

---

**Directeurs d'Établissements Sanitaires,  
Sociaux et Médico-sociaux**

Promotion : **2010-2011**

Date du Jury : ***décembre 2011***

---

# **ACCOMPAGNER DANS LE CHANGEMENT**

**LA CONSTRUCTION COMMUNE D'UNE DEMARCHE  
D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN  
CHARGE DES USAGERS DANS UN CENTRE  
D'HEBERGEMENT D'URGENCE**

---

**Armelle DEBROISE**

---

# Remerciements

---

Ma reconnaissance va tout d'abord à Tiphaine Lacaze, qui n'a pas choisi de m'avoir à ses côtés en tant que stagiaire directrice, et qui a pourtant su faire preuve d'hospitalité, de patience, d'ouverture d'esprit, de capacité à transmettre ses compétences comme ses connaissances. Grâce à elle et à l'accompagnement qu'elle m'a offert, ce stage a été pour moi l'occasion de découvrir un secteur d'activité très spécifique et de m'exercer à mes futures fonctions.

Je tiens à remercier également l'ensemble des personnes qui m'ont guidée dans cet apprentissage : la directrice et l'équipe de la Sous-Direction à la Solidarité et à la Lutte contre l'Exclusion, la directrice du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris et les membres des diverses directions fonctionnelles, mais aussi les directeurs d'établissement de cette institution, qui m'ont permis par les échanges qu'ils m'ont accordés d'élargir mes horizons et d'approfondir mon analyse des réalités du secteur.

Enfin, que soit remercié ici l'ensemble du personnel du CHU George Sand, et en particulier les salariés qui ont accepté de me rencontrer pour des entretiens dans le cadre de mon mémoire. Leurs propos et l'éclairage qu'ils ont apporté sur l'établissement m'ont été précieux.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>Les établissements d'hébergement d'urgence : une réponse à l'exclusion en continuelle amélioration</b>	<b>6</b>
<b>A. Le secteur de l'exclusion</b>	<b>6</b>
<i>L'urgence sociale et les centres d'hébergement</i>	8
<i>Les centres d'hébergement d'urgence</i>	9
<i>Des spécificités parisiennes</i>	11
<b>B. Le foyer George Sand, un établissement du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris</b>	<b>12</b>
<i>Les conditions d'accueil et d'hébergement</i>	13
<i>La population accueillie</i>	14
<i>Le cadre réglementaire</i>	15
<b>C. Une démarche d'humanisation incitée par la loi</b>	<b>18</b>
<i>De la maltraitance à la notion de bientraitance</i>	18
<i>Un processus dynamique qui s'appuie sur des outils concrets</i>	21
<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>Prendre la mesure du passé pour orienter l'avenir</b>	<b>24</b>
<b>A. Prendre en compte l'histoire de la structure</b>	<b>25</b>
<b>B. Le conflit récent avec la direction et ses impacts actuels</b>	<b>29</b>
<b>C. La difficile constitution d'une équipe d'accompagnement soudée</b>	<b>32</b>
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>Quand la démarche d'accompagnement s'adapte aux besoins des professionnels</b>	<b>37</b>
<b>A. Premiers pas vers la restructuration du CHU</b>	<b>38</b>
<i>Le projet social après la restructuration</i>	38
<i>Les changements induits par le déménagement</i>	41

<b>B.</b>	<b>Accompagner les professionnels malgré les résistances au changement</b>	<b>45</b>
	<i>Quand le système résiste au changement</i>	46
	<i>La nécessité d'un accompagnement</i>	47
	<i>Le pari de la démarche participative</i>	50
<b>C.</b>	<b>Une critique de la démarche</b>	<b>53</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>58</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>60</b>
	Liste des annexes	65

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAI	Adjoint d'Accueil et d'Insertion
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAS-VP	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CESF	Conseillère en Économie Sociale et Familiale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CSE	Cadre Socio-Éducatif
DALO	Droit Au Logement Opposable
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP	École des Hautes Études en santé Publique
ES	Éducateur Spécialisé
FEANTSA	Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abri
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
PARSA	Plan d'Action Renforcé en faveur des sans Abri
PDAHI	Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion des personnes sans domicile
PDALPD	Plan départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PSA	Permanence Sociale d'Accueil
SAHI	Schéma d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion
SDSLE	Sous Direction de la Solidarité et de la Lutte contre l'Exclusion
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TS	Travailleur Social

## Introduction

L'arrivée au Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) George Sand peut provoquer un choc. Du moins est-ce le cas pour qui vient de passer quelques mois à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), où rares sont les enseignements qui ne font pas référence à la qualité de la prise en charge, au respect des usagers, à la loi 2002-2 et à son contenu. Puis, l'habitude et la compréhension du système et de ses rouages aidant, le choc s'atténue, ravivé parfois dans le cadre de la visite d'une personne extérieure aux lieux, dans les premiers temps de l'exercice d'un nouveau professionnel, ou lors d'une conversation. Alors réapparaissent avec violence les difficiles conditions d'accueil qui sont proposées dans ce centre.

Ces conditions d'accueil, et en particulier les aspects négatifs qui interpellent immédiatement, peuvent être présentées autour de trois axes. Le premier est le cadre architectural d'hébergement des résidents. Bien que le site du CHU ait bénéficié ces dernières années de certaines améliorations, il reste le dernier établissement du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CAS-VP) à proposer un accueil en dortoir boxé, constitué de « chambres » le plus souvent doubles, d'environ 6 m<sup>2</sup>, où les résidents ne bénéficient d'aucune intimité. Les bruits (discussions, bagarres, chants, musique, pleurs...), les odeurs (corporelles, de tabac, voire de cannabis) et, parfois, les résidents eux-mêmes peuvent passer par-dessus les cloisons des boxes et « envahir » le petit espace individuel qui est octroyé à chacun.

Le second axe consiste en ce que l'on peut qualifier de « remise à la rue » quotidienne. En dehors de cas exceptionnels et des rendez-vous éventuels pour leur suivi individuel, les résidents ne sont admis sur l'établissement qu'à partir de 17 heures et jusqu'à 8 heures 30 le matin en semaine, jusqu'à 11 heures le week-end. Une remise à la rue journalière qui est vécue comme très violente de la part de l'institution, et qui ne facilite pas le travail de sortie de la précarité mené auprès de cette population.

Enfin, on peut citer la restriction exercée sur le droit de circulation des résidents. Autorisés à rejoindre l'établissement à partir de 17 heures, ces derniers sont supposés, une fois revenus sur les lieux, ne pas ressortir. Véritable entrave à la libre circulation, cette règle s'est imposée au fil du temps pour des raisons sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir. Implicite, non inscrite dans le règlement de fonctionnement, elle permet aux agents d'exercer, à travers l'autorisation de sortie qu'ils leur imposent de demander, une forme de contrôle sur les résidents.

Ces trois éléments me sont rapidement apparus comme des limites à la qualité de l'accompagnement des usagers, et concourent au choc déjà évoqué. La question qui se pose alors, presque immédiatement, est de savoir pourquoi, alors que la loi pousse depuis longtemps déjà à des améliorations, ces freins persistent dans la qualité de la prise en charge des usagers du CHU George Sand. Assez rapidement, un certain nombre d'hypothèses se font jour, concernant le manque de personnel et le manque de formation du personnel, qui ont sans doute un lien direct avec la fermeture du centre en journée. Apparaissent aussi au fil du temps les échos d'un conflit récent et parfois encore latent qui oppose le personnel à la direction sur des enjeux de pouvoir vis-à-vis des résidents. On verra au cours de ce travail que se greffent sur ces premiers éléments d'autres facteurs limitant ou freinant la qualité de la prise en charge, mais aussi que les récentes directions ont œuvré au fil du temps à son amélioration. Toutefois, il m'a semblé primordial de conserver l'écho de ce choc initial et de s'en servir comme moteur de changement, d'évolution, d'amélioration.

Amélioration... C'est à mon sens le terme qui évoque le mieux le cheminement auquel sont confrontés les acteurs du secteur social et médico-social, soutenus dans cette démarche par des appuis législatifs autant que par des préconisations. Le Robert<sup>1</sup> en donne la définition suivante : « *action de rendre meilleur, de changer en mieux ; fait de devenir meilleur, plus satisfaisant* ». Si l'ANESM<sup>2</sup>, comme d'autres agences, lui préfèrent les notions de bientraitance ou de qualité de la prise en charge, il me semble important de garder à l'esprit que l'on part toujours, sur le terrain, de l'existant, aussi peu satisfaisant soit-il. Des systèmes existent, qu'il faudra prendre en compte, et la démarche visant à atteindre une prise en charge de qualité passe justement par un processus d'amélioration de cette dernière.

Le CHU George Sand n'est donc pas une institution statique. Au moment de ma présence dans ce centre, le changement est même très présent à l'esprit des salariés dans la mesure où une restructuration est en projet, qui ne manquera pas d'avoir de nombreuses conséquences sur le fonctionnement du CHU. Les salariés ont été consultés et informés sur le nouveau projet, qui consiste en une destruction de l'actuel bâtiment pour reconstruire sur le même site un ensemble comprenant, en plus d'un CHU, une crèche et des logements sociaux. Mais ce projet reste lointain dans le temps, et ce qui occupe les esprits, c'est le prochain déménagement sur un site temporaire, dit site « tiroir ». Et si ce déménagement est sans cesse renvoyé à plus tard, d'abord parce que le CAS-VP peine à trouver un bâtiment correspondant à ses attentes, ensuite parce qu'il faut laisser le temps

---

<sup>1</sup> Dictionnaire de la langue française *Le Nouveau Petit Robert*, Paris, 1993.

<sup>2</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

aux précédents résidents de le libérer, il n'en est pas moins présent aux esprits et dans les conversations.

Le passage sur un site temporaire est pressenti par le personnel comme l'occasion d'une remise en question des pratiques et du fonctionnement du centre. Il est, de ce fait, source d'intérêt en même temps que d'appréhension. C'est pourquoi il a semblé important à la direction de prendre en considération les inquiétudes et les questionnements des salariés pour les intégrer à une démarche qualité et à une redéfinition de la prise en charge des usagers, dans le cadre d'une amélioration de cette dernière. Car comme le souligne M. Goutte<sup>3</sup>, « *cette démarche conduit le directeur à prendre du recul sur l'activité de son établissement afin de l'adapter au mieux aux évolutions de la société et, par voie de conséquence, à celles du secteur et de l'environnement local dans lequel il évolue. Cette adaptation va être source de transformations dans l'accompagnement proposé par l'établissement* ».

#### *Accompagner les salariés dans une démarche d'amélioration*

Plutôt que de gérer les changements induits par ce déménagement au moment où ils s'imposeront, il paraît plus judicieux à l'équipe de direction de les préparer et de les envisager comme une étape vers une modification et une amélioration de la prise en charge des usagers, vers une offre de meilleure qualité et un plus grand respect des personnes accueillies. Dès lors, comment anticiper cette évolution et l'inscrire dans un projet global d'amélioration ? Quels sont les domaines dans lesquels il est nécessaire d'intervenir ? Sur quels outils peut-on s'appuyer ?

Pour répondre à ces questions, la direction a jugé opportun de mettre en place des groupes de travail réunissant des représentants de tous les corps professionnels. Je reviendrai en détail tout au long de ce travail sur la démarche proposée, son déroulement et ses effets.

La préparation du déménagement de la structure est une mission qui m'a été confiée lors de mon stage au CHU George Sand. Outre l'organisation très pratique de ce déménagement, sur lequel je ne reviendrai pas, le travail le plus important a consisté en cet accompagnement des salariés dans le changement, décidé et mis en place en concertation avec la directrice. Cette démarche m'a semblé au fil du temps non seulement

---

<sup>3</sup> GOUTTE Marion, 2009, *L'évaluation interne au sein d'un établissement de protection de l'enfance, un instrument pertinent de changement dans l'évolution de la prise en charge*, mémoire DESSMS, Rennes, EHESP, 76 p.



intéressante, mais aussi pleine d'enseignements, ce qui m'a incitée à en faire le thème de ma recherche dans le cadre de ce mémoire.

Plusieurs domaines touchant directement aux fonctions de direction d'un établissement sont ici pris en compte. En effet, il s'agit dans un premier lieu de s'inscrire dans un rôle de leader prospectif par la réflexion sur l'amélioration de la qualité de l'accueil proposé et de la prise en charge des résidents. De la même manière, il est question d'anticiper une évolution et de la transformer en un facteur de réussite dans le cadre d'un projet d'établissement. Par ailleurs, cette démarche permet de présenter, de proposer une évolution aux salariés et de les accompagner dans l'appropriation et la mise en place de cette évolution. Enfin, elle incite à anticiper les désaccords possibles et à envisager avec le personnel les évolutions qui s'imposent.

J'ai procédé selon une méthodologie assez classique, m'appuyant sur des observations et des échanges informels avec des salariés comme avec des résidents, que j'ai affinés par une recherche documentaire plus ciblée au fur et à mesure que se précisait le sujet sur lequel je souhaitais travailler. J'ai également rencontré en entretiens semi-directifs plusieurs membres de l'institution, occupant des postes variés<sup>4</sup>. De plus, animant moi-même un des groupes de travail constitués dans le cadre de la démarche mise en place, j'ai pu compléter par l'observation participante mon recueil de données. C'est le fruit de ces diverses observations et analyses que je me propose de livrer ici.

La première partie de ce travail présente le secteur de l'exclusion, cadre dans lequel s'inscrit mon mémoire. Si ce dernier est centré sur des préoccupations managériales, il m'a semblé primordial de bien situer la structure concernée dans son environnement. C'est pourquoi j'évoquerai dans cette partie les distinctions entre les différents centres d'hébergement et leurs missions, mais aussi la position du CHU George Sand au sein du CAS-VP ainsi que le cadre réglementaire qui s'impose au secteur.

La seconde partie est davantage centrée sur mon lieu de stage, présentant un diagnostic du CHU, en revenant sur son histoire plus ou moins récente afin d'en faire ressortir la culture institutionnelle et de situer les conditions de départ de ce travail.

Dans une troisième partie, je présenterai les difficultés liées à l'annonce et à l'approche du déménagement, les changements induits par ce dernier dans la prise en charge des usagers, les questionnements suscités mais aussi la résistance au changement, les freins apparus et les « nœuds » de cette résistance. J'envisagerai aussi les réponses proposées

---

<sup>4</sup> On trouvera en Annexe 1 une présentation des profils de postes des enquêtés.

par la direction afin de faire de ce déménagement un élément stimulant le changement, et ferai un récapitulatif des résultats obtenus, des succès et des limites de la démarche.

Enfin, je conclurai par un bilan analytique de la démarche, en revenant sur sa pertinence dans le cadre d'une recherche d'amélioration de la prise en charge des résidents et des conditions de travail des salariés, au regard de la position de directeur.

# CHAPITRE 1

## **Les établissements d'hébergement d'urgence : une réponse à l'exclusion en continuelle amélioration**

*« le changement naît de la nécessité »*

Raymond Vaillancourt<sup>5</sup>

Sans chercher à en analyser ici les causes et les mécanismes, il apparaît que dans nos sociétés, au fur et à mesure que certains s'enrichissent et qu'une majorité voit son sort s'améliorer, d'autres restent à l'écart de la profusion, en marge du miracle économique. Les « pauvres » semblent donc quasiment inhérents à notre modèle de société, variant dans leur nombre, leur forme et leur prise en compte par le reste de la société. C'est du moins ce que suggère S. Paugam lorsqu'il étudie la pauvreté au fil des siècles et les variations de ses modes de prise en charge selon les pays<sup>6</sup>.

La France n'a pas échappé à cette évolution dans la lutte contre la pauvreté, terme qui tend d'ailleurs à s'effacer, cédant la place à celui de précarité, tous deux liés toutefois au phénomène de la « mise à la marge », voire de l'exclusion. Aujourd'hui, cette exclusion passe souvent par le secteur de l'hébergement : les « travailleurs pauvres » nous rappellent à l'envi combien il est difficile de se loger, d'accéder à un « chez soi » qui fait pourtant partie des droits constitutionnels. C'est pourquoi il est primordial, comme s'y engage l'État français, de faciliter l'accès à la dignité par le logement.

### **A. Le secteur de l'exclusion**

Si la pauvreté est incontestablement de tout temps et de tout lieu, sa perception, son appréhension et son traitement évoluent au fil du temps. Le 20<sup>e</sup> siècle, qui croyait assister à la disparition de la pauvreté, a dû faire face à la précarité. Serge Paugam la définit

---

<sup>5</sup> VAILLANCOURT R., septembre/octobre 2000, « Réflexions autour de la perception du changement organisationnel », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p. 66.

<sup>6</sup> PAUGAM S., 2005, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 276 p.

comme un processus dynamique consistant en un ensemble de ruptures, affectant aussi bien les aspects matériels de la vie que ses aspects symboliques et sociaux.

Quant à Joseph Wresinski, il la décrit en 1987<sup>7</sup> comme « *l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, de jouir de leurs droits fondamentaux* ». La perte du logement comme la difficulté à y accéder peuvent être des éléments déclencheurs de précarité, et devenir par là même source d'exclusion.

Dans *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*<sup>8</sup>, Serge Paugam voit l'exclusion non pas comme un état mais comme un processus, une spirale de ruptures dans la trajectoire de vie des personnes concernées. Ce processus s'accompagne volontiers d'une perte de l'estime de soi, de confiance en soi, autant que des repères traditionnels de la vie en société.

Aujourd'hui, la précarité de logement touche de plus en plus les jeunes. Ainsi, une enquête menée en Ile de France en 2003<sup>9</sup> a montré que les 18-24 ans étaient sur-représentés dans les centres d'hébergement : alors qu'ils ne représentaient que 9 % de la population française, ils comptaient pour 20 % des personnes accueillies. On constate parmi eux une très forte représentation des jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)<sup>10</sup>. Une enquête de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) de 2001, reprise par la Conférence de Consensus sur les personnes sans abri de 2007<sup>11</sup>, rappelle en outre que cette population est relativement jeune, majoritairement masculine et souvent sans diplôme ni qualification, avec une présence marquée de personnes étrangères.

On peut définir comme « personnes sans domicile » celles qui sont hébergées, temporairement ou plus durablement, à l'hôtel ou chez des tiers, ou bien qui vivent dans des conditions d'habitat particulièrement dégradées ou indignes (squats, lieux non prévus pour l'habitation...). Après avoir rappelé que les personnes sans domicile forment une population hétérogène, la Conférence de consensus sur les sans-abris opte pour la définition suivante : « *est qualifiée de 'sans abri' une personne privée de 'chez soi'* ». Or,

---

<sup>7</sup> Joseph Wresinski, 1987, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport présenté au Conseil Économique et Social, p. 6.

<sup>8</sup> Serge Paugam, 2000, *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.

<sup>9</sup> Enquête signalée sur le site [www.cnle.gouv.fr](http://www.cnle.gouv.fr)

<sup>10</sup> Ces jeunes représentent aujourd'hui environ 30 % des résidents du CHU George Sand.

<sup>11</sup> *Sortir de la rue*, Conférence de consensus sur les personnes sans abri, Paris, 29-30 novembre 2007, p. 12.

« être privé d'un logement, c'est aussi ne pas disposer d'espace privé, de 'chez soi' différent de l'espace public, c'est ainsi livrer son intimité au regard des autres, perdre la maîtrise de son rythme de vie, de sa vie relationnelle, dépendre d'autrui pour soigner son corps et sauvegarder ses biens »<sup>12</sup>. Et il est bien entendu que « la plupart des formes d'hébergement (accueil d'urgence, dortoirs, CHRS par trop infantilisants et bureaucratiques) ne sauraient être considérées comme un véritable chez soi ».

Quant au rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales 2009<sup>13</sup>, il rappelle, dans sa première partie sur l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées, la typologie empruntée à la FEANTSA<sup>14</sup>. Celle-ci distingue les sans abri, personnes vivant dans la rue et personnes hébergées en établissements d'urgence, des personnes sans logement, en logement précaire ou au logement inadéquat. Les hébergements d'urgence, selon ce même rapport, répondent à une nécessité de mise à l'abri, et permettent d'établir un diagnostic et de proposer une orientation. En septembre 2008, on comptait en France 26 754 places d'urgences réparties entre les CHU (pour 11 714), les places en hôtel (pour 10 337) et celles affectées à l'urgence en Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS, pour 4 663 places).

### *L'urgence sociale et les centres d'hébergement*

L'urgence sociale est définie, dans le PDAHI<sup>15</sup>, comme « une situation sociale qui demande une réponse immédiate et appropriée ». Afin de répondre à cette urgence, le dispositif d'hébergement « a pour but de mettre à l'abri les personnes dépourvues de toit et de les accompagner vers une insertion sociale et professionnelle ». Ces dispositifs peuvent être financés soit par l'État, comme c'est le cas pour les CHU, soit par les communes (cf. maraudes, gymnases en hiver...), soit par les Conseils Généraux dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Reprenant le Référentiel National Accueil, Hébergement et Insertion de mai 2005, le PDAHI rappelle la distinction qui s'établit dans le dispositif francilien d'hébergement, selon le projet d'établissement, entre trois types d'hébergement :

- L'hébergement d'urgence, qui répond à une nécessité de mise à l'abri immédiate et se caractérise par une durée d'hébergement la plus courte possible.

---

<sup>12</sup> Ibid p. 11.

<sup>13</sup> IGAS, 2010, « L'hébergement et l'accès au logement », *Rapport annuel 2009*, Paris, La documentation française.

<sup>14</sup> Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri.

<sup>15</sup> Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (des personnes sans domicile).

- L'hébergement de stabilisation, qui permet à la personne de se poser, de reprendre des forces et de commencer, à son rythme, à faire émerger un projet. Cet hébergement vise à prendre en considération les besoins spécifiques de publics en très grande difficulté sociale.
- L'hébergement d'insertion, qui a pour objectif de mettre en œuvre toute action qui vise à retrouver, à terme, une autonomie. Il suppose l'élaboration d'un projet évolutif, individualisé, basé sur un diagnostic et l'évaluation de la situation de la personne.

### *Les Centres d'Hébergement d'Urgence*

Ils apparaissent suite au premier plan de lutte contre la précarité et la pauvreté, en octobre 1984. Ils ont d'abord eu pour but de répondre à une situation d'urgence lors de la période d'hiver, ce qui explique que certains centres d'urgence soient financés sur la base d'une subvention annuelle. Les CHU n'ont pas bénéficié d'un texte fondateur explicite. Ce n'est qu'en 2002 que la loi les intègre aux établissements sociaux et médico-sociaux, avec une triple mission d'hébergement d'urgence, d'observation et d'orientation.

Faisant suite à une tradition asilaire tant religieuse qu'hospitalière, l'aide sociale à l'hébergement date du décret du 29 novembre 1953, qui fixe un cadre administratif et budgétaire unique pour les structures d'urgence financées par l'État. Le premier plan « Pauvreté-Précarité » mis en place par le Ministère des affaires sociales en hiver 1984 et régulièrement reconduit a donné lieu à la création d'une ligne budgétaire spécifique<sup>16</sup> gérée de façon déconcentrée par les DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales). Grâce à ce financement, diverses modalités d'hébergement ont été proposées, telles que les nuits d'hôtel, les accueils de nuit, les centres d'hébergement. Ces dernières structures, appelées CHU et administrativement désignées comme des « centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale », ne bénéficient toujours pas de financement pérenne. Elles reçoivent une subvention annuelle de l'État.

