociale. Vulnérable, « dépendant » à l'autre, à la « bonne institution », la dépendance installée aux services sociaux, associée à une perte de motivation pour l'emploi, s'inscrit pour une partie du public que nous accueillons au CHRS.

Dans cette phase, que S. Paugam nomme l'assistance revendiquée, il est courant d'observer au CHRS, la mise en œuvre, par l'utilisateur, de stratégies de séduction ou d'appropriation de la relation d'aide que les professionnels ont mis en place. Le désir de « protéger l'autre » des professionnels met alors en péril leur rôle à l'égard de ceux qu'ils

⁵⁰ Rapport d'évaluation du dispositif d'insertion Midi Pyrénées, février 2008

aident et la difficulté consiste alors à retrouver la distance nécessaire pour objectiver la situation et analyser ce qui relève d'une affectivité trop présente.

2.1.2 Les positionnements professionnels, usagers

A) Les choix d'intervention auprès du public accueilli

Chaque personne demandant un hébergement est reçue sur rendez-vous par deux interlocuteurs : un membre de la direction et un éducateur/trice. L'entretien d'admission a pour objet de faire le point sur ce qui a amené la personne à faire une demande en centre d'hébergement, sa situation sociale, son parcours professionnel, son histoire, ses difficultés et ce qui fait projet pour elle dans son récit. Les interlocuteurs rencontrés se doivent d'apprécier les possibilités de contractualiser un accompagnement avec le demandeur. Pour le demandeur, la nécessité d'exposer son histoire personnelle l'amène à mettre en paroles des ruptures, un ressenti souvent douloureux et à manifester un désir de reconnaissance souvent très troublant.

L'existence d'une « sélection à l'entrée » conforte l'accueil d'un type de personnes qui peut entrer dans le cadre du projet d'établissement, dans une insertion sociale pensée pour elle. Nous sommes là au cœur d'une contradiction que portent en elle-même certaines pratiques de ce CHRS qui dans le discours évoque l'autonomie, l'accès à la responsabilisation, et qui dans les moyens d'accueil, ne fournit pas encore les conditions pour y parvenir.

La décision d'admission est prise de façon « collégiale » par l'équipe socio-éducative. Le directeur, ou moi-même, prononçons l'admission de la personne en tenant compte des activités d'insertion pour lesquelles le CHRS est habilité, des places disponibles et de la possibilité de mettre en place ou non un projet d'insertion avec la personne. C'est là que le « jeu de la décision d'admission » offre aux professionnels de l'équipe socio-éducative, l'occasion d'analyser la demande avec leur subjectivité, et la possibilité d'apprécier les « besoins du demandeur » par le filtre de leur désir d'accueillir ou non.

Le manque de cohérence et de rigueur dans la mise en œuvre d'une phase réelle d'évaluation de la situation de la personne accueillie confère ensuite à l'accompagnement individualisé qui va être engagé, sous une forme duelle, éducateur-résident, une dimension de dépendance des personnes accueillies.

Quant à la dimension du travail sur la notion de projet individualisé, des conditions de son existence, de sa construction et de ses modalités d'élaboration, les réunions « de synthèse » et les écrits des professionnels ont fait l'objet de mon attention.

B) La « participation » en question

Du début à la fin de la prise en charge dans un CHRS, le projet individualisé, interroge la place donnée à l'utilisateur dans le dispositif. La place que l'établissement ou le service entend donner aux usagers se traduit bien sûr dans la mise en œuvre de moyens assurant leur représentation dans une dimension collective (conseil de vie sociale, groupes d'expression, autres modes) mais surtout dans les modalités de définition et de contractualisation du projet individualisé.

Les usagers, des établissements et services sociaux et médico-sociaux ayant pris par la loi 2002-2 le statut de bénéficiaires des prestations des établissements, de profonds changements de leur statut sont survenus.

Par le fait que l'utilisateur soit devenu acteur direct de son projet individuel et du projet d'établissement, par sa participation à tout ce qui peut lui être proposé dans le cadre de son accueil et de son accompagnement et aux formes collectives de participation au fonctionnement, comme le conseil de vie sociale.

Le projet individualisé est au niveau le plus fin et le plus complexe des divers niveaux de projets : projet associatif, projet d'établissement, projet de service. Il est à la fois l'origine et la fin de tout dispositif institutionnel. Il s'articule avec le projet d'établissement et le projet associatif, et c'est à ce niveau que vont se vérifier les cohérences, en amont, des principes éthiques déclinés dans le projet d'établissement aux valeurs de l'Association.

L'analyse du fonctionnement du CHRS révèle que la confusion entre le projet d'établissement et le projet associatif encore inexistant, a fait mettre de côté la dimension de l'utilisateur en tant qu'acteur de la démarche d'accompagnement. L'absence de démarche construite pour comprendre et répondre à la problématique du résident limite la complémentarité d'actions des membres de l'équipe dans le sens de l'intérêt de l'utilisateur.

Dans ce CHRS, les usagers sont bénéficiaires de prestations professionnalisées, instituées, car chaque professionnel conçoit son action dans une logique de traitement et de prise en charge, en centrant son action sur les difficultés propres du public accueilli.

Le projet individualisé, tel qu'il est présenté dans le projet du CHRS, n'est qu'un « outil », pensé et formalisé dans une démarche d'évaluation qualité, antérieure à l'écriture du projet d'établissement. Sa forme et son absence d'utilisation sont révélatrices d'une difficulté de l'équipe à intégrer le sens de l'usage de repères plus formalisés.

Potentiellement, l'enjeu sous jacent dans la mise en œuvre des projets individualisés, est d'entretenir ou redonner la confiance dans une richesse de l'équipe, de donner envie de s'impliquer, de participer à des actions concrètes, adaptées à l'utilisateur. J'ai donc engagé un travail régulier d'entretien de la confiance dans la richesse de l'équipe, en valorisant les approches compétentes de chacun et en mettant en avant, pour chaque situation, la question du sens du séjour et de l'accompagnement individualisé pour le résident.

« Un projet est toujours un rêve que les acteurs tentent de réaliser et qui ne peut se penser en dehors d'une éthique du rapport à l'autre, éthique de la rencontre et de l'alliance qui permet de ' co-construire ' un récit commun qui fasse sens pour les sujets » (Jean-Bernard Paturet⁵¹).

La dimension de la singularité du projet se retrouve dans le développement psychique de tout individu. « Le projet singulier se conçoit à partir des butées du sujet sur les réalités de ses inscriptions sociales et sur les projections imaginaires de son désir. Pour ce faire, l'individu doit être en position d'auteur, ayant son mot à dire et pouvant intervenir sur ce qui lui est proposé. Le projet singulier est une projection virtuelle sur un avenir ébauché en à venir. (...). Il est espoir d'inédit ». (Robert Daujam et Alain Roucoules)⁵²

2.1.3 L'organisation : Le travail d'équipe et l'encadrement

A) L'équipe ou les équipes

La prise en compte des besoins des usagers, et de leurs projets, m'a amenée à m'interroger sur le fonctionnement de l'équipe du CHRS.

Conçue par ses membres, comme lieu d'identité et d'appartenance, dans notre cas, « toute puissante », par la prégnance de ses liens de solidarité entre éducateurs et assistante sociale, protectrice pour les siens, son territoire s'était étendu à tous les aspects de la vie du CHRS entre 1986 et 2003. Rejetés à sa périphérie, les autres salariés (surveillants de nuit, personnel de cuisine et d'entretien), ne partageant pas cette identité, ne pouvaient pas exister dans un travail d'équipe.

Comme je l'ai indiqué précédemment, le projet du CHRS a été conçu par réduction à la dimension sociale et éducative de son activité. J'ai donc entrepris de faire exister un travail en équipe, et d'amener l'ensemble des professionnels du CHRS à parler de leur rôle et de leur fonction, de leur contribution au projet du CHRS, pour permettre la différenciation et la complémentarité. La création de liens et d'ouverture vers l'extérieur, a donc été une étape primordiale.

A propos de l'équipe, P. Lefèvre⁵³ souligne que « Espace d'échange social, elle est guettée par le risque de l'autojustification, de la reproduction, de la totalité du discours et de la pensée [...], elle fait courir aux siens le risque de l'enfermement et du repli ».

⁵¹ PATURET J-B., juin 2007, « Le projet comme fiction commune », *L'inédit du projet*, revue EMPAN, n° 45, p.68

⁵² « Le projet singulier : entre prêt-à-porter et sur mesure », *L'inédit du projet*, revue EMPAN, n°45, p.83

⁵³ LEFEVRE P., 2003 *Guide la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, p. 283

Pour cette équipe, élargie à l'ensemble des salariés du CHRS, intégrer les évolutions nécessaires, les adaptations à réaliser dans ses pratiques, nécessitaient de s'arrêter sur les causes de ruptures spécifiques dans le secteur de l'insertion sociale : la prise en compte du droit des personnes accueillies, des problématiques individuelles de plus en plus complexes, l'évaluation du service rendu, le contrôle, la comparaison des coûts, l'arrivée du « client » et non plus de l'utilisateur.

B) L'encadrement

Les places et fonctions des cadres de la direction sont, dans cet établissement, définies par des fiches de fonction, intégrées en 2005 au projet du CHRS. Elles délimitent les champs de compétences et d'autorité, de ces deux cadres, et sont les plus explicites parmi celles des professionnels en exercice au CHRS, en termes de responsabilités et de domaines de compétences. Les niveaux d'autorité sont formels et permettent de différencier et de compléter la fonction du directeur, et du chef de service, sur un plan hiérarchique et symbolique. La fonction centrale du chef de service, dans le management des ressources humaines, pour rendre efficient le travail d'équipe, était pour le directeur, une priorité lorsque j'ai pris mes fonctions en 2005.

L'animation du travail de ces professionnels était à reconstruire autour d'une logique de projet, dans le souci de dépasser l'efficacité individuelle de chacun, dès lors que les fonctionnements des équipes étaient analysés et les dysfonctionnements révélés. Pour structurer et coordonner le travail d'équipe, rétablir la cohésion et la cohérence des actions des différents professionnels, poser la légitimité de la fonction du chef de service a été une étape incontournable.

Au CHRS, l'encadrement de la maîtrise d'œuvre du travail d'équipe a nécessité de refonder les places et rôles des différents professionnels, en interne, de redéfinir le cadre des diverses réunions en fonction de leur type, pour engager une dynamique d'échange et d'ouverture et de clarification des niveaux de proposition et de décision. La fonction et l'efficacité des réunions nécessitent, par expérience, d'être un lieu et un temps où sont définis les participants, la fréquence, la durée et le mode de restitution.

2.2 Les personnes accueillies en souffrance

2.2.1 Repérer et accompagner des sujets en souffrance psychique

La souffrance psychique est actuellement dans le domaine de la santé, selon le Haut Comité de la Santé publique, un symptôme majeur. Faire la part de la participation

psychique dans le processus de désocialisation peut permettre, sans sous estimer l'importance des difficultés sociales rencontrés par des sujets en précarité, une lecture des phénomènes rencontrés de répétition, de violence, d'insertion problématique.

Comme le souligne Francis Ratier, psychanalyste, dans son approche clinique de la grande précarité, « les CHRS se trouvent, de fait, et sans que les moyens leur en soient donnés, massivement utilisés par des sujets dont la difficulté n'est pas seulement sociale. Ils offrent un asile temporaire, précaire, à des personnes profondément désocialisées et constituent souvent le lieu de la dernière chance pour que la satisfaction d'un besoin élémentaire, boire, avoir chaud, se laver, puisse se laisser prendre dans un circuit plus long, incluant la parole, la présence d'un autre, la demande, l'éventuelle réponse d'une main perçue comme secourable »⁵⁴.

A) Précarité symbolique et lien social

Tout d'abord, le symbolique, en terme psychanalytique, est une fonction complexe et latente qui embrasse toute l'activité humaine, comportant une part consciente et une part inconsciente, qui est attachée à la fonction du langage et plus spécialement à celle du signifiant. L'homme, en tant qu'être de langage accède à l'ordre symbolique essentiellement par la négation. Le symbolique inscrit, dans l'expérience humaine la plus commune, la fonction du manque.

La précarité se manifeste dans notre société, de façon multiple : individus avec des emplois instables, atteints de « mal-être », de dépressions, en manque de repère et sans projection dans l'avenir ; étrangers sans-papiers ou en situation irrégulière ; personnes déboussolées en exclusion sociale : SDF⁵⁵, RMIstes, chômeurs, intérimaires, intermittents du spectacle, citoyens vivant des revenus d'assistance ; consommateurs de cannabis ou de tranquillisants cherchant à l'aide de substances un semblant de réconfort ; enfants en échec scolaire et adolescents exposés à une pathologie familiale importante dont on interprète le manque de repères par une carence d'autorité sans y déceler un désarroi subjectif.

L'inscription symbolique de la personne dans le tissu social est un processus qui peut être corrompu par des carences affectives, des violences, des ruptures parfois dès l'enfance et qui font traumatismes. Le développement de la personnalité se construit sur des mécanismes d'adaptation comme la capacité à se projeter dans l'avenir, à nouer des relations durables, à faire usage de liens sociaux, demander de l'aide et supporter une relation de dépendance. Ainsi « les sujets en errance, dans l'espace et plus

⁵⁴ F. Ratier, juin 2007, « Abord clinique de la grande précarité », in *Les paradoxes de la liberté et le social*, revue Empan, n° 66, p.41

fondamentalement dans le lien social, le sont aussi et surtout par rapport aux grands repères symboliques » (le nom, l'histoire, les grands moments symboliques de la vie), ils se trouvent selon F. Ratier devant l'impossibilité à occuper une place stable dans le lien social. La présence librement consentie dans un centre d'accueil et d'hébergement peut permettre une prise minimale dans le lien social.

Hugo Freda⁵⁶ a nommé, « précarité symbolique » ce qui concerne aussi bien la position subjective des patients, que, le tissu social dans lequel les institutions se trouvent en difficulté pour faire face aux nouvelles modalités de souffrance. Pour l'individu, cette fragilité a comme conséquence une difficulté à tisser un lien social gratifiant, ce qui peut dériver à long terme vers la rupture : une marginalité inéluctable d'avec la communauté des hommes. La parole est alors le vecteur de l'expression individuelle qui pourra apporter au sujet une restauration possible de lien à l'autre.

F. Ratier expose son point de vue sur la grande précarité sociale, par son approche clinique de sujets dans ces situations : « La grande précarité sociale se double bien souvent d'une profonde fragilité symbolique. Mal inscrit dans les institutions sociales, le sujet peine à se fixer dans le lien social. La déprise contemporaine de la psychiatrie ne laisse au sujet que le seul recours des centres d'accueil et d'hébergement qui, sans en avoir les moyens matériels, inventent une clinique contemporaine de la précarité symbolique. »

Je considère qu'il est important d'avoir une approche clinique en CHRS selon les problématiques des personnes et les formes d'expression de leur mal être, de leur isolement, ou de leur errance. Cette perspective ouvre en effet à la prise en compte des éléments propres au sujet, tels l'origine sociale, une consommation abusive de drogues ou d'alcool, un bas niveau scolaire et culturel, un cumul de carences affectives, une difficulté à tenir un lien relationnel... La prise en compte de la personne ne peut se limiter aux seuls éléments liés à sa situation sociale. L'écoute de sa souffrance psychique dans un lieu social, comme l'est un CHRS, est aussi une manière de reconnaître la personne comme sujet social.

⁵⁵ Sans Domicile Fixe

⁵⁶ Hugo FREDA est psychanalyste (Ecole de la cause freudienne) et dirige le Centre Psychanalytique de Consultations et Traitement spécialisé, CPCT rue Chabrol à Paris, dont une des unités est spécialisée dans le traitement clinique de la précarité. Le traitement clinique est gratuit et dure 4 mois renouvelable une fois.

