



**PROMOUVOIR L'INNOVATION ET ORGANISER LA
COOPÉRATION D'UNE ÉQUIPE PLURI PROFESSIONNELLE EN
FAVEUR DE PUBLICS ADMIS EN CHRS & ACT**

Jacques ANGELINI

2012

caldes



Remerciements

Je remercie les « guidants » officiels et officieux, les « aidants », les « protégeants », toutes les personnes, du cercle le plus intime au plus large, qui m'ont permis d'arriver à la rédaction de ce document tout comme au suivi de l'intégralité de cette formation.

J'ai aussi et surtout une pensée pour l'équipe de professionnels de *Maavar Marseille*, et pour les usagers des services pour lesquels j'ai été moins disponible ces derniers temps ; qu'ils soient remerciés pour leur compréhension et leur patience.

*« Quoi que tu fasses, ou rêves de faire, commence ;
Il y a dans l'audace, du génie, de la puissance et de la magie »
Goethe*

Sommaire

Introduction	1
1 MULTIPLES FACETTES d'une même PROBLÉMATIQUE : l'EXCLUSION : ...	5
1.1 Un contexte local particulier :	5
1.1.1 La montée en charge d'un dispositif indispensable.....	6
1.1.2 L'ouverture du CHRS en soutien de l'action :	7
1.1.3. Une évolution régulière du cadre législatif :	8
1.1.4. Redéfinition des objectifs du service au moment de l'extension du CHRS : (passer d'une lutte contre l'exclusion au développement de mesures en faveur de l'inclusion) :	10
1.2 Diversification de l'offre de service par la création de lits d'ACT :	12
1.2.1 ACT : Un cadre juridique complexe et nouveau au sein de l'institution	13
1.2.2 Synthèse du fonctionnement global d'ACT et parallèle avec les deux autres services préexistants :	14
1.2.3. L'amélioration et l'articulation de l'offre de service	15
1.2.4. L'écoute des besoins comme vecteur de l'autonomie :	17
1.3 La dimension transversale de « l'habiter » dans les nouveaux projets :	19
1.3.1. Passer de la mise à l'abri à l'hébergement :	19
1.3.2. Une organisation à la lisibilité améliorée :	20
1.3.3. L'hébergement à <i>Maavar Marseille</i> comme une expérimentation avant l'autonomie.....	21
Résumé de la première partie :	29
2. Les STRATÉGIES d'ORGANISATION DÉVELOPPÉES:.....	31
2.1. La précarité comme point de centration et support à l'unification du projet	31
2.1.1. Le sens des actions menées comme axe commun d'appropriation :	32
2.1.2. Un appui méthodologique indispensable :	33
2.1.3. Un progiciel pour soutenir des pratiques communes :	34
2.1.4. De la fonctionnalité à la coopération effective :	34
2.2. Le Management d'Equipe	36
2.2.1. Un management de rupture jusqu'en 2009 :	36

2.2.2. Un management qui privilégie la coopération à partir de 2010 :.....	39
2.2.3. Des temps formalisés structurent les cycles institutionnels:	40
2.2.4. De la réunion « cadres » aux temps « inorganisés » :.....	42
2.2.5. Les stratégies développées à l'écoute de l'environnement et des contraintes :....	44
Résumé de la deuxième partie :	47
3. DEVELOPPER la COOPERATION au sein d'une EQUIPE PLURI- PROFESSIONNELLE	50
3.1. Les raisons et les objectifs d'une telle démarche :.....	50
3.1.1. De la vision à la construction progressive :	51
3.1.2. Le manager face aux « résistances » au changement :	53
3.1.3. Une mise en actes de la notion de coopération :.....	55
3.2. Le Management comme déterminant de l'émergence des compétences :...57	
3.2.1. Une posture complexe qui favorise l'évolution sans négliger la continuité :.....	57
3.2.2. La coopération, génératrice de la mobilisation des acteurs :.....	59
3.3. Des projets spécifiques comme leviers directs et indirects du changement :	60
3.3.1. La participation à la rédaction d'un guide pour l'Education Thérapeutique du Patient en ACT :	61
3.3.1.1. Le contexte général de l'action :	61
3.3.1.2. Des enjeux forts pour les usagers comme pour les professionnels :.....	62
3.3.1.3. Une évaluation partielle de l'action en cours :.....	63
3.3.2. La Démarche résolutive au service de la relation d'aide :	64
3.3.2.1. L'organisation générale de l'intervention :.....	64
3.3.2.2. Les fondements théoriques de la démarche :	65
3.3.2.3. Co-construire ou solliciter la créativité de chacun :	66
3.3.2.4. Projet visé et évaluation :.....	67
3.3.3. La réécriture des fiches de fonction comme support aux premiers entretiens individuels :.....	69
3.3.3.1. Un outil de dialogue, de régulation et de projection rapidement adopté :	69
3.3.3.2. La mise en lien avec la fiche de fonction.....	70
Résumé de la 3° partie :	74
Conclusion	77
Bibliographie.....	79
Liste des annexes.....	83

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation adulte handicapé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
ALT	Allocation logement temporaire
ANESMS	Ag. Nat. D'évaluation de la qualité des établissements sociaux
APL	Allocation personnalisée au logement
CAF	Caisse d'allocations familiales
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CISIH	Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
CMU	Couverture médicale universelle
CVS	Conseil de la vie sociale
DALO	Droit au logement opposable
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
FNARS	Fédération nationale des associations de réinsertion
FNH VIH	Fédération nationale des hébergements VIH
HAS	Haute Autorité de la Santé
ONPES	Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale
PARSA	Plan d'accueil renforcé des sans abri
PASS	Permanence d'accueil aux soins de santé
PAUF	Plan annuel d'utilisation des fonds
PDALPD	Plan départ. d'action pour le logement des personnes défavorisées
PRAPS	Programme Régional pour l'accès à la prévention et aux soins
RMA	Revenu minimum d'activité
SAO	Service d'accueil et d'orientation
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SROSS	Schéma régional d'organisation des services de soins
UHU	Unité d'hébergement d'urgence
VAD	Visite à domicile
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Les actions développées par l'Association *Maavar* se situent à un moment cardinal dans l'histoire récente des politiques publiques en faveur des publics en difficulté. L'Association¹ débute son activité en 1983 en Ile de France. Son projet global est « la protection de toute personne en rupture de lien social, sans discrimination de sexe, de race ou de religion ».

A Marseille, l'ouverture de la structure « locale », dénommée *Maavar Marseille*, correspond peu ou prou aux 20 ans de la loi du 30 juin 1975 qui pose les bases légales des établissements sociaux et médico sociaux. Ce démarrage d'activité se situe juste en amont de la Loi de 1998 dite « contre les exclusions » (Loi d'orientation 98-657 du 29/07/1998) et à un peu plus d'une décennie d'épidémie de sida (dont l'origine se situe au début des années 1980 en France).

Cette étude nous engagera, entre autres, sur une lecture synchronique des différents programmes d'action et d'intervention sociale et des divers événements et faits sociaux réputés importants, concernant les publics adultes précarisés et malades.

Ainsi, en est-il, par exemple de l'année 1995 qui renvoie, dans le même mouvement, au début de l'activité de *Maavar Marseille*, au vote des textes relatifs à l'expérimentation des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), et à l'apparition des bi, puis des trithérapies.

La question de la pertinence et/ou de la motivation à organiser l'ouverture de services par l'Association, à Marseille à ce moment, trouve, elle, toute sa réponse dans les préoccupations affichées, dès 1989, par la Direction Générale de la Santé (DGS) qui sollicite, à cette époque, deux organismes marseillais (l'un public et l'autre privé) pour mener une expérimentation comprenant, entre autres, un programme d'échanges de seringues. Ce programme ne sera mis en œuvre que 8 ans plus tard, avec l'implantation de containers spécifiques permettant la distribution anonyme de kits d'injection stériles.

Pour ma part, je prends mes fonctions de directeur de l'établissement de Marseille à la toute fin de l'année 2007.

L'institution est constituée alors de 29 lits (dont 26 en chambres d'hôtel), répartis en deux services (1 Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, CHRS, et 1 hébergement sur le mode de l'Allocation Logement Temporaire, ALT) ainsi que d'un service de restauration sociale².

¹ Cf. Annexe n°1 : Organigramme général de l'Association Maavar

² Cf. Annexe n° 2 : Organigramme Maavar Marseille

Conscient de l'importance et des enjeux d'une probable réorganisation, et avec l'accord de la Direction Générale, je sollicite, dès la fin du premier semestre 2008, l'intervention d'un cabinet conseil pour conduire une démarche d'évaluation interne.

Les constats sont posés et indiquent que, outre une taille critique d'établissement (moins de 30 lits), c'est l'ensemble des projets de service qui est à repenser afin de sortir de la posture d'assistance et de « sas » dans laquelle œuvrent les travailleurs sociaux.

La construction et l'élaboration de logiques de parcours, telles que prévues et définies dans la conférence de consensus³ de Novembre 2007 doivent être privilégiées. La Loi 2007-290 du 05 Mars 2007, dite Loi DALO, vient confirmer, si besoin était, les attentes du public mais aussi d'associations militantes en termes de moyens et d'objectifs.

L'extension du CHRS à 30 lits et le développement du projet de création d'un service d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), qui s'échelonnent entre 2008 et 2010, répondent, au moins provisoirement, à la question de la taille critique de l'établissement, en portant la capacité totale à plus de 50 lits, et en ouvrant l'action de l'institution au champ médico-social.

Le développement et l'appropriation de la notion de parcours résidentiel sera l'un des premiers objectifs transversaux de mon travail avec l'équipe de professionnels. A ce moment, une partie de cette équipe est encore convaincue d'une part, que les hébergés ne pourront pas « *tenir dans des appartements du droit commun* » et d'autre part que « *ce n'est pas toujours leur priorité* ».

La question de la défaillance est ici posée en creux, de manière implicite par certains membres de l'équipe, légitimant de manière paradoxale un travail des institutions qui ne s'adresseraient qu'à des sujets en situation d'incapacité. Or le postulat global de la majorité des projets individuels est fondé sur la volonté et le désir de chaque bénéficiaire d'investir un lieu, sa propre vie, même si certaines rubriques des dossiers FSL (Fond de Solidarité pour le Logement) renvoient toujours implicitement à la notion de « *capacité des demandeurs* ».

M. Bresson⁴ développe la notion « *d'institutions individualisantes et produisant un certain type d'individu autonome et responsable* ». Cette posture se construirait, selon elle, en miroir de l'individualisation prônée par les politiques sociales ; la Loi 2002-2 étant l'archétype de la centration du sujet. En termes de management, je prends conscience dès cet instant, que je vais devoir mettre en place et développer des actions génératrices de sens pour les membres de cette équipe.

³ Conférence de Consensus relative au Sans Abri 29/30 Novembre 2007 Paris

⁴ Revue Informations sociales n° 145, 2008, L'individu et ses appartenances, CNAF, 148p

Les travaux de K.E. Weick⁵, relatifs au « *sensemaking* » constituent un de mes premiers appuis théoriques, lors de la mise en place de l'évaluation interne des services.

Ce document s'efforcera de mettre en lumière comment a été repensée et reformulée la question des modalités de l'accompagnement des publics, à partir d'éléments conjoncturels (extension du CHRS, ouverture du service ACT), et à partir d'éléments structurels tant internes (notion de parcours résidentiel et de continuité de prise en charge), qu'externes (coût prohibitif de l'hébergement en chambre d'hôtel et inadéquation de ce type de prestation eu égard à la demande des usagers).

Cette reformulation sollicite et s'appuie sur l'émergence des compétences collectives d'une équipe pluri- professionnelle engagée collectivement sur des axes de travail et de coopération.

Aussi, dans une première partie d'étude, sera-t-il question, à la fois, de la lecture et de l'analyse des dispositifs et de leur évolution de plus en plus rapide, notamment ces cinq dernières années, ainsi que des mouvements successifs de l'institution, en particulier à partir de l'extension du CHRS et de la création des places d'ACT.

En effet, si l'un des objectifs de ce travail est de mettre en valeur la réorganisation de l'institution via le choix de la transversalité et de la pluri-professionnalité, je ne pourrai faire l'économie de resituer mon action dès mon arrivée, du fait même des nombreux changements qui s'y sont déroulés. Seront prises en compte, en outre, la question des publics accueillis et concernés par ces actions et les spécificités locales des problématiques abordées.

Dans une deuxième partie, j'aborderai, tant au plan conceptuel qu'au plan organisationnel, les notions de transversalité et de coopération. Ces notions seront également mises en perspective avec les attendus et préconisations de l'évaluation externe qui a été réalisée en 2011 sur ces mêmes services et à travers le prisme de l'analyse stratégique de l'organisation en place.

Les interactions à l'œuvre au sein de cette équipe, dans l'exercice de ses missions auprès du CHRS et des services ALT et ACT, les points forts et les points d'amélioration de cette organisation seront analysés et mis en perspective avec l'ensemble des politiques publiques d'une part et avec les choix opérés en termes de structuration de l'accompagnement et de processus de travail d'autre part.

⁵ Weick K.E. 2007 L'interaction et les processus de l'émergence, sous la direction de Mucchielli A. Ed. Eska 211p

Enfin, dans une troisième partie, les modalités de coopération et d'innovation de l'équipe pluri-professionnelle seront analysées, tant dans le cadre du choix de certaines de ses composantes (Education thérapeutique du patient, Approche résolutive des situations, Entretiens annuels et fiches de fonction), que dans celui de l'évaluation de leur mise en œuvre.

L'émergence des compétences collectives est, en effet, en lien direct avec le travail de sensibilisation et de formation engagé autour des techniques d'accompagnement visant à adopter une démarche résolutive, elle-même inspirée du coaching orienté solution⁶ (COS).

Le développement de la coopération s'appuie aussi sur la mise en œuvre d'un programme dit « d'expérimentation d'actions d'Education Thérapeutique du Patient », propre au service ACT. Le caractère expérimental de ce projet et les modalités de travail en réseau avec 6 autres sites pilotes en France, donnent à ce projet et aux acteurs une allure de laboratoire d'élaboration en phase avec les réalités du moment⁷.

Cette dernière partie abordera donc les mécanismes de coopération au travers du prisme de la compétence collective sollicitée autour de ces deux thèmes centraux : l'Education Thérapeutique du Patient et l'Approche Résolutive dans l'accompagnement social quotidien. Enfin, je présenterai de manière succincte l'outil de dialogue que représentent les entretiens annuels, notamment dans le cadre de la réécriture des fiches de fonction.

⁶ Bigot Y. 2010, Le coaching orienté solution Eyrolles Editions de l'organisation, 291p

⁷ Plan VIH IST 2010 2014 prévoyant le développement de programmes d'ETP (éducation thérapeutique du patient)

1 MULTIPLES FACETTES d'une même PROBLÉMATIQUE : L'EXCLUSION :

« Être exclu, c'est donc bien ne compter pour rien. Et c'est à partir de ce rien de valeur que se construit l'exclu moderne ».

Cette phrase tirée de l'ouvrage de J. Maisondieu⁸ « La fabrique des exclus » est toujours d'actualité, quelques 15 ans après sa rédaction. Parallèlement à ce constat, il est intéressant de noter que les premiers hôpitaux n'étaient pas seulement destinés aux malades mais aussi à l'hébergement des pauvres. Effectivement, pendant de longues périodes, la prise en charge des exclus de la société était réalisée dans des lieux de type asilaire, généralement situés en périphérie des villes, c'est-à-dire eux-mêmes exclus.

On peut tout de suite établir ici les liens qui sous-tendent régulièrement cette première partie entre précarité et exclusion d'une part, et problématique de santé voire privation de soins d'autre part. *« ...dans ces coulisses on trouve des dispositifs organisationnels spécialisés dans le traitement du négatif : prison, hôpitaux psychiatriques, maison de retraite, centre d'accueil et d'hébergement, centre de rétention, réseaux d'accompagnement des personnes en situation de handicap, services en milieu ouvert⁹... »* L'exclusion sociale comprend, entre autres, l'exclusion du système de soins.

1.1 Un contexte local particulier :

Le premier service d'hébergement de *Maavar Marseille* initie son activité dédiée aux publics précaires atteints du VIH (et/ou du VHC et/ou concernés par les addictions), en 1995, dans une modalité temporelle particulière, le service étant adossé à l'ALT (allocation de logement temporaire). Pour la commodité de la lecture, ce service sera dénommé « *service ALT* » afin de le distinguer du CHRS.

Au début des années 1990, la région PACA présente une typologie de publics atteints par le VIH à l'opposé des valeurs enregistrées sur le reste du territoire. La proportion 40/60 concerne en France 40% d'usagers de drogues pour 60% de contaminations d'origine sexuelle et essentiellement homosexuelle. En PACA, c'est globalement l'inverse, avec 60% de contamination par l'usage et l'injection de substances psycho-actives et 40% de

⁸ Maisondieu J. 1997, La fabrique des exclus, Bayard Culture 264p

⁹ Lhuillier D. 2009, Travail du négatif, Travail sur le négatif, Travailler aux marges, Education Permanente n°179, 225p

contamination par des rapports sexuels dont la majorité concerne des publics homosexuels.

A la même époque, l'ORS (Observatoire Régional de la Santé PACA, 1993) révèle dans son rapport annuel¹⁰ que 13% des citoyens marseillais vivent dans des conditions considérées comme difficiles. La précarité et l'exclusion sont donc abordées par le volet sanitaire, la toxicomanie et les complications infectieuses que représentent le VIH et le VHC l'étant par le volet sécuritaire face à une délinquance repérée par des représentations géographiques et sociales très marquées, proches du cliché. Ainsi jusqu'au « décret Barzach » de 1987, toute personne distribuant des seringues à des sujets toxicomanes est passible d'une inculpation pour « incitation à l'usage de stupéfiants ».

1.1.1 La montée en charge d'un dispositif indispensable

Les chiffres de l'activité du service ALT, comme sa capacité d'accueil, indiquent clairement la montée en charge des dispositifs et des moyens mis en œuvre contre le développement de l'épidémie et de ses conséquences sociales : le service passe de 6 lits en 1995 à 16 en 2000, pendant que d'autres opérateurs marseillais se voient également confier le même type de mission, enrichissant ainsi l'offre de service à destination de ce public.

Le taux d'occupation annuel du service est régulièrement supérieur à 95%, révélant une demande souvent supérieure à l'offre.

Une enquête menée par Anne Lovell¹¹ sur Marseille, révèle que 53% des publics toxicomanes « injectés » ont des pratiques à risque. En parallèle, le premier rapport d'activité du service ALT, indique clairement les intrications entre VIH, VHC et un ensemble de consommations de substances psychoactives qui s'apparente à une poly toxicomanie.

La première intention de l'institution marseillaise est de permettre une « mise à l'abri » des publics.

Cette option reçoit l'aval des financeurs puisque la capacité d'accueil du service est régulièrement augmentée. Historiquement, le mode d'intervention, soutenu par les équipes qui se sont succédées, a consisté à privilégier toute forme de mise à l'abri des

¹⁰ ORS, 1993, Rapport Annuel Inserm Unité 379 107p

demandeurs, apparentant le service, dès sa création, à un accueil inconditionnel d'usagers en très grande précarité.

Cet accueil est organisé autour de la mise à disposition de chambres d'hôtel, dans les meilleurs délais, de la délivrance d'une prestation alimentaire, de la mise en place d'un suivi éducatif afin d'orienter rapidement l'utilisateur vers un service « de suite », et du développement d'un partenariat spécifique aux pathologies infectieuses (Centre d'information et de soins pour l'immunodéficience humaine, CISIH, par exemple).

En 2006, le service reçoit 48 personnes et 2 enfants, pour une capacité de 16 lits. Dans le courant de l'année, se produisent 18 départs volontaires et 15 réorientations vers d'autres structures d'hébergement, pour 1 installation en logement autonome.

En 2011, la typologie des publics reçus n'a que peu évolué et, pour la même capacité d'accueil de 16 lits, 20 personnes seulement sont reçues. Pour toutes ces personnes, il est procédé à l'instauration ou à la réinitialisation d'un protocole de soins spécifiques. 5 personnes, soit 25% de l'effectif, retrouvent un logement autonome via des bailleurs sociaux dans le courant de l'année.¹²

1.1.2 L'ouverture du CHRS en soutien de l'action :

L'arrêté préfectoral qui fixe, en 1996, les modalités d'ouverture des 13 premiers lits CHRS renforce les orientations de l'institution en direction des publics marginalisés. L'offre de service présente les mêmes caractéristiques que celle du service ALT et est déclinée de la même manière : mobilisation de chambres d'hôtels dans le Centre-Ville pour ce qui concerne la « mise à l'abri » et rendez-vous plus ou moins réguliers dans les locaux selon le niveau d'adhésion de chaque hébergé au dispositif. Dès l'obtention de l'agrément, *Maavar Marseille* développe donc des actions en direction de publics « cumulant » difficultés socio-économiques diverses et problématiques de santé.

Globalement et schématiquement, l'action des services d'hébergement de l'institution représente un « sas » entre la rue, l'extrême précarité ou toute autre forme de marginalité et une prise en charge à moyen terme réalisée par d'autres services partenaires. C'est notamment ce que le cabinet en charge d'accompagner la démarche d'évaluation interne va pointer.

¹¹ Lovell A. 1998, L'émergence d'une nouvelle santé publique : sida et utilisateurs de drogues intraveineuses à Marseille Inserm 135p

¹² Cf. annexe n°3 tableaux synthétiques des rapports d'activité 2006 & 2011 Maavar Marseille

La qualité première du service ALT est sa capacité à mobiliser très rapidement l'ensemble des paramètres d'un accueil provisoire : hébergement en « lieu sûr » et aide alimentaire régulière. L'institution est d'ailleurs repérée, à ce moment-là, comme une structure dite d'hébergement d'urgence.

Progressivement, en raison notamment de l'augmentation de la demande, la capacité de réaction et d'intervention de ces services est mise à mal, et on peut constater un accroissement notable de la durée des séjours, causant par la même une augmentation de la file active des demandeurs. La fluidité du dispositif disparaît peu à peu et il ne s'agit plus, alors, que d'une chronicisation de situations qualifiées d'urgentes. Ce mouvement de « ralentissement » est également celui de l'évolution du cadre législatif de l'accueil des publics précaires, du moins jusqu'en 2006.