Les CHU répondent à une mission d'accueil en urgence, une nécessité première de mise à l'abri. A ce titre, l'accueil doit y être immédiat, inconditionnel et gratuit. C'est ce que rappelle la Conférence de consensus de 2007, Patrick Rouyer y évoquant un principe proche de celui du droit d'asile politique, au sens où « être à la rue, c'est être en danger »<sup>17</sup>. Les CHU ont aussi pour fonction de contribuer à la recherche rapide de

<sup>16</sup> Article 20 du chapitre 46-81 du budget, alors que les CHRS sont financés à l'article 30.

<sup>17</sup> Op. cit. p. 33.

l'orientation la mieux adaptée aux besoins de la personne hébergée. Outre leur mission d'urgence, ces établissements ont donc pour fonction d'accompagner vers l'autonomie et de permettre l'accès aux droits (acquisition de papiers d'identité, ouverture de droits comme la CMU ou le RSA, domiciliation etc.).

Ces CHU sont destinés en priorité, c'est leur mission principale, à héberger des personnes ou des familles sans domicile. La loi 2009-323<sup>18</sup> précise que « *toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence. Cet hébergement d'urgence doit lui permettre de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale* ». Les aides à l'accès au logement, à l'emploi ou aux droits ne sont donc pas obligatoires.

L'hébergement d'urgence est en général caractérisé par un accès inconditionnel à tous (y compris aux personnes sans titre de séjour), par une fermeture en journée et par une durée d'hébergement très courte. Traditionnellement, la durée de séjour en CHU était limitée en moyenne à une semaine, renouvelable deux fois. Ces limites posées à la durée de l'hébergement ont eu pour conséquence de remettre durablement à la rue des personnes n'ayant pas trouvé de solution alternative, ce qui les inscrit de manière chronique dans l'errance. Aujourd'hui, ce mode d'hébergement n'a souvent plus rien de temporaire, car une personne peut y loger des mois en s'y présentant tous les soirs.

Cette évolution importante concernant les CHU est liée à la loi pour le Droit Au Logement Opposable (DALO) du 5 mars 2007, laquelle reconnaît aux usagers de ces centres le droit d'y séjourner aussi longtemps que nécessaire tant qu'il ne leur a pas été proposé un hébergement stable ou un logement adapté à leur situation. C'est le principe de non remise à la rue, qui induit une durée de séjour illimitée dans la mesure où il n'y a pas de date limite établie à l'entrée dans la structure. Ainsi, l'article 4 de cette loi instaure un droit à l'hébergement opposable, repris dans l'article 73 de la loi 2009-323 : « *toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adapté à sa situation* ».

L'absence de limite au séjour des résidents dans une structure d'hébergement d'urgence est toutefois contrebalancée par les cas où l'utilisateur ne souhaite pas rester et par le fait

---

<sup>18</sup> Loi 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion.

qu'il contrevienne au règlement intérieur de l'établissement, comme le rappelle la circulaire DGAS/1A/LCE n° 2007-90 du 19 mars 2007 relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans abri. Cette dernière précise que « *la structure n'est affranchie de cette exigence que si la personne décide de son plein gré de quitter la structure ou ne s'y présente pas pendant une période fixée par le règlement intérieur de la structure, refuse l'entretien, adopte des comportements dangereux envers les personnes accueillies ou le personnel* ».

Depuis 2007, le principe de continuité a entraîné des effets pervers dus à une insuffisance du nombre de places d'hébergement, ce qui a eu un impact sur la fluidité des parcours. En l'absence de nouvelles possibilités d'hébergement ou de logement, adaptées à la personne, la suppression de la durée maximale de séjour en établissement a conduit à une baisse sensible de la rotation dans ces derniers et à une saturation progressive. Le nombre de places d'urgence disponibles décroît mécaniquement, ce qui est encore accentué par la transformation progressive, au fil des restructurations et du processus d'humanisation des conditions d'accueil, des centres d'urgence en centres de stabilisation.

Le principe de continuité ne peut donc être efficace que s'il s'appuie sur les moyens nécessaires à l'accompagnement des personnes. Toutefois, la circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement a réaffirmé le principe de la continuité dans l'hébergement pour les CHU, avec la nécessité d'instaurer « *un accompagnement renforcé et assuré dans la continuité* », un hébergement en H24<sup>19</sup> et l'adaptation des exigences des règlements intérieurs des centres.

### *Des spécificités parisiennes*

Le public accueilli varie selon l'implantation géographique des CHU. A Paris, les établissements sont surtout focalisés sur les personnes isolées, hommes (isolés dans 70,3 % des cas selon l'enquête de la FNARS en 2009<sup>20</sup>) ou femmes (isolées dans 65,6 % des cas). L'accueil de couples, avec ou sans enfants, y est moins fréquent. Paris concentre les publics les plus désocialisés et donc les plus isolés. Selon une étude de la DREES<sup>21</sup> de janvier 2008, les jeunes hommes sont sur-représentés en CHU : 69 % des

---

<sup>19</sup> Ce qui signifie une ouverture, 24 heures sur 24, des centres d'hébergement aux résidents.

<sup>20</sup> FNARS, Enquête « Les centres de nuit sur les personnes sans abri en Ile-de-France », Paris, 2009, p. 29.

<sup>21</sup> Citée par E. Gaillac, 2008, *Le principe de continuité de l'hébergement des personnes sans abri : un vecteur d'amélioration pour les centres d'hébergement d'urgence*, mémoire DESSMS, Rennes, EHESP, 87 p.



personnes nécessitant un hébergement d'urgence sont des hommes, dont 33 % se situent dans la tranche des 18-24 ans.

Le personnel des centres d'hébergement souffre, de manière générale, d'un manque de formation, notamment en ce qui concerne le personnel d'accueil. L'humanisation du secteur doit passer par une meilleure qualification de ce personnel, afin de favoriser la qualité de la prise en charge des résidents. Parmi les besoins en formation, on peut citer la prise en charge des personnes ayant des addictions diverses ou des pathologies multiples, l'appréhension de la maladie psychiatrique, la gestion de la violence etc.

## **B. Le foyer George Sand, un établissement du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris**

Le CAS-VP assure une mission de service public et gère, à ce titre, des établissements sociaux et médico-sociaux, dont le CHU George Sand. C'est un établissement public communal dont le Conseil d'Administration est présidé par le Maire de Paris. Ancien bureau de bienfaisance, le CAS-VP est régi par les articles R. 123-39 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Il comprend plusieurs sous-divisions, dont la Sous Direction de la Solidarité et de la Lutte contre les Exclusions (SDSLE), interlocuteur direct et régulier du CHU George Sand. La SDSLE regroupe les services d'accueil et d'orientation (les Permanences Sociales d'Accueil, qui assurent l'orientation et la domiciliation des personnes sans abri, constituent les dossiers administratifs pour l'obtention des aides légales et délivrent des aides en nature, comme les titres de transport ou de service, ou en espèce), les restaurants solidaires, les hôtels sociaux et les CHU et CHR, au nombre respectifs de trois et cinq.

Le CHU George Sand est un établissement non médicalisé, situé dans le 20<sup>e</sup> arrondissement parisien, dont la mission est l'hébergement et la réinsertion sociale. Les résidents y sont admis sans conditions d'accueil, sur appel téléphonique du 115 ou d'un travailleur social. Toutefois, un lien étroit est établi de longue date avec un autre établissement géré par le CAS-VP, la Permanence Sociale d'Accueil (PSA) Belleville, qui accueille des jeunes de 18 à 25 ans. La majorité des jeunes hommes se présentant à George Sand y est orientée par la PSA Belleville.

Créé à la fin du 19<sup>e</sup> siècle pour abriter des femmes avec ou sans enfants, le Centre d'Hébergement d'Urgence George Sand a été transformé dans les années 1970. Il

accueille actuellement 55 jeunes hommes, de 18 à 28 ans. C'est le seul établissement géré par la Ville de Paris qui accueille spécifiquement des jeunes hommes. C'est aussi le « dernier dortoir » du CAS-VP, un bâti (constitué d'un dortoir boxé, de sanitaires communs et de faibles espaces collectifs) dont les caractéristiques expliquent aisément que l'ensemble favorise les comportements violents comme les dégradations matérielles.

### *Les conditions d'accueil et d'hébergement*

L'hébergement proposé se fait en dortoir, cloisonné en boxes d'à peine 6 m<sup>2</sup>, sans lumière naturelle ni aération individuelle, comprenant 1 ou 2 lits et autant d'armoires métalliques où les résidents peuvent conserver sous clé leurs effets personnels. Ces conditions d'accueil sont loin de répondre aux préconisations en termes d'humanisation. Pourtant, selon l'enquête menée en 2009 pour la FNARS<sup>22</sup>, les dortoirs représentent encore aujourd'hui 12 % des capacités globales d'hébergement en Ile de France. Ce manque de confort de l'accueil est d'autant plus visible et prégnant au fur et à mesure que s'allonge la durée de séjour des résidents, du fait du respect du principe de continuité de l'hébergement énoncé par la loi DALO du 5 mars 2007.

Le CHU George Sand offre des prestations d'hygiène élémentaires : douches collectives et blanchisserie, les résidents pouvant laver leur linge personnel au sein de l'établissement. L'établissement dispose d'une salle de télévision, d'une salle de baby-foot, d'une salle informatique avec un accès Internet et d'une bibliothèque. Un soutien à la recherche d'emploi et de logement/hébergement est assuré par une équipe de 4 travailleurs sociaux, chacun disposant d'un bureau individuel afin d'assurer la confidentialité des entretiens.

Outre une directrice par intérim assurant également la direction d'un CHRS voisin accueillant la même population, l'équipe des salariés de l'établissement se compose au moment de mon stage de :

- deux agents administratifs (une adjointe aux cadres chargée de l'économat, une chargée des ressources humaines),
- un agent d'entretien (blanchisserie) secondé par deux agents en contrats aidés,
- treize Adjoints d'Accueil et d'Insertion (AAI), corps professionnel créé en 1994 et propre à la Ville de Paris, aujourd'hui appelé à disparaître, qui assurent une présence sur l'établissement 24 heures sur 24 et le premier contact avec les résidents,

---

<sup>22</sup> op. cit. p. 36.

- quatre travailleurs sociaux (trois ES et une CESF)
- une cadre socio-éducatif chargée d'encadrer les travailleurs sociaux comme les AAI,
- une psychologue, qui partage son temps de travail entre le CHU George Sand et le CHRS Pixérécourt.

Enfin, des équipes médicales de prévention et de promotion de la santé interviennent régulièrement, lors de soirées thématiques.

Le CHU est ouvert aux résidents à partir de 17 heures et jusqu'à 8 heures 30<sup>23</sup> le lendemain, heure à laquelle les jeunes sont supposés rejoindre la rue, leur emploi ou leur lieu de formation pour ceux qui en ont. Remis à la rue tous les jours, ces jeunes renouent avec une errance qui aggrave le processus de dé-socialisation dans lequel ils s'inscrivent et les ancre dans une précarité physique et parfois psychique de laquelle le CHU est censé les aider à sortir... Ajouté à la vétusté et à l'inadaptation des lieux, cette remise journalière à la rue contribue à rendre partiellement illusoire une qualité d'accueil des résidents qui se voudrait respectueuse de leur dignité et de leur intimité. Le besoin de sommeil ou de repos est criant pour la plupart des résidents, et l'extension des horaires d'ouverture est un thème récurrent dans les discussions avec les agents comme avec le CAS-VP. Toutefois, cette extension d'horaires<sup>24</sup> ne pourra qu'aller de pair avec une « humanisation » des locaux.

L'établissement George Sand propose un accompagnement global (soutenu par une approche pluridisciplinaire) aussi long que nécessaire (en 2010, 67 % des résidents ont été accompagnés plus de 3 mois) et ne pose aucun critère à l'entrée. Ainsi, en 2009, 26 % des résidents n'avaient aucune couverture sociale, 58 % avaient un niveau scolaire 5 ou 6, 80 % d'entre eux n'étaient ni en formation ni en emploi et autant n'avaient aucune ressource. Une des évolutions récentes de la population du CHU George Sand est l'augmentation du nombre de personnes nécessitant un soutien psychologique, voire psychiatrique.

### *La population accueillie*

---

<sup>23</sup> Une dérogation est accordée à ceux qui, pour des raisons de travail, rentrent sur l'établissement après 23 heures. Celle-ci leur permet de rester se reposer au centre pendant 10 heures à partir de leur horaire d'arrivée.

<sup>24</sup> L'ouverture du centre en H24 reste en discussion mais devrait être opérante dès la réouverture du CHU, en 2014.

Il faut noter le très jeune âge des résidents : 40 % d'entre eux, en 2009, avaient entre 18 et 21 ans. En lien avec ce jeune âge, on insistera sur les carences éducatives et affectives des résidents, dont 40 % ont été pris en charge, au cours de leur parcours, par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). C'est pourquoi une grande partie de la mission des professionnels du CHU est éducative, de façon à permettre à ces jeunes hommes de reprendre confiance en eux, d'intégrer des règles de vie en collectivité, de prendre soin d'eux etc.

A cette tâche socio-éducative, il faut ajouter la prise en compte de problèmes de santé, somatiques, de « souffrance psychique » ou de troubles psychiatriques avérés. Certains jeunes nécessitent une simple prise en charge thérapeutique ou psychologique, d'autres ont besoin d'un traitement ou de soins psychiatriques prolongés, ce qui est le cas pour 10 % des résidents. La psychologue et les professionnels socio-éducatifs sont donc chargés de la mise en place, de la reprise et de la stabilisation dans les soins. Pour d'autres jeunes, aucune maladie psychiatrique n'est avérée ou clairement diagnostiquée, ce qui n'empêche pas les passages à l'acte répétés et le non respect du cadre de fonctionnement de la structure...

Par ailleurs, les troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives sont courants, et nombre de jeunes accueillis sont diagnostiqués comme alcooliques. Les troubles de la conduite sont fréquents sur le CHU, de même que l'agressivité, la dépression et l'anxiété.

La difficulté de la population accueillie est très liée à la tranche d'âge, période de remaniement psychique profond, et aux poly-problématiques rencontrées. Les comportements addictifs et transgressifs sont extrêmement difficiles à gérer sur un tel collectif. La présence de professionnels qualifiés est indispensable.

Les résidents s'inscrivent dans une démarche d'insertion, devenue d'autant plus nécessaire que les durées de séjour s'allongent. Ils peuvent en effet séjourner au CHU aussi longtemps que nécessaire, jusqu'à ce qu'une orientation leur soit proposée. Cette dernière peut concerner soit une structure d'hébergement stable ou de soins, soit un logement adapté à la situation du résident. La durée du contrat de séjour signé avec le résident varie donc en fonction de la réalisation des objectifs fixés.

### *Le cadre réglementaire*

A ce jour, le CHU ne s'est pas doté d'un projet d'établissement, le règlement de fonctionnement constituant, pour les résidents comme pour les agents, le document de référence de l'action institutionnelle. Ce règlement définit les droits, obligations et devoirs des personnes accueillies, et les sanctions existant en cas de non respect de ce cadre. Le règlement décline les modalités d'exercice des droits reconnus par la charte des droits et libertés de la personne accueillie : principe de non discrimination, respect des convictions religieuses, liberté d'expression, droit à l'accompagnement, à la citoyenneté, droit au secret des informations concernant la vie privée, à l'intimité, à l'information et à la participation à la vie de l'établissement.

Le règlement est présenté aux personnes dès l'accueil et est affiché dans l'établissement. Il est volontairement court, afin d'être lisible et compréhensible, d'autant que chacun est tenu d'en prendre connaissance et de le respecter. L'histoire et la situation des jeunes accueillis ont toutefois des répercussions notables sur leur faculté à accepter ces règles, qui de plus sont contraignantes (horaires de lever, sortie, entrée et coucher, promiscuité). Ainsi, les professionnels sont conduits à expliquer et à rappeler maintes fois les règles posées, qui sont une condition du respect de l'autre.

L'acceptation du cadre par un résident nécessite de multiples conditions (cohérence des propos professionnels, respect de la dignité dans le rappel de la norme, mise en confiance de la personne) et prend du temps. Il faut parfois accepter, à condition que cela ne mette pas en danger les autres, qu'un jeune n'« entende pas » immédiatement les remarques faites. Le travail éducatif est notamment un travail de répétition.

### *Un accompagnement toujours plus prégnant*

Les personnes accueillies au CHU ont des profils très variés et leurs besoins sont extrêmement divers. Toutefois, la majeure partie des résidents est en situation de rupture et n'a pas de projet en arrivant. La prise en charge tant collective qu'individuelle a pour objectif, in fine, d'aider les jeunes à construire les bases d'un projet. Ce projet se construit au fur et à mesure des rencontres avec le référent socio-éducatif. C'est pourquoi il a semblé essentiel au cours des dernières années de consolider l'équipe de travailleurs sociaux, qui reçoivent les résidents chaque semaine, pour les accompagner dans l'ensemble de leurs démarches.

Au vu des difficultés rencontrées par les jeunes, il est souvent nécessaire d'aller vers eux, de leur faire prendre conscience de l'importance d'un accompagnement, voire d'en rappeler l'obligation. Nombre de jeunes ne sont pas en mesure de se rendre aux rendez-

vous proposés par les partenaires extérieurs (mission locale, PSA...) sans l'accompagnement de proximité, éventuellement physique dont se charge le CHU.

Par ailleurs, ces partenaires ont souvent une vision de la personne accompagnée rendue parcellaire par la spécificité de leur action (aide à la recherche d'emploi, aide médicale etc.). Les professionnels du CHU, travailleurs sociaux mais également professionnels d'accueil, ont au contraire une bonne connaissance globale de la personne. Les éléments observés par les professionnels sont mis en commun et débattus lors de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. L'objectif de ce temps de concertation est de proposer des solutions d'accompagnement adaptées et de rendre cohérentes les diverses actions menées avec la personne, que ce soit au sein du CHU ou en externe.

Un travail de collaboration est à construire avec les partenaires, qui accompagnent sur certains aspects les jeunes accueillis. Une concertation est toujours recherchée par les travailleurs sociaux du CHU, afin d'apporter des réponses cohérentes. L'accompagnement se formalise par le biais d'un contrat de séjour. Un nouveau document a été élaboré en 2009 et mis en application en début d'année 2010. Le contrat présente les prestations proposées par la structure et définit les démarches à réaliser. Les jeunes accueillis signent des avenants de manière régulière, au fur et à mesure de l'évolution de leur projet.

Au vu de la situation des jeunes accueillis, le projet sera souvent orienté vers l'ouverture des droits, les soins, la formation et l'emploi et la recherche d'une solution d'hébergement plus adaptée. En effet, la construction d'un projet passe en premier lieu, pour la plupart des résidents, par la remise à plat de leur situation administrative. Certains n'ont plus de papiers d'identité, de sécurité sociale, presque aucun n'est inscrit comme demandeur de logement... Un des premiers axes de travail à l'arrivée des jeunes est la mise à jour des documents nécessaires et l'ouverture des droits. Les personnes en situation irrégulière sont mises en lien avec les associations spécialisées. Une mise en conformité est également recherchée par le paiement des amendes et la réalisation des travaux d'intérêt général, en lien avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP). Des jeunes sont enfin orientés vers des juristes pour des démarches particulières, par exemple dans le cadre de divorce ou de droit de visite. Enfin, un accompagnement individualisé est proposé dans le domaine de la formation professionnelle et de l'emploi.

### **C. Une démarche d'humanisation incitée par la loi**

Dès 2006, dans un rapport à la demande du ministre en charge de l'exclusion<sup>25</sup>, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a fait un certain nombre de propositions concernant l'évolution de l'hébergement d'urgence. Parmi celles-ci, « *une ouverture 24 heures sur 24 des lieux d'hébergement qui s'y prêtent est recommandée, ce qui implique de modifier en profondeur le rôle et la perception des centres d'hébergement* », notamment en ce qui concerne le suivi social, qui doit aller « *au-delà d'un simple abri de jour* ».

Le Plan d'Action Renforcé en faveur des Sans Abri (PARSA)<sup>26</sup>, adopté en janvier 2007, vise lui aussi à transformer le dispositif d'urgence. Reconnaisant l'insuffisance d'un accompagnement social dont l'une des limites consiste en la reconduction journalière de la prise en charge, il incite à inscrire cet accompagnement dans la durée.

Si ces propositions ou recommandations apparaissent dans nombre de rapports comme dans les textes réglementaires, c'est qu'elles suivent l'évolution de la prise de conscience d'une partie de la société vis-à-vis de la population des sans abri et d'autres personnes accompagnées dans un processus d'insertion sociale. En ce sens, la loi du 2 janvier 2002 encadre l'accompagnement des usagers et insiste fortement sur le respect de leurs droits. La logique d'amélioration de la prise en charge trouve son origine dans une critique de la maltraitance qui, par la création et la défense du concept de bientraitance, tend à se généraliser.

#### *De la maltraitance à la notion de bientraitance*

Comme le rappelle l'ANESM<sup>27</sup>, « *la maltraitance n'est pas un risque hypothétique et lointain, mais bien un risque incontournable, consubstantiel des pratiques pour tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier* », précisant que « *le regroupement de populations vulnérables au sein d'un établissement génère de facto un risque de maltraitance supplémentaire* ». La prévention et la lutte contre cette maltraitance doit donc mobiliser les professionnels, et « *au premier chef, les responsables d'établissement* ».

---

<sup>25</sup> CHAMBAUD L. (IGAS), de FLEURIEU A. (CGPC), rapport effectué à la demande de Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée à la Cohésion sociale et à la Parité, août 2006, in IGAS, 2010, *L'hébergement et l'accès au logement*, Rapport annuel 2009, Paris, La documentation française, 200 p.

<sup>26</sup> Consultable sur [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_d\\_actions\\_PARSA.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/plan_d_actions_PARSA.pdf)

<sup>27</sup> ANESM, 2008, *Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Paris, p. 8.

La lutte contre la maltraitance apparaît donc bien comme l'une des missions et des fonctions du directeur d'établissement. Mais si le principe semble évident, la mise en pratique l'est moins. L'une des raisons de cette difficulté, c'est que la maltraitance se décline sous plusieurs formes<sup>28</sup>, parmi lesquelles maints aspects de la violence, mais aussi de négligence. On retiendra ici les négligences passives, relevant de l'ignorance et de l'inattention de l'entourage, mais aussi la privation ou la violation de droit, qui limite la liberté des personnes, ou encore les violences matérielles, dont fait partie l'inadaptation des locaux.

Dans son mémoire<sup>29</sup>, J. Sanson évoque la reconnaissance du droit à un lieu d'accueil de qualité : « *sans aller jusqu'à parler de maltraitance, il semble que de mauvaises conditions d'accueil peuvent être source de 'non-bientraitance' des usagers* ». Le pas entre maltraitance et non-bientraitance est toutefois souvent petit, et vite franchi. Il apparaît donc immédiatement que la prise en compte insuffisante des besoins des résidents, mais surtout la limite imposée à leur liberté de circulation entre le foyer et l'extérieur ainsi que ses locaux vétustes et inadaptés, font du CHU George Sand un établissement que l'on pourrait qualifier de « maltraitant ». Il ne s'agit évidemment pas ici de poser un jugement de valeur, mais de prendre la mesure d'une amélioration possible de la prise en charge dans ce centre d'hébergement, et de la marge de progression dont bénéficie l'ensemble des salariés de l'établissement. Nous reviendrons plus avant sur les mesures prises pour favoriser cette amélioration.