B) Restaurer le sujet

En faisant le lien avec les histoires et les récits que les usagers rapportent lors d'entretiens au CHRS, je rapprocherai ce concept de précarité symbolique, de ce qui est au cœur de leurs récits : la perte du lien identitaire, et le sentiment du vécu individuel « d'être en dehors de la société ». « Ces fictions qui nous tiennent, ces liens symboliques, ce sont des choses très profondes. Quelque chose de très profond est en jeu : l'exclusion comme défaillance de la subjectivité ; ce n'est plus l'individu exclu des rapports sociaux, c'est l'exclusion à l'intérieur du sujet » comme l'exprime M. Autès⁵⁷. L'exclusion, pour poursuivre dans l'analyse de M. Autès, est une « déliaison entre la sphère politique et la sphère économique et elle se joue « dans le symbolique ». Ainsi, il s'agit de cerner cet enjeu éthique qu'est la « restauration symbolique » dans laquelle le CHRS peut jouer un rôle pour un individu. P. Pelège⁵⁸ évoque cet aspect éthique par son analyse des temps de séjour en CHRS qui, de son point de vue, « participent à la réhabilitation sur le plan des identités personnelles et de l'image de soi. Il ne s'agit probablement que d'une étape [...], mais il semble que cette prise ou reprise de confiance en soi est un des éléments récurrents puisqu'elle permet le passage d'une position mésestimée, souvent humiliée, dévalorisée, à une position de revalorisation et d'une prise en compte des capacités des personnes, et non pas de leurs seules défaillances ou carences, ou manques de tous ordres. »

L'offre d'insertion d'un dispositif comme un CHRS s'inscrit dans une relation d'aide qu'une personne va accepter ou non, selon ses capacités d'engagement et d'adaptation, et selon sa propre temporalité. Chez des personnes refusant toute relation d'aide, et qui ont vécu des situations prolongées d'exclusion, la réponse d'un CHRS peut être source, pour certaines, d'une plus grande souffrance avec des effets sur leurs troubles psychiques et comportementaux.

C) Les changements de pratiques des acteurs du champ social et de la psychiatrie

L'activité psychiatrique hospitalière, auprès des personnes en situation de précarité, s'est spécifiquement organisée comme telle en l'an 2000, à la suite des directives ministérielles pour l'accès aux soins des personnes les plus démunies. A Toulouse, elle est née parallèlement au CHU et au CHS. L'essentiel de son activité est tourné vers le soutien aux équipes et en particulier celle de l'équipe mobile sociale.

⁵⁷ AUTÈS M., 2004, « Trois figures de la déliaison », in *L'exclusion, définir pour en finir*, p.13

⁵⁸ PELÈGE P., 2004, *Hébergement et réinsertion sociale : les CHRS*, p. 261

Je rappelle que le recours aux soins est, pour le public accueilli en CHRS, freiné par des facteurs exogènes (économiques, logement, droit...) et-ou endogènes (estime de soi, peur du médecin, du psychologue, déni...). L'évaluation des besoins en santé de la personne, de son mode de fonctionnement au regard de critères culturels, sociaux, de ses habitudes de vie et de sa vulnérabilité sont à repérer au cours de son séjour en CHRS. Amener des personnes à prendre conscience de leur état de santé, des conduites à risques qu'elles adoptent, à utiliser le réseau de soin de droit commun pour traiter ou prévenir une dégradation de santé est un axe de travail important en CHRS.

Dans le cadre d'une démarche d'insertion, la dégradation de la santé mentale constitue la dimension la plus délicate et la plus complexe à prendre en compte par la personne et l'équipe qui l'accompagne.

La souffrance psychosociale constitue depuis quelques années l'un des volets des politiques de lutte contre les exclusions, notamment celles consacrées spécifiquement à la santé des plus démunis (PRAPS)⁵⁹, à l'insertion ou via la politique de la ville. Elle fait l'objet d'actions multi partenariales dans le cadre de ces programmes régionaux de prévention. Les professionnels de la psychiatrie, et un grand nombre d'acteurs du champ social et médico-social, sont amenés à changer leurs pratiques professionnelles dans la question de la prise en charge de la souffrance psychique. Les actions conduites dans le cadre des PRAPS contribuent à produire ou restaurer du lien social, à refonder les sentiments d'appartenance, d'utilité et d'identité sociale de l'individu.

Dans le cadre de ce type d'actions, de 2001 à 2003, un médecin généraliste (femme) va exercer « une médecine sociale », au sein de l'établissement (et d'autres CHRS toulousains), non pas sous forme de consultations médicales mais sous la forme d'entretiens avec tous les entrants au Relais et sa participation aux synthèses des résidents. Cette expérience de pluridisciplinarité, très appréciée des éducateurs et de l'assistante sociale, amènera cependant une forme de confusion sur le rôle de ce médecin dans l'équipe. En effet, des éléments des pathologies des personnes consultées ont été exposés à une équipe de non soignants, sans aucun respect du secret médical, voire pour nourrir le « besoin de savoir » de travailleurs sociaux.

Le bilan de cette action a confirmé que la moitié du public accueilli au CHRS nécessitait des soins psychiques, et 15% des soins psychiatriques, 20% des soins dentaires et la moitié des soins médicaux.

L'intérêt de l'équipe socio-éducative à la prise en compte de la souffrance psychique dans l'accompagnement des personnes accueillies s'est trouvé entretenu par le positionnement de la psychologue du CHRS. Positionnée en interface avec le secteur de la psychiatrie,

⁵⁹ PRAPS : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins mis en place dans le cadre de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

elle recevait les personnes susceptibles d'être orientées vers des soins psychiatriques. Sollicitée pour un nombre restreint de résidents et dans une approche clinique réduite souvent à un diagnostic orientation, il m'est apparu nécessaire de resituer avec elle, sa place dans l'équipe et sa fonction, dans les réunions de synthèse et dans le cadre du suivi des résidents. La définition de son cadre d'intervention au CHRS ne devait plus se limiter à des entretiens avec certains résidents et à sa participation aux réunions de « synthèse » (point hebdomadaire et bilans socio-éducatif des usagers).

Faire exister des regards pluriels dans le cadre d'un accompagnement en CHRS est essentiel, pour le mieux être des usagers, et pour accompagner l'évolution nécessaire des pratiques des intervenants sociaux vers la production de plus de liens.

2.2.2 La prise en compte du temps dans l'accompagnement ou la quête du sens

Il y a déjà dix ans, dans le contexte où s'étaient construites les politiques sociales dont la loi de lutte contre les exclusions, l'insertion apparaissait dans les différentes mesures comme la trace de l'héritage socio-éducatif des années soixante dix. On s'éloignait de l'assistance, par une approche plutôt psychosociale individualisée, dans une temporalité différente du travail social traditionnel.

Au carrefour de trajectoires individuelles souvent chaotiques, les professionnels du secteur de l'insertion sociale multiplient leurs obligations de relations et de réactivité avec un environnement plus complexe (lois, droits individuels), et incertain, économiquement et socialement. Cela peut aboutir à une impasse dans la relation d'aide. Les usagers sont plus largement touchés par des phénomènes d'exclusion multifactorielle et leurs attentes à l'égard du travailleur social ont changé.

Le sens et la conception, autant de la relation d'aide que de l'insertion, déterminés par la catégorisation des publics et par des modalités d'approches dans les actions, plutôt psychosociales, interroge la fonction du travail social dans sa dimension individuelle, collective, et dans sa temporalité.

L'insertion étant prise dans une logique du temps court, du résultat immédiat, l'objectif d'une insertion durable est paradoxal. La conception dominante de l'insertion sur un mode normatif visant à insérer un individu dans la société en l'aidant à adapter ses caractéristiques pour se rapprocher des normes établies, s'est trouvée opposé à un accompagnement social individualisé conjuguant continuité et globalité nécessaires dans une temporalité différente et selon les ressources possédées par chaque sujet.

La souffrance des individus est venue interroger les acteurs de l'insertion sociale dans la prise en compte de leur demande d'aide autour d'une solitude mal vécue, d'une incapacité à se situer dans le présent et à se projeter dans l'avenir.

Par ailleurs le principe de continuité de la prise en charge, établi sans repère de coopération et de coordination interservices en interne et en externe, est à considérer en amont et en aval du temps de séjour au CHRS. La mise en œuvre de ce principe de continuité dans un parcours d'insertion problématique pour certains usagers du CHRS révèle des incohérences institutionnelles, administratives, professionnelles entre les divers acteurs des secteurs de l'insertion sociale, professionnelle ou du soin.

2.2.3 L'isolement : avant et après le séjour en CHRS, une rupture ?

A) Disqualifiés et vulnérables

Les concepts de "déclassement", selon P. Bourdieu, ou de "disqualification sociale", selon S. Paugam ou encore de "désaffiliation" selon R. Castel, montrent mieux comment de plus en plus de personnes, qui se trouvent en situation de grande vulnérabilité sociale, finissent pas se trouver "déclassées" ou "disqualifiées" en tant que membres de leurs catégories initiales d'appartenance. Toutefois le manque d'insertion souligné par les différents schémas d'analyse ne peut pas correspondre à une non-appartenance absolue, d'autant que la vulnérabilité est conçue comme un espace intermédiaire situé entre l'intégration et la désaffiliation. Le manque de sécurité primaire, le sentiment de vide intérieur, éprouvés par la plupart des personnes en situation sociale précaire, l'éloignement géographique, culturel, familial pour les publics d'origine étrangère que nous accueillons au CHRS, illustrent cette position de vulnérabilité occupée par des personnes qui ont été intégrées.

On est ainsi en droit de s'interroger sur l'existence de formes d'appartenance parallèles exprimant une vulnérabilité sans pour autant suggérer une désaffiliation. Pour ce faire, il faut abandonner la question sociale pour celle du sens et admettre que si les personnes vulnérables ne sont pas désaffiliées, c'est qu'il existe des liens leur conférant une identité et structurant leur vie quotidienne. Les traces de l'affiliation se dérobent derrière les masques de la vulnérabilité relationnelle. Ces deux mouvements pensés en termes opposés ne s'annulent pas mais se complètent. Ils représentent les deux faces d'une même réalité.

Le premier est placé sous le signe du manque. Il définit la vulnérabilité relationnelle en fonction d'une zone d'intégration, et s'oriente vers l'étude sociologique des modes de fragilisation analysés à partir de l'évolution des collectifs primaires, du capital social, des morphologies de réseaux et des processus de distanciation de liens sociaux.

Le deuxième identifie la vulnérabilité relationnelle en fonction d'une zone de désaffiliation et cherche, grâce au regard anthropologique, à démasquer les traces de l'affiliation. Les modes d'appartenance se déplacent, les semblables se substituent aux « proches », et deviennent essentiels. La vulnérabilité dans l'appréhension des événements de la vie, la perte de repères qui ponctuent le quotidien social, les problèmes d'autonomie dans la prise en charge de ses besoins et d'inscription dans une sphère sociale normée, caractérisent transversalement les problématiques des personnes accueillies au CHRS. La précarité économique, l'exclusion du système scolaire, la désaffiliation, l'incarcération, les facteurs psychiatriques, familiaux, les conduites addictives, l'isolement sont autant d'éléments déclencheurs, mais d'autres facteurs peuvent aussi être explorés, par exemple, l'ennui, l'anxiété, l'absence d'échanges sociaux.

L'exclusion sociale en tant qu'attribut individuel se concentre directement sur la nature de la vie des gens. Les personnes ou les groupes exclus sont considérés comme étant dans une situation défavorisée, tout comme ceux qui disposent de bas revenus, sont estimés comme désavantagés. Mais l'utilisation de la notion d'exclusion sociale va au-delà de la définition étroite de la pauvreté, considérée comme une insuffisance de revenus ou de biens matériels. Qualifier des personnes de « socialement exclues » suggère qu'elles sont d'une manière ou d'une autre socialement isolées, que leurs rapports avec la société ont été fragilisés. Les exclus de la société peuvent avoir perdu leurs liens avec la famille, la communauté locale, les associations, les syndicats ou même la Nation. Ils peuvent aussi être défavorisés du point de vue de l'étendue de leurs droits ou de leur capacité à les exercer. Cette perspective considère que la vulnérabilité individuelle est une situation multidimensionnelle et, par opposition aux notions traditionnelles de niveau de vie et de pauvreté, combine les aspects du désavantage social liés à la consommation et à l'emploi. Finalement, elle met l'accent non seulement sur la dynamique de causalité cumulative, en décrivant les réactions positives susceptibles de renforcer un désavantage et de le rendre irréversible, mais également sur les facteurs qui peuvent court-circuiter les processus de marginalisation et de désaffiliation sociale. Cette manière de décrire le désavantage social dirige donc l'attention sur la capacité des gens à modifier leur position au sein de la distribution du revenu et de la hiérarchie sociale, ainsi que sur la forme même de cette distribution et de cette hiérarchie. Elle soulève des questions quant à l'opportunité de politiques sociales basées sur l'assurance contre les risques et les fluctuations cycliques de l'activité économique, pour faire face aux nouveaux types de désavantages sociaux.

B) Les ruptures en question

Serge Paugam caractérise la question de la rupture des liens sociaux comme au-delà de la crise du lien social, notion devenue selon lui, dans le sens commun, comme caractéristique de tous les problèmes de société. Il spécifie trois types de liens sociaux : le lien de filiation, le lien d'intégration et le lien de citoyenneté.

Le lien de filiation est lié au concept sociologique de socialisation. Ce lien est primaire, non choisi et rattache à une origine sociale. C'est également la transmission des *habitus*, d'un héritage culturel. Il est aussi appartenance, attachement dans la dimension de l'affectif, des émotions, pulsions d'attachement. Ce lien de filiation est essentiel et premier. Les origines des ruptures de ce lien peuvent être diverses : placement, rejet, abandon, décès... A partir de ces ruptures, les pulsions d'attachement ne seront jamais satisfaites et la recherche idéale et illusoire d'une « figure dominante d'attachement » sera permanente.

Le lien d'intégration met en relation l'individu avec d'autres instances de socialisation, d'autres savoirs et d'autres manières de se comporter : école, activités sportives et culturelles, travail. Ce lien est un processus qui ne se termine pas, qui nous fait exister en tant qu'être social, par le regard et la reconnaissance de l'autre, qui construit notre identité par le rapport à l'autre, individu et groupe. Les ruptures de ces liens sont le chômage, l'échec scolaire, l'emprisonnement... Il peut également y avoir une intégration disqualifiant l'individu comme dans un emploi précaire.

Le lien de citoyenneté est flou et abstrait. Il unit les individus dans une identité commune, celle d'appartenir à la même nation. Il est comme une transcendance, un dépassement de droits et de devoirs. Les devoirs du citoyen sont multiples comme respecter la loi, les institutions. Ses droits sont également divers et complexes comme les droits sociaux.

La rupture du lien de citoyenneté est par exemple la perte des papiers, les discriminations raciales, rejetant le « différent » dans une sous citoyenneté, la non inscription sur les listes électorales...

Dans les différentes ruptures, leurs causes objectives peuvent renvoyer ou conduire à des vécus subjectifs de la rupture, de souffrance, de douleur et d'angoisse. Il peut y avoir des ruptures cumulatives, une rupture qui en enchaîne d'autres comme l'instabilité professionnelle peut engendrer l'instabilité conjugale.

L'approche des sentiments d'isolement vécu et de peur qui s'y rattache, se traduisent chez les personnes que nous accueillons au CHRS, dans les récits qu'ils livrent à notre écoute. Dans ces récits de vie de l'avant et du « maintenant », les ruptures de tout ordre sont présentes. Ils manifestent un grand désarroi, pour certains une détresse psychique, qui les plongent dans des formes de réactions ou de manifestations variées : l'inhibition qui paralyse l'élaboration de projet, la tristesse et l'anxiété comblées bien souvent par

des traitements médicamenteux, la honte de n'avoir ni place ni ressource, l'inscription de leur vie dans « l'instant présent ».

L'importance du maintien des liens familiaux, comme ceux de filiation, est en voie de réflexion au Relais. Les transformations de l'approche des problèmes rencontrés par les pères pour recevoir ou voir leurs enfants, se traduisent par la modification de leurs conditions d'accueil. Ainsi, un bilan réalisé fin 2006, à partir de l'expérimentation des deux appartements extérieurs, a permis de mettre en exergue que cette forme d'hébergement avait favorisé la restauration ou l'entretien des liens filiaux.

2.3 De l'institution CHRS au dispositif CHRS

2.3.1 Histoire et traditions : l'héritage

De 1950 à 1985, les CHRS auront principalement une fonction intégrative ou protectrice. Cette fonction évoluera vers une plus grande prise en compte de la personne, dans sa globalité, et de sa situation de détresse sociale, autant dans les intentions des politiques sociales que dans celles des acteurs de terrain que sont les travailleurs sociaux.