1.1.3. Une évolution régulière du cadre législatif :

Ce n'est qu'en 1946, que la Loi 46-685 du 13 Avril 1946 prévoit l'assistance aux personnes au niveau social. C'est en 1954, que le décret 54-883 du 02 Septembre 1954, précise les conditions de séjour des personnes sans emploi dans les centres de reclassement. Ce texte préfigure les futurs CHRS. En 1960, les ordonnances 60-1245 et 60-1246 organisent et instituent pour chaque département, un service dit de « réadaptation sociale ». Ce service est à destination exclusive des personnes en danger de prostitution. C'est l'élargissement de ces missions à d'autres catégories de la population, les « vagabonds aptes au reclassement » qui va, progressivement, généraliser l'aide de l'Etat aux populations marginalisées et dépasser le simple concept initial d'assistance. Le statut juridique¹³ des CHRS est élaboré en 1974 dans le cadre de l'Aide Sociale. Cette même année, la Loi 74-955 du 19/11/1974 et le décret d'application 76-526, organisent l'accueil des familles et plus seulement des personnes isolées. (article 185-3 du CASF).

La Loi n° 86-17 du 06/01/1986 inclut les structures de type CHRS dans les modalités de tarification et les attributions de compétences (Etat).

Un décret de 1988 fixe les modalités de financement sous la forme de dotation globale de financement (DGF).

¹³ Article L.345-1 du CASF

C'est l'article 345-1¹⁴ du Code de l'Action sociale et des familles qui synthétise la fonction des CHRS. Ce statut est complété et renforcé avec la Loi 98-567 du 29/07/1998, dite de lutte contre les exclusions. Cette Loi décrit de manière précise les missions des CHRS, et définit les prestations liées aux modalités d'hébergement.

La Loi 2002-2, dite de rénovation de l'action sociale, vient en soutien et en complément de la Loi de 1975, et définit de manière très précise les contours du secteur d'intervention des CHRS : « personnes en situation de précarité et d'exclusion ». Ce texte, fondateur de l'ensemble du secteur, introduit la notion de responsabilisation de l'ensemble des acteurs et place l'utilisateur au centre des dispositifs le concernant en le rendant acteur de ses choix, de ses droits mais également de ses devoirs.

C'est à partir de la remise du rapport Fleurieu/Chambaud¹⁵ à Madame Vautrin, Ministre déléguée à la Cohésion sociale, dans le courant du dernier trimestre 2006, que l'approche de l'hébergement des publics marginalisés change à nouveau. Il s'agit de favoriser l'insertion durable des publics sans domicile par la création de places dites de « stabilisation ». (*« Jusqu'à présent, il n'y a rien entre les hébergements pour une nuit et les CHRS. Les associations sont favorables à un accueil plus qualitatif que l'hébergement d'urgence, sur des moyennes durées. »*¹⁶ »)

C'est la mission première du plan PARSA (Plan d'action renforcée pour les sans-abri) voté le 08 Janvier 2007 et dont l'objectif final est la mise à disposition de 27100 places d'hébergement supplémentaires au niveau national, ainsi que l'intégration par les CHRS de la mission d'accueil d'urgence.

Trois mois plus tard, la Loi 2007-590 du 05/03/2007, dite DALO (Droit au logement opposable) renforce le principe de la continuité de la prise en charge. (Circulaire du 19/03/2007). En 2007, l'ensemble des CHRS représente 33466 places¹⁷, en 2012 on compte 39442¹⁸ places.

¹⁴ « Bénéficient à leur demande de l'aide sociale, les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion en vue de les aider à accéder ou recouvrer leur autonomie personnelle et sociale... »

¹⁵ Rapport de Mme De Fleurieu et de M. Chambaud à Catherine Vautrin Août 2006

¹⁶ Rapport De Fleurieu/Chambaud 2006, p 9

¹⁷ Les personnes sans domicile, Cour des Comptes, Rapport public 2007, page 98

¹⁸ Pinte E. 2011, Avis sur le Projet de Loi de Finances 2012 BOP177, Assemblée Nationale 41p

1.1.4. Redéfinition des objectifs du service au moment de l'extension du CHRS :
(passer d'une lutte contre l'exclusion au développement de mesures en
faveur de l'inclusion) :

L'extension du CHRS se produit peu de temps après la parution du décret d'application du PARSA, en Novembre 2007. L'autorisation d'extension permet la création de 17 places supplémentaires, le CHRS comprenant alors 30 lits. Cette mise en œuvre correspond à mon arrivée au sein de l'Association. Une telle augmentation de la capacité d'une structure ne s'opère pas seulement ni simplement en reproduisant le modèle en place, à fortiori dans ce contexte nouveau. Il s'agit, d'une part, de repérer les attendus du financeur mais, également, d'interpréter toutes les informations contenues dans les derniers rapports d'activité. Les réactions, les attentes et les demandes que je suis amené à entendre, émanant des usagers du CHRS « historique » (chambres d'hôtels), ramènent toutes à la question centrale du logement.

« ...pour les personnes paumées, parce qu'on est paumés quand on arrive, il faut le reconnaître, un hébergement permet un retour à la vie, de vivre comme tout le monde¹⁹... »

« ...l'appartement permet de savoir recevoir, savoir partager, pouvoir offrir... »

Les usagers ont tous conscience de leurs difficultés individuelles du moment, mais font tous remarquer, avec leurs mots, que les conditions d'hébergement qui leur sont proposées à cet instant ne sont qu'un pis-aller et ne représentent pas un support efficace à des projets concrets. Ce qui est mis à disposition des bénéficiaires²⁰ à ce moment-là relève bel et bien de la seule l'assistance à autrui. Il s'agit essentiellement de protéger ces personnes d'une exposition aggravée à la rue et à ses dégâts. Cette mise à l'abri, instaurée au début de l'activité de l'association s'est poursuivie d'année en année, sans que les hôteliers mobilisés n'améliorent les conditions d'accueil et sans qu'une réflexion globale ne soit menée quant aux attentes du public.

Or ces publics sont légitimement en attente de propositions plus concrètes et plus proches de leurs aspirations réelles. Si leur situation, à leur arrivée dans les services, est tellement dégradée que la moindre proposition d'hébergement et d'écoute représente un progrès notable face à leur état, l'action de l'institution ne saurait se limiter à la posture d'assistance que dénonce Saül Karsz : *«La charité n'y est jamais entièrement absente,*

¹⁹ Propos d'usagers des services

²⁰ Ce terme, global, sera préféré à celui habituel « d'usagers » ou à celui plus réducteur « d'hébergé »

par exemple quand il s'agit d'accompagner l'utilisateur là où il faut que de toute façon il parvienne, de préférence avec son consentement (auquel cas on célèbre sa maturité), ou à défaut avec ses réticences (indice, imagine-t-on souvent, de ses difficultés). »²¹

Dans le cadre du Rapport sur l'hébergement des personnes sans abri, il s'agit, par la création, au plan national, de 1100 places supplémentaires au dernier trimestre 2006, de « *créer un nouvel échelon dans le dispositif d'hébergement des personnes sans abri : l'hébergement de stabilisation*²² (ouverture 24h/24h).

Pour l'Association, jusqu'à la fin de l'année 2007, les 29 lits déjà ouverts sont organisés autour de 26 chambres d'hôtel du centre-ville (1^{er} et 6^{ème} arrondissement essentiellement) et seulement 2 appartements (1T1 et 1T3). Il se trouve que la quasi-totalité des chambres d'hôtels sont louées, à ce moment-là, à des prix variant entre 590.00€ et 630.00€ par mois, pour un niveau de prestations et de confort particulièrement bas, voire inexistant.

L'équipe de travailleurs sociaux, composée presque exclusivement de jeunes femmes, m'indique lors de nos premières rencontres, qu'il est particulièrement délicat, pour elles, d'organiser des visites à domicile (VAD) dans des chambres exiguës, où le mobilier est souvent réduit à un lit et une table. En conséquence, la quasi-totalité des entretiens se déroule dans les locaux de l'institution.

L'ensemble de ces constats croisés avec la commande relative à la mise en service des 17 places supplémentaires m'incite à penser l'hébergement de ces publics d'une toute autre manière. Les dispositions législatives de ces dernières années (plan PARSA, loi DALO entre autres), le développement des modalités d'hébergement du 115 et des services du SAO, les constats posés au fil de ces années d'activité, conduisent à une nouvelle lecture de l'action à mener en direction des publics défavorisés et des publics atteints de pathologies infectieuses.

En outre, l'analyse des chiffres de l'activité de l'institution confirme aisément le constat précédent d'un allongement franc et massif des durées d'hébergement, tous services confondus et vient questionner la pertinence du maintien d'une modalité d'accueil qualifiée « *d'accueil d'urgence* ».

Dans le même temps, le prix de revient des chambres d'hôtel ne cesse d'augmenter, pour une qualité de prestation toujours aussi faible, voire médiocre, remettant encore plus en question l'intérêt d'un tel système.

²¹ Karsz, S. 2005, Pourquoi le Travail Social, Dunod 154p

²² Rapport sur l'hébergement des personnes sans abri, Catherine Vautrin Octobre 2006, p8

Face à tant d'indicateurs convergents, il m'apparaît nécessaire de repenser l'ensemble de nos actions à destination des usagers du service, en termes de modalités techniques comme en termes de procédures. Pour autant, il ne s'agit pas là d'une simple réponse à une attente légitime de conformité mais bel et bien d'une volonté d'inscrire l'institution dans une démarche destinée à renforcer sa compétence et sa lisibilité. C'est bel et bien un changement qui va se produire ; ce changement s'apparentant à une rupture d'avec les modalités de travail à l'œuvre jusqu'alors.

« C'est au cadre dirigeant lui-même de déterminer si la situation exige un changement »²³

1.2 Diversification de l'offre de service par la création de lits d'ACT :

L'OMS définit la santé comme étant « *l'état de bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.*²⁴ » Cette définition qui n'a jamais été modifiée depuis son élaboration en 1946 est à mettre en perspective avec la Charte d'Ottawa²⁵ pour la promotion de la santé : « *la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne.....elle exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment se loger, se nourrir convenablement, ...* »

L'ouverture, en janvier 2010, de 10 places d'appartement de coordination thérapeutique, situe précisément l'action de l'institution au carrefour des intentions sanitaires et sociales contenues implicitement dans le projet associatif²⁶.

La mise en place d'un tel service, et son développement, vont entraîner, pour l'équipe de travailleurs sociaux, une série de questionnements de leurs pratiques professionnelles et générer des processus de changement.

Des cultures professionnelles distinctes (Médecin coordonnateur, Infirmière) émanant de champs professionnels différents vont devoir s'articuler, se compléter, dans l'intérêt des bénéficiaires et dans une occurrence unique, celle du projet individuel de l'utilisateur.

²³ Mintzberg H. 2006, Le Manager au quotidien Ed. d'Organisation 283p

²⁴ Préambule à la Constitution de l'OMS, 19/22 Juin 1946

²⁵ Charte d'Ottawa, adoptée par l'OMS, 21 Novembre 1986

²⁶ Cf. synthèse du projet associatif en annexe n° 4

1.2.1 ACT : Un cadre juridique complexe et nouveau au sein de l'institution

Les Appartements de Coordination Thérapeutique sont créés à titre expérimental en 1994²⁷. A l'origine, ils sont destinés à la prise en charge des personnes touchées par le VIH-Sida. Les ACT sont devenus, depuis les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale et du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, des institutions médico-sociales financées par l'Assurance Maladie.

Si leur création est antérieure à l'ouverture des services de *Maavar Marseille*, leur fonctionnement est longtemps resté « expérimental ».

Par contre, depuis 2002, les ACT sont ouverts à l'accueil de toute personne en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (Sida, hépatite, cancer, sclérose en plaques...).

Il s'agit là d'un hébergement « *à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion* ».

C'est le maillage de l'observance au traitement, de l'accès ou du retour aux soins et de l'ouverture de droits sociaux nouveaux (en fonction de l'évolution de la situation) qui constituent la trame des interventions dans ce type de service.

Les ACT ont également pour mission d'inscrire chaque personne, chaque patient, dans une démarche d'ouverture sur l'extérieur. Aussi la coordination médicale s'appuie-t-elle sur l'intervention de services ambulatoires (SSIAD) et sur toute forme d'intervention extérieure que justifierait la situation.

Les ACT de l'institution sont organisés sur le même mode que les autres services d'hébergement en matière de projets d'accompagnement social, où un travailleur social est référent d'un bénéficiaire.

Par contre, le médecin coordonnateur est en charge, avec le soutien de l'infirmière, de l'organisation et du suivi de la coordination des soins (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...). La coordination s'exerce également dans le cadre de l'analyse du dossier médical d'admission (et de sa gestion par la suite), du développement de relations avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et éventuellement les réseaux ville hôpital concernés par la situation du patient.

J'ai personnellement fait le choix, de développer la prise en compte des questions relatives à l'alimentation et les conseils en matière de nutrition, tout comme l'éducation

²⁷ Circulaire n°65 du 17/08/1994 instituant l'expérimentation de nouveaux hébergements pour les publics atteints du VIH

thérapeutique du patient et l'aide à l'observance thérapeutique. Ces derniers points font l'objet d'un développement en réseau avec le soutien logistique de la FNH VIH (Fédération nationale des hébergements VIH), que nous évoquerons dans les parties 2 et 3 du document.

Enfin, les problématiques d'addiction font également l'objet d'une attention toute particulière, d'autant qu'en ce domaine, l'institution est inscrite et repérée comme un acteur important sur le bassin marseillais.

Cet accompagnement spécifique et technique est couplé à celui effectué par les travailleurs sociaux, relatif à l'accès au droit et à la facilitation des démarches administratives, à l'écoute des besoins et à leur soutien, au suivi de l'observance thérapeutique, à l'accompagnement lors de déplacements, ou tout simplement en cas de besoin de présence. L'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement font également partie des projets d'action qui sont développés, ou pas, selon d'une part le souhait et d'autre part l'état de santé de la personne.

1.2.2 Synthèse du fonctionnement global d'ACT et parallèle avec les deux autres services préexistants :

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les caractéristiques principales de trois types d'hébergement proposés par l'institution :

	ACT	CHRS	ALT
Hébergement temporaire	+	+	++
Adultes Isolés	+	+	+
Adultes en couple (enfant)	Accompagnants et/ou enfants non pris en charge	+	+
Précarité	+	+	+
Pathologies chroniques	++		+
Fragilité psychologique	+	+	+
Coordination médicale	+		

On voit clairement, que le cadre général de fonctionnement d'un service ACT, ne se distingue de l'organisation des services historiques de *Maavar Marseille* « que » par la coordination médicale régulière que réclament les ACT. Cette coordination médicale a toute son importance et ne saurait être négligée, notamment du fait de la lourdeur des pathologies et de leurs intrications psychiatriques possibles. Elle est, en outre, synonyme

d'articulation, d'ouverture, d'interdisciplinarité indispensables à l'émergence et à la construction de réponses efficaces.

La relecture et la réécriture dont ont fait l'objet les projets des services d'hébergement, CHRS, ALT, ont permis à l'ensemble de l'équipe pluri professionnelle, une appropriation plus aisée de ce nouveau dispositif au moment de son ouverture en 2010. Ce travail a en effet donné lieu à la description précise du fonctionnement de ces services et à leur réactualisation. La majorité de ce travail a été réalisée avec le soutien d'un intervenant extérieur et en s'appuyant sur les collaborations et participations de chacun des membres de l'équipe de travailleurs sociaux.

C'est à partir de ce socle commun constitué et élaboré par tous que sont développées les stratégies de travail (accueil, admission, hébergement, suivi éducatif, sanitaire et social, etc...), analysées et évaluées les actions menées à destination des publics concernés.

I.2.3. L'amélioration et l'articulation de l'offre de service

Depuis la réécriture des projets de service, l'accompagnement des usagers s'articule autour de deux modalités principales que sont, d'une part, les visites à domicile dans les hébergements et, d'autre part, les entretiens qui se déroulent dans les locaux de l'institution. La récente mise en œuvre du Service Intégré pour l'Accueil et l'Orientation (SIAO), selon les préconisations de la circulaire du 08/04/2010, a fluidifié davantage encore les premières prises de contact entre les futurs hébergés et le CHRS. Pour ce qui concerne le service ACT, les modalités d'admission ont conservé le caractère formel de la demande adressée par courrier.

Les hébergés des trois services bénéficient tous des mêmes prestations en termes de qualité d'hébergement, de centralité, d'équipements, et d'accessibilité.

Dès le courant de l'année 2008, l'institution fait le choix de se doter d'hébergements qui correspondent, dans la majorité des cas, aux réalités quotidiennes auxquelles chacun peut être confronté. Il s'agit, à la fois, de réaliser la montée en charge de l'extension du CHRS (de 13 lits à 30 lits), et d'abandonner progressivement les chambres d'hôtels mobilisées jusqu'alors, pour les places existantes. L'hébergement constitue un point d'ancrage fort, aussi bien en tant qu'outil et support au travail d'accompagnement qu'en tant qu'élément majeur d'élaboration de projet. En outre, dans le cas du service ACT, l'hébergement peut devenir un objet d'investissement

supplémentaire qui permettra à l'usager, au patient, d'accéder plus facilement à la dimension de projet.

À son arrivée dans l'institution, chaque futur résident s'engage sur un accueil que l'on peut qualifier d'évaluation, pour une durée de un mois. Au terme de cette période, et après un bilan réalisé en présence du résident, du travailleur social référent, et du chef de service, le résident comme l'institution valide (ou invalide) le projet d'hébergement en cours. Dans le cas de sa validation, cet hébergement sera organisé par période de six mois renouvelables.

Les temps de séjour sont scandés par les signatures (et éventuels renouvellements des contrats d'accueil), ainsi que par les bilans réguliers en présence du chef de service et du référent.

Chaque renouvellement fera l'objet d'un travail de synthèse et d'évaluation de la situation du résident et de son projet personnel. D'autre part, l'institution garde pour objectif les attentes du législateur, à savoir 25 % de l'effectif réorienté et accompagné vers un logement autonome dans les 12 mois de son admission.

Pour mener à bien ces objectifs sans doute ambitieux, l'équipe de travailleurs sociaux peut s'appuyer sur une série de temps institutionnels dédiés à la mutualisation de la réflexion collective (temps de réunion hebdomadaire dite « clinique ») et de temps consacré à la planification et à l'organisation d'actions pratiques (temps de réunion bimensuelle dite « technique »).

D'autre part, et afin de permettre une régulation optimale des interactions entre professionnels, un temps dit de supervision bimensuel est également prévu.

Ces dispositions ne constituent pas une organisation particulièrement innovante. Pour autant, elles viennent inscrire l'ensemble des actions d'accompagnement conduites par l'équipe pluri-professionnelle dans une logique favorisant une dynamique d'appropriation pour les résidents. Il s'agit là d'un ensemble de mécanismes dont l'objectif ne se limite plus à respecter et légitimer la seule obligation de moyens du modèle assistantiel. Les bénéficiaires de ces dispositifs, qu'il s'agisse de publics atteints de pathologies chroniques ou de publics précarisés, sont sollicités au niveau même de ce qui fait sens pour eux, de leurs attentes et de leurs désirs.

I.2.4. L'écoute des besoins comme vecteur de l'autonomie :

Les demandes des usagers des services sont, dans leur grande majorité, récurrentes et concernent, de manière plus ou moins directe, l'accès à un logement autonome.

Les situations individuelles de chacun des usagers présentent cependant des spécificités et des particularités importantes. Qu'il s'agisse de problématiques de santé, de situations sociales complexes, la recherche d'un logement autonome représente pourtant la demande centrale, focalisant pensées, projets et énergies de chacun.

C'est à partir de ce constat que j'ai pris la décision d'organiser les professionnels en une seule équipe où les compétences et les sensibilités professionnelles et techniques pourraient se compléter, pourvu qu'une coordination y soit instituée.

Le choix du partage et de la répartition uniforme de l'ensemble des membres de l'équipe pluri-professionnelle sur les trois services d'hébergement, présente de nombreux avantages au nombre desquels :

- ✓ la possibilité offerte à chaque travailleur social d'investir des situations et des accompagnements mobilisant les divers aspects de leur technicité
- ✓ la sensation et l'effet de veille sur un champ d'intervention plus large ainsi que le sentiment d'appartenance à une entité particulière
- ✓ le partage équitable de responsabilités spécifiques (notamment les astreintes du service ACT)
- ✓ l'animation et l'enrichissement régulier des temps de réunion par le partage optimum de l'ensemble des informations relatives aux usagers
- ✓ l'absence de clivage souvent noté dans des organisations cloisonnées où chaque entité devient l'enjeu de l'autre

A contrario, une telle répartition peut générer une forme de banalisation de l'accompagnement social ou pour le moins être considérée comme une tentative de rationalisation qui tendrait vers une uniformisation des équipes et des pratiques, la « *version faible* » de la coopération selon P. Zarifian²⁸.

Ce qui est recherché avant tout c'est la fluidité et l'homogénéité. L'équipe pluri-professionnelle est avant tout un groupe de pairs, solidaires dans la démarche, complémentaires dans l'élaboration, sources de dialectique multiples, acteurs réguliers d'une unité institutionnelle.

²⁸ Zarifian P. 1996 Travail et communication Sociologie d'aujourd'hui PUF 209p

Ces postures sont, selon G. Le Boterf²⁹, indispensables à l'émergence de la collaboration et surtout de la coopération. C'est la perception individuelle de la nécessité d'une telle posture et du gain qu'elle génère, qui favorise la construction d'une identité professionnelle collective, commune.

Le travail d'accompagnement réalisé par les membres de l'équipe pluri professionnelle est à double entrée : il s'agit d'une part, pour les travailleurs sociaux, d'être à l'écoute des besoins des bénéficiaires (qu'ils soient exprimés clairement ou en creux) et, d'autre part, de viser à ce que chaque action, chaque suggestion apporte aux bénéficiaires un éclairage supplémentaire dans leur quête d'autonomie.

Cette recherche d'autonomie est récurrente dans la quasi-totalité des situations rencontrées. Pour autant, sa mise en œuvre, son obtention ne nécessiteront pas forcément les mêmes efforts ni les mêmes intentions.

En effet les profils des utilisateurs des 3 services, leur histoire, leurs potentialités, leurs difficultés constituent autant d'éléments d'individualisation de leur parcours à venir.

Les dispositifs de relogement (intermédiation locative, contingent préfectoral, contingent DALO) ne fournissent d'ailleurs pas exactement le même type de réponse et ne se produisent pas selon la même temporalité.

Ces particularités propres à chacun des dispositifs sont connues des travailleurs sociaux qui n'hésitent pas à les partager avec les bénéficiaires dont ils assurent l'accompagnement.