Évoquant les sans abri, les membres de la Conférence de consensus estiment que « *les premiers de leurs droits ont trait à la sauvegarde de leur vie personnelle, à l'intimité, à la sûreté* ». Des droits qui imposent « *l'appropriation d'un espace privé* » dans la mesure où « *c'est un premier élément du 'chez soi' dans un habitat collectif et donc un des éléments essentiels du parcours de sortie de la rue* »<sup>30</sup>. Or, on l'a vu, le CHU George Sand offre bien peu d'intimité à ses résidents, et leur intimité comme leur sûreté y reste aléatoire.

Parmi les recommandations issues de cette Conférence de consensus, on notera « *une révision générale des règlements de fonctionnement, pour intégrer un respect exigeant des droits à la vie privée, à l'intimité et à la sûreté* », ainsi que « *la promotion d'un plan de modernisation des structures pour éliminer les obstacles physiques (structures du bâti, etc.) à la réalisation des droits à l'intimité et à la sûreté* »<sup>31</sup>. C'est dans la droite ligne de

---

<sup>28</sup>       ibid. p. 11.

<sup>29</sup>       SANSOIN Julie, 2007, *L'architecture au service de la mission éducative : une stratégie de direction. L'exemple du Foyer Départemental de l'Enfance et de la famille de la Loire*, mémoire DESSMS, Rennes, EHESP, 80 p.

<sup>30</sup>       FNARS, Conférence de Consensus sur les sans abris, 2007, *Sortir de la rue*, p. 38.

<sup>31</sup>       ibid. p. 38.



ces recommandations que s'inscrit le projet de restructuration du CHU George Sand, également soutenu par d'autres textes réglementaires.

C'est le cas notamment de la Circulaire n°5279/SG du 22 février 2008, relative à la mise en œuvre du grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri<sup>32</sup>. Ce chantier national prioritaire 2008-2012 insiste sur la nécessité d'offrir des solutions dignes d'hébergement, donc sur le renforcement de l'humanisation et de la rénovation des centres d'hébergement : « *la situation des personnes sans abri ou mal logées constitue en effet une priorité de l'action gouvernementale tant il est inacceptable que des hommes ou des femmes soient contraints de vivre dans la rue dans notre pays* », peut-on y lire. Afin de faciliter cette évolution, les Schémas d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (SAHI) et les Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) devront être mis en cohérence<sup>33</sup>.

Par ailleurs, un consensus apparaît sur la nécessité de créer des petites structures, de 20 à 40 places environ. L'annexe II de la circulaire du 5 mars 2009 précisant la modernisation des centres d'hébergement édicte un certain nombre de normes concernant les restructurations, dont celle selon laquelle le principe doit être la chambre individuelle, ou double pour les couples. Si le « nouveau George Sand », celui qui naîtra suite à la restructuration, sort du cadre en ce qui concerne le nombre des résidents pour lequel il est habilité, on verra que le projet répond bien à ces exigences en ce qui concerne les chambres envisagées, majoritairement individuelles.

« *Mouvement d'individualisation et de personnalisation de la prestation* », la bientraitance est, du point de vue de l'ANESM<sup>34</sup>, difficile à définir, sinon par la négative. Ainsi, elle « *ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance* ». Inscrite « *dans les conceptions d'une société spécifique, à un moment donné* », ses contours et modalités de mises en œuvre doivent être déterminés dans le cadre du projet de service ou d'établissement. Elle se réalise donc « *au terme d'échanges continus entre tous les acteurs* », dans une « *recherche collective de sens* ».

---

<sup>32</sup> Consultable sur [http://www.juri-logement.org/les\\_textes/2008/c-22fev2008hebergtSansAbri.htm](http://www.juri-logement.org/les_textes/2008/c-22fev2008hebergtSansAbri.htm)

<sup>33</sup> Le Plan Régional d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion d'Ile de France est mis en place le 19 février 2010. Il correspond à une obligation inscrite dans la circulaire du 9 décembre 2009 d'élaboration des PDAHI pour le 31 mars 2010.

<sup>34</sup> ANESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, p. 14.

La bientraitance se fonde sur « *le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité* »<sup>35</sup>. Ce qui, nous rappelle l'ANESM, suppose une posture professionnelle ayant « *le souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires et sécurisantes pour tous, et un refus sans concession de toute forme de violence et d'abus sur le plus faible, d'où qu'elle émane* »<sup>36</sup>.

Là encore, la marge de progression dont dispose le CHU George Sand peut paraître importante. C'est pourquoi, depuis quelques années, les directions successives de cet établissement ont souhaité agir en faveur du respect des droits des usagers, pour que « *le respect des règles de sécurité en vigueur ne conduise pas à des restrictions de liberté inutiles ou injustifiées et pour que, autant que possible, la liberté reste la règle et la restriction de liberté, l'exception* »<sup>37</sup>.

C'est la même logique qui suggère qu'en cas de manquement au respect du règlement, l'usager bénéficie de la part d'un professionnel habilité d'un rappel à la règle, et ce de manière adaptée, « *afin de maintenir la communication, pour que la solidité du cadre ne devienne pas rigidité punitive* »<sup>38</sup>. On verra dans quelle mesure ce refus par la direction de la « rigidité punitive », dont peuvent parfois faire preuve certains agents afin d'asseoir leur autorité et leur pouvoir sur les usagers, a pu susciter d'importantes frictions au sein de l'établissement.

#### *Un processus dynamique qui s'appuie sur des outils concrets*

Dans ses règles de bonnes pratiques, l'ANESM préconise que les établissements « *aménagent des espaces préservant l'intimité* »<sup>39</sup> et incite à cultiver une atmosphère favorable à la convivialité. Par ailleurs, « *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* »<sup>40</sup>. C'est pourquoi le rôle des professionnels présents sur la structure est primordial, et c'est ce qui rend impossible, impensable même de tenter d'améliorer les conditions d'accueil sans leur adhésion au processus.

---

<sup>35</sup> loc. cit.

<sup>36</sup> Ibid. p. 15.

<sup>37</sup> Ibid. p. 20.

<sup>38</sup> Ibid. p. 26.

<sup>39</sup> Ibid. p. 22.

<sup>40</sup> FNARS, Conférence de Consensus sur les sans abris, 2007, *Sortir de la rue*, p. 34.

Car c'est bien d'un processus qu'il s'agit, je l'ai déjà souligné. L'humanisation, comme l'amélioration, sont des concepts dynamiques, qui font appel à la progression et qui, partant de l'existant, se basent sur l'adhésion, sinon de tous, au moins du plus grand nombre, afin de progresser vers un mieux. Cette progression a toutefois besoin de s'établir, et de se mesurer, à l'aune de pratiques et d'actions. Elle s'appuie pour cela sur des outils visant à lui donner un sens et un cadre. Le règlement intérieur d'une part, le partage, la mise en commun d'expériences vécues d'autre part en sont des exemples.

« *L'accueil doit être digne* », nous rappellent les auteurs de la Conférence de consensus sur les sans abri. Or il reste « *dans de nombreux centres, infantilisant. Les horaires et le règlement de fonctionnement sont souvent très stricts, la singularité des personnes n'est pas toujours respectée, sans compter, parfois, des conditions matérielles indignes de notre temps* »<sup>41</sup>. C'est pourquoi l'un des chantiers qui s'est ouvert au CHU George Sand, dans le cadre de l'amélioration des conditions d'accueil, prenant prétexte de l'accompagnement au changement mis en place à l'occasion du déménagement de la structure, a été la réflexion autour du règlement de fonctionnement. Présenté à tous les nouveaux entrants dans l'établissement lors de l'entretien d'accueil, signé par le résident, ce document reprend de façon simple et succincte les droits et devoirs de celui-ci à l'intérieur de l'établissement. Or, comme le rappelle l'ANESM, « *en fixant les modalités selon lesquelles vie individuelle et vie collective seront conciliées au sein de la structure, le règlement de fonctionnement contribue également au respect de la singularité des usagers* »<sup>42</sup>. C'est pourquoi il est apparu important à la direction de revoir ce texte avec l'ensemble des salariés.

En cas de violence, soutient l'ANESM, la première recommandation est de veiller à ce qu'elle « *fasse systématiquement l'objet d'une réflexion collective pour en comprendre les causes* »<sup>43</sup>. Une forme d'analyse des pratiques qui doit « *permettre aux professionnels de mieux comprendre en quoi certaines situations peuvent conduire les individus – professionnels ou usagers – à dépasser le cadre* ». Certes, des séances d'analyse de pratiques régulières et des réunions d'accompagnement hebdomadaires ont déjà à George Sand pour but d'instaurer une réflexion commune sur la prise en charge des usagers. Mais les premières sont boudées par certains salariés et les secondes trop

---

<sup>41</sup> Ibid. p. 33.

<sup>42</sup> ANESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, p. 24.

<sup>43</sup> Ibid. p. 27.

centrées sur l'accompagnement au quotidien pour que naisse une réelle réflexion sur la qualité de cet accompagnement.

C'est pourquoi la direction a souhaité formaliser une mise en commun des expériences et des observations qui permette à la fois d'éviter ou de limiter les réactions subjectives démesurées ou inadaptées, et de prendre l'habitude de travailler ensemble, de forger au sein de l'institution une habitude de partage et de communication qui dépasse les clivages de corps de métier ou d'affinités. Là encore, les réunions auxquelles les salariés étaient invités à participer dans le cadre de la préparation du déménagement sont apparues comme un terrain propice à la prise de conscience d'un besoin de mise en commun et de réflexion partagée.

## CHAPITRE 2

### Prendre la mesure du passé pour orienter l'avenir

« le feu tue, les idées périmées aussi »

Maréchal Ferdinand Foch<sup>44</sup>

L'histoire du centre d'hébergement George Sand suit celle du secteur. Certains salariés de ce foyer ont connu maints changements au cours des années passées, et peuvent témoigner d'évolutions importantes tant en ce qui concerne la petite histoire, celle de leur établissement, que la grande. Ainsi cet Adjoint d'Accueil et d'Insertion (AAI) qui a commencé à travailler dans le secteur de l'exclusion avant 1999, alors que les foyers d'urgence ouvraient pour le plan Grand Froid, en décembre ou mi-novembre en fonction des températures, jusqu'à mi-avril. Puis vinrent quelques années pendant lesquelles l'activité a été prolongée en été, avec notamment l'accueil de Kosovars, pour reprendre à l'hiver suivant. Jusqu'à ce qu'en 2001, les CHU du CAS-VP restent ouverts toute l'année.

Je reviendrai dans cette partie sur l'histoire récente de la structure, telle qu'elle a été évoquée par les agents<sup>45</sup> auprès de qui j'ai pu mener des entretiens. Tous ceux qui ont bien voulu m'en parler ont évoqué quatre périodes, étroitement liées aux directrices en poste<sup>46</sup>, et qui se distinguent les unes des autres par des prises de position et des évolutions propres. J'évoquerai aussi ici le récent conflit entre la direction du CHU et les salariés, qui a laissé de nombreuses traces dans les esprits comme dans les modes de fonctionnement. Enfin, je dirai quelques mots d'un autre conflit sous-jacent, peu évoqué par les salariés eux-mêmes, la scission entre les travailleurs sociaux et les AAI.

---

<sup>44</sup> Maréchal Ferdinand Foch, 2006, *Mémoires*, Paris, éditions Numerus.

<sup>45</sup> Le nombre des salariés de George Sand étant restreint, j'ai opté, afin de garantir l'anonymat de ceux qui ont accepté de me recevoir en entretien, pour une traçabilité minimale. Ainsi, je ne signalerai l'origine des propos retenus que par la référence au corps de métier auquel appartient l'agent. On trouvera en annexe un note explicative à ce propos.

<sup>46</sup> Ces directrices seront évoquées par ordre chronologique, la plus ancienne étant Mme A, celle actuellement en poste Mme D.

## A. Prendre en compte l'histoire de la structure

Cette histoire est étroitement liée à deux facteurs : les directions successives, leurs modes de gestion et l'évolution des lois d'une part, la transformation des locaux de l'autre. C'est sans doute un Travailleur Social (TS) arrivé à George Sand il y a 9 ans qui synthétise le mieux cette évolution et les différents types de management qui en ont découlé : *« Je pense que ça a aussi beaucoup évolué par rapport aux changements de direction. Parce que quand je suis arrivée là du temps de Mme A, y'avait aucune réunion sociale, même, on n'avait aucune réunion, on faisait que des entretiens et des visites sur l'extérieur. On était un peu comme des urgentistes, les jeunes étaient là très très peu de temps et le but c'était qu'ils restent le moins longtemps possible et qu'on les réoriente le plus rapidement. Et ensuite y'a eu Mme B et également la loi de 2007, qui a aussi beaucoup fait changer les choses. Les prises en charge se sont allongées, nos locaux aussi parce que en 2008 y'a eu des travaux, ce qui veut dire aussi plus d'espaces collectifs, ce qui nous a permis aussi de mettre davantage de choses en place, et effectivement avec l'arrivée de Mme C y'a eu cette volonté manifeste du collectif, et plus d'un fonctionnement type CHRS. Ça coïncidait plutôt pas mal avec les orientations politiques, c'est-à-dire la volonté de H24, la loi de mars 2007, la loi Dalo et tout ça. Mais ça c'est fait du coup très très brusquement, et... Autant elle avait de bonnes idées, autant au niveau management c'était une catastrophe. Elle a fait fi de toutes les résistances. »*

Un AAI d'après-midi souligne quant à lui des détails révélateurs de ces évolutions dans la direction de l'établissement : *« Y'a eu l'introduction des jeux, par exemple. A l'époque de Mme A y'avait aucun espèce d'activités, et à partir Mme B, y'a eu... Elle a introduit la salle de ping-pong, le baby foot... A l'époque de Mme A c'était un centre d'hébergement strict ».*

Comme son collègue TS, cet agent d'après-midi lie fortement les évolutions de la structure aux directrices en poste, mais aussi aux changements architecturaux : *« Moi j'ai connu trois directions, plus l'intérim qu'on a actuellement. La première direction, c'était une personne qui était responsable de l'établissement qui était éducatrice de formation, mais qui était pas directrice, qui était simplement responsable. Qui gérait pas grand chose d'ailleurs, et y'avait un fonctionnement plus rigide, plus... à l'ancienne, je dirais. Qui avait ses avantages quand même je dirais parce qu'il y avait moins de... moins de conflits à l'intérieur de l'établissement entre les jeunes, puisque... On mettait à la porte plus facilement les jeunes, avec un système d'avertissements, et on avait une autorité plus grande, nous, les agents. Et dans une certaine mesure, c'était un avantage. Peut-être qu'il y avait un abus, sûrement, et en même temps ça avait un certain avantage, ça permettait de maintenir un calme plus important. Et puis l'usage du cannabis, toutes ces choses là*

étaient gérées de façon plus rigoureuse. Si on voyait quelqu'un en train de fumer du cannabis, on le mettait sortant directement. Ce genre de pratiques, fatalement... C'était en partie une bonne chose, mais évidemment ça engendre toujours des excès alors, il arrivait qu'on mette des gens à la porte pour des raisons assez futiles, parce qu'il suffisait qu'un jeune ait trois avertissements pour trois retards, par exemple, il pouvait être mis dehors, donc là des fois c'était excessif, mais quand même ça avait cet avantage, quoi. Parce que on est passé un peu à l'extrême inverse, surtout à l'époque de Mme C. Ça s'est un peu rétabli depuis l'arrivée de la cadre, mais il fut un temps, avec Mme C, on virait plus personne, c'était exactement l'inverse, quoi. Et entre les deux, Mme B, alors elle, elle était directrice, elle avait une formation de l'école de Rennes, et elle a maintenu en partie le fonctionnement de Mme A mais en apportant quand même quelques aménagements. Elle a modifié le règlement de fonctionnement de l'institution, elle a fait plus de réunions, y'avait pas de réunions du temps de Mme A, aucune, ou une fois tous les... Y'avait deux travailleurs sociaux, à l'époque. Et puis le centre s'est étendu, et ça, ça a été un changement assez important déjà dans la mesure où ça a modifié aussi le comportement des jeunes, dans la mesure où... à l'époque où ils étaient plus confinés dans un espace étroit, finalement ils étaient plus... comment dire? Ça limitait les problèmes aussi entre eux, parce que on les avait plus sous les yeux, quoi, ils pouvaient pas nous échapper. Moins ils s'étaient en quelque sorte, plus on peut les avoir sous les yeux, surtout associé au système un peu répressif qu'il y avait à l'époque, le fait qu'on les ait sous les yeux faisait qu'ils se comportaient du coup mieux. Ah c'était un peu... c'était un peu répressif, mais bon, faut pas exagérer non plus... Donc du coup l'agrandissement ça a changé aussi un peu les comportements. Alors après Mme C elle a voulu revenir sur tout ce qui était exclusion, on pouvait plus exclure qui que ce soit, même en cas de violence par exemple, parce que du temps de Mme B on pouvait exclure en cas de violence, là elle a créé un système où il fallait passer... Il fallait que les jeunes passent devant elle mais, ça prenait tellement de temps que... ça n'avait plus beaucoup de sens et en définitive, comme elle voulait pas virer des jeunes, quasiment elle en virait aucun, ou alors après des mois et des mois de problèmes. En plus elle a autorisé les allées et venues, les jeunes pouvaient sortir librement, donc ils passaient leur temps à sortir, rentrer, à se regrouper sur les bancs de l'autre côté, à fumer du shit, à emmerder les passants qui passaient et... enfin, ça créait plein de problèmes, quoi. »

C'est un AAI de nuit qui raconte avec le plus de détails les transformations liées à la structure de l'établissement : « La plus grosse évolution qu'il y a eu c'est quand même quand on a récupéré les locaux de la PSA. Avant, on était beaucoup plus petit. Le dortoir était pareil, mais toutes les pièces du bas on les avait pas, y'avait que le réfectoire. La salle télé et la salle où y'a le ping-pong maintenant c'étaient les bureaux. Les sociaux ils

*étaient là où maintenant il y a les machines à laver, c'était les bureaux. Et donc on n'avait que le réfectoire. Par contre, c'était les mêmes horaires, donc ils restaient dans le réfectoire, y'avait la télé dans le réfectoire, à ce moment là, ou alors ils étaient dehors... et ça c'était y'a deux ou trois ans... ça a provoqué beaucoup de discussions, parce que c'était toujours pareil, c'était dans la surveillance. Ça faisait beaucoup de locaux à surveiller et tout ça. Il a fallu installer énormément de caméras, avant y'en avait beaucoup moins ».*

Des transformations qui ont indéniablement amélioré l'accueil des résidents, comme le souligne cet AAI : *« pour les résidents je pense quand même que ça a changé beaucoup, parce que justement pour manger y'avait la télé, tout le monde était assis là, y'avait aucune salle. L'été on mettait la table de ping-pong dehors, quand il faisait beau, mais quand il pleuvait, tout le monde se retrouvait dans le réfectoire, tout le monde était concentré dans le même espace, hein, donc c'est sûr que pour eux aussi, c'était une évolution... Malheureusement y'a pas eu d'évolution au niveau du dortoir, mais on ne peut pas tout non plus. Et puis ça viendra... Encore une évolution ! »*

Il est intéressant de noter que, déjà, ces changements et améliorations du cadre de vie des résidents avaient provoqué des craintes chez les agents, du même ordre que celles qui sont réapparues dans le cadre du déménagement, comme le souligne cet AAI : *« Oui, ça a été une grande inquiétude. Je crois que c'était la même inquiétude que maintenant de partir ailleurs, justement, pour ce qui est de s'approprier des locaux. C'est toujours pareil, c'est le fait de changer qui inquiète. Mais avec le recul, malgré tout, ça s'est bien passé. Dans le temps c'est vrai que c'était beaucoup plus petit mais de l'accueil, on avait des vitres et tout, et c'est nous qui ouvrons, puisqu'il y avait le sas, donc ils pouvaient pas sortir sans qu'on les voit, et ce qui se passait c'est que de l'accueil j'avais une vue sur le réfectoire et j'entendais ce qui se passait. Si y'avait le ton qui montait, tout de suite on pouvait intervenir. »*

C'est d'ailleurs le souvenir de ces changements passés et de la facilité avec laquelle ils se sont approprié le nouveau cadre qui rassure certains agents : *« Je vois pas pourquoi on s'adapterait pas, hein, on s'est adapté quand même déjà à beaucoup de changements... Quand je vois moi, la première mission qu'on avait faite dans les centres d'urgence, grand froid, on leur donnait un sandwich, un bol de soupe et puis tout se faisait dans la même pièce, on avait la pièce, on avait des lits autour, les tables au milieu, des chaises, on avait la télé qui était là, tout était dans la même pièce. On avait une petite banque là pour les sandwiches, on faisait les cafés le matin, c'était un truc de fous, hein... Et celui qui voulait dormir pouvait pas dormir parce que les autres regardaient la télé, enfin c'était des*



*conditions... Y'en a qui mangeaient mais y'avait pas assez de places pour tout le monde comme y'avait des lits tout le tour, alors y'en a qui prenaient leur plateau qui mangeaient sur le lit... Oh la la !!! C'est pour ça, quand on voit les évolutions depuis ce temps, ça a rien à voir, hein, quand moi j'ai commencé... Mais des tensions, y'en avait aussi, hein, parce que y'avait des petites pièces comme ici, y'avait 4 lits... Y'avait pas d'armoires, rien... Rien de trop ! Juste le lit... Ils gardaient leurs affaires en-dessous du lit. Oh c'était ! Ah ouais... C'est pour ça que les évolutions... C'est vrai que ça a vachement évolué quand même... Et en bien ! Y'avait même pas de douches, on leur donnait des tickets ils allaient à la douche municipale. Et c'est pas vieux, 12 ou 13 ans... C'est vrai que c'était ouvert que pour l'hiver, c'était pas des centres ouverts toute l'année, c'était vraiment la mise au chaud. Mais quand même, les conditions... limite, hein ! ».*

Pour cet agent, si les transformations passées ont eu un impact indéniablement positif en ce qui concerne les conditions d'accueil des résidents, elles se sont aussi révélées positives pour les salariés, bien que moins préparées : *« ça a été plutôt positif, mais ça n'a pas donné lieu en tout cas à des réflexions collectives aussi importantes que là, ce qu'on peut entreprendre par rapport au déménagement, ça c'est clair. Je me rappelle qu'il y avait la question du ménage, qui était soulevée, la question aussi par certains agents de la surveillance... Nous c'est vrai qu'on s'est plus attachés à attribuer les salles à certaines occupations, mais c'était quand même pas un agrandissement très très important ».*

La configuration de l'équipe d'accompagnement a elle aussi largement évolué au fil du temps. Initialement seuls deux travailleurs sociaux prenaient en charge les suivis individuels des résidents. Une équipe d'AAI s'occupait de la gestion du collectif. Des départs ont été l'occasion de transformations successives, dans un premier temps avec l'arrivée de moniteurs éducateurs, puis d'éducateurs spécialisés. Aujourd'hui l'équipe éducative est constituée de quatre travailleurs sociaux : une conseillère en économie sociale et familiale (CESF) et 3 éducateurs spécialisés (ES). Ils travaillent sur le collectif en lien étroit avec l'équipe d'adjoints d'accueil et d'insertion.

La création d'un poste de Conseiller Socio-éducatif (CSE) a également été actée en 2010 afin de coordonner l'équipe de proximité et travailler autour d'un projet éducatif cohérent et de qualité. Une psychologue à temps partiel contribue à l'évaluation des situations individuelles et est chargée d'orienter les jeunes qui en ont besoin vers les services de soins adaptés.