Toutefois, nous pouvons constater que l'héritage de la notion d'assistance marque dans les CHRS les relations entre les professionnels et les personnes accueillies. Les critères d'objectivation de la misère –«être sans»-, demeurent le fondement de l'assistance, avec ses disqualifications institutionnelles. Etre sans logement, sans travail, sans ressources, oblige un sujet à demander secours et assistance.

Le secours et l'assistance font appel à un déséquilibre dans la relation, entre celui qui en est « l'objet », et son existence en tant que sujet avec sa problématique et sa singularité.

Recourir à l'assistance représente, pour bon nombre de personnes, un passage vers une position d'assisté, de passivité qui entrave pour une part l'expression de compétences sociales et du potentiel d'expression personnelle. Cette position paradoxale de l'utilisateur en CHRS pose la question dans ce type d'intervention sociale de la position des professionnels qui peuvent entretenir une forme de dépendance des usagers.

Il s'agit là de questionner le modèle approprié par la culture professionnelle des éducateurs, qui passe d'un modèle centré sur la pratique éducative, au même modèle pour mettre en œuvre l'intervention sociale auprès d'adultes.

Tout d'abord, dans le cadre d'accueil en collectif, des habitudes prises par les professionnels qui exercent au CHRS depuis plus de dix ans, sont entrées dans les règles de vie de l'établissement, comme la limitation des heures de retour le soir, le contrôle des

présences et absences des résidents (une surveillance discrète mais permanente jour et nuit). La promiscuité avec l'ensemble des résidents, notamment dans le cadre de l'internat, la cohabitation forcée, le manque d'intimité, peuvent s'avérer insupportables pour certains d'entre eux. Le manque de souplesse dans cette forme de fonctionnement a pu en accroître les tensions. Cela démontre le paradoxe d'une institution qui vise l'insertion sociale, et a trouvé son régime interne de fonctionnement, ses règles propres, et qui s'organise, pour une part, en dehors de la société globale.

Les éducateurs, inscrits dans leurs pratiques dans une logique interne, les conditions d'accueil ne fournissant pas les conditions de droit commun pour parvenir à la responsabilisation et à l'autonomie des personnes accueillies, le projet individualisé n'ayant pas de consistance, l'efficience du dispositif est en péril.

Au CHRS, le travail d'accompagnement est dénommé « accompagnement socio-éducatif » et est vu dans ce contexte comme un objectif global. Il s'inscrit dans une relation d'un adulte à un autre adulte. L'un étant en souffrance et l'autre, le professionnel, investi d'un « pouvoir », celui de l'aider dans sa souffrance. La position de domination existe de fait dans le fonctionnement institutionnel de la relation entre le professionnel et l'utilisateur. La relation interindividuelle s'appuie ainsi sur une asymétrie.

Certains usagers tentent alors de se mettre dans une position d'évitement à la relation d'aide, ils évitent les entretiens, ne livrent rien de leurs projets, fonctionnent en « utilisateurs » de l'hébergement social, pour ne pas être pris dans cette relation. Cette position interroge le sens de l'hébergement, de l'aide sociale proposée, dans sa subordination à une aide matérielle, mais aussi l'obligation que l'établissement a de rechercher la participation et l'avis des personnes concernées, pour toutes les questions relatives à leur séjour en CHRS.

L'implantation d'appartements extérieurs va débiter, un passage vers une ouverture externe et un détachement des éducateurs, dans des missions beaucoup plus centrées sur l'accompagnement et le suivi des usagers en milieu ordinaire. Cette expérimentation permet d'évaluer pour la personne en situation d'occuper un logement, sa capacité à vivre seul, à organiser sa vie quotidienne, à lier des relations avec autrui. L'équipe du CHRS s'est montrée d'abord hostile aux changements de ses pratiques d'évaluation subjective, des attentes des usagers, en termes d'accès à cette formule d'hébergement. En 2007, l'évaluation des prestations et les préconisations de changements indispensables pour actualiser le fonctionnement à l'augmentation du nombre de places en formule d'appartements éclatés, ont abouti à un engagement de l'équipe socio-éducative sur la prise en compte des demandes des résidents.

2.3.2 Les difficultés de l'évaluation

Le projet actuel du CHRS, conçu en 2004 et finalisé en 2005, se situe davantage dans l'adaptation que dans l'innovation. La démarche d'évaluation interne va induire une dynamique de mobilisation et de revisite de ce projet écrit en 2004.

Des investissements humains, techniques et financiers en formation continue ont été réalisés en 2000 (la démarche qualité), puis fin 2004 et en 2005 (l'évaluation interne).

Les productions concernant la démarche qualité n'ont pas été utilisées. Les procédures qui y avaient été déclinées, ainsi que la démarche co-productive qui avait été initiée dans le déroulement de la formation, n'ont pas eu d'impact sur le fonctionnement global du CHRS. Ni les résidents, ni le Conseil d'Administration n'y avaient été associés.

Le cloisonnement, entre service éducatif de jour, services généraux et service de nuit, s'est maintenu. La prééminence de la gestion du quotidien par l'équipe socio-éducative s'est sans doute renforcée trouvant, par le biais de « procédures », les moyens de contrôler le travail des collègues...

Pour la démarche d'évaluation interne, celle-ci s'est réalisée avec un autre CHRS du Tarn et Garonne, en 2004, après le changement de directeur où deux groupes avaient été constitués : les directions et les équipes d'accompagnement socio-éducatif. Un référentiel d'évaluation des prestations a été réalisé par chacun des CHRS en fonction de ses spécificités d'accueil. Les équipes de direction ont travaillé sur des modalités d'évaluation de l'organisation, et des ressources humaines, comme la mise en œuvre d'entretiens annuels d'évaluation des salariés.

Cette démarche à laquelle j'ai participé, m'a permis de mieux identifier les points d'un diagnostic global, des changements à opérer, et les engagements d'amélioration à apporter dans la qualité de l'accompagnement et des conditions d'hébergement des usagers.

En confrontant nos pratiques de direction, j'ai fait « la rencontre » du directeur avec lequel je travaillais depuis peu. Le pilotage très à distance du projet du CHRS qu'il avait initié, ne lui permettait pas de développer une stratégie de direction où ses décisions étaient pérennes. Privilégiant l'aspect gestionnaire, la dimension stratégique, pédagogique et de veille institutionnelle lui échappaient pour entrer dans la phase d'équilibre de l'organisation. Je situe cette phase en référence à Jean Marie Miramon qui propose une vision des organisations en 3 cycles de vie : la création caractérisée par le développement et l'innovation ; l'équilibre où le projet, la stratégie et la gestion se développent, et enfin le déclin caractérisé par l'élitisme.

Les points de fragilité de l'organisation du CHRS concernaient, à la lumière de ce diagnostic partagé avec le directeur, puis les différents services, le management global du

projet, le droit des usagers, la diversification des modes et modalités de prise en charge. La mise en œuvre d'une stratégie de direction qui permette de mieux définir les délégations, les missions, places et fonctions de chaque professionnel était nécessaire pour assurer une transition d'une logique interne vers des logiques internes et externes, de demande et de besoin, de parcours et d'insertion, d'usagers sujets et acteurs de la démarche d'accompagnement et associés aux décisions.

2.3.3 Le fonctionnement en partenariat et en réseau

La relation du CHRS à l'environnement apparaît distribuée à partir d'enjeux de pouvoir que certains des professionnels, en interne ou en externe, détiennent.

Les représentations des uns ou des autres, de leur mission, de leur place dans l'organisation qui les emploie, de leur connaissance parfois dépassées parce que non renouvelées, de ce que « l'autre fait », influencent la vision d'un partenariat possible, attendu ou rejeté.

A) Le CHRS et la psychiatrie publique

Les CHRS peuvent bénéficier de différentes conventions, avec la psychiatrie publique ou avec d'autres partenaires.

Selon Marcel Jaeger⁶⁰, « plusieurs rapports officiels ont souligné que les établissements d'hébergement étaient particulièrement démunis face aux problématiques psychiatriques » et que les résidents admis après une hospitalisation, mériteraient un meilleur suivi sur le plan psychiatrique.

A Toulouse, les CHRS qui ont signé une convention avec le secteur psychiatrique, ont choisi de travailler avec le secteur sous la forme d'un soutien aux équipes, assuré par l'Équipe Mobile Spécialisée Psychiatrie Précarité. Ce soutien se réalise sous forme de « groupe d'analyse de pratiques ». Avec le directeur de l'Association, nous avons envisagé de proposer un travail de supervision à l'équipe du CHRS. Toutefois, au regard du positionnement clinique des deux psychiatres animateurs de ce réseau, nous n'envisageons pas de faire appel à eux, car leur mode d'approche ne correspond pas à nos attentes.

Les équipes des secteurs du CHS⁶¹ Marchant de Toulouse sont par ailleurs très impliquées dans les liens entretenus avec les structures d'accueil et d'accompagnement social, par un travail de mise en lien avant ou après une hospitalisation d'un patient.

⁶⁰ JAEGER M., 2006, *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*

⁶¹ CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

Au CHRS Le Relais, l'adresse d'un résident pour une démarche de soins, vers la psychiatrie de secteur, s'effectue vers le réseau constitué d'équipes de soins spécialisés par le support de l'équipe et en particulier de la psychologue clinicienne. Ce réseau informel avec la psychiatrie de secteur, repose évidemment sur un engagement relationnel personnalisé. Il permet de privilégier, la diversité de points de vue sur la singularité d'un sujet, et d'assurer une dynamique dans les rencontres et les temps de régulation nécessaires entre intervenants, dans le cadre de suivi individualisé, pour rester en prise permanente avec les personnes qu'il s'agit d'aider. Il en est de même lorsqu'une équipe du CHS oriente, à sa sortie, un patient vers le CHRS, pour lequel un temps et un espace dans un lieu d'accueil social, est nécessaire. Nous travaillons dans ce double sens, avec certains praticiens en psychiatrie, pour des personnes dont la fragilité psychique nécessite des points d'appui pour qu'ils se lient ou se relient à un environnement social.

Le travail de mise en lien et de réseau, quand se mêlent souffrance psychique et précarité, va tendre vers la reconstruction d'une identité sociale perdue. La communication dans le réseau ne concerne, le plus souvent, que les individus. La notion de projet qui inclut une dimension globale dans l'approche de la personne doit être réintroduite. Ainsi, la nature des interventions avec l'ensemble des partenaires institutionnels, nécessite d'être définie, lorsque la précarité sociale d'une personne se double d'une santé mentale défaillante, pour que les objectifs d'un mieux être social et psychique s'inscrivent dans une complémentarité d'actions et non dans des oppositions institutionnelles.

Il s'agit bien, dans notre pratique actuelle, au CHRS, de poursuivre un tissage relationnel, pour et avec les personnes relevant de soins spécialisés, soins que la psychiatrie est à même de leur dispenser. Cette aide se doit d'être basée sur des relations de confiance avec des équipes de psychiatrie, et passe par une meilleure connaissance de nos façons de travailler et un positionnement dans la complémentarité des actions. Il ne s'agit nullement de recourir à une réponse à « la souffrance psychique » par une sollicitation non éclairée d'équipes de soignants. Même si la « souffrance psychique » fait partie de la demande sociale envers la psychiatrie, il est important de solliciter ces espaces de soins lorsqu'il s'agit de restaurer un sujet et de l'aider à retrouver sa capacité à agir.

B) Les services sociaux

Le tissage de liens avec le CCAS, les centres médico-sociaux, l'ANAEM⁶², la Caisse d'Allocations Familiales, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), s'appuie sur la

⁶² Agence Nationale d'Aide aux Emigrants et aux Migrants, ancien Service Social d'Aide aux Emigrants (SSAE)

mise en place, à l'initiative de la CPAM, d'un réseau de lutte contre les exclusions. Face à un public varié et parfois difficile à atteindre du fait du parcours souvent fait de ruptures avec les institutions, la CPAM travaille ainsi avec l'aide de partenaires, en contact quotidien avec ce public, pour lui permettre d'accéder aux droits sociaux, à la protection sociale et aux soins.

Cette expérience unique regroupe, depuis 1998, divers acteurs institutionnels, associatifs, exerçant dans le domaine de la santé et de l'insertion sociale. Des rencontres sont formalisées entre les partenaires et sont l'occasion de développer questions et réflexions, nourries d'expériences de terrain, pour améliorer les actions de chacun dans la prévention ou le traitement de la précarité. Une charte, établie en septembre 1998, a pour vocation d'optimiser la collaboration entre ces différents partenaires, dans le cadre de leurs missions respectives, et de définir des objectifs opérationnels dans leur contribution à la lutte contre les exclusions.

L'organisation du réseau contribue très favorablement depuis sa création, à un enrichissement mutuel. Les temps, d'informations et d'échanges de connaissances techniques et pratiques, concourent à la construction de moyens plus efficaces qui s'inscrivent dans un processus de coopération.

Des relais dans l'accompagnement social, de personnes précaires, ont pu être ainsi plus efficaces. Un traitement personnalisé, des difficultés sociales ou de santé, place les divers acteurs de ce réseau, dans une dynamique contributive, dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions.

L'assistante sociale du CHRS s'est impliquée dans ces réunions. Elle a ainsi développé, pour régler des problèmes particuliers et individuels, ce maillage de son activité sociale dans un réseau élargi. J'ai considéré qu'en participant également à ces réunions, il me serait possible de relayer les informations et les contacts établis, par le vecteur de ce réseau, au niveau de l'ensemble des activités de l'association.

Au-delà de l'opérationnalité éventuelle de ma démarche, j'ai tenu à prendre en compte la reconnaissance de l'Association, dans l'environnement local, comme ne se limitant pas au seul CHRS.

C) Le réseau de la Fédération

Après avoir mieux intégrée mes fonctions, dans cette association, la dynamique d'ouverture vers les réseaux externes dont celui de la FNARS m'a attirée.

Les ressources documentaires, les moyens institués par la fédération pour permettre à de petites associations que l'on retrouve dans le secteur de l'insertion sociale et de l'insertion professionnelle du secteur de l'IAE (Insertion par l'Activité Économique), de mutualiser leurs expériences ou de se rencontrer sur des sujets demandant une expertise ou une

représentativité, contribuent à nourrir nos réflexions à l'interne et à soutenir les besoins de connaissances des professionnels et de reconnaissance des usagers.

L'organisation d'une action de formation pour les missions locales de Toulouse, en 2007, à partir d'une commande de la FNARS, à notre structure d'hébergement, a constitué une expérience, pour l'ensemble de l'équipe du CHRS, de transmission, et donc de distanciation, de son expérience dans le secteur de l'insertion. Les attentes et les questions soulevées, pour la préparation et la réalisation de cette journée, ont réactivés le besoin de chacun de mieux se connaître. Ceci a déclenché une meilleure appréciation de l'opportunité de faire appel à un CHRS pour les référents des missions locales et pour les éducateurs de l'établissement, la mise en œuvre d'une collaboration plus proche avec la mission locale, lors de l'accueil d'un jeune au CHRS. Cette expérience, d'un processus de coopération pédagogique et opérationnel, a conduit une partie des professionnels du CHRS, à souhaiter élargir les connaissances d'autres partenaires et associations, sur les thématiques du logement, du soin et de l'hébergement d'urgence.

La mise en œuvre des conditions favorables à la co-construction d'un processus dynamique d'insertion pour des personnes vulnérables demande la concrétisation d'une évolution culturelle et contextuelle. Cette évolution vise à inscrire le CHRS dans son environnement et dans un réseau coordonné d'acteurs de l'insertion sociale et bien sûr à répondre aux exigences en partie déterminées par ses usagers. Des moyens d'actions sont à envisager pour faciliter l'émergence d'un sujet acteur⁶³ et autonome et l'expression de besoins exprimés articulés en demandes spécifiques, au-delà de la subjectivité et de la normalité. Chez certaines personnes accueillies au CHRS, la dégradation de la qualité et de l'intensité du lien social, est également à considérer au regard de sa déconstruction liée à divers facteurs, suite à des événements qualifiés de ruptures.

Comme je l'ai exposé, la faiblesse du travail en partenariat, le manque de respect du droit des usagers, les difficultés rencontrées par l'équipe du CHRS pour concevoir des modalités d'hébergement plus diversifiées et répondant mieux aux attentes des personnes accueillies, sont des carences dans le fonctionnement et l'organisation de cet établissement.