L'accession à un logement autonome est un réel travail et un parcours de construction commune entre un demandeur et un travailleur social.

C'est bien parce qu'une réelle relation de confiance a pu s'établir entre le demandeur et le travailleur social que l'ensemble des paramètres relatifs à cette accession peuvent être abordés.

I.3 La dimension transversale de « l'habiter » dans les nouveaux projets :

Heidegger définit la fonction d'habiter comme étant « *la manière dont les mortels sont sur la terre* ». Selon lui, le grec mais également le vieil allemand porteraient au plan étymologique des correspondances fortes entre « être » et « habiter ».

« Le fait que dans une langue(...) « j'habite » et « je suis » aient pu être utilisés indistinctement est une indication certaine sur la mesure dans laquelle l'habitation est coextensive avec l'essence de l'être humain ³⁰».

I.3.1. Passer de la mise à l'abri à l'hébergement :

Habiter, en tant que concept, représente une des activités principales de l'être humain.

C'est dans ce rapport à l'espace, dans les interactions qui se jouent entre cet espace et son environnement, que s'organise et se déroule la vie sociale au quotidien.

Prendre la mesure de ce constat, engage de fait tout porteur de projet dans une action dont la dimension est bien plus large que la simple « mise à l'abri » évoquée plus haut.

Faire le choix de la réorganisation de l'intégralité des modes d'hébergement de l'institution, c'est faire le pari que l'habitat est un vecteur d'inclusion sociale.

Habiter un logement, un hébergement, c'est en connaître et en maîtriser les limites, le seuil, depuis l'intérieur vers l'extérieur.

Les récentes orientations de la circulaire 2012-04 relatives au « housing first³¹ » en sont l'illustration. Ce qui est recherché dans le développement et la généralisation du mode d'hébergement en appartement diffus, c'est le développement des compétences propres à chaque bénéficiaire dans l'appropriation d'un lieu, dans l'effort du développement d'un réseau social local ou de toute autre forme de sociabilité, dans le désir d'inscription au quartier tout en respectant son anonymat.

« Le concept d'habitat sous-entend la mise en œuvre d'un projet d'habitation. L'habitat est une création délibérée par l'habitant d'un rapport dynamique d'appropriation de son espace propre. Cette appropriation est ainsi une expression individuelle. En ce sens, l'habitat est le projet d'engager l'espace habité dans la construction de soi³². »

²⁹ Le Boterf G. 2011 Construire les compétences individuelles et collectives Eyrolles 287p

³⁰ Liceanu G. 1983, Les symboles du lieu, l'habitation de l'homme Ed. de l'Herne p.105

³¹ Housing first : littéralement le logement en premier est traduit par « le logement d'abord », suite aux travaux de Sam Tsemberis en 1992, à New York

³² Driant J.C.. 2003, Dictionnaire critique de l'habitat et du logement, Armand Colin 568p

Le logement et «l'habiter» sont souvent traités isolément des trajectoires économiques et des mécanismes d'exclusion sociale. Pourtant placer ces questions au centre des préoccupations des usagers comme de l'équipe constitue un préalable indispensable et incontournable à la préparation de tout projet de sortie censé contenir une demande de logement autonome. Les dynamiques mises en œuvre au cours des accompagnements individuels et centrées sur la recherche d'un habitat (ateliers de recherche de logements par exemple) constituent également une base forte dans l'inscription de chacun dans une trajectoire « résidentielle ».

I.3.2. Une organisation à la lisibilité améliorée :

L'organisation générale de l'institution, du moins de la partie concernant l'ensemble des services d'hébergement, a été pensée de manière à rendre extrêmement lisibles les objectifs de chacun des services. La mise en œuvre récente du SIAO, constitue aussi un élément facilitateur dans la description et la représentation de l'organisation des services d'hébergement.

Les 3 services d'hébergement s'adressent uniformément à des femmes ou des hommes avec ou sans enfants. Les situations relevant du SIAO, sont réparties, selon l'organisation même du service intégré, et concernent surtout les disponibilités du CHRS. Pour le service ACT, les admissions s'effectuent de manière conjointe par le biais d'un dossier médical adressé au médecin coordonnateur et d'un dossier social examiné par le chef de service. L'admission n'est prononcée qu'après concertation et confrontation des deux éléments.

Si les 3 services ont leur existence propre, une autonomie budgétaire et financière, les modalités opératoires, le fonctionnement général, les modes de régulation et d'évaluation sont réalisés sur les mêmes bases dont j'assure la coordination.

L'accompagnement social, médico-social, est structuré autour de 2 pratiques professionnelles fondamentales que sont les visites à domicile d'une part et les entretiens individuels dans les locaux de l'institution. Ces deux modalités d'intervention sont déclinées de manière régulière et adaptées à la situation concernée.

Ainsi, il est possible qu'une personne hébergée présentant à un moment donné des signes cliniques évidents de mal-être, ou traversant une phase de convalescence complexe, fasse l'objet d'une série de visites à domicile dans la même semaine, pendant qu'une autre, dans le même temps, ne nécessitera pas une présence et une attention aussi soutenues. Cette adaptabilité et cette réactivité sont le fruit d'une régulation

permanente, d'un niveau d'écoute et de prise en compte élevé et du partage avéré du cœur du projet global d'hébergement de l'institution.

V. Girard, dans son rapport remis à Mme R. Bachelot, en 2009, confirme ce postulat qui fonde également notre vision générale de l'accompagnement en hébergement :

« Il n'est pas question dans cette démarche du chez soi d'abord, de nier les précautions et l'accompagnement spécifique qui lui sont nécessaires, notamment quand elle concerne des personnes atteintes de troubles psychiques ou dépendantes à l'alcool ou d'autres psychotropes. Mais il s'agit également de retourner le stigmat : dans la population générale, depuis quand et à quel titre l'alcoolisme et/ou les problématiques mentales devraient-ils exclure une personne de son logement³³ ? »

Ce qui est pris en compte lors de l'admission d'une personne dans l'un des services, c'est avant tout sa capacité à vivre en relative autonomie dans un appartement, et non pas la liste voire la somme de problèmes qui justifient sa présence. Cette posture est fondatrice du mode d'accompagnement choisi dans l'institution, et qui est au cœur des concepts qui sous-tendent l'ensemble des actions conduites par l'équipe pluri-professionnelle. Nous verrons plus loin comment, entre autres, le processus de formation collective engagée sur la « démarche résolutive axée sur la relation d'aide » vient étayer et légitimer ce type de travail en favorisant les phénomènes de coopération professionnelle.

I.3.3. L'hébergement à *Maavar Marseille* comme une expérimentation avant l'autonomie

« La demeure permet la halte, elle suspend l'exposition immédiate de l'être au monde extérieur, de même qu'elle est, par nature, perpétuel ajournement de l'échéance où la vie risque de sombrer. »³⁴

Entre les logiques relatives au « droit au logement opposable » d'une part et au « logement d'abord » d'autre part, la proposition de l'institution représente une alternative qui ne se limite pas seulement à une expérimentation de plus avec les usagers.

Au moment de la modification des modalités d'hébergement, certains bénéficiaires du CHRS et du service ALT, ont hésité, voire demandé à retarder leur installation dans un

³³ Girard V. 2009, La santé des personnes sans chez soi, Rapport remis à Mme Bachelot 231p

³⁴ Lévinas E. 1961, Totalité et infini : essai sur l'extériorité (Réédition Livre de Poche) p.139

hébergement (de type appartement) au motif fort légitime de leurs difficultés à s'imaginer, à se projeter dans ce qui leur était proposé. Ces mêmes bénéficiaires ont maintenant, pour la plupart, quitté *Maavar Marseille*, et habitent leurs propres logements respectifs.

On voit bien, que la co-construction d'un projet individuel de vie et, donc, de sortie d'établissement, tout comme son appropriation, ne sont pas linéaires. Il ne s'agit pas simplement et seulement d'une hiérarchisation de parcours depuis un accueil quasi immédiat, qualifié de bas seuil, jusqu'à une prise en charge à vocation d'insertion avec pour objectif le retour au logement autonome. Tous les degrés que les sphères d'intervention sociale ont su créer pour répondre à des demandes dont la caractéristique commune était sans doute plus la complexité de la formulation (son hermétisme) que la nécessité d'une déclinaison d'offres aussi variées, ne représentent que la part statique, structurelle du travail d'accompagnement. Ce dernier vise bel et bien, au travers des multiples dispositifs, l'inclusion sociale, synonyme d'autonomie. L. Bertrand, dans un article consacré à l'insertion par le logement note :

« Dans la logique du parcours résidentiel, le passage d'un dispositif à l'autre devrait permettre une promotion du ménage, jusqu'au logement autonome »³⁵

Aujourd'hui, les bénéficiaires que l'équipe accompagne, affrontent avec leurs moyens, leurs représentations, leur capital individuel lié à leur histoire personnelle, et avec les éléments impondérables de leur quotidien, ce que tout un chacun qualifie de « *vie de tous les jours* ».

Cet accompagnement est constitué d'une infinité de détails, d'interactions minuscules, qui convoquent chacun d'entre eux à l'endroit stratégique de la réalisation de leurs projets, de leurs désirs. Il ne s'agit plus seulement ici de répondre à une obligation de moyens, de si nombreuses fois invoquée auparavant, pas plus d'ailleurs que de réussir l'impossible pari d'une classification étanche, rigoureuse voire rigide entre des prises en charge qui relèveraient de l'urgence, de la stabilisation ou de l'insertion. Il s'agit plutôt d'un temps de l'écoute, de l'acceptation de l'un par l'autre (et vice versa) et de la validation d'un objectif repérable, viable, saisissable, en un mot d'un projet.

A. Mucchielli³⁶ convoque dans certains de ses travaux, la notion d'émergence de conduite et de signification, conséquence d'une série d'interactions entre des acteurs sociaux distincts et des dispositifs. Ainsi, et formulé de manière simplifiée, on peut légitimement penser que chaque rencontre entre un travailleur social et un bénéficiaire, produit une ou

³⁵ Bertrand L. Le logement et l'habitat : enjeux politiques et sociaux, p128 Presses de l'EHESP n°63

plusieurs interactions qui vont conduire à la recomposition progressive de chaque situation, jusqu'à en créer une, qualifiée par l'auteur, d'émergence. C'est-à-dire, pour ce qui nous concerne, et dans le cas d'un accompagnement social lié au logement, une situation où s'expliciteraient, ou émergeraient pour le bénéficiaire, les notions de quotidien, d'habiter en société, d'équilibre voire de normalité.

Après plus de trois années passées à ajuster au plus près l'organisation de chacun des services d'hébergement, j'ai le sentiment que l'institution est désormais en capacité de développer un ensemble de processus d'accompagnement à destination de publics marginalisés, qu'ils soient ou non atteints de pathologies chroniques et/ou infectieuses. Ces processus d'accompagnement correspondent en outre aux orientations des politiques publiques dédiées aux publics précaires, politiques publiques qui ont fait l'objet dans le même laps de temps, de modifications, d'adaptations, d'amendements. Dans le droit fil des préconisations contenues dans le rapport de 2006, reprises dans la conférence de consensus de 2007, et régulièrement déclinées dans les plans départementaux annuels, l'activité des travailleurs sociaux s'est focalisée, entre autres, sur l'accès au logement autonome pour l'ensemble des publics reçus.

I.3.4. Le développement de la coopération pluri professionnelle :

Le changement de modalités d'hébergement pour le CHRS et le service ALT d'une part, et l'ouverture des ACT d'autre part, ont contribué grandement à favoriser de nouveaux modes d'échange et de collaboration entre les membres de l'équipe pluri professionnelle. En effet, il s'est agi, en moins de deux ans, de rendre effectif le quasi-doublement de la capacité d'accueil, et l'ouverture de l'institution au champ médico-social.

La totalité des membres de cette équipe peut se revendiquer d'un niveau de professionnalisation individuel avéré ; pour autant c'est à la fois de ces compétences professionnelles et de la valorisation de leur complémentarité qu'il s'agit lorsqu'on parle de coopération.

³⁶ Mucchielli A. 2007, L'interaction et les processus de l'émergence, Revue internationale de psychosociologie, Eska, 211p

A ce sujet, P. Zarifian,³⁷ distingue deux niveaux de coopération, selon que l'on parle d'une *coopération faible* (réduite à la seule coordination des actions) ou d'une *coopération forte* centrée sur le « *travailler ensemble* ». Cette coopération-là est génératrice d'un niveau de compréhension collective qui tend à faciliter la perception du ou des objectifs communs.

C'est sur ce modèle de « *coopération forte* » que s'est déroulée la réécriture des projets de service CHRS & ALT.

C'est l'ensemble de l'équipe de travailleurs sociaux qui a été sollicitée sur des temps spécifiques dédiés à cet effet. L'engagement de l'institution s'est retrouvé dans les modalités d'organisation de ce travail de réécriture : le PAUF de l'année 2009, après validation par les IRP, a été intégralement engagé dans cette démarche qui a été considérée comme « formation en intra » d'Octobre 2008 à Juin 2009.

C'est cette trame de réflexion et d'élaboration qui a servi de point d'ancrage initial et qui a facilité l'intégration progressive des nouveaux salariés.

Les séances de travail, régulières, planifiées, ayant chacune un thème précis, un contenu et un objectif, ont constitué le socle d'un travail progressif destiné à favoriser la perception de tous les intervenants et leur cooptation

L'engagement de chacun des acteurs se produit selon des modalités convergentes productrices de sens et facilitatrices dans l'intégration d'objectifs communs. L'écriture ou la réécriture (comme c'est le cas ici) de projets de services, de soins, d'accompagnements ne deviennent opérantes que lorsqu'elles sont entendues par toutes et tous. C'est généralement ainsi qu'un manager s'exprime face à une équipe de professionnels, laissant au mot « *entendues* » une charge sémantique parfois trop importante. En effet, ce qui est visé dans une démarche de coopération, ce n'est pas seulement l'écoute commune, mais bel et bien la définition des contours d'un objet commun, la co-construction de ce même objet et des interactions qui seront nécessaires à sa mise en dynamique.

C.H. Amherdt convoque, de son côté, la nécessité du dépassement des représentations individuelles, forcément ancrées et jugées légitimes par chacun des acteurs :

« *Le cadre des représentations des compétences collectives suppose une modification des représentations mentales de chaque acteur et la remise à plat de schémas dépassés*³⁸. »

³⁷ Zarifian P. 1996, Travail et Communication, Sociologie d'aujourd'hui P.U.F. 209p

³⁸ Amherdt C.H. 2002, Compétences collectives dans les organisations, Ed. de l'Université de Laval, 261p

G. Le Boterf³⁹ distingue lui, trois modes organisationnels :

- la co-activité, simple juxtaposition d'activités réalisées par des acteurs différents,
- la collaboration, aux limites d'action et de temps déterminé, et enfin
- la coopération où le partage de l'activité, de l'élaboration et de l'action sont à la fois source de créativité mais aussi zone d'influence sociale.

On peut considérer qu'il y a coopération lorsque, collectivement, des informations, des outils, ou tout support technique sont utilisés dans une démarche consensuelle.

La coopération entre les différents acteurs de l'organisation, c'est la convergence de pratiques professionnelles, d'élaborations spécifiques dans le seul but du développement de solutions efficaces.

Ces élaborations successives ont la particularité de générer une forme d'innovation collective permanente, valorisant les acteurs dans leur production quotidienne et suscitant de leur part la poursuite de ces actions.

La coopération est donc l'un des vecteurs de l'émergence des compétences collectives. Les compétences collectives concernent autant les acteurs pris individuellement et collectivement, que l'institution support de cette émergence.

J. Beillerot⁴⁰ donne une définition succincte mais très explicite du concept de compétences collectives :

« il y a des compétences (et donc des savoirs) qu'aucun n'aurait pu détenir, ni inventer ou construire seul. »

Le concept de compétences collectives renvoie donc, dans ce premier niveau de lecture, à l'association de connaissances, de savoirs, de compétences individuelles ajoutées, agrégées, à tout le moins, associées dans un but commun.

G. Le Boterf⁴¹ considère par contre que la simple addition de connaissances, de savoir-faire individuel constitue une définition limitée de la compétence collective. Selon l'auteur, la compétence individuelle se définit déjà comme un « *savoir-agir* » bien plus que comme un simple « *savoir-faire* ». La compétence, qu'il s'agisse là de

³⁹ Le Boterf G 1997, De la compétence à la navigation professionnelle, Ed de l'Organisation, 287p

⁴⁰ Beillerot J.1991, Les compétences collectives et la question des savoirs, p 40, Cahiers pédagogiques n°297

⁴¹ Le Boterf G. 1997, De la compétence à la navigation professionnelle, Ed de l'organisation, 287p

l'individuelle ou de la collective, est apparentée par son auteur à un processus et non plus seulement à un état.

Au niveau de l'institution, et dès que les autorités de tarification ont validé ma demande de création d'un poste de chef de service à temps plein, j'ai très rapidement évoqué de manière formelle, au cours d'instances collectives (réunions d'équipe par exemple), la vision de l'organisation générale que j'avais et que je souhaitais mettre en œuvre dans le cadre de l'extension et de la création des services d'hébergement.

L'objectif visé étant la fluidité dans le fonctionnement des services, l'amélioration de la lisibilité des actions de chacun d'entre eux. En conséquence, l'appropriation optimale par chaque membre de l'équipe des dimensions spécifiques et/ou communes de ces mêmes services, vise à mettre en œuvre une transversalité effective et globale.

Le corollaire de ces postulats est particulièrement simple et unificateur : c'est à partir des problèmes de précarité que se structure l'action de l'institution. L'évolution ne doit pas tant concerner les publics, (dont les problématiques demeurent sensiblement les mêmes), que la perception que l'on en a et l'analyse qui doit être faite de leur situation.

L'expression majeure de la précarité ou de l'exclusion de la cité peut donc être nommée : l'absence de domicile, c'est-à-dire de chez soi, d'intérieur, d'intime ; et non plus les problèmes spécifiques de telle situation plutôt que telle autre.

Les 3 services trouvent ici leur dénominateur commun : le logement. Ce dernier devient l'élément fédérateur de toutes les actions d'accompagnement menées dans ces mêmes 3 services, avec les priorités dévolues aux spécificités de chacun d'entre eux. Cette posture favorise la perception de la transversalité

« L'organisation transversale est une nouvelle forme d'organisation. Elle remet en cause l'organisation hiérarchique, induit une plus grande autonomie des groupes multifonctionnels en charge des projets et fait apparaître de nouvelles formes de contrôle.⁴² »

L'organisation générale de l'Association, son implantation géographique particulièrement morcelée (organisme gestionnaire à Paris et « antenne » à Marseille) et le peu de liens formels structurés avec la Direction Générale et à fortiori le CA, ont sans doute renforcé les besoins que j'ai éprouvés rapidement en termes de structuration et de modélisation de l'organisation dont je suis en charge.

⁴² Amherdt C. H. 2002, Compétences collectives dans les organisations p.81 Ed. de Laval 261p

Dès lors, je me suis efforcé, d'une part, de contextualiser et de présenter les orientations stratégiques à la Direction Générale parisienne (pour en demander la validation), et d'autre part d'en décliner les objectifs prioritaires visés à l'ensemble de l'équipe pluri-professionnelle.

La coopération fait, en outre, partie intégrante des objectifs de la Loi 2002-2, notamment dans son article 12.

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation de ses activités⁴³ »

A *Maavar Marseille*, la coopération n'est pas posée, instaurée ou décrétée en termes de concept.

Il s'agit plutôt d'initier, dans le même temps que se produisent les changements institutionnels décrits plus haut, une forme de synergie, d'adhésion de l'ensemble des personnels à ces mouvements de structure.

C'est le contenu technique mais aussi symbolique des changements mis en œuvre qui fait l'objet d'une explicitation avant que ne soit exposé, comme nous le verrons plus loin, le choix du concept de coopération comme mode de management.

⁴³ Cf. Article L.312.8 du CASF

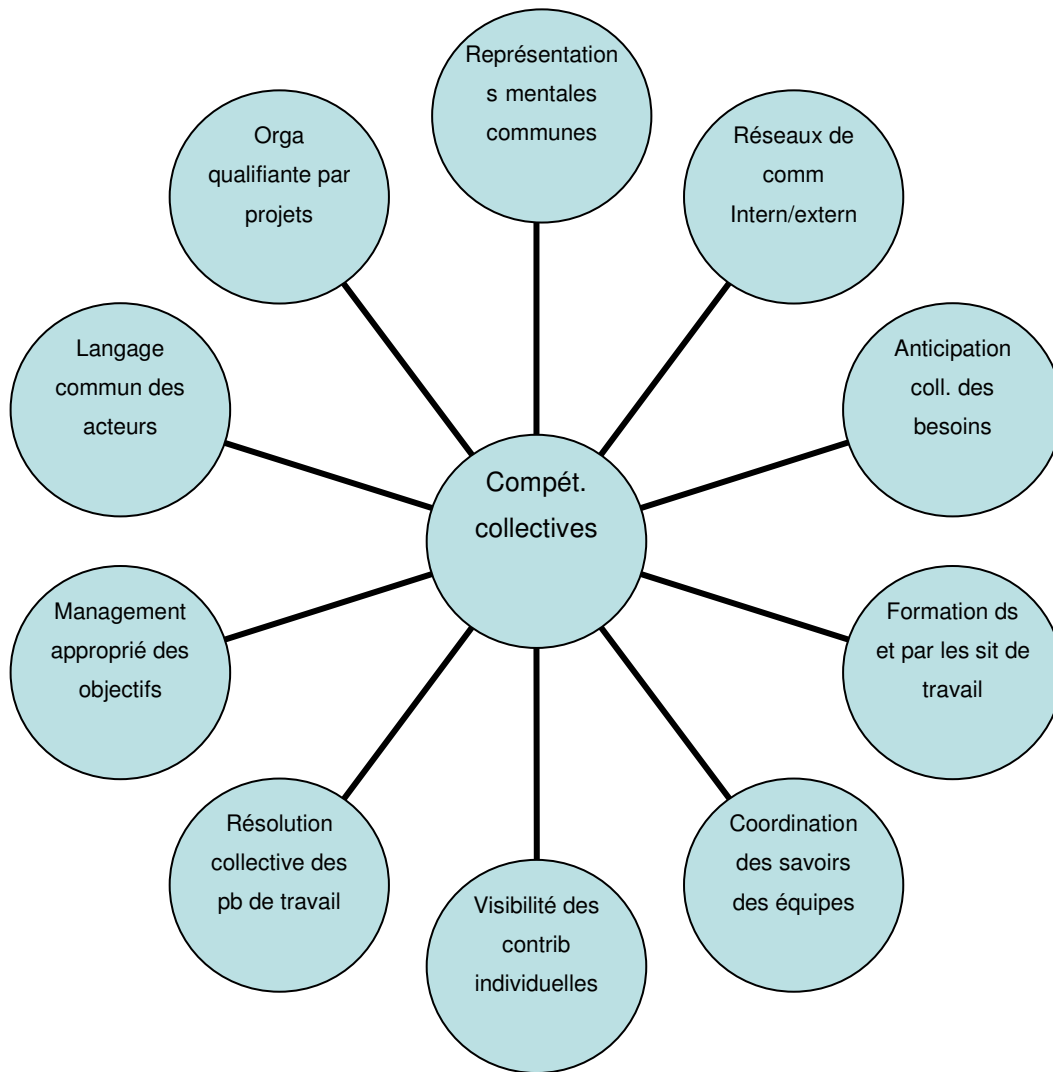


Schéma des conditions d'émergence des compétences collectives⁴⁴

Dans le schéma ci-dessus, il apparaît clairement que l'émergence des compétences collectives s'appuie notamment :

- sur l'engagement individuel des acteurs
- sur la mise en réseau et en pension de tout ce qui fait sens
- sur la nécessaire implication du management au niveau de la coordination comme du choix des objectifs ou de l'analyse des besoins

⁴⁴ Dupuich-Rabasse F. extrait de Emergence des compétences collectives dans les organisations 2002 Ed de Laval, p.40

Résumé de la première partie :

Pour résumer cette première partie, je relèverai volontiers une assertion de H. Mintzberg :

« ...une entreprise n'a pas une culture, une entreprise est une culture... ».