Autre innovation de l'actuelle équipe de direction, depuis décembre 2010, la structure reste ouverte jusqu'à 11h le week-end afin de permettre aux résidents de se reposer. Cette mesure, demandée par les agents et les résidents, a permis de réduire les tensions liées à la sortie du centre. Au-delà du mieux-être engendré, elle pose les bases de la contractualisation du séjour des résidents : ces derniers ont des devoirs liés au respect du règlement de la structure mais également des droits. Il est important qu'ils se sentent entendus dans leurs demandes.

De plus, à diverses occasions, il est proposé aux jeunes de rester la journée ou le week-end, pour participer à des activités éducatives et de loisirs ou pour se reposer, pendant les périodes de fêtes ou pour des raisons météorologiques. Dès 2014, avec la réouverture de l'établissement après restructuration, un accueil en continu est en tout état de cause prévu.

## **B. Le conflit récent avec la direction et ses impacts actuels**

Bien que peu d'agents l'évoquent librement, le conflit qui a secoué le CHU George Sand au cours de l'année 2010 a été violent, et laisse encore aujourd'hui des marques profondes dans les relations entre salariés comme entre les salariés et la direction. Ce conflit a germé peu de temps après l'arrivée en poste de Mme C, fin 2009. L'actuelle directrice par intérim, qui est arrivée comme directrice adjointe début 2010, a bien voulu revenir longuement sur cette partie de l'histoire du centre et les éléments qui, à son avis, peuvent expliquer le conflit. Mais il me semble intéressant de laisser aussi la parole à un travailleur social, dont on verra que le positionnement, s'il a été dur au moment des faits, est aujourd'hui relativisé, sauf en ce qui concerne la conclusion donnée à ce conflit : *« C'est surtout avec le recul aussi que je vois que finalement y'avait des choses qui étaient intéressantes, mais elle nous a pas laissé le temps de la maturation, de l'acceptation, et de la maturation d'équipe. Et du coup ça a été hyper violent pour toute l'équipe, avec tout ce que vous connaissez, la grève... Et y'a encore le spectre... Ben disons qu'elle est arrivée, déjà, en ne faisant pas confiance à l'équipe, alors que nous on avait des directions qui nous faisaient entièrement confiance. Et puis en instaurant ses règles, finalement, en imposant ses règles sans discussion et avec une grande autorité, donc ça a été... difficile à accepter. On l'a pas accepté, d'ailleurs, et c'est elle qui est partie. »*

Mais peu de salariés sont aussi directs, et il n'a pas toujours été aisé d'obtenir des renseignements sur un épisode récent, qui reste encore vif aujourd'hui et qui n'est évoqué que discrètement, par allusion, au détour des conversations. C'est pourquoi les explications de la directrice actuelle sont la seule clé d'analyse dont je dispose.

Dès son arrivée, Mme C a constaté un déséquilibre en terme de droits pour les résidents, qui avaient énormément d'obligations et de devoirs dans un cadre de vie vraiment difficile. Sa première décision a donc été une ouverture plus large des horaires, l'instauration de la liberté de circulation, qui n'existait pas, et la reprise du pouvoir disciplinaire qui, jusqu'à ce qu'elle arrive, était « *dilué entre les mains de tous les professionnels* », ce qu'elle considérait comme « *un non-sens* ». Mais l'équipe éducative n'était manifestement pas prête à accepter toutes ces transformations, ce qui a provoqué énormément de résistance, parce que les agents n'avaient semble-t-il pas eu le temps de comprendre. Mme C a certainement manqué de « *pédagogie* », sans doute parce que « *je pense que quand un directeur arrive et qu'il découvre des choses complètement insupportables, il agit tout de suite. Maintenant, je me dis évidemment qu'il aurait fallu prendre du temps, et privilégier ce qu'il est possible ou pas de faire, en effet je pense qu'il y a un temps d'observation, un temps de recul, pour comprendre un peu l'histoire...* ». Temps que n'a pas pris Mme C et que l'actuelle directrice a, du coup, privilégié.

L'équipe se composait alors de deux travailleurs sociaux, sur-valorisés dans leurs fonctions par la direction, qui bénéficiaient d'avantages comme les horaires de journée ou des cycles de travail aménagés alors que l'équipe d'adjoints d'accueil et d'insertion étaient constamment « *sur le fil* ». A l'époque les AAI étaient encadrés par l'un d'entre eux, qui les représentait notamment en réunion d'accompagnement et était mis « *sur le même plan* » que les travailleurs sociaux, au niveau hiérarchique, donc en position de responsable. Il y avait aussi une psychologue, identifiée comme « *le bras droit de la direction* », et qui dès son arrivée avait imposé des réunions qu'elle menait, le matin, avec les adjoints d'accueil.

Au niveau administratif, les agents concentraient également un certain pouvoir et une grande autonomie. A son arrivée, Mme C, qui n'a pas la même vision de l'autonomie et de la délégation, a souhaité prendre sa place de directeur. Ce qui induisait une reconsidération de l'organigramme et des fonctions de chacun, un re-positionnement général, alors qu'en parallèle arrivaient des mesures législatives en faveur des résidents. L'ensemble représentait un nombre de défis important pour un nouveau directeur...

Quand Mme D, aujourd'hui directrice par intérim, est arrivée en tant que directrice adjointe, un certain nombre de mesures étaient lancées, notamment celles qui

concernaient le projet d'établissement. Ce qu'elle appelle « *la guerre avec les tenants du pouvoir* » a vraiment commencé quand l'équipe de direction a essayé de toucher aux horaires des travailleurs sociaux et leur a demandé de faire des soirées. Pourtant, sur ce point, les choses ont été faites dans la négociation<sup>47</sup>, ce qui apparaît aujourd'hui à Mme D comme une erreur. En effet, elle estime à présent qu'il aurait mieux valu ordonner clairement le respect des cycles de travail, rétablir les règles décrites par le CAS-VP telles que la direction a le droit de les appliquer plutôt que de rentrer dans la négociation qui, finalement, n'a fait que cristalliser les problèmes.

S'en est suivie une période de grande confusion. Un équilibre des forces était rediscuté, remis en question, et le nouveau accordait plus de place aux AAI, qui étaient plus entendus, sans l'avoir forcément souhaité. Ce rééquilibrage a mis à jour un certain nombre de dysfonctionnements internes, tout en soudant les contre-pouvoirs entre eux, y compris ceux qui jusqu'alors étaient divisés.

Les conséquences dans la gestion de la structure ne se sont pas fait attendre, notamment par le biais d'une « *forme de sabotage dans l'application des mesures* ». De nouvelles règles, plus respectueuses des personnes accueillies, étaient mises en place en parallèle, comme en ce qui concerne la liberté de circulation. Ce nouveau droit a généré, dans une rue en forme d'impasse, « *des attroupements de jeunes devant, avec des bouteilles d'alcool à la main* », qui n'ont évidemment pas été du goût d'un voisinage déjà échaudé. Certes, les tensions avec les résidents et entre eux étaient moins importantes, et pour cause : elles s'étaient transportées à l'extérieur. Difficile de savoir aujourd'hui si un climat interne trop tendu a fait fuir les résidents hors les murs, ou si le collectif était alors particulièrement difficile à canaliser. Toujours est-il que cette nouvelle mesure de libre circulation a été difficile à appliquer et que la direction est revenue à une « *demi-mesure, parce qu'il y a un interdit qui est posé, mais dans les faits il y a quand même une certaine liberté de circulation, et c'est peut-être cette demi-mesure qui fait que ça tient à peu près* ».

Autre élément important, le pouvoir disciplinaire, du moins celui de gérer eux-mêmes les exclusions, a été retiré aux AAI. Non que ce droit se soit généralisé dans la pratique, mais il y avait énormément d'arbitraire dans ces mesures, et là encore des formes de contre-pouvoir étaient installées. Ce pouvoir d'exclure a donc été réservé à la direction.

---

<sup>47</sup> Aujourd'hui encore, l'un des 4 travailleurs sociaux bénéficie d'aménagements négociés à cette époque, comme le fait de ne travailler qu'une soirée par semaine.

Un des éléments de compréhension de la logique alors adoptée réside sans doute dans le fait que le directeur n'était alors pas du tout relayé par un cadre de proximité, et devait donc agir sur tous les fronts : faire passer d'un côté les mesures qui fâchent et accompagner d'un autre côté les résidents et les professionnels. Ce qui paraît, avec du recul, difficilement conciliable.

Tous ces facteurs se sont combinés pour aboutir à un conflit généralisé en mars 2010, avec un mouvement de grève important, qui a mené la direction à revenir en arrière sur la plupart des mesures avancées. Sur les horaires d'ouverture de la structure, d'abord, qui de 15 heures 30 avec un goûter sont repassées à 17 heures. En partie aussi sur le pouvoir disciplinaire, avec de nouveau un système d'avertissement, de lettres etc. Pour comble, la SDSLE a « *très mal géré le conflit* », son positionnement peu clair ayant contribué à renforcer les dégâts (grève générale du personnel du centre, manifestations devant l'établissement etc.).

Cette même année, profitant de certains départs, et avec la création de nouveaux postes, la direction embauchait de jeunes professionnels, pour lesquels la situation s'est révélée insupportable. Ces derniers ont eu « *des réactions très violentes, dénonçant une institution extrêmement maltraitante, avec un fort déni et beaucoup de violence institutionnelle* » et la plupart n'ont pas pu rester... Pourtant, en même temps que ces jeunes professionnels arrivaient et repartaient rapidement, il y a eu de la part de la direction un travail d'ouverture aux travailleurs sociaux, l'équipe éducative passant de deux à quatre, et étant complétée par l'embauche, en septembre 2010, d'une cadre socio-éducative.

### **C. La difficile constitution d'une équipe d'accompagnement soudée**

Il s'agit sans doute de l'élément le moins explicite de cette analyse, de celui dont personne ne parle ou presque, et qui pourtant joue un rôle non seulement pour expliquer le conflit de l'année 2010 mais aussi pour comprendre certaines réticences, voire résistances liées au déménagement de la structure.

Comme l'a évoqué la directrice actuelle, sous les précédentes directions les travailleurs sociaux et les adjoints d'accueil et d'insertion étaient placés sur des plans strictement distincts et les pouvoirs des uns étaient clairement subordonnés à ceux des autres. Seul l'un des AAI, qui était considéré comme leur représentant, avait le droit d'assister aux réunions d'accompagnement, pendant lesquelles les situations des résidents sont

discutées, analysées, envisagées à la lumière des regards croisés. Puis, avec Mme C, ces agents ont conquis une place et un rôle dans l'institution qu'ils n'avaient pas toujours sollicité, et que d'aucuns refusent encore aujourd'hui. Du moins refusent-ils la responsabilité liée au rôle, préférant se placer d'eux-même sous la houlette des travailleurs sociaux qu'ils continuent à considérer (du moins ouvertement) comme « *les véritables professionnels de l'éducation* ».

Ces données ont contribué à créer une véritable scission entre travailleurs sociaux et AAI et à creuser l'écart entre les deux corps de métier. Un écart d'autant plus dommageable qu'ils travaillent aujourd'hui en équipe, sur les mêmes horaires, et que si leurs tâches et leurs compétences ne sont pas les mêmes, les regards qu'ils portent sur les résidents s'enrichissent mutuellement. Aujourd'hui, l'équipe de direction vise à donner aux travailleurs sociaux et aux agents d'accueil des places certes distinctes mais complémentaires, et surtout à les inciter à travailler ensemble dans une optique de pacification des relations et d'amélioration de la prise en charge des résidents.

L'intervention d'un tiers dans le cadre de la préparation du déménagement, sur laquelle j'aurai l'occasion de revenir, a permis de dévoiler et de rendre visible pour tous cette division. Ainsi, comme le confie un travailleur social à propos de cet intervenant, « *il a exactement compris ce qui se jouait au sein de l'équipe, entre un peu les dinosaures qui ont connu George Sand même avant les travailleurs sociaux et puis nous...* ». Car c'est sans doute en partie là que réside la cassure. Certes, les formations dont disposent ces deux corps de métiers sont très différentes<sup>48</sup>, et partant leur compréhension des situations et leurs réactions face aux résidents. Mais l'ancienneté dans la fonction et le fait d'y être entré à une époque où la politique d'action du CAS-VP et les conditions d'accueil des sans abri étaient, on l'a vu, très différentes ne sont pas étrangers à l'opposition des corps.

Pour les anciens, les « dinosaures » qu'évoque ce travailleur social, les sans abri ont besoin d'un toit et d'un repas, et leur rôle à eux est d'y veiller, comme de veiller à la sécurité et au calme dans l'établissement. Mais ils peinent à comprendre que l'on s'évertue à proposer aux résidents un accompagnement social qu'ils sont si nombreux à mettre à mal, comme ils acceptent mal que les résidents n'aient aucune reconnaissance envers l'institution. Et ils ne comprennent pas mieux que l'on propose un accès à la culture ou aux soins, quand pour eux la priorité est de faire en sorte que les résidents quittent le centre le plus rapidement possible, sans trop se soucier de l'hébergement qui leur serait alors proposé. C'est du moins ce que suggère un travailleur social : « *Il faut dire*

---

<sup>48</sup> Les AAI, corps de métier spécifique de la Ville de Paris, recrutés par voie de concours, n'ont pas de formation spécifique et appartiennent à la catégorie C.

*que certains ont aussi connu 95 personnes, avec des choses qui étaient intéressantes aussi, c'est-à-dire que les jeunes participaient davantage au fonctionnement, ça c'est quelque chose qui n'a pas perduré. Et je crois qu'il y en a certains qui... qui comprennent pas le sens, en fait, qu'on peut donner nous à notre travail ou à notre approche des résidents, ça c'est clair. Le sens des activités... ça c'est net, hein, je me rappelle un été, dès qu'il y avait un collègue AAI qui voulait mettre en place des activités, il se faisait tout de suite stopper par ses collègues, au cas où on leur demanderait la même chose, on ne sait jamais... ».*

Du point de vue des AAI, la réconciliation ne paraît pas mieux avancée. Si certains recherchent le contact avec les travailleurs sociaux et se qualifient (abusivement) volontiers comme tels auprès des usagers, beaucoup d'entre eux se résignent à un rôle subalterne face auquel ils sont eux-même divisés. Ainsi, ils se plaignent volontiers de ne pas être entendus, mais rechignent à participer aux instances qui leur permettraient de s'exprimer, comme le montrent les propos de cet AAI d'après-midi : *« Non, les réunions d'accompagnement, j'y participe rarement. Souvent, j'ai constaté quand même que l'opinion des travailleurs sociaux primait sur la nôtre, donc... c'est un peu vain. C'est un peu vain de donner la parole aux gens et finalement d'être toujours mis en minorité, ou alors faudrait créer un système vraiment démocratique où l'opinion de la majorité serait prise en compte. Si on réunissait tous les travailleurs sociaux et les agents et qu'on vote à main levée sur un sujet c'est nous qui serions majoritaires ! ».*

Pourtant, un observateur attentif pourra avoir l'impression, comme le note E. Enriquez à propos d'une structure dans laquelle il est amené à intervenir, *« d'un univers à la fois très cloisonné et en même temps curieusement indifférencié »*<sup>49</sup>. En effet, tout le personnel, qu'il s'agisse des travailleurs sociaux, des AAI, des agents administratifs ou d'entretien, s'octroie le droit d'intervenir auprès des résidents sur des questions de discipline ou de comportement, et il n'est pas rare que les AAI ou les agents d'entretien reprochent aux éducateurs leurs prises de position dans le cadre d'un accompagnement individuel.

Un exemple de l'impact que peut avoir cette indifférenciation, doublée d'un manque de transparence, nous est donné à travers les prises de position des travailleurs sociaux et des adjoints d'accueil vis-à-vis de certaines requêtes des usagers. Il n'est pas rare par exemple que l'un d'eux quitte la structure le matin avec une ½ heure de retard en réclamant au passage un jus de fruit<sup>50</sup>. Souvent, les travailleurs sociaux présents sont

---

<sup>49</sup> ENRIQUEZ E., 1992, *L'organisation en analyse*, Paris, PUF, p. 297.

<sup>50</sup> Chaque matin, les usagers reçoivent une briquette de jus de fruit, qui est censée leur être distribuée en même temps que leur petit déjeuner mais qu'ils prennent en réalité souvent à l'accueil en quittant le centre.

assez enclins à accéder à cette demande, sachant que les résidents n'auront pas grand chose à boire ou à manger dans la journée, surtout si le jeune concerné s'est levé trop tard pour avoir un petit déjeuner. Alors que les AAI, plus attentifs au respect du règlement et à un traitement « égalitaire » de tous les résidents, auront tendance à refuser, lui rappelant les règles en la matière. Les résidents ne manqueront pas de se jouer de ces incohérences internes, adressant leur requête aux TS après avoir été éconduits par les AAI, lesquels « explosent » fréquemment en voyant passer un résident avec le café ou le jus qu'ils viennent de lui refuser et accusent leurs collègues de ne « *jamais tenir compte de leur avis* ». Ces confrontations, pour minimales qu'elles soient, reviennent avec une grande fréquence dans la vie quotidienne du centre. Elles confortent les adjoints d'accueil dans leur position subalterne et les persuadent sans cesse un peu plus que leurs prises de positions vis-à-vis des résidents n'ont pas le même poids que celles de leurs collègues TS. On verra que c'est sur ce type de dysfonctionnements internes et les solutions envisageables pour y remédier qu'ont porté bien des discussions lors des groupes de travail mis en place.

Ces divers éléments permettent en tout cas de mieux cerner l'institution telle qu'elle vit et se vit au moment où j'y effectue mon stage. Ils sont des clés de compréhension d'une culture institutionnelle spécifique. En effet, « *chaque établissement a sa culture : un ensemble de traditions, de valeurs et de savoir-faire qui fondent sa spécificité* », un « *sous-système culturel (qui) fait référence aux valeurs, aux convictions, aux croyances et aux représentations qui permettent aux acteurs de penser leurs actions* »<sup>51</sup>. C'est d'ailleurs ce qui fait la singularité d'un établissement, donnée qui doit être décryptée avec précision : « *pour tout dirigeant, il existe un impérieux devoir de connaissance avant même d'agir car l'actif principal d'une entreprise sanitaire et sociale est en grande partie immatériel* »<sup>52</sup>.

Mais, poursuivent ces auteurs, « *la connaissance d'une réalité culturelle n'implique pas la volonté systématique d'en assurer la pérennité. Une culture bâtie sur la sédimentation passive constitue le plus souvent un frein puissant au changement. Elle mérite donc d'être progressivement transformée* »<sup>53</sup>. C'est dans la droite ligne de cette analyse que se situera la direction actuelle du CHU dans la démarche d'accompagnement au changement qu'elle proposera à ses salariés.

---

<sup>51</sup> DUCALET P., LAFORCADE M., 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Éditions Seli Arslan, p. 169.

<sup>52</sup> Ibid. p. 170.

<sup>53</sup> Ibid. p. 170-171.



Une démarche qui évoluera d'ailleurs, comme on va le voir, suite à la prise de conscience de ces éléments. Pendant longtemps, la directrice s'est montrée peu inquiète de la préparation du déménagement, n'y voyant « *vraiment que du matériel* ». Ce n'est qu'en prenant conscience des freins déjà évoqués, par les échanges au sein de l'équipe de direction que complétaient la CSE et moi-même, que s'est imposée l'idée de faire appel à un tiers : « *la stratégie même, le fonctionnement, qui doit faire quoi, ces choses là j'étais pas très arrêtée. Mais j'avais quand même le sentiment que, comme il y avait encore beaucoup de restes de l'époque précédente et de ressentiments etc., je me disais que si on voulait progresser il fallait qu'on se fasse un peu aider par un professionnel* ».

Les éléments de culture institutionnelle évoqués sont aussi des clés de compréhension de ce qui, face à l'annonce et au cours de la préparation du déménagement du CHU George Sand, m'apparaîtra comme des blocages, des freins, des résistances au changement. C'est pourquoi ce diagnostic était primordial, nécessaire à la compréhension de la situation et incontournable pour proposer et mettre en place des actions concrètes d'accompagnement des salariés dans cette nouvelle évolution. Car comme le souligne E. Friedberg, « *une organisation en changement ou dans laquelle le changement se cherche et se trouve en gestation est la plupart du temps une organisation sinon en crise, du moins déjà fortement déstabilisée. (...) Il s'ensuit qu'en règle générale, le changement n'est envisagé et n'a de chance de se réaliser que sous la pression de dysfonctionnements majeurs.* »<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> E. FRIEDBERG, in VRANCKEN D. et KUTY O. (eds), 2001, *La sociologie et l'intervention, Enjeux et perspectives*, Bruxelles, De Boeck Université, p. 117.

## CHAPITRE 3

### Quand la démarche d'accompagnement s'adapte aux besoins des professionnels

*« la lutte contre l'usure passe par le mouvement »*

Annick Ameline<sup>55</sup>

L'établissement a connu plusieurs restructurations afin d'améliorer les conditions d'accueil. Celles-ci ont essentiellement concerné les lieux de vie (réfectoire, salles d'activités) et les espaces alloués aux professionnels (bureaux des travailleurs sociaux, espaces administratifs). Le dortoir, quant à lui, est resté quasiment inchangé au fil des ans, à l'exception notable de l'installation de douches et sanitaires collectifs. La promiscuité et l'absence d'intimité qui continuent d'y régner génèrent encore beaucoup de violence. Le déménagement prochain de la structure sur un site tiroir, dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement, permettra une réelle amélioration des conditions d'accueil. Les résidents seront accueillis dans des chambres simples, doubles ou triples. Des sanitaires sont situés à chaque étage et plusieurs salles collectives seront mises à disposition. Ainsi, le bâtiment sera plus fonctionnel, confortable et sécurisant pour les personnes accueillies, leur permettant de se « poser » pour mieux se « reconstruire ».

L'emménagement dans ces nouveaux locaux se présente comme une opportunité supplémentaire de s'interroger sur la prise en charge des jeunes accueillis. Il apparaît opportun de se pencher sur ce qui, en termes de règles d'accueil et d'hébergement, peut être remis en question lorsque les conditions matérielles de cet accueil évoluent. Afin d'accompagner les changements qui ne manqueront pas d'en découler, il a semblé intéressant à la direction de réfléchir, en amont et en commun avec le personnel, aux transformations nécessaires dans le règlement de fonctionnement.

Ces changements, source d'évolution de la prise en charge, affectent certes les usagers, mais aussi le personnel d'accueil et d'accompagnement. Une réorganisation des horaires

---

<sup>55</sup> AMELINE A., septembre/octobre 2000, « La conduite du changement en foyer de vie », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p.133.

de présence, donc des emplois du temps (notamment en ce qui concerne la présence de travailleurs sociaux le matin au réveil des résidents) comme des tâches à effectuer (accompagnement à l'entretien des chambres par les résidents, repas servis par le personnel présent...) sera vraisemblablement nécessaire en ce qui concerne le personnel éducatif et les agents d'accueil. Il est donc important de prévoir ces évolutions afin de les anticiper avec les salariés concernés : préparer les agents et, en aval, les accompagner dans les changements pour une meilleure acceptation de ces derniers et un bon fonctionnement de l'institution.

### **A. Premiers pas vers la restructuration du CHU**

Comme le remarque J. Sanson dans un mémoire de directeur d'établissement, nombre de professionnels s'accommodent des locaux dans lesquels ils doivent travailler. Certes, la qualité de l'accueil ne se réduit pas à son aspect matériel, mais elle souligne à quel point « *l'amélioration de l'habitat peut être vue comme un moyen facilitant le changement des comportements et des mentalités* »<sup>56</sup>. D'où l'importance de travailler à ce changement avec les salariés, par leur intermédiaire, l'architecture servant de prétexte et l'humain de terrain.