A partir de ce diagnostic en termes d'enjeux, je considérerais que l'évolution de la commande sociale et de l'organisation de l'offre de services sur le territoire local ainsi que la qualité des professionnels en interne, seront des points d'appui pour faire évoluer les

⁶³ Dans son sens sociologique, ce terme qualifie l'autonomie et le pouvoir de faire, de proposer ou de réagir à des contraintes. Il est associé au concept de rôle, qui qualifie la créativité de la personne dans les situations et sa force d'innovation et de changement.

modalités d'accompagnement et les prestations aux usagers actuels et potentiels du CHRS. La valorisation de la dynamique associative par la réaffirmation de son action politique est aussi à prendre en compte dans la perspective de promotion d'initiatives à déployer dans le contexte actuel des besoins non couverts localement et d'un environnement social et économique incertain.

3 Propositions pour améliorer l'accompagnement des personnes accueillies au CHRS

Les axes d'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement, au CHRS Le Relais, sont dynamisés par l'évolution des pratiques, dans le secteur de l'aide à l'hébergement, ainsi que par la relance de la politique de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes en situation sociale difficile. Accompagner des changements de logique impliquant l'ensemble des acteurs professionnels et bénévoles de l'Association pour l'intérêt des usagers, est une étape du travail dans laquelle je me suis engagée.

L'offre de prestations se doit d'être de plus en plus variée et personnalisée, pour correspondre aux besoins d'un public diversifié, ce qui est tout à fait dans l'esprit de la loi du 2 janvier 2002, et peut s'inscrire dans des perspectives de continuité de la prise en compte que de récents engagements politiques viennent confirmer, comme prioritaires, pour les personnes sans abri ou sans logement.

L'inscription des personnes, dans un parcours leur permettant d'accéder à un logement adapté, à leurs ressources, à leur problématique personnelle, à leur potentiel d'insertion ou de réinsertion, est une priorité, et incite à construire des repères structurants pour l'équipe et ses partenaires extérieurs ainsi que pour les personnes accueillies.

3.1 Améliorer l'accueil et l'accompagnement du public du CHRS

La loi 2002-02 permet de saisir l'occasion d'aborder de nouveaux droits et outils au service des personnes accueillies, comme fondements des actions et finalités de l'association, et, soutenir des orientations qualitatives de même que des choix éthiques.

3.1.1 La qualité de l'accompagnement des bénéficiaires

La promotion des droits des usagers est un volet que j'ai souhaité examiner dès mon arrivée dans cet établissement en 2005.

Les points suivants nécessitaient de faire l'objet de mesures d'amélioration :

- la mise en place de contrat de séjour

- l'information dispensée à l'utilisateur : livret d'accueil, règlement de fonctionnement et sa capacité à faire usage de ses droits et à connaître ses obligations
- la participation de l'utilisateur au fonctionnement par la mise en place d'une forme de participation
- l'accessibilité de l'utilisateur à son dossier
- l'appréciation des besoins
- la formalisation interne de repères éthiques et déontologiques
- les procédures d'admission

La mise en place de contrat de séjour

Le soutien des ressources documentaires de la fédération régionale, le partage de documents initiés et conçus dans d'autres CHRS, une trame que j'ai réalisée et soumise à amendements et corrections, à partir des réflexions recueillies auprès de chaque professionnel exerçant au CHRS, lors des réunions d'expression de résidents ou d'entretiens individuels avec eux, ont fait l'objet ensuite d'un document retenu et validé par le directeur, puis le Conseil de l'Administration. Le contrat de séjour est utilisé depuis juin 2007, lors de chaque admission au CHRS⁶⁴. Il présente l'intérêt, malgré ses imperfections, d'être le point d'appui à des entretiens que je conduis individuellement avec les résidents, sur leurs attentes et la satisfaction de leurs besoins, par des prestations proposées par le CHRS.

Ce contrat favorise, depuis qu'il est en usage, une clarification sur les conditions d'accueil, et a permis de soutenir l'augmentation du nombre de résidents redevables d'une participation financière réglementaire qui s'en acquittent. Cette augmentation des recettes annuelles (recettes en atténuation) liées à la participation financière des résidents est de l'ordre de 50% supérieure en référence aux années antérieures à 2005.

Le document à annexer au contrat de séjour, sous forme d'un avenant, comportant les objectifs de l'accompagnement proposé au CHRS et les prestations adaptées à la personne, requérait une approche distanciée des pratiques professionnelles en usage au CHRS à l'égard des résidents. C'est donc dans la poursuite de cet aspect des objectifs et des moyens mis en œuvre, dans un accompagnement personnalisé, que le travail d'équipe sur le projet individualisé a pris son sens. L'accessibilité de l'utilisateur à son dossier a été le point d'entrée pour aborder le sens du projet individualisé.

L'information dispensée à l'utilisateur : livret d'accueil, règlement de fonctionnement et sa capacité à faire usage de ses droits et à connaître ses obligations

⁶⁴ Annexe 2 : contrats de séjour

J'ai pu constater que les questions que j'ai soulevées, à la lecture du premier livret d'accueil et du règlement de fonctionnement, qui existaient en 2005, ont introduit une remise en question de la place donnée par « l'institué » aux personnes accueillies. Le droit évoqué dans ces documents se résumait à l'accès à l'Aide Sociale et à la soumission attendue à des règles de fonctionnement anciennes.

Le livret d'accueil a donc fait l'objet d'une actualisation dans sa présentation de l'établissement. Quant au règlement de fonctionnement, c'est à partir de l'évaluation des prestations engagée au cours de l'année 2006, et de la mise en œuvre de la participation des usagers à des groupes d'expression, qu'il a été adapté à l'évolution du fonctionnement du CHRS.

Par ailleurs, en améliorant l'organisation des différents services et en mettant en place des réunions identifiées dans leur contenu et leur fréquence, cela m'a permis de lier les remarques et avis de l'ensemble du personnel, sur les incidents signalés, et les améliorations possibles du fonctionnement à réaliser. L'amélioration continue de la qualité, ainsi visée, a trouvé un sens partagé par l'ensemble des professionnels du CHRS et permis, à chacun, dans sa place et sa fonction, d'apporter sa contribution.

La participation de l'utilisateur au fonctionnement par la mise en place d'une forme de participation

L'Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM)⁶⁵ a publié, le 14 mai 2008, ses deux premières recommandations. La première, et la plus large, porte sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Les principes de conduites applicables comme la démarche participative « intégrée, structurée, impliquant les instances décisionnelles », « éthique et déontologique », menée en mode projet, sont définis dans ce document. Le sens de l'évaluation interne est de permettre d'apprécier les pratiques professionnelles, dans « la cohérence, la pertinence, l'efficacité et l'impact des actions produites ». L'évaluation interne vise également « à éclairer les tensions : entre les objectifs de politique publique, le projet de l'organisme gestionnaire, le projet d'établissement ou de service, les projets individuels, les impacts produits, les besoins et attentes des usagers ». Nous sommes engagés dans cette démarche depuis un an et les préconisations pour améliorer l'organisation et la qualité du service rendu aux usagers.

L'ANESM recommande également, de porter une attention particulière à l'effectivité des droits des usagers, à l'insertion de l'établissement ou du service dans son environnement,

⁶⁵ L'ANESM, créée par la loi du 21/12/2006 de financement de la Sécurité sociale, a pour mission d'élaborer des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles, en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations.

au contenu et aux modalités de mise en œuvre du projet d'établissement, ainsi qu'à l'organisation et au fonctionnement de la structure.

La seconde recommandation de l'ANESM porte sur « l'expression et participation des usagers relevant du secteur de l'inclusion sociale » dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), centres d'hébergement d'urgence (CHU). Outre un rappel sur le bien fondé des pratiques participatives prévues par les textes, cette recommandation détaille de façon opérationnelle les différentes modalités de mise en œuvre de la participation des usagers : les conditions de la mise en place de dispositifs participatifs, le fonctionnement du conseil de vie sociale (CVS), la mise en place et le fonctionnement des groupes d'expression, des groupes projets ou initiatives ainsi que les différents dispositifs de recueil de l'opinion.

Au CHRS Le Relais, la mise en œuvre de la participation des usagers au fonctionnement s'est concrétisée, en 2007, par la mise en place de réunions trimestrielles de groupe d'expression, organisées par l'équipe socio-éducative. La formalisation des modalités de participation des usagers a permis d'appréhender le concept de participation de l'utilisateur à la vie collective. L'appréhension de ce concept par l'équipe éducative comme une pratique potentiellement dangereuse, « démagogique », inutile, inadaptée au contexte d'un CHRS n'avait pas pu être discutée auparavant. Cependant, les réunions de travail avec l'équipe socioéducative et la volonté de la direction, ont permis de dépasser ces représentations. Des apports informatifs sur la mise en œuvre de cette modalité de participation, dans d'autres CHRS, ont contribué à aménager cette formule de groupes d'expression.

A partir d'un ordre du jour élaboré par les éducateurs, les résidents sont conviés à un échange d'informations et de points de vue sur le fonctionnement du CHRS. Leurs questions et suggestions de thèmes à traiter ont fait l'objet d'un recueil préliminaire et la réunion fait l'objet d'un compte rendu écrit affiché et conservé.

Le cadre préparé, régulier et convivial autour d'un « goûter », a vu un nombre grandissant d'utilisateurs prendre la parole devant les autres, et se montrer en capacité d'apporter des réflexions personnelles pouvant améliorer le fonctionnement de la vie en collectivité. C'est à l'occasion de la préparation et de la tenue de ces réunions que le règlement de fonctionnement a été complètement remanié. Les éducateurs se sont retrouvés en situation d'interroger leurs positions et de prendre en compte l'avis des résidents.

Au cours de la formation à l'évaluation interne, c'est à l'occasion de l'élaboration du référentiel d'évaluation des prestations, que le recueil des opinions individuelles des usagers, a été construit, sous la forme d'un questionnaire ouvert, à utiliser lors

d'entretiens individuels, pour permettre l'expression d'avis ou de motifs de satisfaction ou d'insatisfaction.

Quelle que soit la forme de participation privilégiée, groupe d'expression ou recueil d'opinions par questionnaire individuel, elle doit être encouragée et maintenue dans le temps par la volonté de la direction.

L'accessibilité de l'utilisateur à son dossier

Pour préparer, dans de bonnes conditions, cette obligation réglementaire, l'analyse des écrits professionnels en usage au CHRS, leur contenu et leurs destinataires, ont fait l'objet de mon attention. J'ai soumis mes réflexions au directeur, et nos échanges à partir de l'animation de diverses réunions de fonctionnement et de services, nous ont conduit à proposer une action de formation en intra, sur les écrits professionnels et le dossier de l'utilisateur, à l'ensemble des professionnels, en situation d'accueil ou d'accompagnement social, au sein de l'association. Cette action de formation, inscrite au plan de formation 2007, nous a fait rencontrer trois organismes qui pouvaient répondre à notre commande. C'est le Collectif Saint Simon d'Albi, qui, pour un budget de 2500 euros, allait assurer l'action demandée à partir de décembre 2007. Six séances de travail, à un mois d'intervalle, auxquelles se sont retrouvés les éducateurs du CHRS, un surveillant de nuit, le directeur et moi-même, l'assistante sociale et la psychologue, ont été menées par une intervenante ayant des compétences en psychologie, en sociologie et une bonne connaissance du secteur social.

Les autres professionnels des services d'insertion socioprofessionnelle de l'Association n'ont pu, par manque de temps, s'associer à ce travail.

C'est donc dans ce contexte, et dans le cadre d'un apport méthodologique externe, que le dossier en usage au CHRS a été revisité et éclairé, dans une visée d'opérationnalité et de lisibilité indispensables à son partage entre professionnels et à son nécessaire accès par le résident. Sa conception a réactivé la question de la personnalisation de l'accompagnement, de la traçabilité du parcours de la personne accueillie, et du recueil « raisonné » d'éléments pertinents pour faciliter l'utilisation de cet outil au service de chacun.

3.1.2 L'appréciation des besoins

La mobilisation de ressources internes et externes, pour améliorer l'organisation et le fonctionnement internes, a permis de prendre en compte la dimension indispensable d'élaboration de réponses adaptées, aux besoins des personnes accueillies. Les besoins

sont dans la dimension de l'expérience humaine et demandent de comprendre comment chacun les considère.

C'est en prenant en compte les besoins propres à chaque personne accueillie, que l'équipe du CHRS s'est engagée à distinguer la satisfaction de ceux essentiels à la survie d'une personne, que l'hébergement procure, de la prise en compte d'autres, plus évolués, d'épanouissement personnel et d'expression de la vie psychique.

En nous référant au courant humaniste de la psychologie, ce concept de besoins revêt une validité à vérifier à la lumière de la propre expérience de vie de chacun. Je retiens pour éclairer mon propos, deux points de vue théoriques de psychologues qui ont proposé une typologie des besoins.

Selon Abraham Maslow⁶⁶, les besoins physiologiques (manger, boire, respirer, etc.) et de sécurité (stabilité, ordre, limites, protection, etc.) sont directement liés à la survie. Ils doivent recevoir un minimum de satisfaction pour que la personne reste vivante. Tout déficit à cet égard devient vite une priorité. Les besoins d'appartenance (amour, amitié, relations affectueuses et appartenance à un groupe) précèdent les besoins liés à l'estime (respect, attention, appréciation des autres, estime de soi, compétence, liberté, etc.). Dans les deux cas, l'enjeu n'est plus la survie physique, mais la satisfaction, la santé et la vitalité psychique. Contrairement aux autres genres, un autre besoin, celui d'actualisation, n'est pas ressenti à partir d'un manque. En fait, ce type de besoin tend à grandir lorsqu'on le satisfait. C'est le désir d'exploiter son potentiel au maximum, la recherche d'harmonie, de vérité, de justice, de sens, d'unicité, de créativité, etc.

Dans sa théorie, William Schultz⁶⁷ cherche à identifier les besoins qui amènent les humains à entrer en relation avec les autres. Il en distingue trois genres : les besoins d'inclusion, de contrôle et d'affection. Chacun de ces types de besoins existerait chez chaque personne, mais l'importance relative de chacun serait différente d'un individu à l'autre.

Le besoin d'inclusion est celui qui nous pousse à nous associer à un groupe, à chercher à faire partie d'un ensemble de personnes, à être membre reconnu d'une collectivité.

Le besoin de contrôle est celui qui nous amène à tenter d'influencer les personnes avec lesquelles nous sommes en contact, à vouloir faire une différence dans notre environnement, à vouloir avoir notre mot à dire dans ce qui se passe.

Le besoin d'affection nous pousse à établir des relations privilégiées, caractérisées par l'intimité et la chaleur. C'est le besoin d'aimer et d'être aimé. Il semble qu'une hiérarchie relie également ces trois groupes de besoins. Le besoin d'inclusion serait le premier à se

⁶⁶ MASLOW Abraham (1908-1970), psychologue, approche humaniste

⁶⁷ SCHULTZ William (1925-2002), docteur en psychologie sociale, créateur d'une théorie explorant les besoins de l'individu dans ses rapports aux autres

manifeste et le plus essentiel à une vie saine. Le besoin de contrôle viendrait ensuite lorsque le premier est raisonnablement satisfait. Le besoin d'affection viendrait en dernier parce qu'il suppose une plus grande maturité de la personne ou de la relation. Les trois types de besoins seraient reliés aux stades du développement de l'enfant identifiés par Freud (oral, anal, phallique) dans la théorie psychanalytique.

Certains besoins doivent être comblés avant que d'autres commencent à occuper le centre de l'attention de la personne. Cette hiérarchie est si importante qu'elle permet de définir le niveau de développement de la personne, du point de vue de ses besoins essentiels. Les motivations principales d'une personne, à un moment de sa vie, permettent de déterminer où elle en est du point de vue de sa croissance psychologique. Ses motifs pour entrer en relation avec les autres permettent de déceler la qualité de son développement interpersonnel. De même, les transferts, qui se manifestent dans ses relations importantes, à une époque particulière de sa vie, sont assez caractéristiques pour contribuer à son diagnostic et fournir une vision assez juste du développement de son autonomie personnelle.