L'Association et l'institution marseillaise notamment, dont les premières actions sont fondées sur une logique d'assistance, ont progressivement opéré un changement quant à leurs modes d'approche et de réponse aux problématiques qui leur sont confiées dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Ce changement comporte à la fois des aspects conjoncturels (décret relatif au PARSA, vote du DALO, procédure de renouvellement des agréments de 2010), mais aussi des aspects structurels (réécriture des projets de service, extension du CHRS, ouverture du service ACT, développement d'outils et de méthodes de travail propices à l'émergence de nouveaux modes d'accompagnement).

Ces nouvelles modalités de travail, de conception, produisent un effet de levier sur la culture de l'établissement. Elles sont le vecteur du changement.

Elles viennent alimenter les pratiques quotidiennes mises en œuvre par les professionnels dans leur travail d'accompagnement et de soutien.

Elles viennent également introduire de la dialectique au cœur de ces mêmes pratiques, et par la même elles mettent en tension les récentes appropriations collectives centrées sur d'autres modalités d'écoute et de prise en compte des attentes des bénéficiaires.

En outre, ces nouvelles dispositions, en matière de mode d'accompagnement, mais aussi en matière de type d'hébergement, sont totalement en phase avec les évolutions des politiques publiques en matière d'inclusion sociale et vont dans le droit fil des rapports produits par les spécialistes de terrain, à commencer par celui remis par Vincent Girard, psychiatre marseillais, à Madame la Ministre de la Santé en 2010.

Ce qui est visé, dans la réorganisation des services mais également dans les nouvelles modalités de management, c'est bien l'émergence et la cooptation par tous, de nouvelles pratiques professionnelles, issues d'un profond travail de conceptualisation et d'appropriation.

La composition de l'équipe doit pouvoir permettre d'être en phase avec les attentes multiples d'un public confronté à une problématique unique mais dont les aspects sont très variables d'une situation à l'autre.

La participation et l'engagement de chacun des acteurs sur l'intégralité des services de l'institution, indiquent clairement la volonté partagée de privilégier une approche transversale.

La transversalité est choisie comme un processus surdéterminant le fonctionnement de chaque service, voire de l'organisation. Elle dépasse le cadre simple et réducteur de la mutualisation, aux limites généralement budgétaires, pour aller solliciter la mise en forme et en œuvre de pratiques professionnelles engageant une forme conceptualisée de l'accompagnement et de la prise en compte de chaque bénéficiaire.

La transversalité comme mode opératoire vient convoquer l'engagement de chaque acteur, par son action individuelle mais également par la mise en interaction de cette action avec l'environnement professionnel (collectif) de l'institution.

La compétence individuelle de chacun des acteurs est ainsi reliée à celle de chacun de ses pairs, dans le souci exclusif de l'efficacité de l'action à destination des usagers.

Cette interprétation de la notion d'équipe pluri-professionnelle, qui tend à privilégier la coopération au sein d'un collectif d'individualités, est au centre des orientations et des choix que j'ai opérés en termes de management et fait l'objet, notamment, de la partie suivante.

2. Les STRATÉGIES d'ORGANISATION DÉVELOPPÉES:

«La stratégie est dans le processus et pas dans le but⁴⁵... »

D. Genelot indique là, de manière implicite, à quel point le management stratégique d'une organisation se compose d'éléments mobiles car adossés à une réalité mouvante. Pour ma part, conscient de cet état de fait, j'ai choisi de focaliser mes premières actions de réorganisation à partir du cœur des missions confiées à l'institution, soit au plus près de sa réalité.

2.1. La précarité comme point de centration et support à l'unification du projet

L'ancrage et le repérage de l'établissement sur le bassin marseillais sont effectifs. Les actions et les interventions menées depuis l'ouverture de l'établissement en 1995 en direction de publics cumulant souvent des problématiques psycho-sociales et des problématiques de soins, favorisent ce repérage par les autres acteurs et opérateurs. Les 3 services ont cependant leur existence technique, leur cadre juridique et leur logique de projet propres.

Au CHRS, c'est l'article 345-1 du CASF qui structure et qui fonde l'ensemble des interventions conduites par les travailleurs sociaux.

Pour le service ALT, il s'agit de l'article 851-1 du code de la Sécurité Sociale

Pour le service ACT, il s'agit notamment de l'article L.162-31 du code de la Sécurité Sociale

On voit bien ici que la prise en compte des situations de précarité constitue un axe majeur des politiques publiques qui fondent les actions de la structure. Pour autant, il demeure une forme de cloisonnement entre les services qui constitue à la fois une force mais aussi une faiblesse dans l'articulation de ces mécanismes.

Une force, dans la mesure où les problématiques des bénéficiaires accueillis par les trois services présentent souvent des caractéristiques communes que les travailleurs sociaux mettent à profit dans l'élaboration de leurs réponses.

Une faiblesse, qui correspond d'ailleurs à celle plus générale de l'ensemble de la protection sociale, construite essentiellement sur une catégorisation des publics, au

⁴⁵ Genelot D. 2011, Manager dans la complexité Insep Editions 371p

point que, parfois, il devienne plus important de savoir de quelle catégorie relève tel bénéficiaire, plutôt que de vérifier l'adéquation de la réponse apportée à sa demande.

Cette remarque a toute son importance dans l'analyse globale du fonctionnement, des interactions qui se produisent au sein de la structure. Plus précisément, ce point renvoie à la question transversale du sens : le sens des actions conduites par les membres de l'équipe, le sens de l'action de l'institution dans le cadre des politiques publiques et en lien avec des spécificités locales, le sens du travail, de l'analyse, du questionnement, de l'éventuelle remise en question du ou des postulats émis par l'un ou l'autre des membres de l'équipe.

2.1.1. Le sens des actions menées comme axe commun d'appropriation :

Le sens global du travail effectué par les équipes est fourni par le projet associatif émanant de la création de l'Association et qui prévoit que celle-ci intervienne dans tous les domaines qui le nécessiteraient, dans le cadre d'accompagnement et de prise en charge de toute personne (homme ou femme) en situation de précarité⁴⁶. On peut parler ici de « *signifié* » du projet ; le « *signifiant* » étant, lui, la déclinaison en projets de services actualisés.

Ce qui est présenté et demandé aux nouveaux salariés qui intègrent l'institution, c'est un travail adossé à la notion de transversalité. Les membres de l'équipe pluri-professionnelle sont acteurs au sein des trois services ; ces trois services contiennent tous, à leur manière, les ingrédients du projet associatif.

Leur articulation s'appuie clairement sur cette mutualisation. L'institution s'adresse, de manière générale, à des publics adultes en grande difficulté. C'est la segmentation de ces difficultés en actions (et en lignes budgétaires) spécifiques qui situe les demandes des bénéficiaires dans tel ou tel type de service.

Pour reprendre le parallèle avec la linguistique, les intervenants de l'équipe pluri-professionnelle n'accordent que peu d'importance à la sémiologie de cette classification. Le sens de leur travail et de leurs actions est ailleurs, sans que pour autant ils ne négligent les indications implicites contenues dans l'identité technique de chaque service.

⁴⁶ Cf. Extrait du projet associatif, annexe n°4

Y. Aïssani et O. Bordes⁴⁷ notent, dans une étude consacrée au « *sensemaking* » et au processus de l'émergence, que ce n'est qu'à partir des actions déjà produites et de leurs commentaires que des significations pertinentes peuvent être attribuées par les auteurs de ces actions.

De même, et toujours selon ces auteurs, c'est bien l'utilisation d'un langage commun, adossée à un cadre technique constitué d'indications et de repères, qui permet d'établir un lien productif entre communication, action et création de sens.

2.1.2. Un appui méthodologique indispensable :

L'organisation de l'institution, avec ses services pluriels, tous situés dans un même lieu, constitue une forme avérée de complexité. D. Genelot évoque « *l'amplification des interdépendances* » parmi les facteurs majeurs de la complexité au sein d'une organisation.

L'objectif général visé est bien celui d'une transversalité optimisée, respectant l'identité de chaque service et introduisant la part nécessaire de culture commune, praxis partagée, en valorisant les particularités des situations de travail comme autant de richesses potentielles pour l'établissement.

Les orientations générales de l'Association, sont stables et constantes, depuis de nombreuses années. Les membres de l'équipe de Marseille ne disposent pas d'une vision exhaustive et concrète de l'organisation de leurs collègues parisiens ; pour autant les textes fondateurs de l'Association sont là pour confirmer la justesse des engagements quotidiens.

Ces engagements sont réalisés, entre autres, à partir d'une méthodologie de travail explicite qui convie chacun des acteurs à organiser la prise en compte des situations suivant des principes d'action connus de tous et régulièrement réinterrogés dans des instances dédiées.

Comme je l'ai écrit plus haut, c'est l'ensemble du corps socio-éducatif qui assure l'accompagnement au quotidien de tous les bénéficiaires. Ces derniers présentent parfois des problématiques de santé aiguës dont la complexité et le caractère chronique constituent les éléments fondateurs, les axes principaux de leur prise en charge. À ce titre, les communications d'informations, les transmissions de dossier, l'archivage d'informations, ou plus simplement les échanges entre collègues de travail

⁴⁷ Aïssani Y. Bordes O. 2007, L'interaction et les processus de l'émergence, Ed Eska 211p

font tous l'objet de préconisations et d'attentions visant à assurer une confidentialité optimale.

2.1.3. Un progiciel pour soutenir des pratiques communes :

L'installation, il y a quatre ans maintenant, d'un progiciel dédié à la gestion du dossier unique de l'usager, favorise grandement le respect de la confidentialité des échanges comme des contenus.

La mise en place de ce logiciel a fait l'objet de séances de travail collectives, où l'intervenant a été sollicité tant pour permettre à l'équipe de s'approprier les codes d'opérationnalité dudit logiciel, que pour l'adapter, de la manière la plus fine possible aux réalités des dispositifs. À cette occasion, la question de la confidentialité a également été abordée, et l'on peut considérer que la série de réponses techniques qui ont été mises en œuvre garantissent un niveau de confidentialité satisfaisant. (Codes d'accès spécifiques pour le service médical, subdivision du logiciel en trois sous-systèmes « étanches » correspondants aux trois services , accès au dossier des usagers validés par un code nominatif, signature de chaque ajout ou commentaire ou note de synthèse dans les dossiers des bénéficiaires).

Le partage d'informations susceptibles d'intéresser tout ou partie de l'équipe est effectué sur une adresse de messagerie, consultable en réseau, tant à l'intérieur de l'établissement que depuis un quelconque poste informatique pourvu qu'on en connaisse les codes.

Ces mêmes informations peuvent être commentées, voire débattues lors d'instances ou de réunions. Ces temps de réunion, feront l'objet d'un développement ultérieur dans le document. On peut d'ores et déjà noter leur caractère transversal, dédié à l'ensemble des services, et leur singularité clairement affichée (réunion dite « clinique » du vendredi, tous les vendredis ; réunion dite « technique » du lundi, un lundi sur deux).

2.1.4. De la fonctionnalité à la coopération effective :

L'évolution relativement rapide de la structure n'a pas permis que l'ensemble des points relatifs à l'organisation soient pleinement abordés et traités. Par contre, pour d'autres sujets, c'est justement le mode d'organisation choisi qui a permis leur élucidation rapide.

En effet, l'équipe pluri-professionnelle intervenant sur les trois services, sur des horaires communs, et dans un même lieu, la question de l'organisation des plannings, de leur communication, de leur affichage, de leurs conséquences ou de leur influence sur le fonctionnement général de l'institution, cette question donc a pu être traitée rapidement et de manière efficiente.

D'autre part, le logiciel de gestion des dossiers génère également les grilles individuelles hebdomadaires qui permettent une lisibilité exhaustive de l'activité, des actions et des présences.

Il n'en est pas de même pour d'autres points fondamentaux qui ont trait à l'organisation d'une structure. Ainsi, les fiches de fonction, qui n'ont pas fait l'objet d'une réécriture, demeurent-elles encore de simples listes de compétences individuelles requises.

« Les définitions conduisent à construire des référentiels de compétences comme des listes interminables de savoir, de savoir-faire et de savoir être. Réduite en miettes, fractionnée en unité microscopique, la compétence perd son sens, devient difficilement gérable et perd de sa valeur. La logique de la décomposition, souvent poussée à l'extrême, tue la compétence.⁴⁸ »

En l'état, ces documents ne permettent pas d'aborder la question de la coopération. En effet, les dimensions d'initiative et d'innovation n'y sont pas intégrées, pas plus qu'une attente multidimensionnelle, attestant de la réalité des interventions, c'est-à-dire de leur caractère complexe.

G. Le Boterf parle lui d'un « *savoir agir et interagir, c'est-à-dire d'une capacité à gérer des situations complexes et événementielles, à prendre des initiatives, à faire face à des événements et à coopérer.*⁴⁹ »

Nous verrons, dans la prochaine partie, en quoi la redéfinition des fiches de fonction renforce les interactions propices à la coopération et valorise l'acteur tout autant que le groupe dans lequel il intervient. Leur inscription dans un processus dynamique, privilégiant la capacité à agir face à celle d'exécuter, structure et renforce les composantes de l'organisation.

⁴⁸ Le Boterf G. 2011, Construire les compétences individuelles et collectives, Eyrolles 285p

⁴⁹ Le Boterf G. 2011, Construire les compétences individuelles et collectives, Eyrolles 285p

2.2. Le Management d'Equipe

.

Avant d'aborder de manière précise les conditions, les modalités et les spécificités du management que j'ai souhaité pouvoir mettre en œuvre au sein de cette institution, il me semble important de prendre le temps de mesurer l'importance, l'ampleur et le nombre d'événements qui s'y sont déroulés en peu de temps (moins de cinq ans au moment de la rédaction de ce document)

En effet, il s'est agi, entre novembre 2007 et le premier semestre de l'année 2010, du départ de l'ancienne direction, de celui de cinq membres de l'équipe de travail, de l'embauche d'autant de travailleurs sociaux et d'un chef de service, du doublement de la capacité d'accueil des services d'hébergement, de leur radicale modification de fonctionnement et de l'ouverture d'un nouveau service clairement repéré « médico-social » et de l'intégration du personnel correspondant.

Il est clair qu'une somme aussi importante d'événements comporte tous les ingrédients propres aux situations de changement.

Aussi, me semble-t-il opportun de découper ces cinq années de direction en plusieurs parties auxquelles je rattacherai un style de management particulier dont les composantes principales correspondent au plus près des réalités du moment.

2.2.1. Un management de rupture jusqu'en 2009 :

Nous l'avons vu, notamment dans la première partie de ce document, lors de ma prise de fonction, l'organisation générale de l'institution à Marseille, ses orientations et son effectivité ne paraissaient plus réellement en phase avec les orientations récentes des politiques publiques en matière d'hébergement, d'insertion et plus généralement d'inclusion sociale.

Dans une telle situation, et une fois les constats posés et transmis à la Direction Générale, il est apparu que je ne pouvais que faiblement adosser la réorganisation de l'établissement sur les bases en place à ce moment-là. C'est à partir de l'accord donné par la Direction Générale de l'Association que j'ai pu penser cette réorganisation. Le document unique de délégation⁵⁰ (D.U.D.) qui m'est remis à cette

⁵⁰ Décret n°2007-221 du 19/02/2007 en application de l'article L312-1 du CASF relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ESMS.

période, confirme la faculté accordée au directeur que je suis de procéder aux ajustements pratiques, théoriques et pédagogiques nécessaires afin que les services soient en capacité de délivrer une prestation de qualité.

Il s'est bien agi, dans un premier temps, de mettre en place une stratégie de rupture, afin d'orienter l'organisation vers un nouveau cadre général de fonctionnement, le plus proche possible des réalités législatives mais également techniques du moment. Ce mode de management, qui peut être assimilé à un recadrage porté par la seule hiérarchie d'une organisation, a privilégié, pour un temps bref mais indispensable, la définition de nouveaux repères pour l'ensemble de l'équipe pluri-professionnelle qui est en cours de recomposition à ce moment-là.

Pour éviter de me placer (et donc d'être perçu) dans une posture d'autorité excessive et exclusive, j'ai utilisé 3 éléments de la dynamique émergente qui ont permis de donner du sens à ma démarche :

L'appui de la démarche d'évaluation interne :

Ce temps de travail est consacré d'une part au recensement des forces en présence et des points d'amélioration à réaliser, et d'autre part à l'appropriation d'une démarche indispensable d'auto-analyse et d'auto évaluation de l'outil de travail et de chaque collaboration individuelle. Il permet d'éviter une posture de repli centré exclusivement sur la notion de résultat à obtenir et d'exécution d'une consigne.

À ce moment-là de mon intervention, il est certes question de conformité, de formes, mais il est déjà question aussi de vision à court et moyen terme, de perspectives de travail, d'ouverture.

La composition de l'équipe à ce moment-là, un directeur d'une part, une équipe d'intervenants sociaux d'autre part, ne permet pas, du moins ne facilite pas, l'émergence de processus de participation. Il s'agit de deux groupes en interaction l'un par rapport à l'autre dont la dichotomie rend toute tentative de distanciation difficile.

L'appui du recrutement du chef de service :

L'autorisation d'embauche d'un chef de service éducatif, dès le premier trimestre 2009, permet le rééquilibrage de l'organigramme de la structure et crée un véritable sous-système, facilitant l'orientation de ma posture de direction vers un management délégitif.

L'élaboration de la fiche de fonction du chef de service éducatif⁵¹ met en lumière la nécessaire triangulation entre l'équipe d'intervenants sociaux, ce dernier et la direction.

Ce recrutement permet aussi la formation d'une équipe de cadres (fût-elle de taille réduite) et rend active cette triangulation, opérant dans le même mouvement la distanciation nécessaire entre l'équipe pluri -professionnelle et la direction.

Le chef de service représente une autorité et une référence technique dans l'exécution des missions qui sont confiées à l'établissement. À ce titre, ses prises de position et ses décisions sont avant tout techniques, pédagogiques, même si elles contiennent, en leur sein, toute la dimension hiérarchique qui correspond à cette fonction s'exerçant sous mon contrôle.

Les notes de service relatives à l'organisation des temps de réunion, à leur découpage et à leur répartition, les ordres du jour des réunions, sont rédigées et signés par ce dernier. En outre, un temps spécifique de réunion de cadres est organisé, même si, à ce moment-là, « l'équipe cadre » est particulièrement réduite.

L'appui des nouvelles modalités d'hébergement :

La transformation des hébergements (anciennement en chambres d'hôtel) en appartements individuels, la captation de nouveaux appartements pour permettre d'une part l'extension du CHRS, d'autre part la création du service ACT, constituent un parc locatif de près de 40 logements.

Il devient de plus en plus évident, au fur et à mesure de cette montée en charge, qu'un poste supplémentaire destiné à assurer la gestion technique et administrative de ce parc locatif est nécessaire.

Je prends donc la décision, au moment du dépôt des nouveaux agréments, de concevoir un nouvel organigramme⁵² qui définisse un poste supplémentaire, afin d'assurer une articulation optimale entre l'ensemble des données administratives, techniques, relevant de la sécurité matérielle dans un appartement, et l'ensemble des fonctions d'accompagnement social nécessaires au cœur de ces mêmes des hébergements.

C'est ainsi, que j'ai pu obtenir, en mutualisant ce poste sur les trois services d'hébergement, l'équivalent d'un 0.50 ETP dénommé « gestion technique des hébergements » et confié à un personnel spécifique, sensibilisé aux problématiques

⁵¹ Cf. document synthétique annexe n° 5

⁵² Cf. document annexe n° 2

de notre secteur, mais disposant également d'une formation et de connaissances spécifiques à l'habitat.

Ce personnel a bien évidemment intégré l'équipe pluri-professionnelle, l'enrichissant de sa vision, de ses connaissances et de sa posture propre.

2.2.2. Un management qui privilégie la coopération à partir de 2010 :

L'occasion est donnée, avec l'ouverture du service ACT, de basculer vers un management coopératif, dépassant le simple cadre d'une évolution logique pour aller vers l'ouverture de l'organisation la plus large possible.

« Dans notre société libérale avancée, on ne motive pas les gens pas plus qu'on ne les mobilise, on leur offre des occasions, des possibilités de se mobiliser et on les laisse se motiver eux-mêmes. Encore faut-il, pour cela, créer les conditions favorables. »⁵³

Au début de l'année 2010, l'équipe pluri-professionnelle n'est pas totalement constituée. L'arrivée du médecin coordonnateur, intervenant déjà dans d'autres structures du même type, souhaitant lui aussi favoriser l'ouverture de l'établissement et développer sa mise en réseau avec l'extérieur, vient renforcer mes intentions de mise en mouvement de cette organisation.

La montée en charge de ce service s'effectue de manière synchrone avec la création de l'ARS PACA, à la fin du premier trimestre 2010.