Le déménagement vers un site temporaire, sur lequel je vais recentrer ce travail, peut être considéré comme un élément d'un plus vaste plan, qui a débuté il y a quelques années avec la décision d'un remaniement total du CHU et qui ne devrait être effectif que d'ici deux ans au plus tôt. C'est pourquoi il est important de re-situer les changements envisagés dans cette évolution plus globale qu'est la restructuration du foyer George Sand, laquelle obéit à la fois aux souhaits et suggestions du Maire de Paris, président du Conseil d'Administration du CAS-VP, et aux incitations législatives.

#### *Le projet social après la restructuration*

Le nouveau CHU George Sand, qui devrait être réintégré dans le courant de l'année 2014, comptera 59 places en interne et 11 en externe, soit 70 places d'accueil au total. L'accueil inconditionnel et en urgence se fera toujours à destination de jeunes de 18 à 28 ans, la nouveauté résidant dans l'accueil de femmes. Cinq chambres sont réservées à des couples. A terme, il est prévu que l'équipe d'accompagnement de jour soit composée

---

<sup>56</sup> op. cit. p. 7

quasi exclusivement de travailleurs sociaux, par transformation des postes actuels d'AAI<sup>57</sup>.

Le déménagement et la restructuration du CHU George Sand se font dans un contexte de recherche constante d'amélioration de la qualité des services proposés et d'un respect toujours accru des usagers. Ainsi, avant même ce déménagement, un processus d'élargissement des horaires d'ouverture du centre est en cours. L'ouverture 24 heures sur 24, qui est à la fois préconisée par les textes et souhaitée par la direction, fait partie du projet du « nouveau George Sand », celui qui ouvrira ses portes après la reconstruction des locaux. Si cette extension des horaires ne semble envisageable qu'à condition de recruter davantage de personnel d'accueil, une nouvelle organisation des plannings du personnel existant, un redéploiement des missions et l'embauche d'un nouveau travailleur social ont récemment permis d'élargir les horaires d'ouverture du CHU pendant les week-end. Ainsi, les usagers ne sont plus « remis à la rue » les samedis et dimanches matin à 8 heures 30, comme les autres jours de la semaine, mais à 11 heures, après avoir bénéficié d'un petit déjeuner amélioré qui leur tient souvent lieu de repas.

Si dans le cadre de la prise en charge en CHU la remise à la rue est effective chaque matin, ce n'est pas le cas dans les CHRS ni dans les centres de stabilisation, où les personnes accueillies disposent d'une clé de leur chambre, peuvent y laisser leurs affaires et peuvent entrer et sortir de l'établissement de manière beaucoup plus libre. Or, les conditions d'accueil du public dans les nouveaux locaux s'apparentent clairement à celles d'un centre de stabilisation, rompant avec la précarité de l'accueil qui prévaut généralement dans les CHU. Il importe donc de réfléchir en amont, et dans le cadre d'un élargissement déjà engagé des horaires d'ouverture, à la possibilité d'étendre les temps de présence des résidents du CHU sur la structure d'hébergement. De même, l'hébergement dans des espaces plus privatifs que ne l'étaient les boxes de l'ancien dortoir devrait permettre aux résidents d'avoir un accès plus libre à leurs chambres et, partant, devrait faciliter la liberté de circulation entre l'intérieur et l'extérieur.

Ces évolutions possibles semblent questionner davantage les travailleurs sociaux que les AAI. Ainsi, si tous affirment avoir été bien informés des plans du nouveau George Sand<sup>58</sup>, et ce depuis assez longtemps pour avoir le temps de s'y préparer, tous n'en sont pas au

---

<sup>57</sup> Le corps des AAI, spécifique au CAS-VP relevant de la Fonction Publique Hospitalière, s'est substitué à celui des surveillants et a été créé par délibération n°144-1 du CA du 18 décembre 2000. Jamais reconnu par le Ministère de la Santé, il n'offre aucune mobilité en dehors des CHU et CHRS du CAS-VP. La loi 2007-148 du 2 février 2007 interdit désormais de recruter par concours dans les corps locaux de la FPH. Le corps des AAI est donc en train de disparaître, et ses membres sont invités à évoluer vers d'autres professions. Ils sont en cela soutenus et aidés par le CAS-VP qui met en place un véritable plan de reclassement, la solution privilégiée étant le basculement vers le corps des Adjoints Administratifs Hospitaliers.

<sup>58</sup> Ou du moins en avoir eu la possibilité, même s'il ne s'y est pas intéressé, nous dira un AAI.

même point en ce qui concerne leurs réflexions. Un travailleur social s'interroge : « *humainement je trouve que c'est très intéressant comme projet, à savoir une chambre individuelle avec sanitaires... Mais ça me pose quand même la question de l'orientation quoi, parce que l'orientation vers un CHRS sera dans la majorité des cas moins intéressante pour les jeunes. Donc je trouve qu'à ce niveau là ça n'a pas tellement de sens. Et puis moi y'a une question qui me tient à cœur quand même c'est la question de la participation... Et moi ça me semble vraiment important qu'il y ait toute une réflexion par rapport à ce point là, et qu'il y ait une participation qui soit demandée... Parce que en même temps, centre d'urgence c'est un mensonge, quoi. On est dans un fonctionnement de centre de stabilisation. Et en plus en H24... en tout cas je pense que ça va être très compliqué à gérer si ils participent pas financièrement. A Paris, une chambre individuelle avec sanitaires gratos... Vous imaginez, quoi... ça demande à être préparé.* »

Des réflexion qui rejoignent celles d'autres professionnels, souligne la FNARS<sup>59</sup> : « *Le fait de rendre obligatoire la participation pécuniaire répond également à une inquiétude de certains travailleurs sociaux qui redoutent que les centres d'hébergement se transforment en 'chez soi' où les usagers n'auraient plus envie d'aller vers le logement. C'est la question du confort qui se pose ici : trop de confort est-il néfaste dans la recherche de logement, ou au contraire cela est-il un moyen pour la personne de se poser et de se reposer afin de pouvoir de nouveau se projeter dans l'avenir ? N'est-il pas nécessaire de ménager un 'espace de frustration' comme élément incitateur d'une solution vers un autre 'chez soi' ? Il est indispensable d'avoir une réflexion sur cette notion du 'chez soi' avant de repenser les dispositifs d'hébergement.* »

Comme je l'ai déjà indiqué dans la première partie de ce mémoire, le principe de continuité joue aussi un rôle important dans la transformation des CHU. La question se posera donc très certainement dans un futur proche de savoir si le nouveau George Sand reste un centre d'hébergement d'urgence ou devient centre de stabilisation, comme le pensent déjà certains travailleurs sociaux. La différence essentielle entre les deux réside dans l'accompagnement social, plus soutenu en centre de stabilisation, et dans l'application du principe d'inconditionnalité, qui reste une règle dans les CHU. Un principe qui n'est pas toujours compatible, au sein d'une même structure, avec celui de continuité : ainsi, un nombre trop important de personnes atteintes de troubles psychiatriques importants par exemple au sein d'une structure non spécialisée peut engendrer un danger pour les autres résidents.

---

<sup>59</sup> FNARS, 2009, *Les centres d'hébergement en France*, p. 7.

Une autre perspective reste dans l'esprit des agents tout aussi lointaine, l'accueil de femmes et de couples. Comme le dit en riant et avec humour cet AAI de nuit, un temps viendra pour ça, et ils s'y prépareront : *« alors là, je sais pas comment on va faire... ça va encore être une appréhension, hein... parce que quand on a pas l'habitude de travailler avec des femmes, c'est différent. Mais c'est vrai qu'il y a de plus en plus de femmes dans la rue, malheureusement... Faudra s'habituer... Ah on n'a pas fini de faire des groupes de travail ! Dans quoi on s'est embarqué ! »*. Mais les travailleurs sociaux, eux, s'interrogent davantage, bien que le projet soit encore lointain : *« On est davantage sur le lieu à venir, là, c'est lointain, c'est trop lointain... Par exemple la question de la mixité, bon, c'est vrai que j'y pense pas. Je me suis posé la question pourquoi, alors c'est vrai qu'à Paris il manque des logements pour les femmes, soit, mais que ce soit mixte, je sais pas, pour moi c'est pas une très bonne idée... Parce que c'est des populations qui sont fragiles, et qui sont... Physiquement qui sont parfois dans une misère sexuelle et les deux associés je sais pas si c'est très bon pour eux d'être là sur le même lieu d'hébergement, avec tout ce que ça veut dire, quoi, l'hébergement, c'est lié à la nuit, au lit, à tout ça. Je sais pas comment ça va être géré, mais pour les agents ça risque d'être compliqué... Alors soit il manque des hébergements mais à la limite il aurait fallu faire deux pavillons, et encore, quoi... Pour moi ça aurait été préférable que ce soit pas sur le même lieu. Mais tout ça, ça ne fait pas encore... ça ne nous occupe pas encore l'esprit. »*

#### *Les changements induits par le déménagement*

La plupart des professionnels conservent toutefois une vision plus floue de ce que représente ce nouveau projet, dont ils retiennent surtout la disparition du dortoir : *« ce sera quand même une belle évolution... Parce que c'est vrai que c'est pas très humain quand même, c'est de la misère, on peut comprendre que ce soit dur, hein... »*. Ils s'inquiètent aussi de la multiplication des étages et de ce que cela induira en termes de surveillance, puisque le centre devrait passer de deux à cinq niveaux, ou encore de l'accueil de personnes à mobilité réduite. La question de l'abandon de l'obligation faite aux résidents de quitter la structure le matin fait elle aussi débat. Certains, comme les AAI de nuit, y voient un réel avantage dans leur pratique professionnelle : *« ce serait dix fois plus facile, hein, si on avait pas à les faire sortir, pour moi ça serait dix fois plus facile ! »*. Ils mesurent d'ailleurs volontiers ce changement prévu à l'aune des évolutions déjà vécues, comme on l'a vu, et se situent dans une perspective d'adaptation.

Pour beaucoup, le temps de la réintégration des nouveaux locaux est encore loin, et la plupart des agents s'inquiètent avant tout du premier déménagement à venir, celui qui se

profile vers un site temporaire. Là encore, les positionnements peuvent varier. Certains se révèlent éventuellement inquiets de l'impact sur leur charge de travail mais voient d'un bon œil la disparition du dortoir : *« je pense que déjà pour les jeunes ce sera beaucoup mieux. Parce que le fait d'avoir des chambres, même si c'est pas des chambres individuelles, c'est quand même une chambre, c'est plus un dortoir, je pense qu'il y aura quand même moins de... Et puis le fait d'avoir leur chambre, ce sera beaucoup plus humain par rapport à ici. Non, je crois que ça peut être une évolution positive pour eux et certainement pour nous aussi. J'espère. Par ricochet. Si ça va mieux pour eux ça ira mieux pour nous, et si ça va mieux pour nous ça ira mieux pour tout le monde ! On sera plus disponibles pour eux, on aura un rôle peut-être plus éducatif que répressif ».*

D'autres au contraire se positionnent en porte-à-faux vis-à-vis de la transformation du cadre d'accueil : *« le problème c'est que ça provoque un peu des effets inverses, c'est-à-dire ici, c'est un peu, le but de cet établissement c'est d'accueillir des gens qui sont sans domicile dans le but de les... qu'ils se réinsèrent plus vite, donc... Donc à trop vouloir en faire on finit par transformer un centre dont la fonction est l'urgence en un centre de pérennisation, quoi, les gens s'installent, et finalement ils s'y trouvent bien, peut-être, enfin certains en tous cas, suffisamment bien pour y rester un an. Là ils restent des fois un an ou plus, et alors en plus, dans le 14° où chacun aura une chambre, bon, une vraie chambre... Là je suis sûr que certains vont s'éterniser ! Y'en a certains, dans les jeunes qu'on accueille, qui se complaisent un peu quand même dans un certain laisser-aller, ou laisser-vivre, et qui ont pas envie de s'insérer ou... Et donc donner à ceux-là des conditions d'accueil meilleures, finalement, c'est les conforter dans l'idée qu'ils peuvent vivre comme ça un peu aux crochets de la société sans rien faire, quoi. Si les gens restent ici trop longtemps, ça bloque le système, il peut pas y avoir une circulation et un mouvement plus important alors que ça devrait être en fait un centre de transit ! »*

Les travailleurs sociaux sont moins tranchés dans leurs positions, et plus critiques envers les décisions prises : *« Ben moi je trouve que c'est intéressant quand même pour les jeunes qu'ils soient en chambre, malgré les risques... C'est pas tout positif, de toute façon tout n'est jamais entièrement positif ou négatif, je pense qu'il faut pas le positiver à outrance, faudra être vigilants... Être attentifs à d'autres choses, et changer notre manière de travailler, tout simplement. Parce que les risques, c'est que dans une chambre fermée on ne sait pas ce qui se passe. Et ils peuvent crier on les entend pas, pas forcément. Comme c'est le cas dans pas mal de centres à Paris. Après, qu'ils aient des chambres, c'est quand même appréciable, ils vont mieux se reposer... Pourtant on a été associé aux plans, mais nous on voulait pas que ce soient des chambres individuelles, hein, on n'avait pas vu les choses comme ça, c'était des boxes mais séparés de façon individuelle, en*

*petites unités. Avec des sanitaires pour 6... Sauf qu'on gardait quand même l'urgence, pas 55 dans la même pièce, des petits unités, mais pas non plus CHRS ou résidence sociale. On avait bossé dessus avec Mme B. Et puis ça n'a pas été retenu... »*

On pourrait voir resurgir ici le poids de l'architecture et du type de prise en charge qu'il conditionne comme un frein à l'évolution des mentalités et des points de vue, des façons d'aborder la prise en charge et la prise en considération des résidents eux-mêmes. C'est notamment ce que soulignent certains agents quand ils accusent les résidents de leur « *manquer de respect* », à eux comme à l'institution, alors même « *qu'on fait tout pour eux* ». C'est le cas aussi lorsque cet AAI s'évertue à ne pas admettre que les conditions d'accueil actuelles soient peu respectueuses des usagers, quand lui les trouve déjà de bonne qualité au yeux de ce qu'il a pu connaître par le passé. Ou encore cet autre qui tout au long des groupes de travail exprimera ses regrets par rapport à une époque plus stricte et punitive, à laquelle on pouvait « *réapprendre à vivre* » aux résidents...

Par ailleurs, la nouvelle configuration suppose une nouvelle organisation du travail. En effet, le nouveau bâtiment présentant 4 étages dédiés à l'hébergement, la surveillance de ces espaces, en particulier la nuit, devra être repensée. La réorganisation de la prise en charge des résidents dépend donc étroitement du personnel disponible et de l'organisation des postes de travail comme des plannings. De toute évidence, les AAI de nuit, qui travaillent par équipes de deux ou trois, auront moins la possibilité de rester groupés, ce qui éveille chez tous une appréhension liée à l'isolement dans les locaux, à la solitude du poste. Un isolement que tous redoutent, quel que soit leur poste, du fait de la dispersion physique du personnel imputable à l'augmentation de la superficie du centre. Mais une fois encore, c'est le passage en chambres qui semble cristalliser tant les craintes que les attentes, comme le résume cet agent d'après-midi : « *Les lieux, la disposition d'un lieu modifie le comportement des individus, donc on va probablement observer des changements dans le travail... Pour nous... Les jeunes se comporteront différemment et puis pour nous ça modifiera aussi notre travail. Ils seront probablement, je pense, moins présents sur les lieux collectifs et plus dans leurs chambres, y'aura surement des problèmes à gérer dans les chambres parce que ils seront ensemble et donc les conflits se passeront à ce niveau là, parce que ça va être difficile de les empêcher de se regrouper dans les chambres... Et puis le centre étant plus étendu, on sera sans doute, nous, agents, moins souvent ensemble, plus séparés, il y en aura un dans les étages, un à l'accueil, les jeunes je pense qu'ils seront plus souvent dans leurs chambres donc on aura moins l'occasion de les observer et éventuellement de savoir ce qui se passe entre eux comme conflits etc. »*



On voit poindre dans ce discours un élément déjà évoqué plus avant et qui semble faire consensus entre les travailleurs sociaux et les adjoints d'accueil. Tous en effet expriment le souhait, le besoin, voire le devoir de « *savoir où sont les jeunes* », de les avoir « *sous les yeux* ». Et les caméras de surveillance n'y suffisent pas, d'autant que celles-ci ne permettent pas d'entendre les résidents. Cette volonté est parfois liée dans leur esprit et leurs propos à la nécessité de tenir à jour une comptabilité des personnes présentes, en cas d'incendie notamment. Mais il s'agit surtout d'opérer une surveillance quasiment constante sur les résidents que presque personne ne remet en question. L'argument évoqué, c'est le conflit entre résidents, la violence que tous craignent et qui, latente, reste continuellement présente aux esprits. D'où la crainte évoquée que les conflits se déplacent des lieux collectifs aux chambres, où ils seront hors d'atteinte des yeux et des oreilles des agents qui se définissent encore parfois eux-mêmes comme des surveillants.

C'est dans ce cadre que s'inscrit aussi le questionnement sur la libre circulation des résidents entre le CHU et l'extérieur. On a vu que le positionnement géographique originel du CHU, au bout d'une rue aux allures d'impasse, avait contribué à ce que se forment, quand a été instaurée cette liberté de circulation, de « *véritables squats* » devant l'établissement. C'est d'ailleurs ce qui a prévalu, du fait des plaintes du voisinage, au retour en arrière opéré par la direction. Les nouveaux locaux se présentent très différemment : après une cour partagée avec un autre établissement d'accueil de sans abris, plus âgés<sup>60</sup>, le portail s'ouvre sur un grand carrefour, très fréquenté, où la police fait souvent acte de présence. Les craintes de regroupements dans la rue sont donc provisoirement écartées, et les agents manquent d'arguments pour s'opposer à la libre circulation des résidents. Ils exigeront cependant que ces derniers laissent leur clé à l'accueil à chaque fois qu'ils quittent le centre, pour des raisons de comptabilité des personnes et de sécurité, mais aussi pour éviter tout trafic de clé ou intrusion abusive.

« *Il peut s'avérer opportun* », nous rappellent P. Ducalet et M. Laforcade<sup>61</sup> « *de lier la démarche qualité à la mise en oeuvre d'un projet d'établissement voire d'un projet de restructuration. Les deux processus font appel à la même dynamique du changement et peuvent se renforcer mutuellement. Leur articulation amène des gains de temps et d'énergie* ». C'est en tout cas le parti qu'a pris la direction du CHU George Sand en souhaitant s'atteler, dans le cadre des groupes de travail mis en place à l'occasion de la démarche d'accompagnement initiée, à la redéfinition du règlement de fonctionnement qui fait fonction de projet d'établissement. Et D. Dicquemare n'y trouverait sans doute pas à

---

<sup>60</sup> Il est demandé aux résidents du CHU d'être discrets et de se tenir à l'écart de leurs voisins, ces derniers souhaitant surtout vivre tranquillement.

<sup>61</sup> DUCALET P., LAFORCADE M., 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Éditions Seli Arslan, p. 215.

redire, lui pour qui « *la réactualisation du projet institutionnel est un excellent moyen de relancer une institution. Elle favorise l'innovation, la remise en cause constructive, la recherche de sens et de cohérence* »<sup>62</sup>.

## **B. Accompagner les professionnels malgré les résistances au changement**

« *L'ethnométhodologie et les courants interactionnistes ont accéléré la prise de conscience que les institutions sociales sont des constructions aléatoires, qui se structurent et évoluent dans une large mesure en fonction des interactions entre leurs membres et qu'elles n'ont donc pas de réalité intrinsèque, indépendante des savoirs élaborés à leur sujet* »<sup>63</sup>. Car tout ce qui est construit peut être déconstruit, et reconstruit.

C'est sur cette conviction que se base toute velléité de transformation et de progression. M. Crozier et E. Friedberg nous rappellent depuis longtemps déjà que « *reconnaitre le caractère construit de nos modes d'organisation, de nos modes d'action collective, c'est donc aussi reconnaître le caractère construit du changement. C'est reconnaître que le changement constitue un problème, non pas tant parce qu'il serait nécessaire ou difficile, que parce qu'il n'est pas naturel.* »<sup>64</sup>. Et ce, même si « *tout développement nouveau se heurte à la résistance du système établi* »<sup>65</sup>.

Cette réalité construite de l'existant comme du changement explique certainement en partie le choix de l'accompagnement pour lequel optent bien des dirigeants lorsqu'ils souhaitent impulser des modifications au sein des institutions. En effet, « *le directeur est celui qui donne la direction. Véritable chef de projet et contraint à une adaptation permanente, il ne doit plus être seulement le garant de l'existant, mais bien celui qui engage et garantit l'avenir de l'établissement dont il a la conduite par délégation, et donc, celui des personnes dont il a la responsabilité. Il ne peut donc garantir la réalisation des enjeux institutionnels, à savoir redonner du sens à la mission à travers la recherche et l'affirmation d'une citoyenneté pour les usagers, qu'en conduisant le changement pour transformer les pratiques* »<sup>66</sup>.

---

<sup>62</sup> DICQUEMARE D., septembre/octobre 2000, « La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p. 93.

<sup>63</sup> A. LEVY, in VRANCKEN D. et KUTY O. (eds), 2001, *La sociologie et l'intervention, Enjeux et perspectives*, Bruxelles, De Boeck Université, p. 195.

<sup>64</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, p. 34.

<sup>65</sup> Ibid. p. 368.

<sup>66</sup> A. Ameline, septembre/octobre 2000, « La conduite du changement en foyer de vie », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p. 141

La question qui s'est posée à moi au cours de ce travail n'est donc pas de savoir si le directeur devait accompagner ses équipes au cours du processus de changement qu'il impulse, ce qui m'apparaissait comme assez évident. Mais la notion même de processus m'a rapidement amenée à m'interroger : peut-on parler d'accompagnement *vers* le changement, d'accompagnement *au* changement, ou d'accompagnement *dans* le changement? La première formulation suggère que le directeur fixe un objectif à atteindre et accompagne les salariés dans le cheminement y menant. La seconde évoque un changement qui s'imposerait et le souhait de la direction d'accompagner les professionnels afin qu'ils s'y conforment. La dernière formulation, qui peut paraître moins ambitieuse, fait appel à la volonté de la direction de prendre la mesure de l'existant afin de changer « avec » les personnes pour atteindre un objectif admis ensemble.

### *Quand le système résiste au changement*

Bien des auteurs soulignent d'une part que, même dans le secteur social, « nous sommes encore souvent dans une culture professionnelle de rapport de forces entre le patronat et les salariés »<sup>67</sup>, comme le récent conflit au sein du CHU nous le rappelle. Mais aussi que « la fonction première d'un système est de se pérenniser, de continuer à exister dans l'état », et que « plus nous avons le sentiment que quelque chose nous est imposé, plus nous avons tendance à nous opposer »<sup>68</sup>. C'est pourquoi l'imposition du changement n'a pas paru à l'équipe de direction de George Sand une option envisageable, une forme de « résistance au changement » étant déjà notable au sein de l'institution, comme le rappelle un travailleur social : « C'est un gros changement, et il y a quand même une certaine résistance au changement, je pense, chez certains de mes collègues et ça fait remonter certaines inquiétudes. Enfin moi c'est quelque chose que j'ai toujours ressenti ici, en fait, cette résistance. Enfin, j'ai l'impression que certains de mes collègues n'ont même pas encore accepté l'idée que depuis 1993, y'a des travailleurs sociaux ». D'ailleurs, cette même personne n'hésite pas à rappeler, comme un semblant de menace, que « si on ne m'accompagne pas sur ce qui me semble important je peux aussi faire de la résistance à ma manière ».