L'appréciation des besoins de la personne accueillie au CHRS se structure par des observations et diverses modalités proposées (entretiens, moments collectifs, temps informels, réunions, contacts extérieurs, recherche de logement, etc.), et participe au travail d'accompagnement personnalisé. L'analyse clinique de différentes situations est donc essentielle pour estimer l'autonomie d'une personne. L'importance de réajustement et de précisions du projet d'établissement à ce sujet a été abordée, lors de la formation en intra, sur les écrits professionnels et le projet individualisé. Des hypothèses du sens de l'accompagnement pluri professionnel en CHRS, de diagnostic dynamique des problématiques à partir d'observations analysées et mises en cohérence, sous-tendent la démarche de projet individualisé dans laquelle l'équipe du CHRS est maintenant engagée. J'ai donc sollicitée également la psychologue pour qu'elle s'implique dès les premières semaines d'accueil d'un résident au CHRS, en le recevant, pour réaliser une évaluation clinique et apprécier la nécessité ou non d'une aide psychologique ou d'une orientation vers le secteur de la psychiatrie.

Il est à considérer que cette démarche de projet individualisé est l'élément structurant de la prise en charge et de son évaluation, projet élaboré conjointement par l'équipe et l'usager acteur. L'équipe s'est saisie, par là même, d'une dimension importante du sens de l'accompagnement, et de sa personnalisation, qui l'ouvre à l'écoute et la prise en compte de chaque sujet dans sa singularité.

3.1.3 La formalisation interne de repères éthiques et déontologiques

Le respect de la confidentialité des informations, la notion d'intimité et de bien être, de « bienveillance », ont été abordées et travaillées lors des séances de formation collective à l'évaluation interne, et dernièrement, lors de la formation en intra sur les écrits professionnels et le projet individualisé.

Le respect de la confidentialité des informations est tenu désormais comme une règle, observée par chaque professionnel du CHRS, tant dans le contenu que dans la qualité de ces informations, et dans les modalités de leur échange.

L'intimité a fait l'objet de discussions, dans la dimension personnelle qu'elle sous-tend, et pour l'organisation de son respect dans les espaces où elle ne peut s'exercer comme dans les chambres à deux, du collectif. Le droit à l'intimité impose l'appropriation d'un espace privé. Les constats d'écart, entre le désir de respecter l'intimité de chaque personne accueillie et les conditions d'accueil, ont permis aux éducateurs de vérifier ce paradoxe et d'appuyer une rénovation des lieux indispensables.

C'est ainsi qu'une première étude a été réalisée par l'architecte, en 2007, pour réorganiser l'espace des grandes chambres, en y préservant un espace privé pour chaque occupant. Puis c'est à partir de la dernière étude financière qu'une première tranche de travaux a été réalisée en 2008. Trois des dix chambres à deux de la villa ont été transformées en chambres individuelles, à la faveur d'un sinistre survenu en février. Une quatrième chambre à deux, minuscule, est passée en chambre individuelle avec l'externalisation d'une place du collectif vers un appartement extérieur, acheté à cet effet, par l'Association, cette même année.

Une seconde tranche de travaux, prévue en 2009, devrait voir aboutir, le passage pour l'ensemble de la villa principale, d'un hébergement en chambres individuelles. Le plan pluriannuel de réhabilitation des structures d'hébergement d'urgence et d'insertion⁶⁸ permettra, dans un futur proche, de réaliser ce projet d'amélioration des conditions d'hébergement dans sa partie collective.

Le passage d'une logique interne à une ouverture sur l'extérieur se traduit dans notre cas par des évolutions dans la prise en compte des besoins des usagers.

La diversification des modalités d'hébergement s'est réalisée par l'implantation d'appartements, pour les usagers, dans différents quartiers de Toulouse et le développement de liens avec d'autres services et organismes de logements sociaux. Le Conseil d'Administration a soutenu avec intérêt ces changements. L'incidence financière

⁶⁸ Cf. rapport de janvier 2008, d'Etienne Pinte, député des Yvelines, missionné par le 1^{er} ministre, « Propositions pour une relance de la politique de l'hébergement et de l'accès au logement »

de cette nouvelle configuration de l'hébergement, en appartements extérieurs, a permis de réduire le coût à la place qui passe de 19 167 euros en 2007 à 18 198 euros en 2008. Le budget accordé en année pleine pour l'extension de sept places, conjugué à des dépenses limitées pour le personnel d'encadrement (création d'un poste à 0.70 ETP d'éducateur spécialisé, augmentation de 0.05 temps assistante sociale, gel de deux postes d'ouvrier d'entretien depuis 4 ans) permettent de réaliser cette opération à coût moindre.

La démarche d'évaluation interne initiée en 2007, a contribué à valoriser l'expertise des professionnels de l'équipe du CHRS, en mutualisant et en capitalisant leurs pratiques, sources de richesses pour l'environnement immédiat. Cette qualité professionnelle collective et maintenant reconnue, favorise la levée des freins à l'exercice de la pluri professionnalité indispensable à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Le projet d'établissement a évolué dans sa teneur depuis son évaluation réalisée en 2007. Ceci a permis de dégager un ensemble de préconisations pour améliorer la qualité de l'accueil et développer une offre plus adaptée et plus pertinente pour répondre aux besoins du public. Le CHRS et ses professionnels se positionnent maintenant dans les enjeux de l'évolution des politiques publiques en direction des personnes en difficultés, en pouvant se montrer réactifs et imaginatifs. Le travail de fond réalisé en interne sur la cohésion de l'équipe est perceptible. Les avancées réalisées ont pu être mesurées lors des entretiens annuels individuels réalisés avec chaque salarié.

L'évaluation, par les usagers, des diverses prestations actuellement offertes au CHRS, est en cours d'expérimentation, pour recueillir, analyser et améliorer leur contenu et leur opérationnalité dans l'organisation.

3.2 Une maison relais pour les personnes isolées

En date du 26 juillet 2005, le Conseil d'Administration de l'Association a décidé de mettre en place un groupe de réflexion, composé d'administrateurs du « Relais », du directeur et de moi-même. L'objectif de cette instance était d'élaborer des pistes de réflexions autour de l'insertion sociale et/ou professionnelle, afin de développer de nouveaux projets associatifs. Après cinq réunions, un pré-projet de création de petites unités a été proposé pour étude au Conseil d'Administration en avril 2006.

3.2.1 Les besoins non satisfaits des publics de 50 ans et plus, en grande précarité

Depuis 2004, l'augmentation des personnes de 45 à 50 ans et plus, à la rue, est observée par les structures d'hébergement d'urgence⁶⁹.

Des expériences dans ce secteur ont été menées pour adapter le fonctionnement des structures d'accueil et d'hébergement à la problématique de ce public vieillissant. Le point critique reste encore le manque de solutions, en aval, pour loger ce public.

Les « sans domicile fixe » de plus de 50 ans représentent au CHRS Le Relais, depuis 2005, 10% de l'effectif annuel des personnes accueillies. Ils sont, pour certains, depuis plusieurs années dans l'errance, et ont de faibles ressources comme un RMI ou une AAH. L'action menée par notre équipe a permis de repérer que certains de ces hommes ne trouvent pas de solution adaptée de logement à leur sortie du CHRS. Leurs difficultés d'ordre psychique ou social sont liées à de graves difficultés d'isolement, de désocialisation, d'impossibilité à être autonome dans la gestion financière, administrative et matérielle de leur quotidien. Les ruptures vécues par ces hommes, avant leur séjour au CHRS, ont pu être liées à la perte de l'emploi puis de leur domicile, l'endettement, la maladie, des addictions (principalement l'alcoolisme), le divorce. Ces facteurs ont généré leur situation de précarité et accentué des points de fragilité individuelle, en provoquant isolement et souffrance. Ces constats, partagés avec d'autres associations locales et des services sociaux, ont conduit le groupe de travail de l'association à s'engager vers la recherche de réponses globales à la situation spécifique de ces personnes. L'inscription préventive du projet élaboré devait alors permettre de retrouver un équilibre de vie, une sécurité matérielle, un temps et des conditions favorables pour se reprendre en charge et ne pas se retrouver dans la précarité et l'isolement.

Pour ceux là, la rupture de l'isolement, par leur passage dans un CHRS, leur accession aux droits sociaux, la prise en compte de leurs problèmes de santé ou de leur dépendance à l'alcool, constitue une étape, limitée dans le temps, par la prise en charge de l'Aide Sociale à l'Hébergement. Leur démarche de projet de vie nécessite d'être stabilisée et de se poursuivre, dans un lieu porteur de sens, avec la mise en place d'une aide matérielle et psychologique, pour leur permettre de réintégrer la société et d'y avoir leur place de citoyen. Le groupe d'administrateurs a donc soutenu l'idée de construire une réponse qui permette, à ces personnes isolées, d'être logées, de poursuivre le bâtissage de leur projet de vie, et, de pouvoir reconstituer des liens sociaux, culturels, et affectifs.

⁶⁹ CORMIER H., du 31 mars 2006, « Sortir les personnes vieillissantes de la rue », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2449, p.30 et 31

Les travaux du groupe ont été nourris de recherches diverses dans le domaine social, juridique, de la santé, mais aussi de rencontres avec d'autres acteurs associatifs, des représentants politiques locaux et des professionnels de la psychiatrie.

L'évolution des besoins de création de logements adaptés, pour des personnes vulnérables socialement et psychologiquement, s'est accentuée. Les difficultés d'adaptation de ces personnes, dans un logement ordinaire, les soumettent à l'isolement, dans des conditions parfois dangereuses pour elles mêmes.

A Toulouse, la tendance des associations gestionnaires de CHRS est de proposer, depuis cinq ans, le développement d'initiatives visant la diversification et l'augmentation de l'offre d'hébergement et de logement pour le public qu'elles accueillent.

3.2.2 Un dispositif d'accueil et de logement à long terme

Lors de la restitution, par un administrateur et moi-même, au Conseil d'Administration de l'état des travaux du groupe, fin avril 2006, ceux-ci ont soulevé un vif intérêt et engagé chacun à soutenir l'aboutissement d'une proposition de projet, pour le prochain conseil en juin.

En juin, le dispositif présenté, appuyé sur l'expertise technique acquise par certains administrateurs et celle de professionnels du CHRS, avait la forme « de petites unités d'habitat, mixtes, de 5 à 6 personnes, réparties dans des quartiers proches du CHRS ». Sous la condition de travailler en réseau avec divers partenaires, de trouver un lieu pour expérimenter cette formule, des moyens humains et financiers, le projet social de ce dispositif serait écrit dans un second temps.

Les possibilités d'acquisition, par l'Association, du bâti nécessaire, ont été écartées suite à la recherche d'opportunités immobilières en rapport avec ce projet. Sur les bases d'un bâtiment principal de 8 à 10 logements de type T1 et T1 bis, équipés de cuisine et de salles de bain individuelles, d'une salle commune aux locataires pour y réaliser un lieu convivial, et de un à deux bureaux, dans une zone bien desservie par les transports en commun, les prix de ce type de produit immobilier sont inaccessibles sur le territoire toulousain. En parallèle, une première sollicitation a été tentée, auprès d'une société HLM, qui nous loue déjà des locaux, en vue d'orienter la recherche vers une solution d'acquisition, par ce type de société à caractère social, et d'évaluer la faisabilité de ce projet.

3.2.3 Le projet de création d'une structure de petite dimension

En référence à la circulaire de la DGAS n° 2002-599, du 10 décembre 2002, relative aux maisons relais, les administrateurs de l'Association « Le Relais » proposaient en octobre

2006, à l'assemblée générale, la création d'une maison relais. Cette création approuvée par les adhérents a donc pris forme.

En effet, le concept de « maisons relais » a montré sa pertinence pour apporter une solution de logement à des publics en difficulté : une offre de logement sans limite dans le temps, un logement individuel au sein d'un lieu collectif, des relais possibles avec l'extérieur et le droit commun, des possibilités de répondre aux besoins de suivis individuels administratif, médical et social, un partenariat avec des travailleurs sociaux et des acteurs de la santé ou du secteur médico-social.

La DDASS, par l'intermédiaire de la responsable départementale du secteur de l'ASH, et de l'inspectrice, a approuvé cette orientation associative, dès sa présentation par le président accompagné d'un administrateur du groupe de travail, ainsi que du directeur, lors d'une réunion le 12 mai 2006. Toutefois, le passage de ce projet associatif en commission restait soumis à l'acquisition d'un lieu. C'est à cette étape de la question du bâti que nous sommes arrivés à un point de blocage, pas encore résolu à ce jour.

A) Le financement du projet

Pour articuler au mieux le projet social et immobilier de cette structure, nous avons donc retenu la piste du financement de l'investissement nécessaire, par un organisme HLM, pour l'acquisition du bâti et sa réhabilitation éventuelle. Pour adapter correctement le montant de la redevance à la capacité contributive des pensionnaires, en tenant compte du pouvoir solvabilisateur de l'APL (Aide Personnalisée au Logement) et d'une capacité d'accueil limitée, le choix de l'Association est donc d'assurer la gestion locative et de s'adresser à un organisme bailleur. La présentation de ce projet à plusieurs sociétés HLM de Toulouse est donc en cours. L'étude de faisabilité est concomitante à une opportunité immobilière dont la rareté, à Toulouse, est un frein considérable à la mise en œuvre de ce « projet de création ».

Un nouveau partenariat initié courant 2007 avec une société HLM, grâce au CIL Inter logements, ouvre la perspective d'étude immobilière d'un projet de construction. Le dépôt du projet au Comité de pilotage DDASS, Conseil Général, afin d'obtenir l'agrément préfectoral d'ouverture, reste donc soumis à l'aboutissement de ces recherches.

Pour le financement du fonctionnement⁷⁰, la participation de l'Etat, destinée à la rémunération de l'hôte, fixée à 18 euros par place et par jour, est nécessaire. Des aides

⁷⁰ Annexe 3 : budget prévisionnel de fonctionnement de la maison relais

du FSL⁷¹ peuvent être sollicitées au titre de l'accompagnement social collectif des résidents de la maison relais.

Pour d'autres prestations comme l'animation d'activités de la maison, il conviendra de rechercher d'autres sources de financement ou de mutualiser nos moyens, en interne, ou avec d'autres associations.

B) L'aspect architectural

10 à 12 logements indépendants permettant à chaque résident ou couple d'avoir une vie privée et autonome en disposant :

- d'un espace de vie
- d'une kitchenette
- d'une salle de bains et de w.-c.
- d'un espace de vie collective, convivial : salon « tisanerie » et/ou salle à manger permettant aux Résidents de disposer d'un espace avec des équipements de types bibliothèque, téléviseur, ordinateur avec internet, jeux etc.
- une cuisine collective permettant la confection des repas et éventuellement un coin buanderie
- un espace réservé à l'hôte

La mixité (âges et sexes), la diversité des problématiques des personnes, sont à prendre en compte dans l'organisation spatiale pour créer une formule d'habitat, avec des services, qui soient le support à un projet d'accompagnement, des personnes accueillies, favorisant à la fois la vie autonome et le lien social nécessaire à la vie en collectivité.

Dans ce projet architectural, le bien être matériel de chacun est recherché afin de concilier espace privé et espace de rencontre entre pensionnaires. L'espace des appartements doit être conçu pour aider à l'autonomie de chacun dans la gestion de sa vie quotidienne, et être adapté aux activités domestiques et au repos. L'espace collectif de vie, partagé, nécessite d'être accueillant et fonctionnel.

La mise à disposition de divers supports culturels ou d'informations y est nécessaire pour permettre à tous les résidents d'avoir accès à des moyens de communication et d'échanges. La confection et le partage de repas, dans un espace commun, peut constituer un moment convivial et favoriser les échanges entre pensionnaires pour rompre leur isolement. Les repas, dans un lieu collectif, font repères. Ils sont l'occasion de retisser un lien dégradé à l'autre, et d'inciter les résidents à y participer, peut contribuer aussi à gérer l'agressivité inhérente à la vie à plusieurs.

⁷¹ Fond Solidarité Logement

La conception architecturale de cette formule d'habitat demande donc de prendre en considération les temps de vie quotidienne, personnelle et commune. C'est tout l'intérêt de rechercher à créer un ensemble d'espaces qui correspondent à ces objectifs pour encourager la reprise de repères stables et sécurisants et favoriser des relations interpersonnelles.