De nouvelles logiques sont à l'œuvre, que l'institution va devoir être en capacité d'intégrer sans se figer. Pour cela l'appropriation du sens des actions et de la teneur générale du contexte par l'ensemble des acteurs est indispensable.

L'occasion m'est donnée, dans la rédaction et la mise en œuvre des procédures propres à ce service, de valoriser l'engagement de l'équipe pluri-professionnelle et de l'y associer pleinement.

À titre d'exemple, l'organisation, la répartition et la tenue des astreintes téléphoniques que nécessite le service ACT, sont confiées à l'ensemble de l'équipe, par rotation hebdomadaire. Il s'agit là, de mon point de vue, outre les aspects purement conventionnels, légaux et en lien avec le Code du Travail, d'associer pleinement, c'est-à-dire techniquement, symboliquement, et professionnellement l'ensemble des acteurs de l'accompagnement social dans le développement d'un projet pour lequel ils sont engagés à part entière.

L'analyse de cette seule disposition révèle des prolongements techniques et théoriques importants. L'élaboration d'un planning prévisionnel des astreintes vient en effet solliciter chacun des acteurs, tant dans la projection de son organisation personnelle dans la vie du service, que dans le partage indispensable d'informations relatives au déroulement de la semaine d'astreinte et aux sollicitations éventuelles qui se sont produites, etc...De nouvelles formes de liens, d'informations, de modes de communication se développent pour optimiser le fonctionnement de l'astreinte qui n'est pas vécue comme une contrainte technique et légale mais bel et bien comme une opportunité de travail et un moyen supplémentaire d'approcher les réalités objectives des situations.

On voit bien là comment, à partir d'une décision simple concernant un aspect partiel du fonctionnement d'un service, entrent en jeu des dimensions bien plus larges qui concernent, elles, les enjeux stratégiques de l'ensemble de l'organisation. *« Le changement dans un système donné trouve son origine hors du système lui-même, donc dans l'environnement avec lequel il interagit⁵⁴. »*

2.2.3. Des temps formalisés structurent les cycles institutionnels:

Ces interactions constituent le socle des échanges entre professionnels, qui se produisent notamment durant les temps collectifs que sont les réunions, les temps d'analyse des pratiques professionnelles (APP), les temps de supervision, et plus généralement durant l'ensemble des temps institutionnels qu'ils soient organisés comme ces derniers, ou inorganisés (temps de pause, de café du matin, entrevues non planifiées, etc...).

Tous ces espaces, qu'ils soient très précisément balisés ou au contraire relevant d'initiatives spontanées, sont porteurs d'informations quant à la situation générale de l'institution, en termes de climat social, d'autonomie et de responsabilité des salariés.

L'objectif visé est l'adoption par tous d'une posture professionnelle commune. Pour que cet objectif soit atteint, il faut, entre autres, qu'il soit accepté et validé par tous. C'est-à-dire que chaque acteur reconnaisse à son collègue de travail des capacités et des aptitudes propres à définir une véritable posture professionnelle.

⁵³ M. Crozier, cité par D. Bériot Manager par l'approche systémique p245 Eyrolles 2011

⁵⁴ Buratti L. La Transformance p141 InterEditions (2009)

De la même manière, G. Le Boterf⁵⁵ évoque les composants indispensables à un environnement favorable au développement de postures de coopération :

- * savoir interagir
- * pouvoir interagir
- * vouloir interagir

Les temps de réunion sont des supports et des vecteurs de coopération ; ils permettent à chacun des acteurs d'expérimenter leurs propres capacités à interagir par la sollicitation de leur potentiel d'interaction dont l'expression est favorisée dès l'instant où le climat de ces réunions est propice à l'élaboration individuelle et collective. On peut dire, en toute légitimité, que ces temps de réunion interagissent les uns auprès des autres. En effet, la répartition et la subdivision de ces temps en diverses instances toutes repérées et spécifiques permet, d'une part, leur appropriation optimale et, d'autre part, leur mise en lien implicite.

Le tableau ci-dessous permet de noter le niveau de répartition et d'affectation des temps de réunion. La direction générale, du fait de son éloignement géographique, et de son engagement quotidien sur le site parisien, ne peut assister qu'à quelques réunions dans l'année. L'équipe pluri-professionnelle, le médecin coordonnateur, et l'équipe cadre se rencontrent dans la quasi-totalité des instances, à l'exception bien entendu du temps de supervision.

	Services Généraux	Equipe Pluri professionnelle	Médecin Coordonnateur	Cadres	Direction Générale
« Clinique »		vendredi matin 3h00/semaine, le			
« Technique »	1.5h/ quinzaine, le lundi			idem	
« A.P.P. »		3h00/mois le lundi matin			
« Cadres »				1.5h/jeudi	
R Supervision		1.5h/quinzaine			
Institutionnelle	3h00 / trimestre et 3 trimestres /an				
Exceptionnelle	3h00 (et plus si nécessaire)				

⁵⁵ Le Boterf G. Construire les compétences individuelles et collectives, p 214, Eyrolles, 2011

L'ensemble de ces temps est destiné à favoriser l'émergence d'une élaboration personnelle et/ou collective dont l'expression et la formulation constitueront à la fois des éléments de réflexion pour une instance prochaine, mais aussi des éléments constitutifs d'une culture professionnelle spécifique à l'organisation et à ses engagements.

A ce propos, K. Lewin⁵⁶ aborde la notion de dynamique de groupe en établissant un parallèle saisissant entre les relations de groupe et « *une rivière qui coule à une vitesse donnée dans une direction donnée pendant un intervalle de temps donné.* » C'est à l'impermanence et au mouvement que Lewin fait allusion en suggérant que leur combinaison produit un équilibre « groupal et social » propice à la mise en place du changement par des « *prises de décision de groupe* ». Toujours selon Lewin, le groupe produit lui-même, par ces échanges, le matériau nécessaire à l'émergence d'une décision nouvelle, sans que le leader, le manager, en l'occurrence ici le directeur, ne doive porter seul le discours du changement. Ce sont bien l'élaboration de toute forme de réflexion, la mise en tension de ces dernières, et la facilitation de toutes ces modalités qui permettent l'émergence de propositions nouvelles, d'innovation dans le quotidien de l'accompagnement, tout simplement de changement.

2.2.4. De la réunion « cadres » aux temps « inorganisés » :

Dès l'intégration du médecin coordonnateur dans l'équipe pluri-professionnelle, il est devenu nécessaire d'organiser des temps de coordination et de rencontres dédiées aux cadres. Jusqu'alors, il s'agissait plutôt de temps pris de manière aléatoire sur le quotidien selon la fréquence et l'importance des régulations à opérer. Ces modalités n'étaient pas satisfaisantes mais pouvaient se produire du fait de notre présence permanente sur l'institution. Le médecin coordonnateur n'intervenant que de manière partielle, il est devenu indispensable de prévoir un temps de concertation.

La réunion « cadres », outil de régulation technique et symbolique :

Le créneau du jeudi matin a été choisi tant en fonction des disponibilités de chacun que de son positionnement, la veille de la réunion d'équipe.

⁵⁶ Lewin, K. Psychologie sociale, textes fondamentaux, p449, Dunod, 1965

Ce temps de réunion est bref (sauf à ce qu'un évènement majeur ne le nécessite) et ne dépasse que rarement 01h30. Il est consacré à de nombreux sujets qui touchent autant à l'équilibre de l'équipe de professionnels qu'à la lecture de situations spécifiques des usagers des services.

La fonction de ce groupe de travail et de ces temps de réunion est double : il s'agit d'une part d'assurer la fonction « *contenante* » propre à tout manager responsable et d'autre part d'assurer la fonction de coordination, de structuration des phases de travail de cette équipe.

Ainsi, parmi les sujets principaux et récurrents à l'ordre du jour de ces temps de réunion on peut noter :

- la synthèse (pour validation à venir) de l'ensemble des éléments constitutifs d'une demande d'admission en ACT
- les derniers éléments en notre possession concernant une situation particulièrement délicate d'un usager à l'instant précis de cette réunion
- l'équilibre général de l'équipe de professionnels, la ou les tensions éventuelles relatives à telle ou telle situation particulière des 72 heures précédentes
- les points à aborder impérativement lors de la réunion du lendemain, et notamment ceux pour lesquels une décision devra être prise durant cette même réunion

Ce temps de réunion prend toute sa place dans l'équilibre général et le fonctionnement quotidien de l'institution. Les éléments cités ci-dessus sont régulièrement invoqués dans la vie d'une organisation sociale et médico-sociale.

Ces éléments font partie intégrante des enjeux auxquels sont confrontés, au quotidien, l'ensemble des acteurs d'une telle organisation. Ils constituent le matériau privilégié sur lequel s'exerce la conduite des actions en vue d'assurer conformité, qualité, performance, innovation et efficience.

Dans mon cas, ce temps de réunion revêt également une importance stratégique et symbolique.

Symbolique parce qu'il indique à l'ensemble des professionnels que les cadres travaillent en synergie et en transparence, au développement de l'ensemble des projets de l'institution. Ces mêmes cadres seront présents le lendemain en réunion d'équipe.

Stratégique parce que ce temps de réunion est adossé aux mêmes dispositifs qui constituent l'ossature théorique de l'institution. En effet, c'est la coopération de trois individualités spécifiques qui est convoquée à ce moment-là, dans le but de faire

émerger les compétences collectives indispensables à l'élaboration sinon de solutions du moins de pistes de travail.

Mes décisions, en tant que manager, ne sont pas prises lors de ce temps de réunion, mais elles y sont grandement élaborées, discutées, partagées.

Les éléments relatifs à tel ou tel sujet sont décortiqués, analysés et « bordés », avant que d'être mis en débat le lendemain en réunion d'équipe. Dans la majorité des cas, les décisions qui sont prises lors de la réunion d'équipe du vendredi matin, sont proches des analyses et des constats posés la veille.

Les temps « inorganisés », vecteurs complémentaires de la coopération :

A ces temps formels, organisés et planifiés, s'ajoutent les temps « inorganisés » de rencontres, qu'il s'agisse de rencontres duelles ou plus groupales. Ces temps particuliers ou « *interstices institutionnels* » tels que définis par P. Marciano⁵⁷, sont des moments constitutifs de la journée de travail mais qui ne correspondent pas à des temps planifiés et structurés (rendez-vous, réunions, entretiens, visites à domicile, etc...)

Ce sont des temps que l'on pourrait qualifier de manière banale de « temps libres ». Ce sont en fait des temps de distanciation supplémentaire, où l'acteur peut, l'espace d'un instant, aborder son environnement professionnel, d'une manière autre.

L'existence de ces temps, leur dénomination peuvent laisser penser, à un moment où prédominent les notions d'analyse de la performance et d'efficience, qu'ils sont les indicateurs du manque de structuration de l'organisation. En fait il n'en est rien : ces temps permettent à chacun des acteurs de s'autoriser d'autres formes d'élaboration. Ils concourent à l'émergence de toute forme d'innovation au sein de l'organisation. « *En effet, nous avons constaté, lors des séances de supervision de l'ensemble de l'équipe, que les événements survenant pendant les moments interstitiels étaient ceux qui étaient le plus fréquemment évoqués.* »⁵⁸

2.2.5. Les stratégies développées à l'écoute de l'environnement et des contraintes :

H. Mintzberg⁵⁹ définit l'organisation comme étant : « *un système de personnes et de moyens, réunis pour atteindre un ou des objectifs, par une division du travail et des tâches, grâce à des modalités de coordination et de contraintes.* »

⁵⁷ Marciano P. Temps et espaces interstitiels, Vie Sociale et Traitement n° 95, p79/89, 2007

⁵⁸ Id

⁵⁹ Mintzberg H. 2006, Le Manager au quotidien Ed. de l'Organisation, 283p

Cette définition, dont la formulation en termes classiques peut laisser penser qu'elle n'est plus tout à fait d'actualité, contient en fait tous les ingrédients sur lesquels pourra s'appuyer la stratégie d'action définie par le manager.

Pour autant, il me semble important, à ce moment de la rédaction, de noter le lien fort qui existe entre la capacité d'un manager à définir des scénarii différents pour l'organisation qu'il a en charge, et la taille de cette dernière.

En effet, à mon arrivée, l'établissement n'est constitué que de 2 services représentant 29 lits et d'une équipe de cinq travailleurs sociaux.

À ce jour, l'établissement compte 56 lits et une équipe pluri-professionnelle de 11 personnes

Les théories de la contingence⁶⁰ indiquent clairement que la taille d'une organisation est en résonance directe avec la forme de cette dernière.

Dans notre cas, en 2007, on peut clairement affirmer que l'organisation de l'institution présente des caractéristiques propres à un « modèle décentralisé, où la hiérarchisation n'est pas forcément repérée », du fait même de la taille réduite. (Modèle entrepreneurial ou autocratique selon H. Mintzberg)

En 2012, on s'aperçoit que l'effectif des salariés comme la capacité d'accueil ont doublé. S'il est clair que nous nous trouvons toujours dans une configuration de taille réduite, on ne peut négliger les conséquences du doublement de la taille de l'organisation sur son fonctionnement général.

Il est évident, que les choix opérés en matière de mode d'accompagnement et d'hébergement sont propres à rendre plus délicate l'exécution des missions de l'institution.

En outre, le secteur de l'inclusion sociale a connu ces cinq dernières années de très nombreuses modifications qui ont forcément provoqué chez les professionnels une série de questionnements tout aussi nombreux.

Toutes les décisions prises, avec pour objectif une adaptation optimale de l'institution aux variations de son environnement, ont fait l'objet d'explicitation et de communication les plus précises possible à l'ensemble de l'équipe pluri professionnelle.

Au cours de ces mêmes cinq années, il m'a fallu être en capacité de démontrer sinon la pertinence du moins la validité du moindre de mes choix.

⁶⁰ Selon Lawrence P. et Lorsch J. (1969), il existerait des différences entre les entreprises en fonction notamment des caractéristiques de leur environnement.

Du fait même de la composition et de l'organisation initiale en 2007 ces choix ont concerné à la fois le versant organisationnel et technique (choix du type d'hébergement, choix du type de dispositif « stabilisation et inclusion » et plus « urgence ») ainsi que le versant managérial (choix, composition et structuration de l'équipe, définition et hiérarchisation des interactions, etc...).

Cette posture, correspondant à un niveau de solitude relativement élevé, peut être assimilée à ce que H. Mintzberg qualifie « d'*artisanat* » et/ou de « *modèle entrepreneurial* ».

Cependant, les nombreuses modifications et adaptations qui se sont appliquées aux ESMS, permettent de dire que l'environnement de l'organisation joue un rôle particulièrement déterminant dans la manière de se structurer de celle-ci.

Aujourd'hui, l'institution est dotée d'une organisation repérée et intégrée par l'ensemble des acteurs qui la composent.

Cette organisation est le résultat d'une série d'analyses et d'ajustements qui touchent à l'environnement direct, aux contraintes externes, mais aussi à l'histoire (de l'institution), aux buts, aux modalités de gouvernance de l'Association, etc...

Enfin cette organisation est également le résultat, le transcodage de la vision que j'ai pu avoir de ses potentialités confrontées à ses contraintes.

Il est indispensable que chaque organisation développe au mieux sa lisibilité dans un environnement généralement complexe comme c'est le cas dans le secteur médico-social.

Cette lisibilité extérieure se décline à plusieurs niveaux. Les nombreux contacts avec les autorités de contrôle et de tarification (DDCS, Conseil Général, ARS) qui régissent les activités de l'Association constituent un premier niveau.

Qu'il s'agisse de rendez-vous formels se déroulant généralement aux moments-clés que sont le dépôt des budgets prévisionnels et le dépôt des comptes administratifs, ou bien qu'il s'agisse d'autres rencontres plus spécifiques, liées à l'activité ou à un sujet particulier, les contacts avec ces instances représentent des enjeux importants en termes de communication, de représentation et d'intégration dans leur dispositif global.

L'amélioration de la lisibilité de l'institution passe également par l'ouverture de cette dernière à son environnement.

De nombreuses organisations, institutions, associations œuvrent dans le même secteur avec bien souvent des spécificités qu'une convention de partenariat pourrait transformer en complémentarité.

Au cours de ces deux dernières années, j'ai eu l'occasion de mettre en place quelques-unes de ces conventions de partenariat qui ont eu pour effet immédiat de renforcer auprès des membres de l'équipe pluri professionnelle un sentiment d'appartenance à un univers spécifique, ainsi qu'une volonté de partage et d'explicitation des fondements de leurs actions.

Enfin, le développement de la lisibilité d'une structure passe parfois par des opportunités qu'il suffit de saisir. E. Friedberg présente comme une valeur normative la variabilité du comportement et des buts d'un acteur au sein d'une organisation.

« En d'autres termes, il faut accepter une vision moins intentionnelle et linéaire de l'action humaine. Celle-ci ne se résume pas dans les objectifs que se donne, ou que croit poursuivre, un individu. Elle laisse aussi la place à des coïncidences, au hasard comme à la découverte⁶¹. »

Le travail engagé depuis bientôt huit mois autour de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) illustre ce type d'opportunité. Ce travail est issu d'un partenariat initié par la FNH VIH et est destiné à favoriser l'émergence de critères et de pratiques communs dans la mise en œuvre de l'ETP.

Pour ce faire, au niveau national, 7 sites pilotes ont été recensés et sollicités par la FNH-VIH. L'objectif final est la réalisation d'un guide de l'éducation thérapeutique du patient. La mise en œuvre de ce travail est présentée dans la partie suivante.

Résumé de la deuxième partie :

Nous avons vu, dans cette partie, combien il peut s'avérer indispensable de repenser une organisation dans son intégralité pour lui permettre d'acquérir et d'atteindre le sens nécessaire à son repérage par les acteurs qui la composent.

La réécriture de l'ensemble des projets de service, l'élargissement de l'équipe de travail, devenue équipe pluri-professionnelle, contribuent largement à l'appropriation individuelle de chacun et au développement de valeurs communes.

Les acquis techniques antérieurs, le repérage historique de l'institution n'ont pas été effacés mais au contraire ajoutés et intégrés au potentiel nouveau développé.

⁶¹ Friedberg E. Le Pouvoir et la Règle p60 Collection Essais Points (1997)

Le glissement progressif du management qualifié de rupture vers un management visant la coopération de chacun n'a pu être possible que grâce à un pilotage global visant la coopération et l'émergence de toute forme d'innovation propice à l'amélioration de la qualité de l'offre de services

Le partage permanent d'informations concernant les orientations stratégiques de l'institution comme des informations de moindre importance a permis la sensibilisation et l'implication de chacun des acteurs au sens retenu et développé par Michel Crozier⁶² :

« Les entreprises qui réussissent refusent le prêt-à-porter technique ou idéologique et jouent le changement sur la philosophie d'ensemble et l'expérience. »

Le repérage optimisé de l'institution par son environnement contribue à renforcer la confiance de chacun des acteurs et permet que la notion de culture commune prenne toute sa place tant dans les phases d'élaboration collective que dans les phases de médiatisation des actions.

Les phases successives du changement amènent ce collectif de travail à aborder l'ensemble des problématiques des usagers sous un angle nouveau, dégagé des pesanteurs techniques, des culpabilités inhérentes à ce type d'action, du sentiment d'impuissance, corolaire inévitable des accompagnements réalisés sur les seules bonnes intentions individuelles.

L'ensemble des réflexions, des séances de travail, des temps de formation, organisée tout au long de cette période de mutation a pour but de favoriser l'émergence et la perception de compétences collectives.

Ces compétences collectives sont utilisées et mises à disposition des bénéficiaires. Elles servent aussi à permettre à chacun des acteurs de réaliser à quel point la moindre des actions individuelles implique et concerne le groupe de ses pairs et constitue un apport supplémentaire à l'élaboration d'une culture commune, c'est-à-dire d'une identité institutionnelle.

D'autre part, le changement de mode d'hébergement réalisé durant ces dernières années ne se limite pas aux seuls aspects matériels de ce dernier.

Habiter un logement, fût-il un hébergement, replace le bénéficiaire dans une dimension et donc une situation qui rend son rapport à l'autre plus acceptable.

Les travailleurs sociaux ont, eux aussi, à faire avec ce changement de posture.

De fait, eux-mêmes sont amenés à se positionner différemment dans les échanges et les interactions qui se déroulent avec les usagers.

C'est ce type de constat qui m'a amené, à accepter d'une part la proposition de travail de la Fédération FNH, en coopération avec six autres associations, et, d'autre part, à sensibiliser l'ensemble de l'équipe, par le biais de la démarche orientée solution, à la création de nouvelles postures et relations de travail avec les usagers.

Ces deux axes de réflexion et d'élaboration, leurs contenus et les objectifs visés sont présentés dans la partie suivante.

Ils ne constituent pas une fin en soi, mais bien au contraire la première étape de nouveaux modes de coopération au sein de l'institution.

Ils deviennent ainsi le support technique et théorique indispensable au maillage et à l'ancrage des compétences collectives émergentes de la structure. Enfin, les entretiens annuels, organisés en 2010, permettent progressivement d'aborder le contenu des fiches de fonction, dont la réécriture est à engager, et constituent un outil de régulation supplémentaire.

⁶² Crozier M. Préface de Manager par l'approche systémique Bériot D. Eyrolles 2011

3. DEVELOPPER la COOPERATION au sein d'une EQUIPE PLURI-PROFESSIONNELLE

3.1. Les raisons et les objectifs d'une telle démarche :

Les objectifs et les priorités d'un manager sont nombreux.

Pour un directeur d'ESMS, il s'agit, avant tout, de favoriser la prise en compte des demandes des publics reçus et de réaliser la mise en adéquation des moyens alloués par les politiques publiques avec les objectifs visés par le projet associatif.

C'est tout l'enjeu de l'exercice de la fonction de direction en général, et au service de cette institution en particulier.

Dans la première partie, ont été abordées toutes les évolutions des politiques publiques qui régissent les activités du secteur de cette institution. L'ensemble de ces évolutions vise bien l'adéquation optimale entre moyens alloués et résultats attendus.

Le directeur d'établissement se doit d'atteindre ce niveau d'adéquation optimale. Pour ce faire, il doit tout d'abord réussir à transmettre à l'ensemble des acteurs dont il a la responsabilité, un message suffisamment clair, explicite, qui situe les intentions de ses actions et qui les rende légitimes aux yeux de ces derniers.

D. Bériot⁶³ qualifie de « *changement de type évolutif* » un processus destiné « *à faire progresser le système par la prise de conscience, la coopération, la contribution des acteurs concernés* ».