La notion de résistance au changement est très souvent évoquée pour expliquer la difficulté à faire accepter une évolution, quelle qu'elle soit. D. Dicquemare<sup>69</sup> la décrit comme « la manifestation d'une réticence à modifier ses comportements, représentations

---

<sup>67</sup> DICQUEMARE D., septembre/octobre 2000, « La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p. 86.

<sup>68</sup> Ibid. p. 84.

<sup>69</sup> Ibid. p. 81.

*ou idées, pour des raisons autres que ses valeurs personnelles », qui « apparaît tout d'abord dans les habitudes de fonctionnement des équipes et des institutions : refus des nouveautés, des modifications d'horaires, de mode de travail, des changements de poste, de personnel... ». Mais ce que nombre d'auteurs affirment également, c'est que « la résistance aux changements n'est pas une pathologie. Elle est même la première condition de survie d'une organisation. (...) Résister est la condition du changement »<sup>70</sup>. Ou encore que cette résistance « fait partie du processus normal d'acceptation du changement », et qu'il est « primordial d'en déceler les méandres afin de pouvoir apprécier l'étendue même du changement »<sup>71</sup>.*

Les limites perçues à une nouvelle élaboration, les freins à l'évolution des pratiques et des cadres de référence doivent donc être considérés comme des réaction « normales » du système concerné, qui ne fait que se protéger en quelque sorte d'une agression extérieure venue mettre à mal son organisation même. « *Le processus de changement est un processus de ré-apprentissage* », nous rappellent P. Ducalet et M. Laforcade, dans une logique de construction sociale. « *La nécessité d'un changement ne s'impose jamais d'elle-même, elle doit être organisée par les acteurs dans un cadre socio-organisationnel donné* »<sup>72</sup>. C'est pourquoi il revient au chef d'établissement d'orienter, d'impulser le changement et de l'organiser, afin que les acteurs du système qu'il dirige puissent s'en saisir à leur tour. Reprenant J-A. Malarewicz, les mêmes auteurs ajoutent que « *le changement est au moins tout autant dans les têtes que dans le concret. Changer d'état d'esprit, c'est alors changer de vision et acquérir par un recadrage une nouvelle perspective de la réalité* »<sup>73</sup>.

#### *La nécessité d'un accompagnement*

Si l'on suit les mêmes auteurs, « *L'instauration d'une démarche qualité ne peut se faire de manière brutale ; elle nécessite un ré-apprentissage progressif, la re-création de nouveaux modes opératoires, la re-construction de nouveaux schèmes de raisonnement. Ceci nécessite des espaces de communication, de confrontation et de négociation permettant à chaque acteur d'être contributif et co-producteur* ». Des espaces qui, on l'a vu, doivent être « *impulsés par les cadres dirigeants* »<sup>74</sup>.

---

<sup>70</sup> DUCALET P., LAFORCADE M., op. cit. p. 182.

<sup>71</sup> VAILLANCOURT R., septembre/octobre 2000, « Réflexions autour de la perception du changement organisationnel », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p. 70.

<sup>72</sup> Ibid p. 183.

<sup>73</sup> Ibid. p. 184.

<sup>74</sup> Ibid. p. 194.

Les divers éléments évoqués dans le cadre du diagnostic précédemment décrit ont incité la direction du CHU George Sand à agir sur plusieurs plans dans cette démarche d'accompagnement. D'une part, une volonté de communication et de transparence dans les messages entre la direction et les salariés. Certes, il ne s'agissait pas pour autant de transmettre aux professionnels tous les bruits de couloirs avant qu'ils soient confirmés et vérifiés<sup>75</sup>, mais de leur faire part dès que possible des évolutions ayant un impact sur la vie de l'institution et, partant, leur pratique professionnelle ou leur cadre d'emploi.

Par ailleurs, il a semblé important à la direction de ne pas nier le récent conflit interne à l'institution et de permettre aux salariés de s'exprimer le plus librement possible sur cet épisode de l'histoire du centre. Là encore, il ne s'agissait pas de s'enliser dans ce passé ou de revenir sans cesse sur une période difficile dont les restes continuaient peu ou prou à ressurgir. Mais il est apparu important d'offrir un espace de liberté de parole aux professionnels, hors des oreilles de l'équipe de direction, afin de clarifier certains éléments constitutifs de la culture de l'institution. D. Fablet remarque que certains managers, « *prudents, sollicitent le concours d'intervenants extérieurs afin de les aider dans un travail d'accompagnement dont les objectifs peuvent s'avérer divers* »<sup>76</sup>. C'est indéniablement la prudence, autant que la volonté de se tenir à l'écart de cette phase de dialogue à bâtons rompus, qui a guidé la direction dans le choix de faire appel à un consultant.

Enfin, l'essentiel de la démarche proposée au CHU a consisté en la mise en place de groupes de travail, constitués suite à cette première phase de partage, et composés de façon équilibrées sur la base de l'hétérogénéité des fonctions. Comme le font remarquer P. Ducalet et M. Laforcade, « *la constitution de groupes de travail transversaux, notamment dès la phase d'auto-évaluation, sera l'occasion d'échanges et de décloisonnements inter-services* »<sup>77</sup>. Or, on l'a vu, les échanges et la collaboration ne sont pas toujours évidents entre les travailleurs sociaux et les adjoints d'accueil. C'est pourquoi l'équilibre et la mixité des groupes de travail ont semblé essentiels à la direction.

A. Lévy souligne « *l'extrême confusion qui entoure la notion d'intervention* », terme qui n'a de sens « *que lorsque, dans un groupe ou une organisation confrontée à des problèmes relationnels ou de fonctionnement, est engagée une démarche visant à les éclairer et à les faire évoluer, avec l'aide et la participation de professionnels qui n'y sont pas*

---

<sup>75</sup> Ce qui a pu faire dire à certains que la direction « cachait » des informations auxquelles ils avaient accès par d'autres biais.

<sup>76</sup> FABLET D., septembre/octobre 2000, « Une démarche d'accompagnement au changement en internat spécialisé, l'intervention-formation », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p 144.

<sup>77</sup> Op. cit. p. 201.

*directement impliqués* »<sup>78</sup>. C'est donc à l'un de ces professionnels que la direction du CHU a fait appel en faisant intervenir un consultant. Mais pour A. Lévy, si ces intervenants « *peuvent être extérieurs à l'organisation ou au groupe* » ils peuvent aussi en faire partie, comme dans le cas de ce qu'il appelle une intervention en interne, appartenant par exemple à des services fonctionnels. C'est l'option qui a été choisie concernant l'organisation, la mise en place et l'animation des groupes de travail, qui permettait notamment d'utiliser des ressources en interne et d'alléger des frais d'intervention extérieure déjà pesants pour une structure peu riche<sup>79</sup>.

Les groupes de travail se sont donc organisés autour de deux grandes thématiques : le sens de l'action d'une part, le contenu de l'action de l'autre. Bien sûr, les animateurs comme les participants avaient conscience de ce que cette distinction avait d'illusoire, le sens et le contenu des actions étant indéniablement liés et inséparables l'un de l'autre. Chaque groupe comprenait un nombre équivalent de participants, équitablement répartis : deux travailleurs sociaux, deux agents d'accueil d'après-midi et un de nuit, un agent d'entretien. Chacun était encadré et animé par un binôme constitué, dans un cas de la cadre socio-éducative (CSE), dans l'autre de moi-même, et d'une adjointe administrative (responsable des ressources humaine ou de l'économat).

Quant à la directrice, elle a dès le début de la démarche opté pour un positionnement en retrait, estimant que l'équipe de direction, représentée par la CSE et moi-même, était suffisamment représentée et active. Elle explique son choix en ces termes : « *Honnêtement, je crois que c'est pas forcément la place du directeur d'être au sein même du participatif. Un cadre, ça peut être sa place, un élément extérieur ça peut être sa place, à la rigueur je me dis que... Autant dans un cadre très institutionnel de réunion, donner des lignes directrices, dire « on va par là », c'est le rôle du directeur. Mais l'accompagnement au changement, dans un groupe... Le directeur mène le projet, construit le concept, l'idée, mais c'est pas forcément sa place d'être sur le terrain... C'est pas que c'est pas forcément sa place, ça pourrait l'être, mais je pense que ce rôle de distance et un peu de neutralité, il faut que quelqu'un l'occupe, et si par exemple il y a... Prenons un binôme directeur-directeur adjoint, le directeur adjoint pourrait avoir ce rôle d'accompagnement des équipes sur le terrain, mais à partir du moment où le directeur est dans une autre position, ou sinon c'est directeur et cadre* ».

---

<sup>78</sup> LEVY A., in VRANCKEN D. et KUTY O. (eds), 2001, *La sociologie et l'intervention, Enjeux et perspectives*, Bruxelles, De Boeck Université, pp. 191-192.

<sup>79</sup> Cette intervention extérieure, répartie sur un peu plus de deux journées, coûtera 2500 € au CHU, somme prélevée sur le budget de formation de l'établissement.

La directrice a ainsi souhaité occuper une place bien particulière et non moins primordiale, assurant une position de recul par rapport à l'ensemble de la démarche mise en place. Elle a bien évidemment défini et élaboré le sens de l'action, qu'elle a présenté à l'ensemble du personnel lors d'une réunion de lancement à laquelle étaient conviés les salariés dans leur ensemble ainsi que l'intervenant extérieur.

D. Fablet conseille en effet de « *construire un premier temps de travail pour permettre une présentation générale du projet à l'ensemble des personnels* »<sup>80</sup>. Il s'agissait lors de ce premier temps de présenter les deux changements qui se profilent : à moyen terme, se mettre en conformité avec les orientations nationales en matière d'accueil d'urgence, et à court terme préparer le déménagement. Puis, c'est le consultant qui a engagé le second temps de travail, auquel n'ont pas participé les membres de l'équipe d'encadrement précités. Cette phase devait permettre de faire émerger les ressentis et les questions qui se posent aux salariés. Enfin, un temps de restitution, au cours duquel les agents ont présenté leurs craintes et questions éventuelles à la direction, qui leur a signifié les avoir entendus et a composé les groupes de travail.

Un rendez-vous a également été fixé avec la direction pour une réunion plénière quelques semaines plus tard, étape intermédiaire au cours de la démarche engagée visant d'une part à faire état des retours des travaux de groupe pour un échange inter-groupes et d'autre part à solliciter les commentaires et l'éventuelle validation par la direction des propositions faites en groupe de travail. Une dernière réunion plénière a aussi été envisagée, qui devait clôturer la phase de préparation au déménagement. Si le consultant n'avait pas vocation à être présent lors des réunions des groupes de travail<sup>81</sup>, il était bien évidemment invité à participer aux deux réunions plénières.

Les groupes de travail se sont réunis avec régularité, au rythme d'un regroupement tous les quinze jours pendant deux heures et demie, et ce pendant quatre mois. Bien que les participants n'aient pas tous été présents à chaque réunion, en raison des changements d'horaires de travail ou d'éventuels congés, une certaine régularité a pu être observée dans la participation, qui s'est par ailleurs révélée assez active. Ce qui laisse supposer que les professionnels présents y ont trouvé sens et motivation, puisque si l'on en croit D. Dicquemare « *un effort n'est jamais gratuit, et tout changement en nécessite un. Si la*

---

<sup>80</sup> FABLET D., septembre/octobre 2000, « Une démarche d'accompagnement au changement en internat spécialisé, l'intervention-formation », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p. 151.

<sup>81</sup> Il a toutefois souhaité passer de temps en temps dans chaque groupe de travail, ce qui lui a permis de s'imprégner de l'évolution du travail et de ses conditions.

*personne à qui on demande de faire un effort n'en voit ni bénéfice ni motivation, ni sens, elle ne le fera pas ou seulement par conformisme, soumission ou pour faire plaisir »<sup>82</sup>.*

### *Le pari de la démarche participative*

Pour A. Ameline, le management participatif suppose « *la volonté de créer et développer un réel climat de dialogue, une consultation véritable, le respect de l'autre et une participation à la réflexion qui précède toute décision* »<sup>83</sup>. C'est le pari qu'a fait l'équipe de direction du CHU, qui a souhaité mobiliser le personnel afin de l'impliquer dans le projet, mais aussi s'appuyer sur son expérience et sa connaissance du terrain<sup>84</sup>. Hermel définit le management participatif comme « *une forme de management favorisant l'association du personnel à la définition et à la mise en oeuvre des objectifs le concernant* »<sup>85</sup>. La reconnaissance de compétences propres aux professionnels est donc à la base de la démarche choisie.

Il est important de souligner ici à quel point la directrice a su évoluer dans sa stratégie. On a vu que sa prise de conscience d'un frein institutionnel au changement l'a incitée à faire appel à un intervenant extérieur pour l'aider dans cette démarche : « *alors par contre là où c'est drôle c'est que j'avais imaginé qu'on allait pouvoir changer les choses, limite ouvrir en H24 enfin, on s'imaginait tout un tas de choses, et c'est là que le regard d'une personne extérieure nous a aidé à revoir nos prétentions à la baisse et à se dire que, bon, si le thème était abordé, voire si la volonté se faisait sentir, tant mieux, mais il fallait pas que ce soit le but recherché. Donc on a revu à ce moment là toute notre stratégie...* ».

L'intervenant extérieur, fort de son expertise, a su convaincre l'équipe de direction de revoir ses prétentions et son modus operandi. Car comme le rappelle la directrice, « *au départ, j'avais quasiment envie de quelqu'un pour convaincre, j'avais des idées de ce que j'avais envie que le CHU devienne et j'avais envie de quelqu'un pour m'aider à convaincre... Pas qui soit là pour faire parler... ou bien au départ, oui, mais tout en sachant que dans ma tête il fallait que ce soit constructif. Ça par contre, oui, il fallait pas que ça permette d'en rester à l'histoire passée. Donc y'avait un peu ces deux idées là, d'un côté permettre de s'exprimer et de l'autre les amener à comprendre les évolutions. Parce que on aurait beau leur apporter, leur donner les preuves de l'obligation législative,*

---

<sup>82</sup> D. DICQUEMARE, op. cit. p. 90.

<sup>83</sup> AMELINE A., septembre/octobre 2000, « La conduite du changement en foyer de vie », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p. 137.

<sup>84</sup> SANSON J., op. cit.

<sup>85</sup> Cité in SAMSON J., op. cit. p. 55.



*chercher à les convaincre de tout un tas de choses, quand quelqu'un a pas envie, ça marche pas et t'as beau apporter toutes les preuves que tu veux, ça suffit pas ».*

La justice, définie par l'ANESM<sup>86</sup> comme « *juste milieu entre l'excès d'autorité et la permissivité* », appelle selon l'agence un « *positionnement équilibré de l'encadrement* ». Or, ce positionnement équilibré n'a pas été donné et c'est le jeu des divers acteurs qui lui a permis de se mettre en place. Comme le rappelle la directrice, « *si la SDSLE était beaucoup plus ferme dans ses prises de décision et dans ses orientations, ça aurait été envisageable de travailler directement sur le passage en H24. Ce qui n'était pas le cas parce qu'ils ne donnaient aucune ligne directrice. Si le CAS-VP avait dit 'voilà, le H24 c'est dans deux mois, et c'est comme ça maintenant vous le bossez de toutes manières vous avez pas le choix', eh ben on bossait...* ». En l'absence de directives aussi fermes, et malgré les souhaits originels de la direction, c'est donc un accompagnement dans le changement qui s'est mis en place.

Le groupe de travail a alors été conçu comme un espace d'échange, lequel « *maintient l'implication et l'articulation de l'ensemble des équipes mobilisées* »<sup>87</sup> nous dit l'ANESM, qui recommande aussi « *que des temps d'échanges réguliers favorisent des débats entre les professionnels afin d'ajuster les mesures mises en place et d'éviter les situations d'incohérence ou de contradiction entre les approches adoptées par un membre de l'équipe et un autre* »<sup>88</sup>. En effet, « *c'est lorsqu'ils trouvent un sens à leur mission que les professionnels sont le mieux à même de déployer la bientraitance. Il est recommandé en conséquence que les actes et accompagnements qu'ils déploient soient régulièrement reliés au cadre plus général de leur mission et aux valeurs qui s'y attachent. Ce travail sur le sens de la mission permet de développer un sentiment d'appartenance autour de valeurs partagées, de fédérer les professionnels autour d'une dynamique, d'anticiper le changement et de mieux faire face à des incertitudes. Il est, en ce sens, fondateur d'une démarche de bientraitance pérenne* »<sup>89</sup>.

Toutefois, le travail mené dans ces groupes n'aurait certainement pas été aussi fructueux, ni même possible, s'il n'avait pas correspondu à une attente de la part des professionnels. Certes, tous n'y ont pas pris part, j'y reviendrai, mais les présents ont fait montre d'une grande motivation pour avancer dans la démarche proposée, comme en témoigne cet AAI de nuit : « *si je suis venu déjà aux réunions c'est parce que on avait cette appréhension...*

---

<sup>86</sup> ANESM, 2008, *Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, p. 13.

<sup>87</sup> ANESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, p. 33.

<sup>88</sup> Ibid. p. 34.

<sup>89</sup> Ibid. p. 33.

*C'est sûr, après, si on a des appréhensions et si on vient pas aux réunions, on ne fait rien ». Ou encore ce travailleur social, qui salue la porte ouverte par la direction à la démarche participative avant de faire part de son avis : « si la personne veut pas changer on peut rien faire, quoi. Déjà là vous permettez que les personnes viennent, même en dehors de leur temps de travail<sup>90</sup>. Qu'elles s'expriment si elles veulent... Après, je pense que c'était nécessaire, après ce qui s'est passé avec Mme C, où les décisions étaient prises pas forcément en équipe, et puis tous les changements de règlement de fonctionnement qu'on a eus, c'est vrai que c'était important à un moment donné de se poser ensemble et de vraiment réfléchir et je pense que c'était le bon moment. Et tant mieux si ça a été préparé beaucoup plus en amont, je trouve que c'est intéressant, ça permet de se donner le temps de la réflexion. Non, c'était vraiment nécessaire ».*

M. Goutte estime que « le directeur doit insuffler la motivation et la mobilisation du personnel par sa présence, tout au long de la démarche »<sup>91</sup>, et si l'organisation de celle menée au CHU George Sand a distingué plusieurs niveaux d'accompagnement, la motivation d'un noyau de salariés est restée intacte. Ainsi, un AAI de nuit a vu, au fil des séances de travail en commun, son inquiétude se transformer en appréhension : « c'était bien d'en parler parce qu'il y avait beaucoup d'inquiétudes aussi, c'est toujours pareil c'est parce qu'on est dans l'inconnu, on est dans le... Comment ça va se faire, ça va devoir changer encore notre façon de travailler... Donc au départ c'était peut-être de l'inquiétude, et maintenant c'est plus de l'appréhension parce qu'on se dit qu'après tout pourquoi pas, on a bien réussi à s'adapter ici, pourquoi on s'adapterait pas là-bas...? On attend de voir comment on va faire, en fait. Je pense qu'on pourra voir quand on sera vraiment sur place. C'est bien parce qu'on prépare, on essaie quand même de voir ce qui peut changer, ce qui peut évoluer, comment on peut préparer les choses, ça c'est... c'est bien ».

### **C. Une critique de la démarche**

Il est vite apparu dans les groupes de travail que le noyau de la discussion, ce qui angoissait les professionnels au-delà du changement de lieu, c'était le changement dans le mode d'accueil. C'est d'ailleurs ce qui a fait ressortir très rapidement le clivage entre les adjoints d'accueil et les travailleurs sociaux, que j'ai évoqué plus avant, comme un clivage entre les « anciens » et les « modernes ». Il a donc été important d'écouter le point de vue des plus réfractaires (du moins de ceux qui participaient à la démarche), et de les aider à

---

<sup>90</sup> La participation aux groupes de travail en dehors des heures de présence prévue sur le site ont été comptées en heures supplémentaires ou en récupération, au choix des salariés.

<sup>91</sup> GOUTTE M., op. cit. p. 30.

formuler leur point de vue, sachant qu'ils étaient bien conscients qu'aucun retour en arrière n'était possible... De même, la SDSLE étant très claire sur ce point, les revendications concernant une augmentation du personnel ont vite été dépassées.

Deux groupes ont été constitués, l'un travaillant sur le fond et l'autre sur la forme, tout en sachant avoir affaire aux deux facettes d'une même question, et l'avancement de la réflexion a suivi peu ou prou le même cheminement dans les deux groupes. Les interrogations avaient d'ailleurs elles aussi trait au fond comme à la forme, celles concernant le règlement de fonctionnement (le règlement est-il adapté ? Est-il à adapter ?) formant un pont entre toutes. C'est en effet le sujet qui relie le sens de ce qui est mis en place avec la façon dont il est pratiqué : à travers le règlement, nous annonçons ce que nous faisons et nous faisons ce dont nous sommes convenus ensemble.

Parmi les questions « de forme », l'organisation concrète du déménagement n'a pas été source de grands débats, les agents ayant la possibilité de se représenter assez vite le déroulement des opérations. La question des tâches demandées aux agents et de la pénibilité qui s'ensuivrait a été rapidement dépassée au fur et à mesure de la transmission d'informations sur ces aspects. Restaient des questions « de fond », au rang desquelles l'interrogation latente sur l'ouverture en H24 et celle, liée à la précédente, sur la définition même de la structure : « sommes-nous un CHU ou un CHRS » ?

Pour tenter d'apporter des éléments et de nourrir cette réflexion, les binômes organisant les groupes ont choisi de focaliser le travail autour de la réécriture du règlement de fonctionnement, qui apparaissait obsolète ou inadapté à la majorité des participants. Certes, la direction s'est rapidement projetée dans l'écriture d'un projet d'établissement, d'un livret d'accueil et autres outils préconisés notamment par la loi 2002-2. Et si le travail a suivi le rythme des participants, la mise en commun des réflexions sur des points bien précis du règlement (les consignes concernant la distribution des repas, le contrôle des entrées et sorties...) a permis de construire un certain nombre de protocoles<sup>92</sup> qui pourront servir de base à d'autres travaux.

Il serait difficile et fastidieux de faire une critique positive ou négative sur chacun des volets de la démarche évoquée. C'est pourquoi je choisis ici de suivre les enquêtés, et de faire le point avec eux sur cet accompagnement dans sa globalité. L'un des travailleurs sociaux interrogés, qui connaît la structure depuis de longues années, exprime en toute simplicité sa satisfaction devant ce qu'a permis ce dernier : « *La première réunion, avec le consultant, c'était génial parce que il se disait tout haut des choses que beaucoup*

---

<sup>92</sup> Présentés en annexe.