C) Le projet social

La conception d'une maison relais s'appuie sur un projet social dont la visée est de permettre à chaque résident d'avoir sa vie personnelle affective et sociale et de trouver les moyens de renouer des liens sociaux ordinaires. Trouver la sécurité matérielle, l'écoute, la reprise de confiance en l'autre est primordial pour des personnes éprouvées par leur isolement ou leur errance. La maison relais est un lieu qui peut offrir une réponse à la satisfaction de certains besoins psychologiques comme les besoins de faire partie d'un groupe, dans notre cas, les pensionnaires, d'avoir son mot à dire dans le fonctionnement de la maison, d'établir des relations chaleureuses avec d'autres personnes. C'est aussi un lieu qui doit offrir à chaque pensionnaire, l'espace et le temps nécessaires à la construction de son projet de vie.

Pour développer son autonomie personnelle et reprendre confiance en elle, la personne accueillie en maison relais a besoin d'une présence attentive et bienveillante. C'est pour cela que la présence d'un hôte (ou d'un couple d'hôtes) est retenue, par le groupe de travail, comme nécessaire, pour participer à la restauration ou au maintien du lien social, jusque là défailant, des pensionnaires, avec l'environnement. Par cette présence humaine sereine et sécurisante, la construction d'un projet d'accompagnement des personnes accueillies devrait se faire pour favoriser, à la fois, la vie autonome, et le lien social nécessaire à la vie en collectivité.

Par leur présence quotidienne, le ou les hôtes assurent donc l'animation et la régulation de la vie de la maison relais par l'organisation avec les résidents, d'activités communes régulières, pour créer des habitudes et des repères, et des modalités de la vie collective et du respect du règlement intérieur. En lien avec l'Association, des tâches de gestion locative courante⁷² leur seraient confiées, comme l'accueil de nouveaux résidents, la perception de la redevance due par les pensionnaires, la surveillance et le bon entretien des logements et des espaces collectifs.

Le soutien à l'hôte, dans l'exercice de ses fonctions, se fera par les formations nécessaires et une participation à des temps de rencontre et de régulation, avec une

⁷² En référence à la circulaire du 10 décembre 2002

instance, qui pourrait être constituée d'un représentant de la direction de l'Association, d'un membre du Conseil d'Administration, et d'une psychologue.

Parmi les outils indispensables du projet social, le règlement intérieur et un titre d'occupation, seront à mettre en place.

Une commission d'admission ou d'attribution est à organiser. Son rôle sera d'apprécier la demande de logement d'une personne au regard de critères comme son souhait de vivre dans un contexte collectif, son potentiel d'autonomie, l'acceptation par le candidat du règlement intérieur et du contrat de résidence. Sa composition n'est pas encore arrêtée mais l'hôte et des représentants de l'association y siègeront ainsi que des représentants partenaires du projet.

Des liens opérationnels et réguliers avec des acteurs locaux susceptibles d'intervenir auprès des pensionnaires sont importants à entretenir. Diverses modalités d'aide extérieure pour un accompagnement social et de soins sont à apprécier, selon les besoins des personnes accueillies. Des conventions avec le secteur de la psychiatrie, des services sociaux, des services d'aide à la personne, un SAMSAH⁷³, des associations à caractère culturel etc. sont possibles. Le tissage de liens avec divers partenaires potentiels, par l'intermédiaire de l'activité du CHRS, se poursuit dans cette visée.

La mise en œuvre de ce projet répond à des besoins sociaux et contribue à y répondre en termes de logements adaptés.

L'évaluation nationale, réalisée en 2007, du dispositif des maisons relais, souligne la nécessité de lier le PDALPD et le PLH⁷⁴, pour que les maisons relais soient inscrites dans les dispositifs publics d'habitat et de logement des personnes défavorisées. Je souscris à cette recommandation d'autant que, sur l'agglomération toulousaine, les besoins en places en maisons relais, sont identifiés. Le manque de volonté politique et d'implication des collectivités locales ainsi que la difficulté de mobiliser du foncier constituent encore des freins à l'extension de cette formule d'habitat.

L'existence du PARSA⁷⁵ et d'un de ses objectifs de créer 6000 places supplémentaires en maison relais, la volonté ministérielle réaffirmée dans ce sens en 2008, la possibilité de créer un dispositif souple et adapté à des spécificités locales et de public, concourent à espérer la concrétisation de ce projet d'ici deux ans. En 2008, en Haute Garonne, il existe 61 places installées en maisons relais sur 4 établissements. L'objectif politique affiché est la création de 100 places nouvelles dans le département en 2 ans.

⁷³ SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social d'Adultes Handicapés

⁷⁴ PLH : Plan Local pour l'Habitat

⁷⁵ Plan d'Accueil Renforcé pour les Sans-Abris

3.3 Un projet de service d'accompagnement psycho-social de type service de suite

3.3.1 Concevoir un accompagnement pour les personnes à leur sortie d'un établissement social ou de soins

Un parcours d'insertion est rarement linéaire. Les besoins émergents pour les personnes sortant de dispositifs d'insertion sociale comme les CHRS, pour les plus vulnérables d'entre elles, s'appuient sur des constats partagés par différents acteurs sociaux et de soin. L'aide à la création ou au maintien du lien social, à son renforcement, s'inscrit à divers niveaux dans le parcours de certaines personnes. Pour certaines personnes isolées, le relogement, à la sortie d'une structure collective, comporte un risque important de perte de tout repère et d'échec possible, malgré l'autonomie recouvrée auparavant, risque lié à leur vulnérabilité, en raison de troubles psychiques ou de difficultés sociales nécessitant d'être stabilisées.

L'analyse de ce risque porte sur des constats répétés, d'un public d'âge et d'origine différents, et de la compréhension de certains facteurs de vulnérabilité individuelle.

L'évolution des exigences de performance, dans la sphère du travail, ainsi que la précarisation du statut de salarié, amènent à s'interroger sur le devenir de certaines personnes. Leur priorité, en dehors de l'emploi, est de se reconstruire et de retisser quelques liens, pour ne pas sombrer dans la perte du sens de leur vie. Le temps d'un séjour en CHRS ne permet pas toujours d'apprécier les besoins essentiels de la personne, pour qu'elle puisse poursuivre une vraie démarche individuelle d'insertion. Ce temps permet, par contre, d'établir des relations de confiance décisives, par les solutions immédiates proposées : l'écoute, l'accueil, l'hébergement, la nourriture, l'accès aux droits. Pour de jeunes majeurs, sortants de structures de l'Aide Sociale à l'Enfance, pour des hommes ou des femmes, contraints à être hébergés dans l'urgence ou par des tiers, s'ajoute une dimension du risque de déstabilisation, lors de leur démarche personnelle à l'accès au logement, à cause de facteurs endogènes ou exogènes relatifs à leur précarité. La montée de l'individualisme, la régression de la solidarité familiale, la précarité analysée sur son versant psychique, la vulnérabilité sociale, produisent de la désaffiliation dans la société actuelle. Un processus de consommation, dans son rapport à l'objet qu'elle suscite, comble le manque de relations à autrui.

L'expérience de deux associations d'insertion sociale, toulousaines, qui ont mis en place, en 2000, une forme de service de suite pour les personnes sortant de leur dispositif, est intéressante à relever.

A partir de l'extension des missions des CHRS, contenue dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998, ces associations ont créé une formule de service « de jour », sur le mode d'une prestation d'action sans hébergement, engageant un temps éducatif et social d'accompagnement, pour les personnes souhaitant, à leur départ du CHRS, consolider leur insertion de façon plus durable, grâce à l'intervention de professionnels. A cette forme individualisée, d'accompagnement socio-éducatif, vient s'ajouter une aide sociale prévue dans le cadre du FSL, dont la vocation est, une aide financière à l'installation et aux démarches administratives, liées au logement.

Pour ces deux associations, la demande de service de suite par un usager, s'est faite par écrit, avec un suivi contractualisé de 3 mois, renouvelable, sous forme d'une visite prévue tous les 15 jours, ou de sollicitations « au coup par coup ». Par ailleurs, des ateliers collectifs sont proposés, en interne, dans le but de travailler la confiance en soi (groupes de paroles, yoga, etc.). Pour l'une de ces deux associations, ce service, qui représentait un mi-temps d'éducateur spécialisé, ouvert tant aux résidents qu'aux anciens résidents, a disparu en 2002, sous la pression de contraintes budgétaires.

L'utilité de ce type de service, dans sa prise en compte d'un accompagnement thérapeutique ou social, choisi, est reconnue par l'ensemble des responsables de CHRS. En effet, un bon nombre de professionnels exerçant en CHRS, est sollicité par d'anciens résidents, dans les mois qui suivent leur départ de l'établissement, voire deux à trois ans après, ce qui représente 10 à 15% de cas. Ces usagers font partie des plus démunis, compte tenu de leur état de santé, physique et psychologique, ou de leur manque de savoirs indispensables pour traiter leur situation en tant que sujets ayant des droits. Le temps consacré par ces professionnels à recevoir les demandes, les évaluer, les traiter, les renvoyer éventuellement sur d'autres travailleurs sociaux, du secteur d'habitation de la personne, n'est pas comptabilisé dans leur temps de travail.

Parfois, l'absence de continuité des liens renoués, lors d'un séjour en établissement social, isole à nouveau la personne, et après deux à trois années, elle peut être amenée à se retrouver à la rue, à refaire une demande d'hébergement en urgence ou en CHRS, après avoir vécu une dégradation inéluctable de sa situation.

3.3.2 Une entreprise partenariale

Le PARSA a instauré la notion de continuité de la prise en charge, « restaurant à l'urgence sa fonction d'orientation », et sur cet aspect, il est à retenir que les équipes professionnelles qui travaillent auprès de ce public, à Toulouse, tissent des liens particulièrement avec les CHRS, afin d'assurer cette orientation vers le secteur de l'insertion. L'augmentation récente des temps de séjour en urgence (jusqu'à 6 mois) par le

biais du dispositif de stabilisation, moyen proposé par le PARSA, ne permet pas encore d'en mesurer les effets, pour ce qui est de l'accès à des solutions de logement ou d'hébergement stable. L'évolution évidente, pour le secteur de l'accueil d'urgence, est de ne plus voir des personnes changer de centre d'accueil, chaque mois, et ce de façon répétée, comme cela se produisait précédemment, par manque de choix. La continuité de la prise en charge, dès lors que la personne adhère à des propositions d'hébergement, moins précaires que l'urgence, est plus à même de s'effectuer dans cette formule de stabilisation.

Comme il a été souligné par les participants à la conférence de consensus « Sortir de la rue », en novembre 2007 : « Accueillie dans un dispositif d'urgence, la personne ne doit pas recevoir uniquement un abri et de la nourriture. Elle doit pouvoir accéder à un accueil personnalisé, qui tienne compte de sa situation, ses besoins, ses attentes. Il faut lui laisser le temps d'exprimer un projet de vie, et le soutenir ensuite, dans une relation de confiance réciproque. La durée de séjour dans les CHRS doit être adaptée à chacun. »

Le CHRS représente un lieu et un temps où, il ne peut répondre, seul, à la variété et à la complexité des situations des personnes accueillies. Il a évidemment une position centrale pour établir et faciliter des liens, et en créer. C'est en se situant, dans un réseau de partenaires, qu'il peut répondre mieux à ses missions d'accueil et d'accompagnement. Cet accompagnement ne doit pas s'arrêter à l'accession à un logement, comme le constatent les professionnels du secteur de l'insertion. "Accéder à un logement, après des mois voire des années d'errance, comporte des risques" comme le rappelait Pierre Saglio - ATD Quart-monde - lors de la conférence de consensus. Il devient donc indispensable, pour la personne, d'acquérir une culture de l'habitat, de réapprendre à payer régulièrement un loyer et nouer des relations de voisinage.

Comme les acteurs du secteur social sont cloisonnés et dispersés (en France, 32000 établissements et services, de dimension souvent limitée), dans ce contexte, la coopération est une stratégie d'intervention, pour mieux faire face aux exigences de qualité et aux besoins de développement des prises en charges, et pour garantir une utilisation optimum des ressources disponibles. Elle permet, en théorie, de décroiser le sanitaire, le social et le médico-social, d'obtenir des économies d'échelle par le regroupement de services et d'équipements techniques, de faciliter le recours à de nouvelles compétences.

L'articulation de complémentarités, dans le dispositif local d'accueil et d'hébergement d'insertion, pour les publics en difficultés, est donc en jeu.

Le renforcement du partenariat, qui vise une complémentarité de réponses réfléchies, sur un même territoire, pour répondre aux différentes situations dans un processus continu

d'accompagnement, est à mettre en œuvre. Un appel à projets dans le cadre du programme « prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables », communiqué en juin 2008, au comité de suivi des CHRS de la Haute Garonne, par le service Insertion et Développement social de la DDASS, pousse les responsables d'établissements, les services de lutte contre les exclusions et l'ensemble des acteurs du secteur, à mettre en place des outils de mutualisation et de coopération.

Ainsi l'Association Le Relais s'est positionnée avec trois autres associations, fin juin 2008, pour répondre à l'appel à projet, « Ingénierie et outils de gouvernance », dans l'invitation faite par la loi du 2 janvier 2002, à procéder à des regroupements et des mutualisations. Une demande de crédits d'ingénierie, a donc été effectuée, pour réaliser une étude d'exploration de faisabilité, pour élaborer un dispositif commun de mutualisation inter-associatif, à travers l'expertise de cabinets spécialisés. L'aide demandée a pour but de réaliser un état des lieux de l'existant, de l'émergence des besoins, et des propositions de mutualisation et de création de nouveaux services.

Ces quatre associations qui emploient 160 salariés, accueillent, en hébergement, plus de 400 personnes, et organisent de nombreuses actions et services annexes (ateliers d'insertion par l'économie, activités ayant trait aux droits et à la santé, soutien psychologique aux usagers etc.), proposent des actions complémentaires, concertées et articulées, dans un partage de compétences.

Une mise en commun de synergies, au niveau des dépenses d'infrastructures (compatibilité, maintenance des bâtiments etc.) ou pour certains achats, ferait également l'objet de l'organisation en réflexion, ainsi qu'une proposition de personnels susceptibles de pouvoir effectuer des remplacements, dans une des quatre associations, en tenant compte des recommandations réglementaires en vigueur.

La recherche de la formalisation et du développement des actions existantes, réalisée en termes d'orientation et d'accueil du public, fonde l'idée de mutualiser des moyens humains et matériels pour développer des actions déjà entreprises. C'est dans cette perspective, que la conception d'un service d'accompagnement social et psychologique pourrait être étudiée, pour favoriser une insertion durable des personnes les plus vulnérables.

Concevoir l'accès ou la mise en commun de moyens, humains et financiers, pour répondre à une amélioration qualitative de l'accompagnement, permettrait, dans le temps, de diversifier les réponses offertes à nos usagers, et accepter les rythmes imprévisibles des personnes les plus en difficultés d'insertion, pour ne pas faire perdurer ces personnes dans un processus d'exclusion.

3.3.3 Établir du lien dans la continuité et la proximité

Dans le cadre de l'évaluation du dispositif d'hébergement de la région Midi Pyrénées, parue en juillet 2008, les structures d'hébergement pointent un certain nombre de besoins spécifiques, souvent pour des hommes, fortement désocialisés par un long passé d'errance, qui souffrent pour nombre d'entre eux d'alcoolisme, de troubles de santé divers, de troubles psychotiques ou de dépression. Pour certains, le besoin d'un accompagnement au quotidien est nécessaire, pour pallier la perte d'autonomie dont ils souffrent, au niveau de l'accomplissement de certaines tâches, et pour combler en partie, l'isolement qu'ils subissent.

La carence de dispositifs adaptés à ces publics, aux besoins spécifiques, ainsi qu'aux sortants d'hôpitaux psychiatriques, conduit à rechercher des solutions alternatives, quand il est difficile d'envisager avec la personne son accès à un logement autonome. Pour autant, les centres d'hébergement de type CHRS ou ALT n'ont pas vocation à accompagner ces publics dans la durée.

Le développement du nombre d'appartements thérapeutiques, l'expérimentation de nouvelle forme d'habitat adapté, l'accélération de la réalisation des maisons-relais, la création de structures spécifiques de logement (appartement-relais), font partie des propositions relevées dans cette évaluation.

La proposition de création d'un service, de type « accompagnement et soutien », ne pourrait s'inscrire comme possible qu'à partir de l'état des lieux proposé, dans le cadre d'une étude de faisabilité réalisée, et si elle revêt la possibilité d'une mutualisation de moyens entre les quatre associations impliquées.