Pour l'institution dont j'ai la responsabilité, c'est bel et bien de ce type de changement dont il s'est agi. Ce changement comprenant l'ensemble des adaptations, des modifications et des redéfinitions des actions mises en œuvre par l'ensemble des acteurs, se décline en une série de changements d'ordre et d'ampleur plus petits, circonscrits à des domaines précis.

Il a d'abord fallu définir le sens global, collectif, des actions des trois modalités d'hébergement.

Cette tâche qui peut paraître simple, a nécessité une année de travail collectif, pour la seule réécriture des projets, passant par le questionnement de leurs fondements.

⁶³ Bériot D. 2011, Manager par l'approche systémique Eyrolles 340p

L'objectif visé est bien entendu d'améliorer la qualité des prestations mises à disposition des hébergés. Mais il s'agit aussi de permettre à l'ensemble des intervenants de l'institution de réaliser que les nouvelles modalités d'accompagnement ne constituent, comme l'indique D. Bériot, qu'une évolution, une amélioration de ce qui est déjà à l'œuvre et que cette évolution peut pleinement être réalisée par leurs soins.

E. Friedberg dédramatise, à sa manière, la notion de prise de décision en indiquant que toute décision porte une part inaliénable d'incertitude :

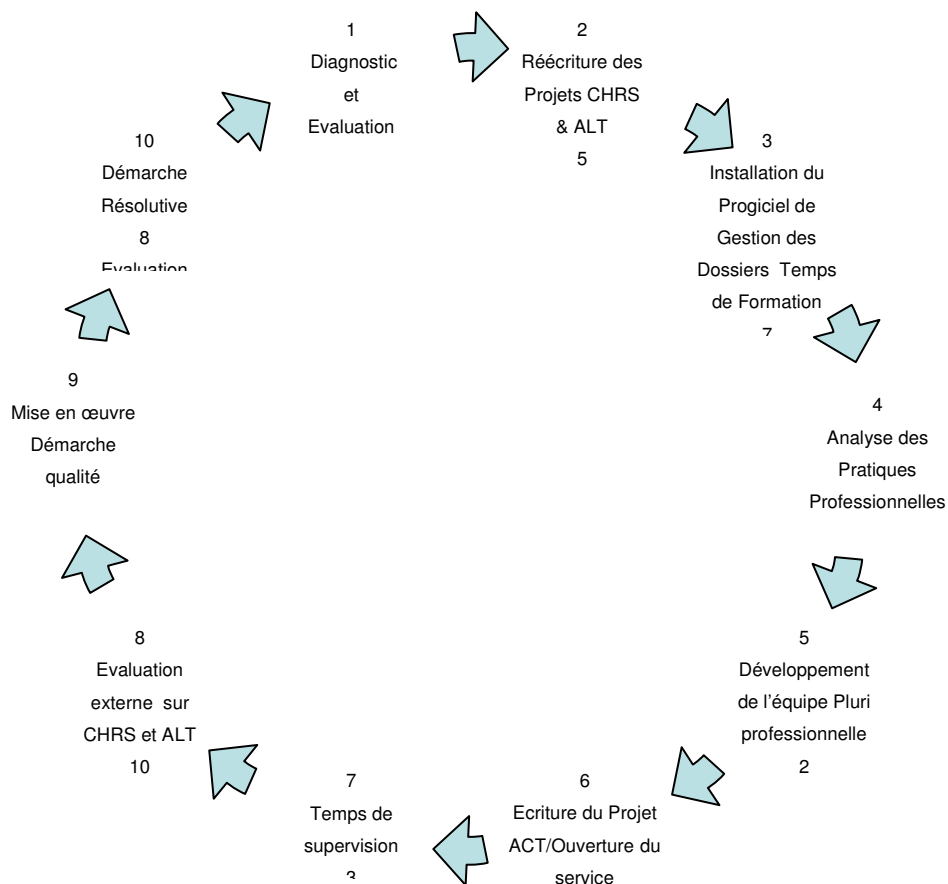
« Il faut être sensible à la dimension d'apprentissage qu'induisent les choix, ce qui est une autre façon de dire que toute décision est aussi toujours est inévitablement un pari sur un avenir incertain. Et il n'est ni possible ni souhaitable d'éliminer cette incertitude, puisque c'est elle qui permet l'émergence du nouveau, c'est elle qui permet le changement⁶⁴. »

3.1.1. De la vision à la construction progressive :

Le schéma ci-dessous présente, à la manière d'un cycle, les différentes actions qui se sont déroulées ces dernières années. Leur présentation circulaire confirme l'idée du « cycle institutionnel », l'imbrication des événements et des différentes phases ainsi que l'avancée de l'organisation au plan de la conformité mais surtout au plan de la recherche d'une posture propre aux actions engagées.

La notion de chronologie s'utilise ici à des fins de repérages historiques et temporels en lien direct avec « l'histoire institutionnelle » ; mais elle ne peut être dissociée de l'approche cyclique des différentes étapes du changement en cours.

⁶⁴ E. Friedberg Le Pouvoir et la Règle p61 Points Essais (1997)



La première action concerne la démarche d'évaluation interne initiée rapidement, pour pouvoir y adosser la réécriture des projets de service du CHRS et du service ALT. Puis, très vite, est engagée la mise en service du logiciel de gestion des dossiers des usagers qui vient soutenir l'élaboration des projets récents.

Une première analyse des pratiques professionnelles est planifiée afin d'articuler logistique (dossier informatisé), technique (prise en compte des situations) et pratique (accompagnements au quotidien).

Le développement de l'équipe pluri-professionnelle s'effectue dans le même temps que la finalisation du projet ACT. Les temps de supervision d'équipe sont instaurés et correspondent à peu près à la stabilisation de l'équipe en effectif.

L'évaluation externe des services « historiques » (CHRS et ALT) est lancée, sur le calendrier de Maavar Paris et avec le même opérateur.

Elle donne lieu, entre autres, à la mise en place des principes relatifs à la démarche qualité et à l'amélioration continue de la qualité.

Parallèlement, la formation sur l'approche résolutive des accompagnements sociaux est engagée.

Sur ce schéma, un premier cycle d'actions, d'ajustements et de changements semble se terminer.

Dans la réalité, il n'en est rien. D'une part, parce que ces actions se poursuivent au-delà du moment où elles ont été décrites dans ce document et, d'autre part, parce que les effets induits par ces dernières (clarification des postures professionnelles, développement et valorisation des processus d'émergence, promotion de la coopération entre autres) ne se sont pas tous révélés.

Ce cycle est donc appelé à s'élargir, intégrant de nouveaux processus interagissant avec les précédents.

3.1.2. Le manager face aux « résistances » au changement :

Les phénomènes de résistance au changement, longuement décrits dans de nombreux ouvrages, sont souvent abordés à partir des modalités opératoires et des réactions face à ces dernières. E. Friedberg y voit l'opposition entre une « *rationalité froide* » et un « *humanisme irrationnel* » :

« On voit bien que c'est le fait humain qui constitue ici le problème central : c'est lui qui représente le grain de sable dans la machine et qui empêche d'organiser en rond. D'un côté le monde chaud et fascinant des sentiments et de l'affectivité, bref de l'irrationalité humaine ; de l'autre, le monde froid de la rationalité technico-économique... Entre les deux, il n'y a pas de solution de continuité : aux contraintes de l'une, l'autre oppose sa résistance ; aux injonctions de l'une répondent l'inertie et la récalcitrance de l'autre⁶⁵. »

N. Alter est encore plus explicite dans l'analyse des effets indirects de l'innovation :

« Les représentations et les valeurs dont les acteurs sont porteurs ne s'inscrivent pas non plus aisément dans la logique de l'innovation : elle bouscule leurs repères, et parfois leur raison. L'innovation se déroule dans l'ambiguïté des structures, les différents éléments de l'organisation ne se transforment en la même vitesse ni selon les mêmes lois, ni selon les mêmes finalités⁶⁶. »

Il me semble cependant naturel de pouvoir aussi aborder avec une équipe de professionnels la question de la résistance au changement par la question de la peur.

⁶⁵ Friedberg E. 1997, Le Pouvoir et la Règle p 68, Points Essais 422p

⁶⁶ Alter N. 2010, L'innovation ordinaire, PUF Essais & Débats 284p

Lors des premières installations dans les appartements, j'ai été sollicité, interpellé même par des membres de l'équipe, inquiets à l'idée de savoir les bénéficiaires seuls dans ces mêmes appartements.

De mon point de vue, cette inquiétude résume à sa manière toute l'ambiguïté de l'intervention sociale : effectuer l'accompagnement social d'une personne adulte, responsable, élaborer avec elle les axes de son futur projet de vie et, dans le même temps, s'inquiéter de savoir si cette personne n'est pas « *en danger* », alors que tous les éléments matériels et humains concourent à sa sécurité, dans le cadre de sa vie quotidienne.

De mon point de vue encore, la difficulté d'une équipe à envisager les modalités opératoires du changement, tient, au moins pour partie, à sa difficulté à dépasser ses propres représentations et donc ses peurs.

« Tout système a besoin de se protéger contre l'incertitude du lendemain. Il a peur de remettre en cause ses habitudes, sa marge de manœuvre, ses avantages acquis, de se montrer incompetent... »⁶⁷

Le travail du manager se situe notamment à ce niveau de l'explicitation collective.

Il ne s'agit pas, par exemple, de mettre en œuvre mécaniquement les décrets d'application de la dernière loi votée mais bel et bien d'adapter de manière continue les orientations générales de l'institution à ces décrets d'application et de réaliser cette adaptation de la manière la plus explicite et la plus logique possible. C'est en recherchant l'argument théorique et technique qui saura faire le lien entre le projet « historique » et sa nécessaire adaptation contemporaine que l'intérêt des publics sera pris en compte efficacement.

Le travail du directeur établissement est là, au carrefour de ces injonctions, des attentes des bénéficiaires, des inquiétudes et des tensions des équipes, et des contraintes inhérentes à chaque secteur.

Le modèle que j'ai souhaité mettre en place ne constitue sans doute qu'une solution parmi d'autres. J'ai le sentiment d'avoir choisi celui qui me paraissait le plus porteur de sens et d'efficience dans ce contexte précis.

Ainsi, avec les moyens qui nous sont alloués, tous les hébergés de l'institution sont logés dans des appartements du centre-ville de Marseille issus du parc locatif privé.

Ils expérimentent, au quotidien, avec le soutien de leur référent en particulier et de toute l'équipe en général, la mise en actes de leur vie et de leurs projets respectifs. On peut

parler ici d'une expérimentation grandeur nature, avant la sortie définitive des services, c'est-à-dire l'inclusion dans le dispositif ordinaire.

Le taux de sortie des services d'hébergement est en phase avec les attentes⁶⁸ des autorités de contrôle, les actions conduites par l'institution sont repérées par l'ensemble des partenaires du réseau ; l'équipe pluri professionnelle est consciente d'agir au cœur d'un dispositif actualisé, en accord avec les recommandations et préconisations du législateur.

S'il n'a pas encore été procédé à une enquête de satisfaction, on peut tout de même vérifier régulièrement que les bénéficiaires de l'association sont satisfaits des prestations qui leur sont fournies, tant au plan matériel qu'au plan humain. La mise en place d'une enquête de satisfaction permettra d'affiner ce sentiment général et répondra à l'une des préconisations formulées par le cabinet qui a réalisé l'évaluation externe. Cette enquête⁶⁹, en cours de construction avec l'équipe pluri-professionnelle, sera engagée durant le 1^{er} semestre 2013.

3.1.3. Une mise en actes de la notion de coopération :

La présentation synthétique d'une situation récente⁷⁰ permet d'explicitier le degré d'appropriation, le niveau d'autonomie, dont l'équipe pluri professionnelle fait preuve au quotidien. Ce type de positionnement, face à des demandes spécifiques et particulières par essence, est soutenu et étayé par l'institution, notamment dans la mise en œuvre des temps dédiés à l'analyse des pratiques professionnelles, analyse centrée sur une « *démarche orientée solution* » que nous aborderons plus loin dans cette partie.

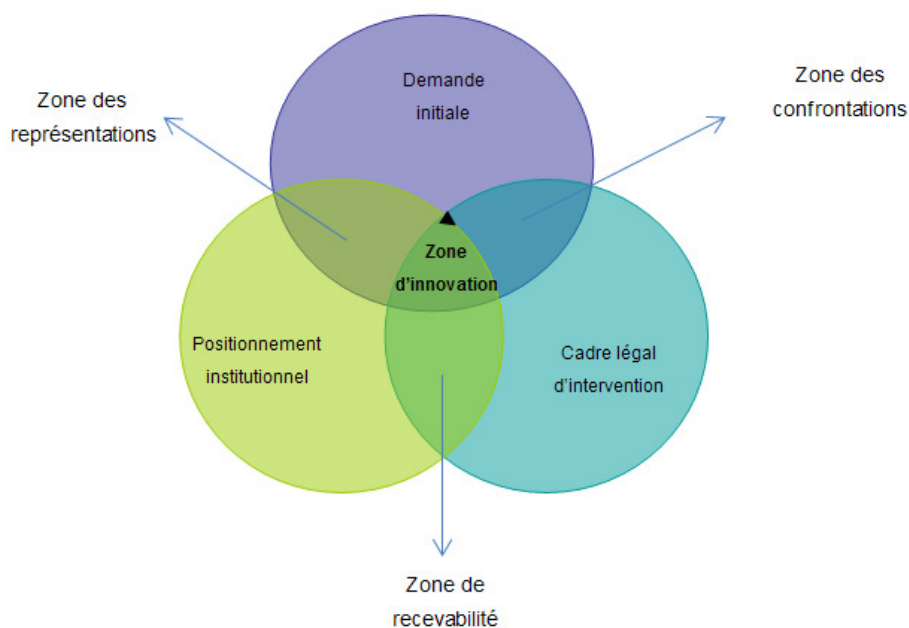
Mais d'ores et déjà, ce qui est à relever dans cette illustration c'est l'interdépendance et l'ensemble des phénomènes de « *reliance* » entre une situation, l'opérationnalité qu'une institution déploie face à cette même situation, l'impact des actions développées sur les bénéficiaires et en retour, sur les acteurs de l'institution, c'est-à-dire sur l'institution elle-même.

⁶⁷ Bériot D. 2011, Manager par l'approche systémique Eyrolles 340p

⁶⁸ Il s'agit des objectifs annuels de sortie d'hébergement, contenus dans le PDAHI ; en PACA ils sont fixés à 25% de sorties par an pour 2012, 30% pour 2013.

⁶⁹ Cf. document préparatoire en annexe n° 9

⁷⁰ Cf. présentation synthétique d'une situation en annexe n° 10



Le rapprochement de la demande initiale d'une personne, du cadre légal et réglementaire correspondant, aborde la question de la typologie des publics (et donc des demandes), de leur repérage parmi les dispositifs. Il s'agit là des modalités courantes de l'analyse d'une demande par des services « instructeurs ». Cette zone est, sinon immuable, du moins peu variable par définition.

La réponse de l'institution est également construite en lien direct avec le cadre légal et réglementaire de l'action concernée. C'est ce cadre qui légitime l'action par l'institution et la rend recevable.

Pour ce qui concerne la zone d'interaction demandeur/institution, il s'agit là, entre autres, de la zone des représentations, qu'elles soient individuelles ou collectives.

C'est bien par le positionnement de l'institution (et donc de ses acteurs) que varie cette zone, ainsi que son influence sur le devenir de la demande.

Plus le positionnement institutionnel est marqué et partagé par tous, plus la zone des représentations se réduit au profit de la zone de « *créativité* » ou « *d'innovation* » qui correspond à l'intersection des 3 zones précédemment citées.

La limite d'un tel positionnement est donnée naturellement par le cadre réglementaire des services concernés et par la capacité d'une organisation à développer des stratégies nouvelles.

La zone dite de « *créativité* » représente, de mon point de vue, la zone de plus-value, tant pour le demandeur, qui va y trouver une forme de réponse propice à sa situation, que pour l'institution, qui va être amenée à développer autrement ses compétences, ses actions, sa lisibilité.

« L'innovation échappe aux méthodes d'organisation classiques. On ne peut décider à l'avance une innovation....c'est un processus hautement complexe qui présente des caractéristiques d'incertitude, d'auto-organisation, d'émergence à partir du désordre, d'inachèvement⁷¹. »

Les valeurs contenues dans les projets d'une institution, le sens des actions au quotidien, ne peuvent se suffire à eux-mêmes. Il est indispensable pour leur maintien dans leur environnement, que ces valeurs et actions puissent être régulièrement traversées par les questionnements nécessaires à leur adaptation.

Cette posture, souple et réactive permet, d'une part, à l'organisation de maintenir son existence dans un environnement mouvant et, d'autre part, (et surtout pour ce qui nous concerne) aux bénéficiaires des services de disposer de soutiens en phase avec leurs attentes et leurs besoins du moment.

La description de cette situation permet d'éclairer les deux facettes indissociables d'un fonctionnement « adapté » aux contraintes actuelles :

- Une capacité d'adaptation sans cesse renouvelée et questionnée
- Une volonté de création d'espaces et de modalités propres à soutenir toutes démarches novatrice en matière d'accompagnement social

3.2. Le Management comme déterminant de l'émergence des compétences :

Le management qui est à l'œuvre dans l'institution, est constitutif de l'ensemble des modifications et des ajustements apportés régulièrement à cette organisation.

Ce management vise à obtenir de manière constante l'efficacité du système. Je suis parti du postulat que cette efficacité est potentiellement contenue dans l'organisation. Mon travail consiste, entre autres, à organiser son émergence et à l'accompagner afin de l'instituer.

3.2.1. Une posture complexe qui favorise l'évolution sans négliger la continuité :

De mon point de vue, le travail du manager doit permettre le développement d'une organisation, sa mise en actes, notamment à partir des projets.

⁷¹ Genelot D. 2011, Manager dans la complexité Insep consulting 371p

C'est sans doute parce que le contenu des projets de service a été régulièrement débattu en équipe avec le soutien d'un intervenant extérieur, que ces projets ont pu être réécrits mais également investis par les acteurs.

C'est sans doute aussi parce que les temps de réunion ont été mieux structurés qu'ils ont permis l'expression de l'intégralité des opinions et points de vue de cette équipe.

C'est sans doute également parce que toutes les instances de régulation à disposition ont été utilisées (IRP, supervision, analyse des pratiques) que chaque membre de cette équipe s'est senti reconnu, c'est-à-dire autorisé et donc validé par ses pairs comme par l'institution.

C'est enfin parce que le cabinet d'évaluation externe a confirmé, dans son rapport⁷², l'engagement de chaque professionnel, le partage et la connaissance des valeurs de l'institution, que ces mêmes acteurs se sont sentis, là aussi, reconnus. L'identité professionnelle de l'institution existe bel et bien ; les évaluateurs attendent seulement que sa formalisation et sa structuration soient mieux exprimées.

Conduire le changement au sein d'une institution, c'est d'une part repérer les points d'amélioration de cette dernière (et par voie de conséquence définir ses nouveaux contours), c'est d'autre part et surtout repérer l'ensemble des zones d'appui susceptibles de soutenir une telle action et construire les passerelles techniques, sémantiques et culturelles qui permettront à chacun des acteurs de cette organisation d'effectuer le passage d'un système à l'autre.

J'ai fait le choix de conduire ce changement par une démarche qui vise la coopération de l'ensemble des acteurs.

Cette coopération n'est effective que lorsqu'elle est acceptée par tous. La coopération se doit d'être un outil, un moyen et non une contrainte. « *Une véritable coopération ne peut fonctionner que si elle est volontaire et non pas si c'est une contrainte*⁷³. »

De mon point de vue, une organisation qui vise la coopération de tous est bienveillante dans ses relations et dans ses modes de communication.

La coopération suppose aussi que le manager considère qu'il travaille et qu'il est en relation avec des acteurs dotés de compétences spécifiques, prêtes à être partagées.

Ces compétences spécifiques sont intégrées aux postures professionnelles de chacun. Elles ne sont pas spécialement et obligatoirement explicites et apparentes en toutes circonstances. L'acteur, le travailleur social en font usage à des moments précis dans des contextes et des situations données.

⁷² Cf. annexe n° 6

⁷³ Le Boterf G.2011, Construire les compétences individuelles et collectives Eyrolles 287p

L'objectif que j'ai visé est celui d'une coopération avérée (et pas seulement affichée) dans le but de développer une réelle efficience des services.

Cette efficience ne peut être obtenue que par l'utilisation et la valorisation optimales de tous les moyens humains et techniques à disposition de l'organisation.

3.2.2. La coopération, génératrice de la mobilisation des acteurs :

N. Wiener⁷⁴ définit le concept de feed-back (ou boucle de rétroaction) pour le domaine précis de la cybernétique et promeut sa généralisation depuis la matière inerte jusqu'au vivant.

Il s'agit, selon lui, d'un ajustement permanent de chaque acteur dès l'instant qu'il est au contact d'une information. L'équipe pluri-professionnelle de l'institution est au contact permanent de l'ensemble des informations nécessaires à l'accomplissement de ses missions. Les temps de réunion, les temps de supervision, les temps inorganisés que l'on a évoqués précédemment, sont autant d'opportunités pour permettre la création et le développement de sens aux actions conduites et d'ajustements tels que les indique Wiener. G. Le Boterf précise que ce n'est qu'à partir d'une coopération adossée aux compétences individuelles qu'émerge la compétence collective.

Il est important de ne pas confondre ici ce qui relève de la stricte conformité de ce qui touche à l'appropriation individuelle d'une praxis⁷⁵ commune. J'entends par praxis commune l'ensemble des actions menées au sein de l'institution et qui ont pour vocation, en première instance, la réalisation des missions qui lui sont confiées. Ces actions ne sont pas supposées se limiter aux seuls objectifs opérationnels contenus dans les projets de service. Le modèle de la coopération prévoit, dans une deuxième instance, que le développement et la réalisation de ces actions influent sur le milieu naturel où elles se déroulent, et modifient les rapports sociaux. Les éléments sélectionnés ci-dessous concernent l'activité de chaque intervenant au quotidien. En ce sens, ils relèvent bien de l'analyse d'une praxis partagée sur un mode coopératif :

- La communication entre les membres de l'équipe est formalisée et tend à privilégier une compréhension voir une anticipation des situations au point que les ajustements ou les interventions réalisés sont parfois présentés naturellement comme de simples phases d'accompagnement
- Ces modalités d'accompagnement, récentes, sont à l'œuvre sur les trois services de manière identique ; qu'il s'agisse de visites à domicile, entretien individuel, ou

⁷⁴ Wiener N. 1894/1964 est considéré comme le père de la cybernétique

⁷⁵ Praxis : action ; selon Aristote, la praxis n'a d'autre fin que l'action

de démarches spécifiques nécessitées par telle ou telle situation, elles peuvent être portées par la totalité des membres de l'équipe.