*d'agents pensent tout bas ou ressentent et qui... Que moi je connaissais mais que là ils osent le dire, des confrontations entre équipes, en fait sur les rôles et les incompréhensions entre équipes. Donc ça c'était intéressant, que ce soit dit. Et après, dans les groupes de travail, sa présence ça nous... ça a vraiment élevé le débat ». Pour cet enquêté, « le point fort de cette démarche, c'est vraiment toute la réflexion et... Ouais, la réflexion sur ce qu'est George Sand, ce que sera George Sand et les changements qui sont nécessaires. Donc tout le travail sur le projet d'établissement et sur le bon fonctionnement. Dans les points forts, ça a été la participation forte de l'équipe. Ça a été quand même un souci de transparence, même si parfois nous on avait des infos par ailleurs, mais en général on nous disait quand même les choses en temps et en heure, et bien en amont, donc ça c'est intéressant. Et donc le point faible c'est... C'est pas lié à l'établissement mais c'est lié aux financeurs, et peut-être au manque de collaboration avec le financeur, on a l'impression qu'on veut tout, quoi. Tout. On veut les suivis, le collectif, gérer le déménagement, les cartons... ».*

La critique ici formulée se réfère à une demande forte exprimée par l'ensemble des travailleurs sociaux concernant le nombre des résidents présents sur l'établissement au moment du déménagement. En effet, ils auraient souhaité que ce nombre diminue de manière significative avant le déménagement, afin de dégager du temps aux professionnels pour s'atteler aux préparatifs sans que les suivis individuels en pâtissent, et qu'il reste faible pendant assez longtemps pour laisser le temps à tous de s'approprier le nouvel environnement. Mais la SDSLE n'a autorisé un gel des admissions que dans la quinzaine qui a précédé le déménagement et pendant quelques jours après, ce qui a été ressenti comme une forme de violence faite aux professionnels : *« pour moi on veut le beurre, l'argent du beurre et la crémière. Et ça participe vraiment pas au respect du personnel... et des usagers. Parce qu'ils sont davantage en insécurité quand nous on est moins attentifs à ce qu'ils peuvent vivre au quotidien ».*

Toutefois, l'essentiel de la démarche semble avoir conquis les travailleurs sociaux, prêts à continuer quelque temps sur leur lancée : *« oui, il faut continuer une ou deux fois, après le déménagement, pour ajuster, pour voir ce qui fonctionne ou pas, pour trouver une manière de fonctionner ensemble, recueillir tout ce qui se passe, et tout ce que ça crée, parce qu'on sait pas encore ce que ça va provoquer ».* Un avis partagé par cet AAI qui estime que, s'il faudra sans doute rectifier les choses sur le site temporaire, l'essentiel a vraisemblablement été abordé, et que la démarche mise en place fait sens : *« ça a du sens dans le sens où on peut justement dire ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Quelles sont nos attentes, puisqu'on a des attentes, quelles sont nos craintes aussi. C'est vrai que de participer, bon, on en parle, on essaie de voir quand même comment on peut*

*faire, et bon... Ça a rassuré quand même. Enfin, je parle de nous trois, au nom de l'équipe<sup>93</sup>, quoi, mais c'est vrai que ça a quand même bien apaisé. On a eu pas mal de renseignements, ça nous donne pas mal d'idées, sachant qu'il y aura des aménagements là-bas, que tout sera pas terminé et il faut s'adapter. Mais je suis plutôt confiant, je trouve que quand c'est bien présenté, quand c'est bien amené... ».*

*Certes, cet avis ne fait pas l'unanimité. Mais même les plus réfractaires semblent y avoir trouvé quelque chose de positif, si l'on en croit ce témoignage : « Moi j'en attends rien de particulier, franchement... J'ai participé à deux ou trois réunions, ça m'a semblé... Oui, c'est toujours intéressant de faire des réunions autour d'un phénomène comme celui-là, qui engendre des bouleversements, quoi... Moi j'ai pas compris vraiment l'intérêt particulier de l'intervention du consultant, il est pas désagréable, mais bon... moi personnellement ça m'a rien apporté. De toutes façons on a beau planifier, vouloir tout organiser à l'avance, les problèmes ils surgiront au moment où le déménagement se fera et dans les semaines qui suivront. Donc c'est quand même un peu illusoire de penser qu'en faisant des réunions on va régler les problèmes à l'avance, en quelque sorte... Le but de la démarche ça me semblait de faire en sorte de tout... de bien préparer ce déménagement de façon à éviter au maximum que ce déménagement engendre des problèmes, des complications... c'est quand même illusoire de croire qu'on va pouvoir intervenir sur des problèmes qui ont pas encore eu lieu. En discutant et en se réunissant. Je crois que les problèmes ils auront lieu quand on les affrontera. Ça souligne le fait qu'on prend en compte l'opinion de tous les intervenants, en les réunissant, et ça peut avoir ce sens là, de donner une responsabilité, de responsabiliser les gens, à tous les niveaux, dans le cadre de ce bouleversement là. Ça peut avoir cette fonction... Bon, c'est intéressant... Mais bon... c'est plutôt la prise en compte de la parole, effectivement, de chacun... Que les gens ne puissent pas penser que les choses se font en dehors de leur volonté, de leur... sans qu'on les ait consultés, quoi. Le problème avec les réunions, on remet toujours en cause les mêmes choses, on parle toujours des mêmes choses, les horaires, les autorisations de sortie, les exclusions, mais c'est un mouvement sans fin en fait ça aboutit jamais à une... une sorte de décision définitive sur le fonctionnement de l'établissement, stricto sensu, quoi. La remise en question maintenant c'est devenu un... Un mode de fonctionnement, partout d'ailleurs pas seulement ici, le changement, le bougisme, c'est partout... C'est comme si il fallait plus, comme si le simple fait que quelque chose perdure quelque temps c'était en soi néfaste ! Il faudra de toutes façons dans les semaines qui suivent l'installation, il faudra repenser un mode de fonctionnement*

---

<sup>93</sup> Cet agent a été désigné par son équipe pour participer aux réunions et faire remonter les informations, questionnements, thèmes abordés.

*adapté à la situation et l'appliquer de façon ferme et définitive, du moins pendant un temps donné. Par exemple jusqu'en 2014 puisqu'on est sensés revenir ici en 2014 ».*

Et bien que très critique, cet agent finira par laisser entendre que « *le positif c'est que ça peut mettre à jour au préalable quelques problèmes qui peuvent surgir* » et qu'il n'y a « *pas d'inconvénients de toutes façons à préparer les choses* ».

Les points négatifs évoqués restent donc marginaux, et les agents concluent volontiers sur une note positive et sur des revendications pour les semaines qui suivront l'aménagement dans les nouveaux locaux. Profitant de la perche qui leur est tendue d'une réconciliation entre travailleurs sociaux et adjoints d'accueil, ils évoquent des temps de convivialité offerts par l'établissement : « *ce qui aurait été intéressant aussi, c'est peut-être pas aller à la closerie des Lilas mais se faire un repas avec l'ensemble du personnel* »...

Du point de vue de la direction, l'analyse du chemin parcouru a également tendance à s'accorder sur un bilan positif. Si la directrice rappelle que, « *au départ on avait envisagé un accompagnement à changer de projet d'établissement* » et que cet objectif a été revu à la baisse pour se concentrer sur une anticipation des changements dus au déménagement, elle estime qu'il y a « *quand même des choses qui sont passées, en termes même de circulation d'information, de communication* ». Pour elle, «  *finalement ça a bien pris parce qu'on a quand même eu une bonne participation à la démarche, ça a été assez régulier, et aujourd'hui, c'est quasiment rentré dans les habitudes, les groupes de travail, et les salariés sont même demandeurs de séances supplémentaires, c'est vraiment rentré dans les habitudes. Alors ça a pas remué les questions auxquelles on s'attendait forcément, mais ça a permis aussi de mettre à jour d'autres rapports de pouvoir, à savoir la question du rapport entre les TS et les AAI, par exemple. C'est vrai qu'il n'y a pas de grands bouleversements, mais en même temps... on a quand même réussi à faire passer la liberté de circulation. C'est pas annoncé comme ça, mais c'est le principe et dans les faits, c'est à ça que ça revient. Et ça, c'est venu tout seul, ça n'a pas vraiment posé problème, et c'est quand même un grand pas. Non, moi je trouve que ça s'est fait au bon rythme* ».

Même la faible participation des agents de nuit, que la direction craignait et qui s'est révélée effective, n'a pas un sens si négatif dans la mesure où chaque équipe s'est organisée pour désigner un de ses membres, celui qui a le moins de trajet à effectuer, pour les représenter dans les groupes de travail. Mais pour la directrice, « *la chose la plus positive, je dirais, c'est qu'au moins aujourd'hui ils ont envie de déménager. Peut-être pas pour tous, mais pour la plupart ils ont envie de déménager et y'a quand même quoi qu'il*

*arrive une petite forme d'excitation à partir, un truc nouveau... Recommencer, tourner une page. Alors c'est pas terminé, de toutes façons c'est une institution qui va pas très bien, et qui aura plein d'autres choses à régler, mais en même temps une institution qui est violente parce que y'a une concentration de violence aussi par la nature de la mission, pas par les jeunes mais parce que la mission est dure, donc faut pas espérer non plus... il faut pas penser non plus qu'on pourra annihiler toute forme de violence, elle est quasiment inhérente à ce qu'on fait. Mais on pourra aller plus loin dans toujours plus d'éducatif, ça c'est clair ».*

Il ne s'agit donc évidemment pas pour la direction de se reposer sur ses lauriers, mais de savoir reconnaître dans la démarche proposée ce en quoi elle a pu apporter une impulsion positive et faire levier pour avancer. C'est le cas par exemple en ce qui concerne la fête organisée pour le départ. A cette occasion, un atelier graff a été proposé aux résidents, qui ont élaboré sur les murs du bâtiment de grands témoignages picturaux de leur vie dans et hors du centre<sup>94</sup>. Du fait des changements de dates de déménagement, la fête a eu lieu bien avant le départ effectif, mais son souvenir restera très fortement ancré dans les mémoires des salariés comme des résidents. R. Vaillancourt incite le directeur à porter « *principalement son attention sur la gestion des symboles qui, en période de changement, occupent une place prépondérante dans la perception et l'imaginaire des employés* »<sup>95</sup>.

Et c'est bien dans cette logique que la directrice du CHU analyse cet événement : « *Y'a eu aussi la fameuse fête qu'on a organisée, ça c'était plus de l'ordre du symbole mais je suis contente qu'on ait tenu bon parce que je pense qu'on aurait pu aussi abandonner, parce qu'on a bien vu en réunion que même les agents la soutenaient pas forcément. C'était dans la vague de 'de toutes manière ça sert à rien, c'est du fric pour rien, et pourquoi on va mettre 3000 € dans un atelier pour les jeunes', et donc là tout le côté très symbolique, d'un côté ça permettait d'associer les résidents et de les valoriser eux aussi, et ça je crois que c'est vraiment un objectif qui a été atteint. D'ailleurs je trouve que ça a été vraiment une période d'accalmie, y'a eu quelque chose de plus harmonieux dans le tout, de respiration, je trouve... Les agents aussi ont été très satisfaits de la journée en elle-même, du regard extérieur, et voilà, symboliquement je trouve que ça a été un bon moment, ça a ramené du symbolique positif dans tout ça... ».*

---

<sup>94</sup> Ces graffs, très réussis et très expressifs, ont fait l'objet d'un reportage par le CAS-VP qui en a fait un temps la « une » de son site internet, ce qui n'a pas été sans revaloriser les résidents et leur potentiel.

<sup>95</sup> VAILLANCOURT R., septembre/octobre 2000, « Réflexions autour de la perception du changement organisationnel », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, p. 69.

## Conclusion

Comme je l'ai signalé à diverses reprises, cette démarche d'accompagnement a été menée par la direction du CHU George Sand sans que cette dernière puisse réellement compter sur le soutien du CAS-VP dans ce cadre. La première réaction de la directrice de la SDSLE, quand elle a été mise au courant du projet consistant à faire appel à un consultant extérieur, a été de recul face aux dépenses que cela supposait. C'est donc la direction du CHU qui a dû insister sur le bien fondé de cette initiative, laquelle a finalement été plébiscitée par le CAS-VP, notamment parce que celui-ci a pu « *le revendre auprès des syndicats* » et l'a du coup considéré comme « *un bon moyen de convaincre* ».

Mais malgré le manque de soutien de sa hiérarchie, la directrice du CHU a tenu bon, convaincue qu'elle était de la nécessité d'avancer vers une meilleure qualité d'accueil au sein de l'établissement : « *Je crois qu'à un moment les agents ont senti qu'on accordait beaucoup plus d'importance aux droits des usagers qu'à leurs propres droits, et ça ils ont pas supporté. Mais c'est parce que à un moment aussi, clairement, les usagers en avaient moins... Pour moi, quand je suis arrivée dans ce métier, c'était pour les résidents, pour faire des choses pour eux. Et non, en fait tu fais aussi du social avec tes salariés et c'est aussi important que... Encore à l'heure actuelle j'ai un peu de mal à le voir comme ça, mais je sais que c'est super important. Pour les agents eux-mêmes, c'est important qu'ils se sentent pris en compte...* ». En effet, il me semble pouvoir affirmer aujourd'hui, au regard du travail mené lors de ce stage, que l'amélioration de la prise en charge des résidents passe aussi par la reconnaissance des agents, la valorisation et l'amélioration des conditions d'exercice de leurs missions.

La question qui s'était posée à moi et à laquelle j'ai tenté de répondre au cours de ce travail concernant la notion de processus d'accompagnement prend dans ce cadre tout son sens. Parler d'accompagnement *vers* le changement ou d'accompagnement *au* changement suggère certes une démarche participative. Mais cette dernière peut être vue, dans une logique bourdieusienne, comme un « outil de domination », dans la mesure où il s'agirait pour la direction de faire avancer les salariés dans une direction et vers un but fixé soit par elle-même soit par l'extérieur et auxquels les agents seraient plus ou moins contraints. Seul l'accompagnement *dans* le changement, moins ambitieux, est aussi moins contraignant pour les salariés puisqu'il fait appel à la volonté de la direction de prendre la mesure de l'existant afin de changer *avec* les personnes afin d'atteindre un objectif admis ensemble. On se situe donc bien dans un processus consensuel qui, par l'acceptation mutuelle des limites et des ambitions, permet l'évolution et la construction commune.



Certes, ce cheminement peut être lent, hésitant, plus hasardeux que ceux antérieurement évoqués. Toutefois, il me semble aussi plus sûr, plus solide, même s'il ne constitue évidemment pas une fin en soi. Car la finalité de l'action reste bien l'amélioration de la prise en charge des résidents. Comme le rappelle l'ANESM, « *la bientraitance ne peut se passer ni d'une intention positive ni d'un acte concret. La démarche de bientraitance exige à la fois une réflexion collective sur les pratiques pour une prise de recul régulière des professionnels, et une mise en actes rigoureuse des mesures que la réflexion collective a mûries et préconise pour améliorer les pratiques. En ce sens, c'est une culture de questionnement permanent* »<sup>96</sup>. Or cette permanence dans le questionnement n'est pas facile à admettre, comme on l'a vu à travers les propos d'un AAI critiquant le « *bougisme* » institutionnalisé.

Cette logique suggère d'une part de continuer à susciter de la part de l'ensemble des professionnels une réflexion et des actions traduisant les fruits de cette réflexion commune. Une visite sur mon terrain de stage quelques mois après le déménagement devrait me permettre de me rendre compte de la prise en compte ou non des actions évoquées ou décidées lors des réunions d'accompagnement. D'autre part, Il faut pouvoir aller plus loin dans l'accompagnement à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, toujours en partant de l'existant, de l'acquis, et en travaillant avec les équipes de professionnels. Ce qui peut passer par exemple par le recueil d'événements indésirables conjointement avec les ces derniers : « *il est recommandé que l'encadrement des structures mette en place un recueil et une analyse régulière des événements indésirables cités par les professionnels pour en tirer les enseignements sur le fonctionnement quotidien et mettre en place les mesures d'ajustement utiles* »<sup>97</sup>. Une recommandation qui pourrait, à titre d'exemple, par sa mise en place au sein du CHU George Sand, à la fois valoriser les professionnels dans leurs rôles et contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de tous au sein de l'établissement.

---

<sup>96</sup> ANESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Paris, p. 15.

<sup>97</sup> Ibid p. 35.

# Bibliographie

## Articles :

- AMELINE A., septembre/octobre 2000, « La conduite du changement en foyer de vie », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, pp. 131-141.
- CHAUVIERE M., septembre/octobre 2000, « Entre territoire et usagers, le travail social à la croisée des chemins », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, pp. 7-21.
- DICQUEMARE D., septembre/octobre 2000, « La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, pp. 81-96.
- FABLET D., septembre/octobre 2000, « Une démarche d'accompagnement au changement en internat spécialisé, l'intervention-formation », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, pp. 143-156.
- GILLET A. (coord.), mars 2009, Dossier « Peut-on former à la fonction d'encadrement? », *Éducation Permanente*, n°178.
- LOUBAT J.R., septembre 1999, « l'architecture au service du projet d'établissement, Montre-moi tes locaux », *Lien social* n° 501, pp. 3-9.
- LUCAS S., WILHELM A., VINOT C. et al., juillet-août 1998, « Ressources humaines : du concept au sens, un défi pour le cadre », dossier Le cahier du management, *Objectifs soins* n°66, pp. 1-16.
- MIRAMON J. M., juillet-octobre 2002, « Promouvoir le changement », *Les Cahiers de l'Actif* n° 314-317, pp. 211-220.
- VAILLANCOURT R., septembre/octobre 2000, « Réflexions autour de la perception du changement organisationnel », *Les cahiers de l'actif* n° 292/293, pp. 63-70.

## Ouvrages :

- BAUDURET J.F., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoires d'une refondation*, 2<sup>o</sup> édition, Paris, Dunod, 342 p.
- BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises*, Paris, Éditions du Seuil, 108 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 550 p.
- DECLERCK P., 2001, *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 458 p.
- DUBET F., 1994, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 273 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Éditions Seli Arslan, 3<sup>o</sup> édition, 320 p.
- ENRIQUEZ E., 1992, *L'organisation en analyse*, Paris, PUF, 334 p.
- GALLUT X., QRIBI A. (dir.), 2010, *La démarche qualité dans le champ médico-social, analyses critiques, perspectives éthiques et pratiques*, Toulouse, Éditions Erès, 174 p.
- HERMEL P., 1988, *Le management participatif : sens, réalités, actions*, Paris, Les éditions d'organisation, 253 p.
- KAËS R., PINEL J-P., KERNBERG O. et al., 1996, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 218 p.
- LOUBAT J-R., 2009, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 188 p.
- PAUGAM S., 2000, *La disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Quadrige, 256 p.
- PAUGAM S., 2005, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF, 276 p.

- VRANCKEN D. et KUTY O. (eds), 2001, *La sociologie et l'intervention, Enjeux et perspectives*, Bruxelles, De Boeck Université, 359 p.

### Mémoires :

- CURA Xavier, 2009, *Le projet architectural de l'EHPAD de la Fouillouse : une opportunité de conduire le changement en conjuguant les dimensions stratégique et opérationnelle d'un management moderne*, mémoire DESSMS, Rennes, EHESP, 90 p.
- GOUTTE Marion, 2009, *L'évaluation interne au sein d'un établissement de protection de l'enfance, un instrument pertinent de changement dans l'évolution de la prise en charge*, mémoire DESSMS, Rennes, EHESP, 76 p.
- LENOIR Sandrine, 2009, *Saisir l'opportunité d'un GCSMS pour ajuster au plus près l'accompagnement social proposé aux usagers de CHRS*, mémoire CAFDES, Rennes, EHESP, 83 p.
- REY Philippe, 2007, *Mener le changement pour répondre aux besoins des populations accueillies en ESAT*, mémoire CAFDES, Rennes, EHESP, 103 p.
- SANSON Julie, 2007, *L'architecture au service de la mission éducative : une stratégie de direction. L'exemple du Foyer Départemental de l'Enfance et de la famille de la Loire*, mémoire DESSMS, Rennes, EHESP, 80 p.
- GAILLAC E., 2008, *Le principe de continuité de l'hébergement des personnes sans abri : un vecteur d'amélioration pour les centres d'hébergement d'urgence*, mémoire DESSMS, Rennes, EHESP, 87 p.
- THERON P., 1996, *L'architecture au service d'une mission sociale : la restauration d'un centre d'accueil en urgence pour les sans abris*, mémoire CAFDES, ENSP, 88 p.

### **Textes législatifs et réglementaires :**

- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Décret n°2007-324 du 8 mars 2007 portant sur diverses dispositions relatives à l'Agence Nationale de l'Évaluation de la Qualité des ESMS. Journal officiel n°59 du 10 mars 2007, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESMS. Journal officiel n°113 du 16 mai 2007, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Circulaire n°5279/SG du 22 février 2008 relative à la mise en œuvre du grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri, disponible sur internet :

[http://www.juri-logement.org/les\\_textes/2008/c-22fev2008hebergtSansAbri.htm](http://www.juri-logement.org/les_textes/2008/c-22fev2008hebergtSansAbri.htm)

- Circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement, disponible sur internet

[http://www2.equipement.gouv.fr/bulletinofficiel/fiches/Bo20096/met\\_20090006\\_010\\_0\\_0044.pdf](http://www2.equipement.gouv.fr/bulletinofficiel/fiches/Bo20096/met_20090006_010_0_0044.pdf)

- Loi 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020438861>

## Conférences et rapports :

- ANAESM, 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Paris, 47 p.
- ANAESM, 2008, *Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Paris, 48 p.
- DAMON J., 2009, *Les politiques de prises en charge des sans-abris dans l'Union Européenne*, rapport au Ministre du Logement, avril 2009, disponible sur internet : <http://www.julien-damon.com/IMG/pdf/RapportJDamonSansAbridansUnion.pdf>
- FNARS, Conférence de Consensus sur les sans abris, 2007, *Sortir de la rue*, Rapport du jury d'audition, 5 décembre 2007, Paris, disponible sur internet : <http://www.rue89.com/files/20071205RapportjurySDF.pdf>
- IGAS, 2010, *L'hébergement et l'accès au logement*, Rapport annuel 2009, Paris, La documentation française, 200 p.
- PINTE E., 2008, *L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées*, rapport à l'Assemblée Nationale, disponible sur internet : [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_PINTE-2.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_PINTE-2.pdf)
- Wresinski J., 1987, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, rapport présenté au Conseil Économique et Social les 10 et 11 février 1987, disponible sur internet : [http://www.joseph-wresinski.org/IMG/pdf/WRES\\_JO87.pdf](http://www.joseph-wresinski.org/IMG/pdf/WRES_JO87.pdf)

# Liste des annexes

**Annexe 1**    Présentation des enquêtés

**Annexe 2**    Guide d'entretien

**Annexe 3**    Règlement intérieur du CHU George Sand

**Annexe 4**    Synthèse des Protocoles élaborés dans les groupes de travail

## ANNEXE 1

### Présentation des enquêtés

Comme j'ai eu l'occasion de le signaler, le nombre des salariés du CHU George Sand est relativement faible, et il serait facile de reconnaître à leur description les enquêtés qui ont accepté de me recevoir en entretien. C'est pourquoi j'ai choisi, afin de conserver un anonymat maximum à ces derniers, de ne pas les distinguer entre eux mais de signaler simplement leurs fonctions au sein de l'établissement. Je présenterai donc en quelques lignes les divers postes occupés par des personnes interrogées dans le cadre de ce travail.

Les travailleurs sociaux (TS) de l'établissement sont au nombre de quatre, dont trois éducateurs spécialisés et une conseillère en économie sociale et familiale. Ils ont tous une fonction d'accompagnement social d'un nombre de résidents identique (sauf pour l'un des TS qui travaille à 80 %), qui porte « *sur les aspects administratif, sociaux, emploi, logement, santé...* ». Il s'agit là d'un temps « *un peu particulier pour chacun d'eux, très régulier* », complété par un temps de travail plus collectif, qui permet « *de connaître aussi davantage le groupe, que ce soit sur les aspects de la collectivité, le linge, les repas, les demandes diverses et variées, mais aussi sur des temps un peu plus organisés, que sont les ateliers cuisine ou même les temps un peu plus informels comme jouer aux cartes ou au ping-pong avec eux...* ».