Dans les échanges entre directeurs d'associations, qui ont prédisposés à la prospection de mutualisation de moyens, l'opportunité de mettre en place un réseau inter-associatif, pour entretenir la continuité de l'accompagnement (dans le souci de répondre aux attentes et aux demandes des usagers), et proposer des expérimentations, est devenu incontournable.

La coordination du parcours de certains usagers des services de ces associations, pour les plus fragiles, est un point d'accord qui demande à être mis en perspective.

Pour se faire, le soutien d'un service identifié d'appui, inter-établissements, en capacité d'aider la personne à maintenir ou restaurer le lien dans son environnement, avec divers services ou partenaires (Centre médico-psychologique, services sociaux, bailleurs privés ou publics, voisinage, secteur de l'insertion par l'économie...) en constituerait l'aspect opérationnel.

Nous nous proposons d'expérimenter, sur une année, la mise en œuvre d'une prestation d'accompagnement individualisé à l'autonomie, pour des personnes isolées, sortant de

dispositifs divers d'accueil et d'hébergement d'insertion. Cet accompagnement global s'adresserait à ces personnes, pour lesquelles la reconstruction d'un lien social opérant est encore fragile ou incertaine.

A partir de constats liés à notre connaissance du public accueilli, dans des structures d'hébergement comme les nôtres, certains usagers, dès les premières rencontres, revendiquent un désir de se loger comme une fin en soi, et une fois cet objectif atteint, la phase de retour à l'autonomie est critique. Confrontées aux risques d'un retour à l'isolement, c'est au quotidien que ces personnes, vulnérables, éprouvent des difficultés à organiser leur vie. Elles expriment surtout leurs incertitudes, parfois des angoisses dans leurs relations aux autres. Le retissage de liens sociaux s'avère très complexe à bâtir pour elles.

Cette prestation correspond aussi à une nécessité incontournable de prise en compte du temps, dans un processus de « réinsertion sociale ». Dans le cadre de cette mission, nous constatons que le travail entrepris auprès de notre public, au cours d'un séjour en CHRS, peut être, par nécessité individuelle, plus long que le temps réel d'une prise en charge de quelques mois par l'Aide Sociale. Le processus d'insertion ou de réinsertion sociale, qui comme nous le savons est lié à d'autres facteurs que l'obtention d'un logement, d'un emploi, de ressources établies, débute pour certains à leur sortie de l'établissement.

Le soutien personnalisé de toute une équipe, qui aide et accompagne chaque personne accueillie, à élaborer son nouveau projet de vie, au cours des mois d'accueil en CHRS, et ce pour un « après » CHRS, favorise l'émergence et le repérage, par les professionnels impliqués, de freins ou de leviers individuels à l'insertion sociale. L'idée d'un travail indispensable de consolidation, de stabilisation des effets, pour les usagers les plus fragiles, est donc née de constats d'échecs ou d'accès impromptu à une solution de logement. Pour ceux là, les interventions des travailleurs sociaux, dans le cadre du FSL par exemple, se révèlent insuffisantes dans le cas de problématiques individuelles complexes.

Notre offre a pour but de produire un service complémentaire à l'utilisateur, qui repose sur le principe d'action, pour une insertion dans la continuité. L'accompagnement offert viserait alors la mise en lien effective de la personne avec son nouvel environnement (logement, voisins, quartier, administrations, suivi médical etc.), dans une dynamique de remobilisation de ses compétences sociales. La perspective de créer avec elle un « réseau » de ressources, passe par une forme d'appui partagé. L'alliance et la construction, avec la participation de l'intéressé, seront la stratégie à observer dont la finalité serait de réaliser, avec lui, une démarche de projet, qui le rende acteur de son insertion, dans la ville et dans sa vie.

Le second aspect promoteur de ce service est la prévention de l'exclusion. Les risques de désinscription sociale sont nombreux, lors des mois qui suivent le retour à « l'autonomie », pour des personnes reconnues comme fragiles. En ayant repéré ce qui fait problème pour la personne, en pouvant interroger ce qui lui arrive, dans une visée d'insertion sociale, ce service pourrait répondre au besoin d'un accompagnement individualisé, par sa proximité, dès les premiers mois de son installation dans son logement. L'un des objectifs, de ces nouvelles modalités d'accompagnement, serait de tenir un lien souple avec elle, pour ne pas interrompre le traitement des questions personnelles, telles que, « prendre soin de soi », vivre la solitude, suivre des soins, qui se réactivent dans un nouvel environnement et peuvent générer de nouveaux problèmes. Selon des modalités définies dans le cadre d'un projet individualisé, cet accompagnement permettrait de vérifier les conditions de réinsertion des personnes les plus fragiles que nous accueillons en CHRS.

Les partenaires et acteurs à mobiliser et à coordonner par ce service peuvent être multiples : bailleur social ou privé, service social des Unités territoriales d'Action médico-sociale (UTAMS), secteur psychiatrique, curateur, association culturelle, ... L'adhésion de la personne aux modalités personnalisées de cette prestation est évidemment essentielle.

Les moyens envisagés seraient, pour finir, les suivants :

- entretiens individualisés
- visites à domicile
- travail en réseau
- équipe de professionnels : assistante sociale, psychologue, éducateur spécialisé, coordinateur
- bases d'informations pouvant être consultées (Internet, répertoires, etc.) par l'intéressé seul ou avec l'aide d'un tiers

Pour l'instant, nous en sommes à des échanges sur des possibles, à partir de l'expérience, des deux CHRS, que j'ai précédemment évoqués. Les notions de référent, de coordinateur de parcours et d'appui psychologique, retiennent les orientations souhaitées par tous. La trame d'un réseau à tisser est celle d'un réseau d'accueil, d'orientation, d'insertion décloisonné, afin de permettre à certains usagers de consolider leur projet de vie, pendant et après leur passage dans diverses structures d'insertion. Le modèle de « personnes ressources » pourrait de ce fait y trouver tout son sens.

Je me suis attachée à présenter, dans mes propositions, l'attention que j'ai portée, aux points de fragilité de l'organisation interne du CHRS, aux changements de logiques à opérer, pour poser des repères, et du sens dans la mission des professionnels qui y exercent. Les mutations dans le travail social demandent de trouver des espaces de réflexion et d'échanges en interne, et d'y introduire d'autres points de vue (d'usagers,

d'autres acteurs sociaux dans différents secteurs d'activités), pour relever les défis de l'évaluation, de la coproduction avec les usagers, du travail en réseau et des nouveaux dispositifs d'emploi, d'insertion, de santé, d'hébergement (PARSA, DALO...).

L'accompagnement de personnes dans les dispositifs d'urgence et d'insertion requière une attention aux enjeux d'un travail en réseau et en partenariat, pour éclairer et développer des coopérations utiles localement. Le phénomène d'errance de certaines personnes, de CHRS en accueil d'urgence, d'asiles de nuit en squat, d'hôpitaux ou de prisons, à la rue, est un phénomène que les dispositifs d'aide sociale peuvent créer ou renforcer involontairement. Un travail en partenariat peut être l'occasion de lutter contre ce phénomène.

Cette coopération de l'ensemble des acteurs autour de l'analyse des besoins et l'élaboration de réponses adaptées contribue, en affirmant des ambitions et des objectifs au sein d'un territoire, à améliorer l'efficacité des dispositifs d'hébergement et de logement.

Conclusion

Le travail social en CHRS est fait de rencontres et de relations humaines, avec des sujets en souffrance. Ces personnes sont reléguées dans les représentations sociales comme « pauvres », « exclus », « sans... ». Leur prise en compte a évolué dans l'histoire de ces institutions. La mise en perspective de l'individu dans sa singularité, sa richesse, sa complexité, sa souffrance, est fondamentale aujourd'hui, au regard de la détresse éprouvée parmi ceux qui demandent de l'aide. Elle doit s'inscrire dans un esprit de citoyenneté et non de consommation ou de production de services sans devoirs réciproques, afin que chacun puisse « être », ou apprendre à le devenir. Pour les professionnels, aider et agir avec d'autres partenaires, dans le cadre et les objectifs de leur mission, s'impose.

L'insertion sociale « par le haut », telle qu'elle pourrait être qualifiée dans les missions d'un CHRS, vise à permettre à des personnes « privées de chez soi » d'accéder à un logement et de s'y maintenir. L'enjeu d'aujourd'hui se situe pour ces personnes autant à un niveau personnel que politique et économique. « Sortir de la rue » c'est aussi mettre en place les moyens de ne plus y retourner.

C'est pourquoi, je me suis intéressée à développer, dans le cadre de l'évolution et de l'adaptation du projet d'établissement, l'approche clinique dans notre CHRS. Elle repose maintenant sur des lieux et des temps d'élaboration, de pensée, de questionnements, sur le sens de ce que l'on fait avec l'autre, de ses besoins et de ses demandes, et nous permet d'identifier et de prendre en compte les symptômes de mal être, de souffrance psychique, d'isolement ou encore d'errance. J'ai aussi tenu à accompagner l'adaptation du fonctionnement du CHRS aux contraintes des lois et réglementations en vigueur.

La responsabilité de la protection, de la sécurité, du bien être des personnes accueillies ou concernées par la mission de l'établissement, ainsi que l'application des lois et réglementations, est un engagement fort dans l'exercice de direction. Cela implique un fonctionnement et une organisation collective, où cohérence et cohésion des professionnels dans l'exercice de leurs missions, soient de rigueur et porteuses de sens pour tous.

La compréhension des enjeux majeurs, auxquels les travailleurs sociaux exerçant dans le secteur de l'insertion sociale sont confrontés aujourd'hui, m'a amenée à apprécier la nécessaire valorisation d'un travail social qualifié, vis-à-vis des partenaires extérieurs et de l'opinion publique. Au regard de ces enjeux, comme la pénurie grave de logements

sociaux, l'évolution des publics en difficultés d'insertion, les orientations législatives récentes, l'obligation d'évaluation, le travail social en CHRS s'imprègne des grandes questions sociales pour évoluer dans sa fonction dans la société.

L'organisation des structures d'insertion et leur efficience dans les missions qu'elles exercent se trouvent interrogées, par les financeurs, au regard de résultats quantitatifs.

L'aspect qualitatif demeure, à juste titre, un élément moteur de changement pour les usagers et les travailleurs sociaux. Les associations gestionnaires de structures et services d'insertion sociale et professionnelle sont porteuses de savoir faire et garantes du développement, de la qualité, ainsi que de l'adaptation de tout ce qui est mis en œuvre aux services des usagers. Le positionnement territorial actuel de l'Association Le Relais sur une offre de services dans les dispositifs de lutte contre l'exclusion, l'ont conduite à envisager à nouveau le développement de son offre de services. Des projets de création répondant aux besoins non couverts ou émergents sont en attente de financements et d'opportunités comme la création d'une maison relais.

Pour les personnes que nous accueillons et qui n'ont pas vocation à accéder immédiatement à leur sortie d'un CHRS ou d'un centre d'accueil d'urgence à un logement autonome, la consolidation des démarches de soins, les problèmes rencontrés par ceux qui présentent des addictions, la perspective de réinscription dans des liens sociaux ordinaires, constituent des moments délicats dans le parcours d'insertion. Un processus continu d'accompagnement invite à travailler sur la complémentarité entre l'urgence et l'insertion et dans la structuration d'un réseau cohérent et réactif. Au regard des problématiques individuelles rencontrées, du public du secteur de l'hébergement d'insertion, la coordination de l'offre de services sur le territoire local correspond à un enjeu auquel il est indispensable de répondre.

La conception et la mise en œuvre de projets, requièrent, pour moi, en qualité de directrice, connaissances, objectivité, convictions et humilité.

Un projet, même le plus modeste, mérite d'être élaboré sans perdre de vue ses objectifs premiers : ses destinataires, dans leur singularité, et son sens.

Bibliographie

Sources

A. Lois, décrets, arrêtés, circulaires

INTERMINISTERIELLE. Loi n° 74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires. Journal officiel du 20 novembre 1974, p. 1143, [en ligne], [visité le 23 janvier 2008], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, [en ligne], [visité le 23 janvier 2008], disponible sur Internet : <http://www.admi.net/lo/loi75-535.html>

Loi n° 86-17, 6 janvier 1986, adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de la santé dite loi particulière. Journal officiel du 8 janvier 1986, page 372, version consolidée au 02 mars 2004, [visité le 25 mars 2008], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 instituant le RMI, Journal officiel du 3 décembre 1988, page 15119, Version consolidée au 26 octobre 2004, [visité le 25 mars 2008], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

INTERMINISTERIELLE. Loi n° 90-449, 31 mai 1990, visant à la mise en œuvre du droit au logement. Journal officiel n°127 du 2 juin 1990, page 655, version consolidée au 16 juillet 2006, [visité le 25 mars 2008], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

INTERMINISTERIELLE. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal officiel n°175 du 31 juillet 1998, page 11679, [en ligne], [visité le 29 janvier 2008], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DE LA JUSTICE, DE L'INTERIEUR, DELEGUEE A LA FAMILLE, A L'ENFANCE ET AUX PERSONNES HANDICAPEES, A LA SANTE, SECRETARIAT D'ETAT AUX PERSONNES AGEES. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002, page 124, texte n° 2, [visité le 29 janvier 2008], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

INTERMINISTERIELLE. Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Journal officiel du 6 mars 2007, p. 4190, [en ligne], [visité le 29 janvier 2008], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

➤ Décrets

- n°53-1186 du 22 novembre 1953
- n°53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance. Journal officiel du 3 décembre 1953, p.10759
- n°54-883 du 2 septembre 1954, codifié dans CASF
- n°76-526 du 15 juin 1976, codifié dans CASF
- n°2001-576 du 3 juillet 2001, codifié dans CASF, art R 345-1 à art R 345-7
- n°2003-1010 du 22 octobre 2003, codifié dans CASF art R 314-1 à 314-204 [en ligne], [visité le 20 octobre 2006], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

➤ Arrêté du 20 décembre 1954

- CASF, art L.312-1 al.8, L.312.10, L.345-1, L.345-2, L.345-3, L.345-4. Code de l'action sociale et des familles, version consolidée au 29 août 2008. [en ligne], [visité le 8 novembre 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

➤ Circulaire du 15 juin 1976

- DAS. Circulaire, n°91-19, 14 mai 1991 relative aux missions des centres d'hébergement et de réadaptation sociale.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE L'EQUIPEMENT, DES TRANSPORTS, DU LOGEMENT, DU TOURISME ET DE LA MER, SECRETARIAT D'ETAT A LA LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION. Circulaire du 6 décembre 2002 relative aux maisons-relais.

B. Rapports et enquêtes

- Conférence de consensus, les 29 et 30 novembre 2007, « Sortir de la rue », Paris, Rapport du jury d'audition du 5/12/2007
- FNARS, mai 2003, Guide de montage « Maisons relais [pensions de famille] », Recueils et documents, Habitat, n°22, 26 p., disponibilité sur Internet : <<http://www.fnars.org>>
- Rapport du groupe de travail "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale", 1996, "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », La documentation française
- Rapports de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale : 2005-2006, disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports_publics/06000163>
- 2007-2008, disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports_publics/084000261>
- Rapport ORSPERE « Point de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale, résultat de deux recherches actions », décembre 1999
- Rapport du Conseil Supérieur du Travail Social, 2007, « Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et de l'exclusion », ENSP, 150 p.
- Rapport d'activités 2007 de l'Association Le Relais
- Rapport d'Etienne Pinte au Premier Ministre, janvier 2008, « Propositions pour une relance de la politique d'hébergement et de l'accès au logement », disponible sur Internet : <http://www.premierministre.gouv.fr/IMG/pdf/Propositions_d_Etienne_Pinte1.pdf>
- Ministère de la Santé et de la protection sociale, 2006, « Souffrances et troubles psychiques : rôle et place du travailleur social », 30 p.

Ouvrages

BORGETTO M., LAFORE R., 2006, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, 6^{ème} édition, Paris : Montchrestien, Les politiques transversales, chapitres 1, 2, 3, pp. 499-646

BOURDIEU P., 2007, « Post-scriptum », in BOURDIEU P. *éd.*, *La misère du monde*, Points, Malesherbes : Le Seuil, pp. 1449-1454

CASTEL R., 1995, *Les Métamorphoses de la question sociale, Une chronique du salariat*, L'espace du politique, Mesnil sur l'Estrée : Fayard, 490 p.