- Tous les membres de l'équipe pluri-professionnelle disposent d'instances de régulation collective (temps de supervision) mais également d'instances de régulation individuelle (rencontres mensuelles avec le chef de service à propos de l'ensemble des situations dont l'intervenant est référent). Ces instances individuelles et collectives constituent une forme d'autocontrôle mais surtout constituent la validation du postulat professionnel engagé par chacun des acteurs dans le cadre de l'exercice de ses missions.
- La quasi-totalité des membres de l'équipe pluri-professionnelle agit pour le bénéfice des trois services d'hébergement, et est donc en capacité d'en repérer chacune des spécificités, chacune des limites, chacune des contraintes, mais aussi les fondements communs de ces derniers. Ici, c'est la transversalité qui est à l'œuvre démontrant à chacun son appartenance à une organisation dont les objectifs d'inclusion sociale concernent une grande diversité de publics.
- La mise en œuvre quotidienne d'actions d'accompagnement et de soutien en direction des usagers des services renvoie à la définition donnée par J. Maisonneuve⁷⁶ de la notion de *reliance* : « *la reliance est à la fois état et acte avec un rôle médiateur et maïeutique.* »

Ces paramètres constituent autant d'axes de travail et de réflexion, à partir desquels une grille d'évaluation, telle que suggérée lors des récentes évaluations externes menées pour le CHRS et le service ALT. A ce jour, ces outils d'analyse ne sont pas encore élaborés, mais feront l'objet d'un développement et d'une élaboration commune.

3.3. Des projets spécifiques comme leviers directs et indirects du changement :

Avant d'entrer dans la description des récents outils utilisés, il me semble important d'indiquer en quoi ces derniers peuvent être à la fois des leviers directs ou indirects du changement.

Ces méthodes de travail constituent des leviers directs du changement pour des acteurs ayant réalisé une prise de conscience des enjeux et des potentialités que ces méthodes représentent.

⁷⁶ Maisonneuve J. Préface de « La Reliance » Bolle de Bal M.
www.cairn.info/revue-societes-2003-2-page-99.htm.

A contrario, ces outils constituent l'appui indirect à partir duquel des changements progressifs pourront s'opérer pour des acteurs plus ancrés dans une homéostasie que mes seules explications théoriques ne sauraient vaincre.

Dans tous les cas, ces supports techniques facilitent l'ajustement de chacun des acteurs sur le ou les résultats à atteindre. Ils constituent en eux-mêmes le changement ; mais ils ne sont pas repérés pour autant, par tous les acteurs, comme les vecteurs réels de ce changement

3.3.1. La participation à la rédaction d'un guide pour l'Education Thérapeutique du Patient en ACT :

L'ouverture des places d'ACT, m'a incité à organiser l'adhésion de l'institution à la FNH VIH. Cette fédération a pour but, notamment, de regrouper l'ensemble des structures d'hébergement qui œuvrent dans le secteur du VIH et de jouer à la fois un rôle de veille juridique et technique, ainsi qu'un rôle animation et de mobilisation de l'ensemble des associations adhérentes sur les thèmes centraux de ce secteur.

3.3.1.1. Le contexte général de l'action :

La définition de l'ETP donnée en 1998 par l'OMS est reprise dans les textes actuels (Loi HPST article 84) : « *L'éducation thérapeutique du patient est définie comme l'aide apportée aux patients et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie... Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient.* »

L'an dernier, la Fédération nous a sollicités pour participer, en collaboration avec six autres structures⁷⁷ réparties sur toute la France, au développement des pratiques dédiées à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Le projet se décline en quatre phases :

- Octobre 2011 : repérage des sites pilote
- Décembre 2011 : présentation du projet sur les sites, entretiens avec l'évaluateur du cabinet Empatient, choix des référents locaux et création du comité de pilotage local

- 1^{er} semestre 2012 : formation et sensibilisation des référents des sept sites ; expérimentation sur les sept sites
- 2^e semestre 2012 : évaluation et production du guide

Ce travail réunit donc sept institutions différentes, réparties sur l'hexagone, qui mettent toutes en œuvre des programmes ACT. Il est issu du Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), avec le soutien de la DGS et de la HAS.

C'est la chargée de projets de la Fédération, en lien avec le Cabinet Empatient, qui définit le calendrier des réunions des différents comités. Ces réunions se tiennent soit à Paris au siège de la Fédération, soit à Marseille dans les locaux des adhérents, et permettent le brassage des équipes, de leurs projets respectifs et des bénéficiaires de chacun des services. L'écriture est commune et partagée.

Ce qui est en jeu dans ce travail d'écriture à plusieurs mains, c'est encore une fois l'appropriation individuelle et collective d'un outil de travail, d'une méthode spécifique, de techniques particulières, mais aussi la capacité individuelle et collective à réinvestir, à réutiliser l'ensemble de ces données et de ces connaissances en direction de l'institution et des autres acteurs, ceci en lien direct avec les usagers.

3.3.1.2. Des enjeux forts pour les usagers comme pour les professionnels :

La réalisation d'un guide consacré à l'éducation thérapeutique du patient, en collaboration avec des groupes de résidents, utilisable par toute institution développant un service ACT, constitue l'objectif principal du programme développé par la Fédération.

La participation de deux membres de l'équipe pluri-professionnelle à ce travail, en partenariat avec d'autres sites et avec la fédération, permet à ces deux membres d'une part d'intégrer des notions techniques ré-injectables dans le cadre de leur pratique quotidienne et d'autre part d'exercer toute forme de mutualisation, de partage de coopération avec les autres membres de l'équipe dans le cadre de l'exercice de ces mêmes missions.

Il s'agit là d'une plus-value technique dont se dote l'institution, ceci grâce à l'intervention de ses acteurs et à l'implication d'usagers du service ACT.

Le développement d'un tel travail produit des effets positifs dans de très nombreux domaines de la vie de l'institution.

⁷⁷ Cf. Répartition Géographique des 7 sites retenus annexe n° 6

Les acteurs en charge du développement de ce programme sont investis d'une mission de représentation à l'extérieur de l'institution, en même temps qu'ils sont chargés par cette dernière d'intégrer et de s'approprier des éléments techniques spécifiques destinés à enrichir les pratiques professionnelles de l'ensemble des acteurs.

Cet enrichissement technique (compétences relationnelles, pédagogiques, méthodologiques, biomédicales) concourt à développer le potentiel de l'institution. Ce faisant, il renforce la mise en réseau de cette dernière par la création de liens spécifiques nés de ce travail de recherche et de conceptualisation. L'institution est donc, non seulement responsable de la mise en œuvre du service ACT, mais également dépositaire d'un savoir, de techniques et donc de postures qui vont influencer au quotidien sur l'ensemble des interactions à destination des bénéficiaires.

3.3.1.3. Une évaluation partielle de l'action en cours :

L'aboutissement de ce travail sera la publication avant la fin de l'année 2012 du guide, à destination des ACT, concernant l'éducation thérapeutique du patient. Il s'agit là d'une forme de mutualisation, de partage et de médiatisation qui indique clairement que des pratiques transversales sont à l'œuvre dans l'optique de rendre « *le résident en ACT acteur de sa santé dans le cadre d'un partenariat avec le professionnel*.⁷⁸ »

Avant cette publication, des compétences nouvelles (acquises et/ou à acquérir) émergent pour les usagers du service ACT, que l'on peut distinguer en 3 groupes distincts :

Compétences Médicales	Compétences Sociales	Compétences du quotidien
Comprendre les effets de sa pathologie Vivre avec sa maladie Comprendre le système de soins Apprendre à connaître son corps, exprimer ses ressentis Gérer son traitement Contrôler ses propres représentations	Connaître ses droits et les identifier Traiter ses problèmes administratifs en s'adressant aux bons services Repérer les personnes compétentes Vivre au mieux pour soi et son entourage	Entretenir son logement S'alimenter de façon équilibrée Savoir faire des courses Maîtriser son budget Assumer le quotidien

Pour l'institution, cette action contribue à développer les temps d'échange entre professionnels et bénéficiaires. Ces temps permettent l'expression de ces derniers sur des sujets différents de ceux abordés en entretiens individuels. Ainsi, l'approche et

⁷⁸ Extrait de la Charte d'engagement mutuel entre les ACT et la FNH VIH

l'évocation de thèmes précis et/ou relevant de l'intime, peuvent s'opérer sur des registres plus distanciés, forcément moins délicats, voire moins douloureux.

3.3.2. La Démarche résolutive au service de la relation d'aide :

L'approche orientée solution a fait l'objet d'une présentation spécifique à l'IRTS au cours de la formation Cafdes.

De mon côté, je m'étais déjà intéressé aux modes d'accompagnement individuels et de soutien des démarches d'évolution et/ou de développement personnel, à leur investissement possible par les professionnels comme par les bénéficiaires.

La parution de l'ouvrage de P. Bigot⁷⁹ en 2010 a contribué à développer ma curiosité et mon intérêt pour une approche essentiellement valorisante du sujet et qui requiert les notions d'écoute, d'adaptation et de respect propres également à notre secteur d'intervention.

L'idée d'introduire ce type de technique dans la conduite des accompagnements s'est peu à peu imposée à moi, notamment avec le développement du service ACT. Ce service engage l'ensemble des acteurs dans une relation sans doute plus intime avec les usagers du fait même de ses objectifs, et de ses missions. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité les sensibiliser à une démarche qui a pour objectif de déplacer la demande de l'usager, c'est-à-dire de décaler le professionnel face à cette même demande.

3.3.2.1. L'organisation générale de l'intervention :

Vers la fin de l'année 2011, un temps de réunion collective a été réservé à la présentation générale de cette démarche par l'intermédiaire d'un organisme de formation marseillais. Ce temps a permis à l'intervenante de présenter à l'ensemble de l'équipe les grands principes d'une telle pratique et les orientations qui en découlent.

Ce travail de formation organisé par séances régulières peut être comparé, par certains aspects, à des séances d'analyse des pratiques professionnelles.

Il s'inspire du *coaching orienté solution*⁸⁰. Il s'agit d'une démarche, d'une posture que l'organisme de formation a dénommée « *une démarche résolutive au service de la relation d'aide* ».

⁷⁹ Bigot P. 2010, Le coaching orienté solution, Eyrolles 290p

⁸⁰ Coaching Orienté Solution : désigne « l'approche thérapie brève centrée sur les solutions » développée par Steve de Shazer

Cette démarche a pour but de favoriser l'émergence d'un processus continu visant à adapter et à rapprocher les attentes des usagers et les réalisations des professionnels.

Les premières séances de travail avec l'organisme de formation, en Février 2012, se sont poursuivies jusqu'en Juillet et redémarrent dès la rentrée en Septembre.

La temporalité de cette action correspond à l'année civile en cours. La dernière session de travail est prévue pour la fin du mois de Novembre. Toutes les séances font l'objet de mises en situation. Pour les premières, consacrées essentiellement à l'explicitation des techniques, les mises en situation sont laissées à l'initiative des professionnels. Par contre, dès la 3^e séance, il est fait appel à un professionnel de l'équipe pour présenter un cas précis, tant au plan théorique qu'au plan de sa représentation et de sa mise en scène éventuelles.

3.3.2.2. Les fondements théoriques de la démarche :

Il s'agit, dans les grandes lignes, d'inverser les termes de la demande formulée par toute personne sollicitant une relation d'aide, une relation d'accompagnement social.

Cette dernière a le plus souvent tendance à présenter sa situation à partir de ce qui pose problème, ce qui fait butée. L'inversion de proposition consiste notamment à demander à la personne quelle serait, à ce moment précis, sa conception, sa vision d'une situation acceptable.

Toute l'énergie du travailleur social du référent ne sera plus focalisée sur le problème présenté par le bénéficiaire mais bel et bien sur les moyens à mettre en œuvre pour faire émerger là où les solutions sont, par postulat, présentes dès le début.

« L'hypothèse fondamentale est que les interactions qu'établissent et vivent les personnes sont la source de leurs difficultés mais contiennent aussi les clés des changements qu'elles veulent obtenir⁸¹. »

Le postulat général, le mode opératoire global, s'appuient sur une réelle collaboration à construire entre le demandeur bénéficiaire et le travailleur social référent.

Il m'est apparu important voire indispensable de sensibiliser l'ensemble des acteurs de l'équipe pluri-professionnelle à ce mode d'approche.

En effet, les travailleurs sociaux, auxiliaires de vie sociale, l'infirmière, le chef de service le médecin coordonnateur sont tous confrontés, dès l'instant où ils sont en présence de bénéficiaires, aux difficultés et aux problèmes de ces derniers.

⁸¹ Bigot P. 2010, Le coaching orienté solution Eyrolles 290p

L'idée générale globale contenue dans la démarche résolutive est que tout intervenant tout acteur social n'est plus en charge la résolution d'un problème mais plutôt de la co-construction d'une solution avec la personne dont il est le référent.

La volonté que j'ai manifestée à inscrire l'ensemble de l'équipe (cadres compris) dans cette démarche s'explique par la charge psychique que représente l'ensemble de ces situations et souvent évoquée par les travailleurs sociaux.

Cette démarche place le travailleur social dans un autre mode de relation avec les bénéficiaires. De fait, l'acteur lui-même se situe à une autre place et donc à une autre distance des personnes avec lesquelles il travaille au quotidien.

Il m'a semblé fondamental, après deux années passées à ajuster au plus près des attentes du public et des cadres réglementaires spécifiques l'ensemble des actions menées par l'association, de positionner l'ensemble de ces acteurs avec lesquels je travaille au quotidien, dans une autre dynamique, de les convier à une autre place et, partant, à une autre appropriation de leur fonction.

3.3.2.3. Co-construire ou solliciter la créativité de chacun :

Du point de vue de la formatrice qui intervient régulièrement sur ce sujet, il y a une grande différence entre un acteur (un intervenant social) qui serait en charge d'une somme de problèmes et un autre acteur qui aurait pour mission de reconstruire, de valider d'ajuster des pistes de travail qualifiées de solutions.

Pour ma part, je pense qu'envisager de co-construire des solutions avec un bénéficiaire, suppose de considérer que ce dernier dispose de ressources et de compétences jusqu'alors inutilisées, non sollicitées.

Y. Bigot⁸² écrit dans son ouvrage consacré au coaching orienté solution :

« Une personne qui rencontre des difficultés qu'elle ne sait résoudre ou une personne qui souhaite un changement ont en commun la nécessité de mobiliser leur créativité. Nous considérons que construire des solutions, s'adapter aux situations, relève d'une forme de créativité que chacun possède. »

En d'autres termes, ce que vise cette démarche peut se résumer ainsi :

- la résolution n'est pas liée à l'analyse des causes
- le changement est intimement lié à l'espoir du changement

⁸² Bigot P. Le coaching orienté solution p.97 Eyrolles 2010

- accompagner quelqu'un vers le changement suppose de se placer dans une posture de non savoir

C'est sans doute ce dernier point qui a motivé mon choix pour une intervention collective. L'équipe de professionnels est confrontée à de nombreux changements, que nous avons évoqués précédemment, et est soumise à l'obligation de résultat que les nouvelles mesures d'accompagnement social prônent de manière quasi explicite maintenant.

Le développement, à partir des textes de 2002, de la notion de qualité de la prestation a formalisé l'élaboration des grands principes fondateurs de la démarche qualité. La circulaire 2011-398 du 21/10/2011 prévoit la mise en place dans les ESMS d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ces séances sont collectives, tous les membres de l'équipe pluri-professionnelle y sont conviés, médecin coordonnateur et cadres compris.

J'ai donc, moi-même, assisté et participé activement à la quasi-totalité des séances précédentes puisque c'est aussi le positionnement de l'institution qui est en jeu.

Il s'agit là pour moi de démontrer, de la manière la plus explicite, l'engagement institutionnel indispensable pour obtenir, en retour, un engagement personnel individuel dans ce qui relève bien souvent de la remise en question d'une posture professionnelle.

Dans un des livrets de formation remis aux participants, l'organisme de formation note :

« Par le caractère non vertical de la relation qui en découle, l'intérêt de cette approche est d'instaurer un autre rapport de pouvoir avec les gens, c'est-à-dire le leur rendre quelque sorte. Nous concédons sans détour que dans la période actuelle, entre pression du temps, des résultats et de l'action, cette vision peut paraître pour le moins incongru : mais a-t-on déjà évalué le temps perdu à essayer de faire prendre à quelqu'un un chemin qui n'est pas le sien ou qu'il n'est pas prêt à prendre ? »

3.3.2.4. Projet visé et évaluation :

Mon souhait, par cette démarche, est d'engager et de fédérer la totalité des acteurs de l'équipe, les inciter à adopter une posture « commune » qui devienne la posture générale de l'institution.

A la lecture de l'ouvrage de P. Bigot, et en assistant régulièrement à ces temps de formation, je penche de plus en plus vers ce choix qui respecte le fondement de nos actions : *« accompagner, juste un pas derrière »*

Ce qui est visé là c'est bien la mobilisation d'une équipe et de ses ressources au service de l'expression et de la réalisation de projets personnels, préalablement co-construits et validés.

Dans ce type de positionnement, la question des moyens, la question du résultat deviennent secondaires de la question de la conception d'un projet et du consentement du sujet.

Initier une telle démarche de remise en question et de repositionnement collectif permet à chacun (et donc à tous) de mesurer son engagement au sein de l'institution et plus précisément dans les actions d'accompagnement. Après chaque séance de formation, j'ai pu mesurer les petits ajustements, les essais, les approches des membres de l'équipe face à cette démarche et à l'inconnu qu'elle convoque.

Cette méthodologie est en cours d'acquisition par l'ensemble de l'équipe pluri-professionnelle. Les séances de travail et de formation ne sont pas toutes terminées. Il est donc difficile d'envisager une évaluation globale, complète de ces actions, de leurs bénéfices et/ou de leurs inconvénients et d'éviter l'effet « nouveauté » en termes d'appréciation.

Aussi, en l'état actuel, je propose d'organiser l'évaluation d'une telle démarche sur plusieurs niveaux :

- au niveau individuel de chaque acteur, professionnel
- au niveau collectif, résultante de l'ensemble des interactions
- au niveau des usagers à qui une telle intervention est proposée

Au niveau individuel, chaque professionnel indique à sa manière qu'il est beaucoup plus facile d'engager une telle démarche (au cours des entretiens réguliers) lorsqu'il s'agit d'un usager très récemment admis dans l'un des services d'hébergement. Cette remarque est récurrente chez les travailleurs sociaux et indique, si besoin était, que le devenir d'un projet individuel dépend, entre autres, de la qualité des contenus de la relation d'accompagnement.

Au niveau collectif, les professionnels sont amenés à échanger sur leurs pratiques professionnelles au quotidien (nous l'avons largement évoqué dans la partie précédente, qu'il s'agisse des temps formalisés ou de temps inorganisés). Ces échanges portent depuis peu également sur les outils spécifiques mobilisés par la démarche résolutive. Ces échanges constituent autant de signes, d'indicateurs d'expérimentations individuelles mais aussi de partage et de mutualisation de compétences nouvelles.

Au niveau des usagers, cette nouvelle démarche n'a pas encore fait l'objet du moindre questionnement auprès des référents ou de l'institution. Par contre, il semble que se réduise la dichotomie « espace privé de l'hébergement/espace institué des rendez-vous dans les locaux de l'Association », au profit de nouveaux contours d'un usager-acteur. Ce

nouveau mode de relation provoque vraiment une rupture d'avec les traditionnels entretiens en face à face dans les locaux de l'Association avec un bureau et un écran d'ordinateur pour ligne de partage.

3.3.3. La réécriture des fiches de fonction comme support aux premiers entretiens individuels :

Les premiers entretiens individuels correspondent, en termes de cycle institutionnel, à la mise en place des temps de supervision, en 2010

J'ai fait le choix de les nommer, dès la première année, « entretiens annuels », ne retenant comme qualificatif que leur périodicité. A leur mise en place, les réactions d'étonnement et d'inquiétude de certains personnels salariés, notamment ceux qui composent l'équipe du restaurant social, m'ont rapidement éclairé sur le manque d'informations quant à ce type d'entretien et surtout sur le caractère hiérarchique que revêtait, pour eux, un entretien avec le directeur de l'institution.

3.3.3.1. Un outil de dialogue, de régulation et de projection rapidement adopté :

Néanmoins, ces entretiens ont bel et bien eu lieu. J'ai souhaité pouvoir les réaliser en présence du chef de service, afin de limiter au maximum les effets de « face à face » avec le directeur, redoutés par certains salariés. J'ai également choisi qu'ils se déroulent dans un lieu « neutre », hors de mon bureau, où la configuration et le mobilier auraient tendance à figer les personnalités et les échanges.

En 2012, nous réalisons donc la troisième série d'entretiens annuels. Les craintes affichées par certains se sont évaporées.

Ces temps sont devenus de réels moments privilégiés avec chaque acteur de l'organisation. C'est l'occasion d'évoquer sous forme de bilan, plus ou moins construit selon chacun, l'année écoulée, les projets, mais aussi les attentes, les déceptions ou les projets à court ou moyen terme.

L'objectif est, entre autres, d'analyser de la manière la plus neutre possible, l'adéquation (ou l'inadéquation) entre les objectifs professionnels visés et les moyens (humains, techniques et matériels) en œuvre.

C'est également l'occasion pour moi d'explicitier davantage ma vision de l'organisation et des modalités opératoires. C'est ce que je me suis employé à faire, dès que l'occasion m'en a été donnée, ceci afin de faciliter le « décodage » des actions engagées et afin également de travailler au développement du « sens commun ».

De mon point de vue, ce temps particulier et régulier, instauré et de plus en plus investi par chacun des membres des équipes de travail, permet largement de dépasser les seules obligations juridiques en matière d'adaptation des salariés à leur poste de travail⁸³ et/ou de prévention des risques professionnels⁸⁴.

Il est le vecteur d'un partage réciproque d'informations, propices à faciliter toutes les formes de changement auxquelles l'organisation peut être confrontée.

Il est également le lien entre les dimensions individuelles et collectives de cette organisation.

Ces entretiens s'étant déroulés sur 3 ans maintenant, il est possible d'avoir un regard en perspective, sur le positionnement, les ajustements éventuels, le déroulé de la carrière de tel ou tel (faits saillants, formations, etc...).