Alors qu'à une époque antérieure il y avait à George Sand 60 résidents, les travailleurs sociaux qui y exerçaient n'étaient que deux, et avait 30 suivis chacun, ce qui ne leur permettait de faire que « *du suivi social* ». Mais petit à petit, et d'autant plus depuis deux ou trois ans, « *on externalise davantage le suivi social et on est davantage centrés sur le collectif. Ce qui est intéressant aussi, parce que finalement moi je vois bien qu'il y a certains soirs où j'ai aucun rendez-vous, les jeunes vont venir parce que c'est le moment qu'ils ont choisi pour me parler, et que là, ce sont eux qui ont envie de me parler et qu'ils ont une demande très particulière, donc ça change, et je trouve ça beaucoup plus intéressant à ce niveau là. Donc c'est plus de collectif, et à la fois c'est plus de disponibilité face aux demandes spécifiques des résidents* ».

Ces quatre travailleurs sociaux travaillent en collaboration étroite avec une équipe de treize adjoints d'accueil et d'insertion (AAI), répartis selon des tranches horaires de matin, d'après-midi ou de nuit. Je n'ai pas eu l'occasion, dans le cadre de mes entretiens, de



rencontrer des agents du matin. Leurs fonctions au CHU George Sand sont beaucoup plus administratives qu'en ce qui concerne les autres agents, puisqu'après avoir aidé leurs collègues de nuit à faire sortir les résidents du centre ils s'occupent essentiellement de recevoir des livraisons, remplir et classer divers documents de suivi et assurer le standard de l'établissement.

Les AAI d'après-midi arrivent au centre avant l'horaire d'ouverture aux résidents. Ils sont les premiers interlocuteurs de ces derniers, et travaillent par équipes de deux ou trois, équipes que complètent des travailleurs sociaux sur des temps « réservés au collectif ». Comme le dit l'un d'entre eux, leurs tâches sont variées : « *on a une fonction de surveillance, déjà, c'est d'ailleurs le terme qui était employé dans le passé pour désigner la fonction, une fonction d'encadrement, de surveillance, et puis de... de présence, d'une certaine façon. On ne peut pas laisser les jeunes livrés à eux-mêmes donc il faut qu'on représente une certaine autorité, et puis on a un travail relativement éducatif, entre guillemets, pour ce qui concerne la gestion du quotidien, à savoir le comportement que les jeunes peuvent avoir dans le cadre d'une collectivité. C'est assez varié* ». C'est aux AAI d'après-midi que reviennent notamment les charges de contrôler les entrées des résidents, de leur servir leurs repas, de gérer les divers conflits qui peuvent naître sur le collectif etc.

Quant aux AAI de nuit, ils travaillent par équipes de deux ou trois, et arrivent au centre entre 22 heures et 23 heures, heure de départ de leurs collègues d'après-midi. Leurs tâches sont moins diversifiées, dans la mesure où les résidents sont alors supposés être rentrés, à l'exception de ceux qui travaillent tard ou de nuit, et s'acheminer vers le dortoir pour la nuit. Leur travail consiste ainsi à « *contrôler des entrées et des sorties, donc, servir quelques repas aux personnes qui rentrent en retard, qui ont travaillé, préparer les petits-déjeuners, s'occuper du réveil des résidents, et puis après y'a la distribution de produits de toilette et de serviettes etc. Sinon, c'est de la surveillance, on a quand même toutes les caméras, on est là aussi éventuellement quand on déclenche les alarmes, volontairement ou non... On a certainement moins l'aspect d'accompagnement que ceux qui travaillent l'après-midi. Moi ça m'arrive de remplacer quelqu'un l'après-midi, c'est pas le même travail, hein, c'est toujours ce qu'on se dit.* ».

## ANNEXE 2

### Guide d'entretien

- **Présentation de l'enquêté** : âge, profession, fonction, ancienneté dans la structure etc.
  
- **Historique des évolutions récentes** dans le CHU (prise en charge des résidents, organisation du travail, changements divers...) : faire raconter
  
- **Le projet de restructuration** du CHU :  
qu'en savez-vous ? qu'en pensez-vous ? qu'en attendez-vous ?
  
- **Le déménagement** et les changements que cela induit :  
quels changements ? Pour qui ? (les résidents, les salariés...) Sous quelles formes ?  
Quelles implications (gestion des équipes, fonctions des agents, etc.) ?
  
- Que pensez-vous de la **démarche** mise en place par la direction pour accompagner ce déménagement (appel à un intervenant extérieur, concertation, groupes de travail...) :  
Comment identifiez-vous cette réaction ? Quel jugement portez-vous sur la démarche ?  
Comment vous positionnez-vous par rapport à cette démarche ? Cela a-t-il du sens pour vous ? Cela vous semble-t-il utile ?
  
- Une forme d'**inquiétude face à ces changements** a été ressentie, notamment au sein des groupes de travail. Qu'en pensez-vous ?  
Quelles raisons à cette inquiétude ? Quelles explications ? Quelle réaction de l'équipe de direction ?
  
- Comment voyez-vous **la suite des événements** ?  
Le déménagement ? L'installation sur le site tiroir ? Une continuité dans la réflexion ?  
D'autres champs de travail ?
  
- si vous deviez faire une critique en termes d'**avantages et inconvénients** (ou points positifs et négatifs) de la démarche proposée dans le cadre de ce déménagement, que diriez-vous ?

## ANNEXE 3

### Règlement de fonctionnement du CHU George Sand

<p style="text-align: center;"><b>Règlement de fonctionnement du Centre d'hébergement d'urgence George Sand</b></p>
---

Le Centre d'hébergement d'urgence (CHU) George Sand sis 5 bis, rue Stendhal à Paris 20<sup>ème</sup> est géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, dont le siège est situé 5, boulevard Diderot Paris 12e.

Le présent règlement est établi en référence à l'article L. 311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles et relève du droit public. Il intègre les dispositions de l'article 4 de la loi du 5 mars 2007 telles que précisées par la circulaire DGAS/1A/LCE/2007/90 du 19 Mars 2007.

Il s'impose à toute personne, usager, professionnel, visiteur ou bénévole. Tout professionnel de l'établissement a compétence pour veiller à son application.

Il s'applique pendant les sorties organisées par le CHU et accompagnées par des professionnels.

#### **CHAPITRE I — Droits et obligations individuels**

##### **Art 1 : Le principe de non discrimination**

Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination ethnique ou sociale, en raison de son apparence physique, de son état de santé, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions politiques et de ses convictions religieuses.

Cette exigence s'applique à chaque personne accueillie ou travaillant au CHU George Sand

Toutefois, les locaux du centre d'hébergement sont à ce jour inaccessibles aux personnes à mobilité réduite.

## **Art 2 : Le respect des convictions religieuses**

Vous pouvez pratiquer librement le culte de votre choix dans le respect de la liberté d'autrui et du principe de laïcité du service public.

Tout prosélytisme est interdit au sein de l'établissement.

### **1.1.1 Chacun s'oblige à un respect mutuel des croyances**

La pratique religieuse silencieuse est autorisée dans l'intimité de la chambre et dans le respect du voisin. Une salle est mise à disposition, dans le cadre d'une utilisation individuelle.

## **Art 3 : La liberté d'expression**

Vous bénéficiez d'une liberté d'expression, dans la limite de toute propagande.

Les distributions de tracts et affichages doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de la direction.

## **Art 4 : Accompagnement**

L'accompagnement proposé vous est présenté dans le contrat de séjour, dont la durée, reconductible, est déterminée par votre référent et peut varier de 1 semaine à 1 mois.

Sachez que plusieurs obligations sont liées à cet accompagnement :

- Le rendez-vous fixé par le psychologue à l'arrivée est obligatoire
- Les rendez-vous fixés par votre référent sont obligatoires

Vous pouvez demander à changer de référent, en adressant un courrier motivé à la direction. Cette demande sera évaluée en équipe (professionnels d'accueil, travailleurs sociaux, psychologue)

Outre une communication permanente avec les professionnels, vous avez accès aux informations contenues dans votre dossier, sur demande écrite à la direction.

En cas de difficulté liée à votre séjour au CHU, vous pouvez demander par écrit un rendez-vous à la direction.

### **Art 5 : Le droit à la citoyenneté**

Afin de favoriser l'exercice de la citoyenneté, des informations vous sont données sur les modalités d'exercice de vos droits et obligations. Des orientations peuvent être proposées vers des spécialistes des questions juridiques.

### **Art 6 : Ouverture de l'établissement**

Vous pouvez accéder à l'établissement chaque jour à partir de 17h. Vous devez l'avoir quitté chaque matin à 8h30, sauf le samedi et le dimanche matin où vous êtes autorisés à rester jusqu'à 11h du matin.

Par exception, les personnes ayant travaillé tardivement peuvent demander à rester dormir au delà de 8h30, dans la limite de 10 heures consécutives au sein de l'établissement. Pour prétendre à cet aménagement d'horaires, vous devez présenter un document attestant de vos horaires à un professionnel social ou de l'accueil

Vous pouvez également accéder à l'établissement pour tout rendez-vous entre 8h30 et 17h

Une fois entré dans la structure, vous n'avez plus la possibilité de sortir jusqu'au lendemain matin, sauf autorisation donnée par un professionnel.

Vous devez être rentré avant 21h30 en semaine et 1 heure le Samedi.

Tout changement dans les horaires vous sera annoncé par note et par voie d'affichage.

Deux absences sont autorisées sur une période allant du Lundi matin au Lundi matin suivant. Si vous avez besoin de vous absenter une 3<sup>ème</sup> nuit, cette demande est à formuler auprès d'un travailleur social. A défaut d'autorisation, une fin de séjour sera prononcée après 2 nuits d'absence.

### **Art 7 : Les visites**

Les visites ne sont pas autorisées au sein de l'établissement

## **Art 8 : Le droit au secret des informations concernant la vie privée**

Toute personne intervenant dans l'établissement est tenue soit à une obligation de discrétion, soit au secret professionnel. Les professionnels qui vous accompagnent peuvent partager des informations dans le cadre de leur exercice professionnel.

## **Art 9 : Le droit au respect de la vie privée et à l'intimité**

**Votre chambre** est un lieu personnel, individuel ou partagé avec une autre personne. Vous êtes responsable de l'entretien de cet espace.

Le personnel y entre soit

- pour vous réveiller
- lors de la visite régulière des chambres. Votre participation à cette visite est nécessaire, vous serez donc sollicité en temps voulu.

Seules des raisons de sécurité et de préoccupation sanitaire peuvent conduire le personnel à entrer dans votre chambre en votre absence.

Les autres résidents n'ont pas à y accéder. Si vous surprenez un résident dans cet espace, il vous appartient d'en informer un professionnel.

Vous disposez d'un **vestiaire** dans lequel vous pouvez ranger vos affaires personnelles.

L'établissement n'est en aucun cas responsable de la perte ou du vol de vos effets personnels. Vous êtes donc vivement invité à ranger vos affaires dans ce vestiaire.

Lors de la visite régulière de votre chambre, il vous sera demandé de l'ouvrir, en votre présence.

Pendant votre séjour, seules les forces de l'ordre peuvent l'ouvrir en votre absence, en cas de suspicion de danger.

A l'issue de votre séjour, si vous ne récupérez pas vos affaires, nous ouvrirons votre armoire pour procéder à leur mise en consigne. (Cf. *Sortie de l'établissement*)

## **CHAPITRE II- Droits et obligations collectifs**

### **Art 10 : L'information et la participation à la vie de l'établissement**

Un conseil de maison est organisé régulièrement par la direction. Des professionnels et des représentants du Centre d'Action Sociale y sont conviés.

L'objectif est de discuter des différents points liés au fonctionnement de l'institution. Cette instance peut être l'occasion de débats autour de thématiques plus larges, sur proposition des résidents.

Des débats sont organisés sur différents thèmes d'intérêt collectif.

De manière générale, une information claire et transparente vous est donnée sur tout point concernant le fonctionnement de la structure.

### **Art 11 : Les obligations liées à la vie collective**

Il est interdit de fumer dans tout l'établissement, hormis la cour.

L'introduction et la consommation d'alcool et de toutes substances illicites sont interdites dans l'établissement et vous exposent à des sanctions.

Chacun doit respecter les autres résidents et les membres du personnel, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Les menaces et faits de violence sur autrui doivent être immédiatement signalés à un membre du personnel. Ils entraînent la mise en œuvre d'une procédure disciplinaire et sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.

Chacun doit respecter les biens des autres personnes, ainsi que les biens et équipements collectifs. Le matériel de l'établissement n'a pas à être installé dans les chambres.

Il est interdit de posséder

- des objets dangereux pour la sécurité des biens et des personnes

- des objets engendrant un risque d'incendie dans l'établissement (bougie, encens..)

Les animaux ne sont pas autorisés dans la structure.

Vous devez prendre connaissance des règles liées à la sécurité incendie et respecter les consignes s'y afférant. Les exercices d'évacuation, organisés régulièrement dans le cadre de la sécurité incendie, ont un caractère obligatoire.

Le directeur, responsable dans l'établissement de l'hygiène et de la sécurité, est habilité à prendre toutes les initiatives nécessaires en matière de prévention des risques. Il prend les mesures qui s'imposent en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, dans le respect des droits des usagers, afin de rétablir, dans les meilleurs délais, les conditions de sécurité et de tranquillité dans l'établissement.

Les tâches collectives d'entretien, organisées par l'établissement, ont un caractère obligatoire.

### **Les salles collectives**

Vous avez accès aux salles collectives jusqu'à 22h30. Les douches sont fermées à partir de 22h15, sauf autorisation exceptionnelle donnée par un professionnel de l'accueil.

Vous devez dans ce cadre respecter la tranquillité des autres utilisateurs. Notamment, la musique doit y être écoutée au casque.

Il vous appartient de laisser ces espaces propres.

En cas de non respect des règles d'utilisation de ces salles, tout agent est habilité à décider d'une fermeture de 24 heures renouvelables.

### **Le réfectoire**

Il est interdit de consommer de la nourriture en dehors du réfectoire. Il est interdit de stocker de la nourriture dans les chambres.

### **La cour**

L'utilisation de la cour doit se faire dans le calme.



### Chapitre III : La procédure disciplinaire

En cas de non respect des règles décrites, vous vous exposez aux sanctions suivantes :

- Une lettre d'observation ou un travail d'intérêt collectif
- La lettre d'observation est attribuée en cas de sortie ou d'entrée tardive et peut l'être par extension en cas de réveil ou de coucher tardif
- Un travail d'intérêt collectif est demandé en cas de non respect des règles d'hygiène (salle collective laissée en désordre, refus de débarrasser le plateau..)
  
- Un avertissement en cas de fait plus grave

Un avertissement vous est remis soit :

- par la direction, notamment après 3 observations
- par tout professionnel d'accompagnement, en cas de dérogation plus grave au règlement de fonctionnement. Dans ce cas, vous disposez de 15 jours pour former un recours contre la décision, par courrier à la direction.

- Une exclusion temporaire ou définitive

En réunion d'accompagnement un point est fait sur :

- les sanctions adressées par les professionnels
- les dérogations graves au règlement de fonctionnement, signalées par une fiche de liaison

Suite à l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, différentes sanctions peuvent être prononcées par la direction :

- une exclusion temporaire
- une exclusion définitive

En l'absence de la direction, en cas de menace ou de violence à l'encontre d'un agent ou d'un résidant, ou de mise en danger de la structure, tout agent est habilité, après un appel à la personne d'astreinte, à vous exclure pour une durée de quelques jours. Un entretien avec la direction est fixé à votre retour, pour vous informer des suites de la procédure.

Dans le cadre du droit à la défense, tout professionnel qui vous adresse une sanction vous reçoit pour vous en expliquer le motif. Vous pouvez également vous faire accompagner par un élu du conseil de maison.

Un courrier de sanction vous est remis. Il sera classé dans votre dossier.

## Chapitre IV : Sortie de l'établissement

La sortie de l'établissement se produit soit :

- à votre initiative
- en cas de non renouvellement du contrat
- en cas d'exclusion

Sauf décision contraire, vous pouvez laisser vos affaires en consigne. La durée maximale de conservation est d'1 mois après la date de votre départ. Après ce délai, les professionnels seront chargés de vider la consigne de vos affaires. Vos papiers d'identité seront adressés au commissariat de police et les documents bancaires à la banque. Les autres papiers seront insérés dans votre dossier au sein de l'établissement.

Vos vêtements et autres objets personnels sans grande valeur seront soit jetés, soit donnés. Les objets de grande valeur marchande (par exemple des bijoux) seront conservés sous clé.

Si vous êtes exclu de la structure, vous ne pourrez demander à y être hébergé avant un délai de 6 mois.

Seuls 2 séjours sont possibles à George Sand. Si vous souhaitez effectuer un 3<sup>ème</sup> séjour, une demande motivée doit être adressée par courrier à la direction et sera étudiée en réunion pluridisciplinaire.

**ANNEXE 4**  
**Synthèse des Protocoles**

**FONCTIONNEMENT DU CHU GEORGE SAND**

- **LES HORAIRES**

Le centre est ouvert de 17h à 8h30. Vous devez ainsi impérativement avoir quitté le centre à 8h30, sauf sur autorisation d'un agent (rendez-vous avec votre référent, arrêt maladie sur présentation d'un certificat médical).

- 1 Le lever s'effectue à partir de 7h par un agent qui fait le tour des chambres.
- 2 Le petit déjeuner commence à 7h (ou plus tôt pour les personnes qui travaillent), jusqu'à 8h15.

**Attention !** A votre sortie, vous devez laisser à l'accueil le badge permettant l'ouverture de votre chambre.

Le repas du soir est servi individuellement par un agent à partir de 18h jusqu'à 21h, avec une tolérance d'un 1/4h pour ceux qui rentrent plus tard. Le réfectoire ferme à 21h30.

L'horaire de rentrée le soir est de 21h30 en horaire d'hiver et de 22h en horaire d'été.

Le week-end, le centre reste ouvert jusqu'à 11h. Un petit déjeuner amélioré est distribué jusqu'à 10h30.

Vous êtes autorisés, après en avoir informé les agents d'accueil à vous absenter deux nuits par semaine, maximum, et pas plus de deux nuits consécutives.

- **L EQUIPE DE PROFESSIONNELS**

Les agents d'accueil sont vos premiers interlocuteurs. Un éducateur, avec qui vous signerez un contrat de séjour, sera désigné comme éducateur référent.

Les rendez-vous avec le travailleur social sont hebdomadaires et obligatoires, afin de vous accompagner dans vos démarches.

Un rendez-vous avec la psychologue du service vous sera également fixé dès votre arrivée.

Vous pourrez également être amené à rencontrer la cadre socio-éducative et l'équipe de direction.

#### - **LES CHAMBRES**

Vous avez en charge l'entretien de votre chambre. A cet effet, du matériel de ménage sera mis à disposition.

**Attention ! Il est interdit de fumer dans les chambres**, un espace ouvert est prévu à cet effet au rez-de-chaussée.

De même, **aucune nourriture ne peut y être stockée**. Des **visites hebdomadaires**, dont vous serez avertis, auront lieu afin de veiller à la bonne tenue des espaces individuels. Des visites de courtoisies, sans rendez-vous, de la part des agents auront lieu régulièrement.

**Les visites dans les chambres sont interdites**. Des espaces collectifs sont mis à disposition pour vous rencontrer.

#### - **LES SALLES COLLECTIVES**

Une salle informatique est mise à votre disposition de 17h à 22h30, les inscriptions se font auprès des agents d'accueil à votre arrivée dans le centre.

Une salle d'activité sera ouverte sur demande.

Une salle de télévision est également disponible.

Ces espaces collectifs sont fermés à **22h30**.

#### - **L'HYGIENE**

Des kits d'hygiène vous sont remis lors de votre admission dans le centre.

L'éducateur en charge de votre suivi assurera le réapprovisionnement. En cas d'absence de ce dernier, les agents d'accueil pourront vous « dépanner » mais cela sera consigné dans un cahier et transmis à l'éducateur.

Les draps sont changés tous les 15 jours et les couvertures tous les mois. Vous devrez rapporter vos affaires sales pour en obtenir des propres.

Deux serviettes de toilettes vous seront remises à votre arrivée, à charge pour vous de gérer leur utilisation, car elles ne seront pas remplacées.

Concernant le lavage du linge, vous êtes priés de vous inscrire sur un planning le soir à votre arrivée pour un lavage le lendemain matin en fonction des disponibilités.

#### - **LA SECURITE INCENDIE**

En cas d'incendie, une alarme se déclenchera. Vous devrez, dans le calme, sortir de votre chambre et vous diriger vers les sorties de secours.

Des exercices d'évacuation obligatoires sont régulièrement organisés.

Attention, les sorties de secours sont exclusivement réservées à cet effet. Toute utilisation abusive sera immédiatement sanctionnée.

#### - **LA DISCIPLINE ET LES SANCTION**

En cas d'infraction au règlement, les actes seront consignés dans un cahier de liaison et transmis à la cadre socio-éducative, qui vous convoquera.

En cas de répétition ou de manquement plus grave, un avertissement sera signifié par la cadre ou la direction. Un courrier vous sera remis.

Si la situation l'exige, vous pourrez être exclus temporairement ou définitivement. Un courrier de recours pourra être rédigé et adressé à la direction, sous couvert d'un respect strict du règlement.

Dans les cas les plus graves, la police sera contactée.

Nous vous souhaitons une bonne installation et un bon séjour sur le CHU George Sand.

DEBROISE	Armelle	01/12/11
<b>DESSMS</b> Promotion 2011		
<b>ACCOMPAGNER DANS LE CHANGEMENT</b> <b>LA CONSTRUCTION COMMUNE D'UNE DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DANS UN CENTRE D'HEBERGEMENT D'URGENCE</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Le changement qu'implique le déménagement d'une structure est souvent, pour les salariés concernés comme pour les résidents, source de craintes autant que de questionnements. Mais ce peut être aussi l'occasion d'une remise en question des pratiques, et partant, d'une réflexion sur la prise en charge des résidents et son amélioration.</p> <p>Dans le cadre du déménagement imposé au Centre d'Hébergement d'Urgence George Sand du fait de la démolition et reconstruction prévue de ses bâtiments, la direction a souhaité relever le défi. Le changement temporaire de site, les bouleversements que cela implique dans la prise en charge des résidents et l'organisation du travail ont ainsi servi de prétexte et de support à une réflexion beaucoup plus large menée sur l'amélioration de la qualité de cette prise en charge.</p> <p>L'histoire de l'institution et les récents conflits entre les salariés et la direction ont toutefois incité cette dernière à faire appel à un intervenant extérieur pour la seconder dans ce processus. C'est ainsi qu'a été mise en place une démarche de management participatif dans le cadre duquel tous les salariés ont été invités à s'exprimer et à échanger.</p> <p>Une démarche qui s'entend comme un processus, certes, sans qu'on puisse parler ni d'accompagnement <i>au</i> changement ni d'accompagnement <i>vers</i> le changement. L'idée défendue est celle d'un accompagnement <i>dans</i> le changement, prenant en compte la réalité du présent (de la structure et des agents qui y travaillent) et la volonté des acteurs concernés. Et si cette démarche paraît moins ambitieuse que d'autres, elle est sans doute à la fois plus respectueuse des salariés et plus pérenne, dans la mesure où l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents est intimement liée au respect des agents et à la qualité de leurs conditions de travail.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Centre d'Hébergement d'Urgence, Déménagement, Prise en charge des résidents, Organisation du travail, Amélioration de la qualité, Management participatif, Processus d'accompagnement, Accompagnement dans le changement.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		