DUBAR C., 2007, *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, 3^{ème} édition, corrigée, Paris : PUF, 239 p.

DAMON J., 2008, *L'exclusion*, Que sais-je, Paris : PUF, 126 p.

Dictionnaire de la philosophie, 1984, Larousse

Dictionnaire de la psychologie, 1999, Larousse

GOFFMAN E., 1975, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Le sens commun, Paris : Minuit

ION J., GIULIANI F., LAVAL C., et al., 2005, *Travail social et souffrance psychique*, Action Sociale, Paris : Dunod, 208 p.

JAEGER M., 2006, *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 166 p.

KARSZ S., 2004, *L'exclusion, définir pour en finir*, Pratiques sociales, Paris : Dunod, 174 p.

LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2^{ème} éd., Paris : Dunod, 405 p.

PELÈGE P., 2004, *Hébergement et réinsertion sociale : les CHRS, Dispositif, usagers, intervenants*, Paris : Dunod, 277 p.

Articles

FURTOS J., juillet 2001, « Dossier La souffrance psychique », *Rhizome n°5*, bulletin national santé mentale et précarité, [visité le 3 juin 2008], disponible sur Internet : <http://www.orsperefr/IMG/pdf.Rhizome5.pdf> >

CORMIER H., 31 mars 2006, « Sortir les personnes vieillissantes de la rue », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2449, pp. 30-31

DAUJAM R., ROUCOULES A., 2002, « Le projet singulier : entre prêt-à-porter et sur mesure », *L'inédit du projet, revue EMPAN*, n°45, pp.81-86

LE BRIS M., 7 décembre 2007, « Pour une nouvelle politique qui permettent de sortir de la rue », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2534, pp.33-36

PATURET J-B., janvier 2002, « Le projet comme fiction commune », *L'inédit du projet, revue EMPAN*, n°45, pp.63-68

RATIER F., juin 2007, « Abord clinique de la grande précarité », *Les paradoxes de la liberté et le social ; Etre enfermé dehors, revue EMPAN*, n°66, pp.40-48

Sites consultés

www.ladocumentationfrançaise.fr

www.fnars.org

www.legifrance.gouv.fr

www.orsmp.org

www.travail-solidarité.gouv.fr

www.sante.gouv.fr

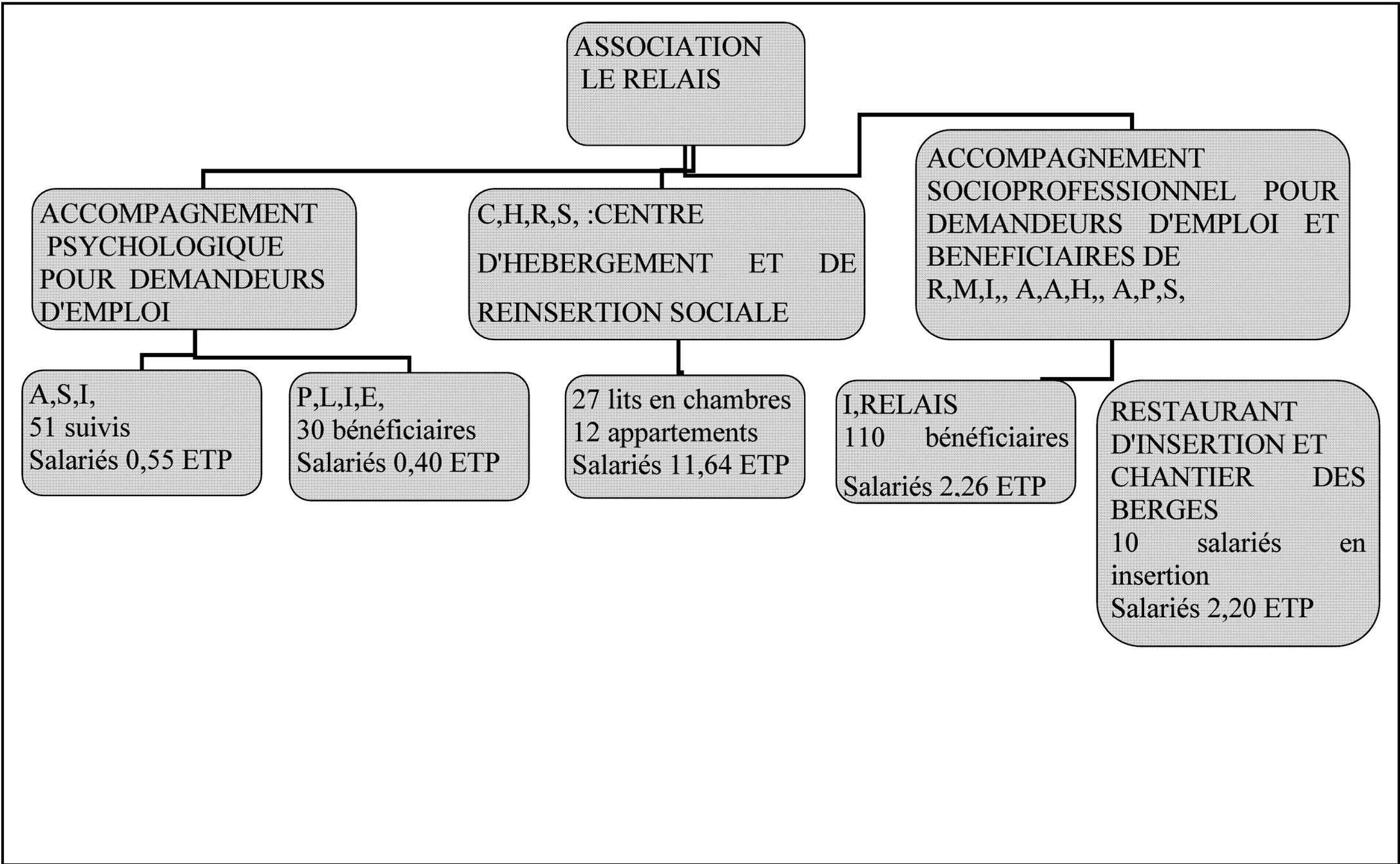
www.wikipedia.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Organigramme de l'Association Le Relais

ANNEXE 2 : Contrats de séjour du CHRS

ANNEXE 3 : Budget prévisionnel « Maison relais »



ANNEXE 2

CHRS « LE RELAIS »

15 rue du Japon

31 400 TOULOUSE

CONTRAT DE SEJOUR

Le présent contrat est établi entre :

D'une part (nom, prénom, qualité) M.....

Dénommé ci-après « le résidant »

Le cas échéant, représenté par

Dénommé ci-après « le représentant légal » (joindre copie du jugement en cas de tutelle).....

Et d'autre part le Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale de l'association "LE RELAIS", représenté par M.

Dénommé ci-après « l'Etablissement »

Le Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale « Le Relais » accueille et héberge des hommes en difficultés, demandeurs d'aide, âgés de plus de 18 ans.

Il est convenu ce qui suit :

Lors des deux entretiens préalables, M

a formulé des demandes (préciser) : hébergement recherche de logement

recherche de stage recherche d'emploi d'accompagnement social autres :

en vue de son insertion et compte tenu de la mission de l'association, le présent contrat de séjour a été élaboré.

L'association s'engage **notamment** à :

Favoriser l'insertion sociale de M.

Aider M. à rechercher une solution de logement à l'issue de son séjour dans l'Etablissement

Favoriser l'insertion professionnelle de M.

Soutenir M. dans.....

L'accompagnement social est assuré par une assistante sociale qui reçoit sur rendez-vous.

L'Etablissement est habilité pour instruire des demandes RMI et CMU.

Un soutien psychologique est possible. Une psychologue clinicienne reçoit les résidents qui le souhaitent pour des entretiens sur rendez-vous.

L'accompagnement éducatif est individualisé et formalisé à l'admission, avec le résidant, par un contrat d'objectifs et de moyens. Cet accompagnement est assuré par 1 éducatrice et 3 éducateurs spécialisés. Des entretiens de suivi seront donc proposés à M...
..... régulièrement sur rendez-vous.

Le présent contrat est établi pour une durée de mois du au
.....

Article 1 MODALITES D'ADMISSION

article L.345-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles : « bénéficiant sur leur demande de l'Aide Sociale, pour être accueillies dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale....les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés... »

La décision d'admission est prononcée par le directeur.

La demande d'admission à l'Aide Sociale, signée par l'intéressé est transmise à la DDASS de Haute Garonne. En l'absence de réponse dans le mois qui suit la réception, la demande est réputée acceptée.

Les pièces suivantes sont à fournir à l'admission :

- *pour les personnes de nationalité française : photocopie de tout document d'identité justifiant l'identité), pour les personnes de nationalité étrangère bénéficiant d'un titre de séjour, photocopie du titre*
- la justification des ressources

Article 2 CONDITIONS DE SEJOUR ET D'ACCUEIL

Les conditions de séjour communes à l'ensemble des résidants sont précisées dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement qui ont été remis à l'arrivée.

M..... est :

- ◆ hébergé 15 rue du Japon dans une chambre à 1 ou 2 lits
- ◆ hébergé 18 ter rue du Japon dans une chambre individuelle
- ◆ est logé dans un appartement de type T2 ou T1 à TOULOUSE. Un contrat spécifique d'occupation sera proposé.

Pour assurer la sécurité des personnes et des locaux, une surveillance de nuit est assurée au CHRS

15 et 18ter rue du Japon, tous les jours de 20h à 8 h. *(les vendredis, samedis et veilles de jour férié de 21h à 9h)*

Article 3 Obligations particulières

Il est demandé à chaque résidant de veiller à respecter les horaires des repas proposés. Tout retard ou absence doit être motivé et signalé à l'Etablissement.

Le retour à l'Etablissement doit se faire avant 23 h du dimanche soir au jeudi soir.

L'entretien courant de la chambre est assuré par le(les) résidant(s) qui l'occupe (ent).

Par mesures d'hygiène et de sécurité, l'ensemble de l'Etablissement est un espace non fumeur.

Par mesure de sécurité, les traitements médicaux suivis doivent être signalés à l'Etablissement et remis aux éducateurs (selon les prescriptions).

Article 4 Dispositions financières

La prise en charge de nom, prénom..... Résidant, correspond à un coût estimé à **55** euros/jour.

Au regard des critères définis dans l'arrêté du 13 mars 2002 et de l'arrêté préfectoral d'avril 2004,

M. (nom, prénom) s'engage à participer financièrement, en complément de l'Etat, sur les bases suivantes : euros/mois

Cette somme sera payée avant le 15 de chaque mois et en retour un reçu lui sera remis.

Annexes : grille de calcul de la participation, modalités d'évolution et de mise à jour des participations financières.

En cas d'interruption provisoire (hospitalisation) ou définitive du séjour (départ) du résidant, le remboursement de la participation versée lui est faite par l'Etablissement en proportion de son temps d'absence.

Article 5 Modalités de résiliation, révision ou cessation

Le non - respect des dispositions du présent contrat pourra entraîner sa résiliation.

Le contrat cesse en cas de :

- départ volontaire du résidant de l'Etablissement
- départ à l'initiative de l'Etablissement en cas de manquements graves et répétés au règlement de fonctionnement.

La révision du présent contrat est faite lors d'une prolongation de séjour ou d'un changement de prestations concernant l'hébergement. Un avenant sera alors élaboré.

Le résidant

Le directeur de l'association

Lu et approuvé

Lu et approuvé



**AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES
ACCUEILLIES EN CHRS POUR RETISSER DU LIEN SOCIAL**

Christine BOULOT

2008

cafdes



GRILLE DE CALCUL DE LA PARTICIPATION

Les chiffres indiqués sont en euro

<i>Ressources comprises entre:</i>	<i>Montant de la participation</i>	<i>Ressources comprises entre:</i>	<i>Montant de la participation</i>	<i>Ressources comprises entre:</i>	<i>Montant de la participation</i>
0 & 250	0	521 & 540	162	721 & 740	222
251 & 300	50	541 & 560	168	741 & 760	228
301 & 350	70	561 & 580	174	761 & 780	234
351 & 400	90	581 & 600	180	781 & 800	240
401 & 420	120	601 & 620	186	801 & 820	246
421 & 440	132	621 & 640	192	821 & 840	252
441 & 460	138	641 & 660	198	841 & 860	258
461 & 480	144	661 & 680	204	861 & 880	264
481 & 500	150	681 & 700	210	881 & 900	270
501 & 520	156	701 & 720	216	901 & 920	276

La participation à l'hébergement et aux frais d'entretien est une obligation dès lors qu'un minimum de ressources est perçu par le résidant. Elle doit être réglée chaque mois auprès de la direction.

Cette participation représente 30% des ressources en hébergement avec restauration (CHRS Le Relais 15 et 18 ter rue du Japon, à Toulouse).

Elle est de 15% des ressources en hébergement en appartement extérieur

Arrêté interministériel du 13 mars 2004, arrêté préfectoral d'avril 2004.

Le calcul de la participation est fait compte tenu du montant des ressources mensuelles (allocations, pensions, retraite, salaire selon le cas) et des dettes éventuelles à régler par le résidant comme : crédits, cotisations assurances, pension alimentaire par ex.

Toute modification dans les ressources de l'intéressé ou la prestation proposée sera prise en compte et fera l'objet d'une mise à jour dans le calcul de la participation due.

CHRS « LE RELAIS »

15 rue du Japon
31 400 TOULOUSE

AVENANT AU CONTRAT DE SEJOUR

Article 2 bis : modification des conditions d'accueil

- ◆ M. _____ est hébergé 18 ter rue du Japon dans une chambre individuelle, un règlement de fonctionnement spécifique lui a été remis.

Les obligations particulières (article 3), les dispositions financières (article 4), les modalités de résiliation, révision ou cessation du contrat (article 5) restent inchangées.

Date :

Le résidant

Lu et approuvé

Le directeur de l'association

Lu et approuvé

CHRS « LE RELAIS »
15 rue du Japon
31 400 TOULOUSE

AVENANT AU CONTRAT DE SEJOUR

Article 2 ter : modification des conditions d'accueil

- ◆ M. _____ est logé dans un appartement de type T2 ou studio situé
.....
.....
- ◆ M. _____ occupera cet appartement exclusivement pour son habitation personnelle. Un contrat spécifique d'occupation est proposé à l'entrée dans les lieux.
- Les dispositions financières (article 4) sont modifiées pour le calcul de la participation aux frais d'hébergement et d'entretien.
La participation sera de 15% des ressources mensuelles de M.
- Les modalités de résiliation, révision ou cessation du contrat (article 5) restent inchangées.

Date :

Le résident
Lu et approuvé

Le directeur de l'association
Lu et approuvé

CHRS « LE RELAIS »
15 rue du Japon
31 400 TOULOUSE

AVENANT AU CONTRAT DE SEJOUR

Article 5 bis : prolongation de contrat de séjour

◆ M. _____ est hébergé _____ depuis le _____ ,
une prolongation de séjour de _____ mois est envisagée du _____ au _____
.

Les obligations particulières (article 3), les dispositions financières (article 4), les modalités de résiliation, révision ou cessation du contrat (article 5) restent inchangées.

Date :

Le résidant

Lu et approuvé

Le directeur de l'association

Lu et approuvé

ANNEXE 3

CHARGES		PRODUITS	
60 ACHATS		70 Subvention fonctionnement	52560
Eau	1900		
Electricité gaz	8300		
Linge	180	75 Autres produits	
Petit matériel	450	Loyers des résidents	32250
Produits d'entretien	750	Prestations complémentaires	6000
Total 60	11580		
61-62 Services ext.			
Redevance loyer	28910		
Téléphone, affranchissements	525		
Entretien bâtiment	1125		
Blanchissage à l'extérieur	150		
Assurance	580		
Total 61	31290		
64 Charges de personnel			
Rémunérations *	29925		
Charges sociales et fiscales	15825		
Total 64	45750		
65 Quote-part sur opérations en commun	1240		
68 Dotations amort.et provisions			
Dotations amortissements mobilier	950		
Dot. provisions risques et charges			
Total 68	950		
TOTAL CHARGES	90810	TOTAL PRODUITS	90810

* : 1,5 ETP groupe IV, indice 412, accords collectifs de travail applicables dans les centres d'hébergement - SOP -