3.3.3.2. La mise en lien avec la fiche de fonction

Lors de ma prise de fonction, j'ai pu constater l'existence de fiches de poste dont la dernière mise à jour datait de 2004.

Lors de la réécriture des projets du CHRS et du service ALT, et afin d'acter concrètement la transversalité des pratiques, j'ai réalisé, en collaboration avec le chef de service, un document synthétique, qui reprend et décline les missions principales confiées à chacun. Ce document, intitulé « fiche de fonction membre de l'équipe éducative⁸⁵ » a fait l'objet de commentaires avec chacun des membres de l'équipe lors de la première série d'entretiens annuels et a été remis à chacun à cette occasion. Il n'a été n'a pas été retravaillé depuis, pour des raisons évidentes d'emploi du temps et de nombre élevé d'actions déjà engagées.

À sa lecture, on réalise rapidement qu'il ne décrit pas totalement l'environnement professionnel actuel. Sa réécriture, en lien direct avec les retours et les perceptions des membres de l'équipe, est programmée pour l'année à venir.

En effet, si l'objectif principal des entretiens annuels est bien d'évoquer avec chacun, l'ensemble des faits saillants de l'année écoulée, pour la majorité des membres de l'équipe, la demande porte clairement cette année sur les commentaires et la réécriture de la fiche de fonction.

⁸³ Code du Travail, article L 6321-1

⁸⁴ Id , article L 4121-1

⁸⁵ Cf. document annexe n°8

Les douze mois écoulés, entre Juin 2011 et Juin 2012, représentent en effet pour l'ensemble des acteurs de l'organisation, un moment institutionnel très dense pendant lequel, des actions fondatrices (pour ce groupe d'acteurs) ont été engagées (évaluation externe, mise en place de l'amélioration continue de la qualité, formation collective sur la démarche résolutive) et où de nombreux ajustements se sont produits.

Le bilan formulé de manière différente par chacun des professionnels évoque de manière récurrente le glissement, l'élargissement du cadre général des missions et le besoin d'un éclaircissement de ces dernières.

L'écoute et le recueil des ressentis et des retours des salariés lors des entretiens m'incite à me pencher sur ce document rédigé dans le courant de l'année 2009, dans une volonté plus synthétique que prospective.

Je note, d'autre part, durant cette dernière série d'entretiens que les professionnels sont eux-mêmes dans une démarche de type aller/retour, entre la description parfois très précise des sollicitations dont ils ont fait l'objet récemment par les bénéficiaires et ce qu'indique leur fiche de fonction.

Quelque chose relevant de l'ordre établi, dans les relations et les interactions bénéficiaires/professionnels, semble avoir bougé.

La question de la fonction renvoie un sens bien plus large que celui du rôle ou celui du statut. La fonction c'est ce qui vient médiatiser et légitimer notre rapport à l'autre. Elle crée du tiers, de la même manière que ce que nous avons évoqué plus haut

Le professionnel de l'équipe n'est pas engagé corps et âme dans l'institution mais bel et bien au titre de sa fonction.

L'équipe pluri-professionnelle est entrée dans une phase d'expérimentation de sa propre pratique. Chaque acteur en est conscient, il l'exprime avec ses mots. Mais ce qui revient de manière récurrente c'est bien la question de la position du professionnel dans le cadre précis de telle ou telle situation que ce dernier s'emploie à décrire précisément.

C'est de la question du poste qu'il s'agit. Le choix de la transversalité pourrait laisser penser que les fiches de poste ont quasiment toutes le même contenu.

Or il n'en est rien. Si la fonction générale d'un membre de l'équipe de pluri professionnels est bien de réaliser l'ensemble des tâches qui constituent l'accompagnement social de chaque usager, les professionnels de l'équipe peuvent être amenés à exécuter des missions spécifiques non seulement à leur fonction mais également à leur positionnement et à leur engagement sur des thèmes particuliers du projet individuel d'un usager ou du projet du service concerné.

La transversalité s'exerce et s'exprime par la manière avec laquelle l'institution répond aux problématiques générales de chacun des usagers.

Parmi les missions principales réalisées, on note : d'une part tout ce qui relève de l'accompagnement social quotidien des bénéficiaires. D'autre part, l'ensemble des démarches visant à mettre en œuvre l'inclusion sociale, du même bénéficiaire, cette inclusion se réalisant notamment par le biais du logement.

Ces deux axes principaux d'action renvoient fort logiquement à des compétences et des savoir-faire à mobiliser dans la prise en compte de chaque situation.

- Pour ce qui relève de l'accompagnement social et médico-social, l'institution doit être capable par exemple de disposer de connaissances exhaustives de des ressources à disposition. La connaissance et le repérage de ces ressources ne s'obtiennent que par un travail de maillage régulier qui peut faire l'objet d'une mission particulière et indiquée sur la fiche de poste d'un acteur singulier.
- Pour ce qui relève de l'inclusion sociale par le logement, l'institution ne doit pas se limiter à réaliser l'obtention d'un logement pour les bénéficiaires concernés.

Là aussi, l'institution devra se doter d'outils et de moyens spécifiques qui permettront à chaque usager la mise en œuvre de projets individuels efficaces. Il est nécessaire d'agir sur la durée et de permettre à chaque bénéficiaire de disposer d'une série de moyens techniques propices à son inscription dans la vie de tous les jours. Pour ce faire, tel professionnel sera enclin à organiser des ateliers pratiques « cuisine et nutrition » qui permettront à chacun d'expérimenter la vie au quotidien dans un logement. Tel autre préférera agir et informer des obligations administratives via des réunions d'information et de réalisation pratique de démarches administratives avec un groupe d'usagers.

Ces exemples simples démontrent d'une part, le niveau élevé de sollicitations variées que représente un projet de service et d'autre part, la souplesse et la richesse d'intervention que ce même projet contient en son sein.

Cette année, ce type de questionnement représente la partie centrale de l'entretien. Il n'y est pas seulement question de projets, de projections, mais bel et bien de questionnement technique face à des situations qui n'ont sans doute pas autant évolué que les perceptions, les attentes et les suggestions des professionnels eux-mêmes.

L. Buratti⁸⁶ note comment une équipe de travail peut intégrer et s'approprier la dimension stratégique d'un projet par le resserrement de la focale des questions posées lors d'un entretien. Il suggère ainsi de passer notamment de la vision macro à la vision micro, en

questionnant le salarié depuis sa vision prospective et globale du projet à moyen terme jusqu'à la vision de sa propre contribution au même projet et dans le très court terme.

Toujours selon cet auteur, c'est la synthèse de ces visions individuelles qui permet au manager d'établir « *comme face à un tableau impressionniste, une vision globale....très vite apparaissent les points de convergence autour des grandes problématiques qui se posent au groupe de façon assez naturelle.* »

Pour ma part, j'ai essayé de recentrer et de ramener chaque salarié au moment de cet entretien vers les trois grands axes qui constituent l'essentiel de leur activité :

- la fonction d'accompagnement et d'aide, déclinée au quotidien et pour toutes les situations des bénéficiaires
- la fonction d'élaboration liée à l'appartenance à une équipe pluri-professionnelle dont le travail est fondé sur la coopération
- la fonction « acteur » d'une organisation, générateur d'interaction au sein de cette même organisation et facteur de développement des projets dans leur ensemble

Il est particulièrement surprenant de noter que bien des remarques formulées par les membres de l'équipe sont d'abord centrées sur les valeurs du projet d'accompagnement et sur ce qui fait sens, selon elles, pour ce même projet. Les attentes des professionnels concernent bel et bien des projections individuelles relatives à l'organisation et non pas seulement des revendications plus basiques en lien par exemple les conditions de travail.

L. Buratti écrit à ce sujet la nécessité absolue de développer des projets à visée d'expérimentation pour soutenir le processus de l'émergence telle que défini plus haut :

« *Chaque problème, chaque situation fournit une occasion de théoriser la pratique autant que de pratiquer la théorie. Dans ce processus d'apprentissage récursif, il élimine du projet de transformation naissent la résolution de problèmes concrets et non pas d'un diagnostic académique. En fait de simples hypothèses sur ce qui peut marcher, on expérimente et, si l'expérience apparaît concluante, elle prend un sens et une résonance auxquelles n'atteindront jamais des préconisations extérieures ou des prescriptions hiérarchiques*⁸⁷. »

⁸⁶ Buratti L. 2009 La Transformance InterEditions 237p

⁸⁷ Buratti L. La Transformance p199 InterEditions 2009

Résumé de la 3^e partie :

Les compétences collectives décrites précédemment sont convoquées, là, à leur mise en œuvre. Il s'agit de l'élaboration et du développement d'une culture commune de travail et du partage d'une méthodologie, de son appropriation par tous et en fonction des critères spécifiques des actions menées par l'institution.

C'est bien l'investissement par tous, des outils mis à disposition, qui favorise l'émergence de compétences collectives, porteuses de coopération et sources d'innovation.

Le travail d'élaboration et de mutualisation, fourni par les professionnels et les usagers, lors de la rédaction du guide de l'éducation thérapeutique du patient, place l'ensemble des membres de cette équipe dans une posture enrichie de tous les apports que constitue cette série d'échanges avec d'autres établissements et d'autres usagers. Ce travail n'est pas encore terminé, la production du guide constituant à la fois sa conclusion et sa mise en réseau.

La participation aux séances de travail consacrées à la démarche résolutive a permis, cette fois, à l'ensemble des acteurs réunis d'aborder en toute sécurité la question du contenu de la relation d'aide et de son devenir tout au long de l'accompagnement. Les remises en question individuelles et collectives que cette formation déclenche sont telles qu'à ce jour, il n'est pas possible d'en mesurer ou d'en vérifier l'opportunité et les bienfaits sur les interactions bénéficiaire/travailleur social. Force est de constater que tous les usagers admis depuis le mois de juin 2012, ont fait l'objet d'entretiens faisant appel aux techniques de la démarche résolutive.

Il reste encore un trimestre complet de formation avant de dresser le bilan du cycle accompli. Mais d'ores et déjà, il est acquis que les éléments constitutifs de cette technique font partie intégrante des modalités d'accompagnement de l'institution.

La progressivité de la démarche choisie pour mettre en œuvre les phases de changement décrites plus haut est révélatrice de l'ancrage de la vision comme de la nécessité de son partage par tous. L'analyse plus fine des effets induits par de tels changements est à peine lancée. Cette dernière passe par le recueil de l'avis de l'ensemble des usagers. En effet, c'est à partir de l'analyse et de l'interprétation des écarts entre la qualité attendue par les usagers et la qualité de la même prestation délivrée par des professionnels que sera évaluée la réorganisation de l'offre de service.

De la même manière, c'est à partir des écarts entre la qualité d'une prestation délivrée par des professionnels et la qualité de cette même prestation perçue par des usagers, que sera abordée la dimension du rendu du service et du soin.

Conclusion

Le directeur d'établissement participe, par l'exercice de ses missions, à une forme d'ordonnancement de places et de fonctions. Il en est le garant, qu'il s'agisse des bénéficiaires ou des salariés.

En quelques années, l'institution dont j'ai la responsabilité a fait l'objet d'un bon nombre de changements, qu'il s'agisse de son organisation interne, de sa taille ou de son environnement. Selon moi, il est indispensable pour un manager de considérer et d'appréhender tout changement en termes d'opportunité afin de ne pas se trouver à devoir considérer et vivre ce dernier comme une contrainte. C'est ainsi que j'ai essayé d'aborder chaque étape de l'évolution de l'institution et d'en assurer la présentation aux membres de l'équipe de travail.

Le groupe d'acteurs qui constituent une organisation a besoin, d'une part, de savoir qu'il est engagé dans des actions repérées qui, de fait, limitent et encadrent la zone d'incertitude de son environnement de travail (au sens de Michel Crozier), et, d'autre part, de réaliser une véritable prise de conscience (au sens de D. Bériot) des enjeux et des difficultés que ces actions vont engendrer.

La série de changements, d'ajustements présentés ici contient la double légitimité de la conformité et de l'adaptation de l'offre de service au plus près des attentes des bénéficiaires. Cette série de changements et d'adaptations n'est pas exceptionnelle. Elle constitue le quotidien de chaque institution. Les particularismes et les spécificités de cette institution ont conduit à ce que ces changements s'organisent et s'actent de cette manière.

A contrario, la posture du manager, le type d'action et de réponse mises en œuvre, les modalités de cette mise en œuvre constituent LA part variable de la vie de chaque institution.

Penser l'institution d'un point de vue organisationnel, dans un premier temps m'a engagé dans un travail de repérage de cette dernière tant dans son mode de fonctionnement propre que dans sa confrontation régulière à son environnement.

Mon travail d'élaboration s'est construit à partir d'un double aller-retour :

- un aller-autour théorie/pratique tel que le conçoivent les cliniciens : « *le regard clinique à cette paradoxale propriété d'entendre le langage au moment où il perçoit un spectacle* »⁸⁸
- un aller-retour opportunités/contraintes qui place mon action dans la dynamique du projet : « *aujourd'hui le projet a pris la place du sacré dans les institutions* »⁸⁹

Les projets en cours, qu'il s'agisse de formation à la démarche résolutive ou de sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient, ont pour but d'engager les professionnels, comme les usagers, dans une réelle relation de coopération, avec pour visée principale l'émergence des projets individuels de chacun. La mise en acte de ces projets nécessite que je les présente de ma place de directeur, c'est-à-dire d'une place pédagogique, projective et visionnaire tout autant que hiérarchique. C'est l'association et la combinaison de ces dimensions qui permettent l'engagement et le repérage des actions par les acteurs.

Ce travail nous conduit jusqu'ici aujourd'hui et ne constitue qu'une part infime de l'élaboration continue que représentent les interactions bénéficiaires/équipes/services. Ces interactions contribuent, elles, à l'impermanence du système, l'engageant de fait pour les coopérations et les innovations futures.

« Jamais nous ne cesserons notre exploration, et le terme de notre quête sera d'arriver à l'endroit que nous avons quitté et de le percevoir enfin tel qu'il est. »

T.S.Elliott

⁸⁸ Foucault M. Naissance de la clinique PUF

⁸⁹ Fustier P. Revue connexion

Bibliographie

Ouvrages :

- ALTER N. L'innovation ordinaire PUF (2010)
- AMHERDT C.H. Compétences collectives dans les organisations Presses de Laval (2002)
- BERIOT D. Manager par l'approche systémique Eyrolles (2011)
- BIGOT P. Le coaching orienté solution Eyrolles (2010)
- BURATTI L. La Transformance InterEditions (2009)
- CASTEL R. La montée des incertitudes Seuil (2009)
- FRIEDBERG E. Le pouvoir et la règle Points Essais (1997)
- GENELOT D. Manager dans la complexité (4° édition) Insep Consulting (2011)
- JOUBERT M. Répondre à la souffrance sociale Erès (2005)
- LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives Eyrolles (2011)
- MUCCHIELLI A. L'interaction et les processus de l'émergence Eska (2007)
- PAUGAM S. Le lien social PUF Que sais-je (2008)
- QUESAMAND ZUCCA Je vous salis ma rue Stock (2007)

Revues, Documentation & Rapports :

Education Permanente N° 179 Juin 2009 Travailler aux marges

Lien social et Politiques N° 63 Printemps 2010 Logement et habitat : enjeux politiques et sociaux

Lien Social et Politiques N° 61 Printemps 2009 Pauvreté Précarité : quels modes de régulation ?

Synthèse du Rapport De Fleurieu/Chambaud relatif à l'hébergement des personnes sans abri remis à Mme C. Vautrin (Ministre Déléguée à la Cohésion Sociale) 09/06/2006

Ruptures Biographiques, Réseaux et Risques des Usagers de Drogues à Marseille
Lovell A. Inserm Unité 379 Rapport final Décembre 1999

L'émergence d'une nouvelle santé publique Sida & Utilisateurs de Drogues intraveineuses à Marseille
Lovell A. Inserm Unité 379 & CRIPS PACA

La santé des personnes sans chez soi, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports : Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. 2009

Supports numériques et Sites :

« Un chez soi d'abord » : DVD Délégation Interministérielle à l'hébergement et à l'aide au logement (DIHAL) Juin 2012

<<http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-1.htm>>. maryse bresson

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

Lois, Décrets, Circulaires :

Loi n°46-685 du 13 Avril 1946, dite Loi Marthe Richard, visant le renforcement de la lutte contre le proxénétisme Journal Officiel du 14 Avril 1946, page 3138

Loi n°74-955 du 19 Novembre 1974, étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires Journal Officiel du 20 Novembre 1974, page 11643

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel, n° 6603 du 30 Juin 1975, page 6604.

Loi n°86-17 du 06 Janvier 1986, organisant les transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé Journal Officiel du 08 Janvier 1986

Loi n°98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions Journal Officiel du 23 Décembre 2000, Journal Officiel n°175 du 31 Juillet 1998 page 11679

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel, n° 2 du 3 janvier 2002, page 124.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel, n° 36 du 12 février 2005, page 2 353.

Loi n°2007-290 du 05 Mars 2007, dite Loi DALO, Journal Officiel n°55 du 06 Mars 2007, page 4190

Décret n° 87-328 dit décret Barzach concernant la mise en place d'un programme de réduction des risques liés à l'usage de drogues Journal Officiel du 16 Mai 1987 page 5399

Circulaire du 28 Juin 1990 relative à la prise en charge extra-hospitalière des personnes vivant avec le VIH

Circulaire n°45 du 17 Juin 1993 relative au renforcement des actions de l'Etat dans le domaine de la lutte contre l'infection VIH

Circulaire n°65 du 17 Août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structure d'hébergement pour personne malade du Sida

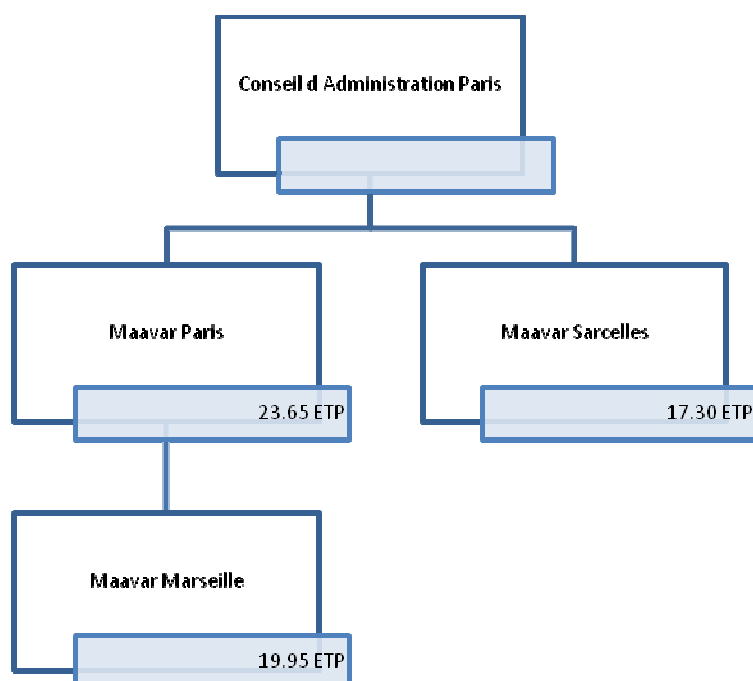
Circulaire n°90 du 19 Mars 2007 relative au Plan d'accueil renforcé des personnes sans abri PARSA

Circulaire n°2012-04 du 13 Janvier 2012 relative au Logement d'abord (« Housing first »)

Liste des annexes

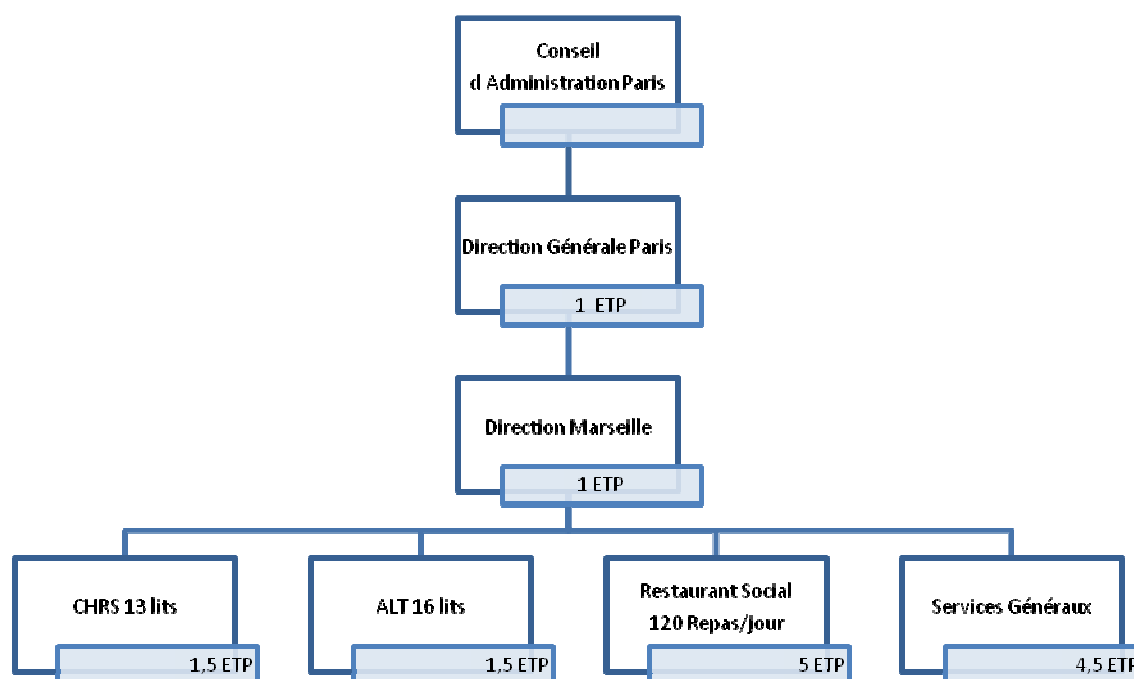
1. Organigramme Général Association Maavar
2. Organigrammes Maavar Marseille, en 2007 et en 2012
3. Données chiffrées des rapports d'activité du service ALT 2006 ET 2011
4. Extrait du projet associatif de Maavar
5. Fiche de fonction « Chef de Service »
6. Extraits du rapport d'évaluation externe CHRS
7. Répartition géographique des 7 sites pilotes pour la rédaction du guide de l'ETP
8. Fiche de fonction « Equipe Educative »
9. Synthèse Questionnaire de satisfaction des Usagers (en cours de réalisation)
10. Articulation des services dans le cadre d'un accompagnement médico-social

Organigramme Général Maavar

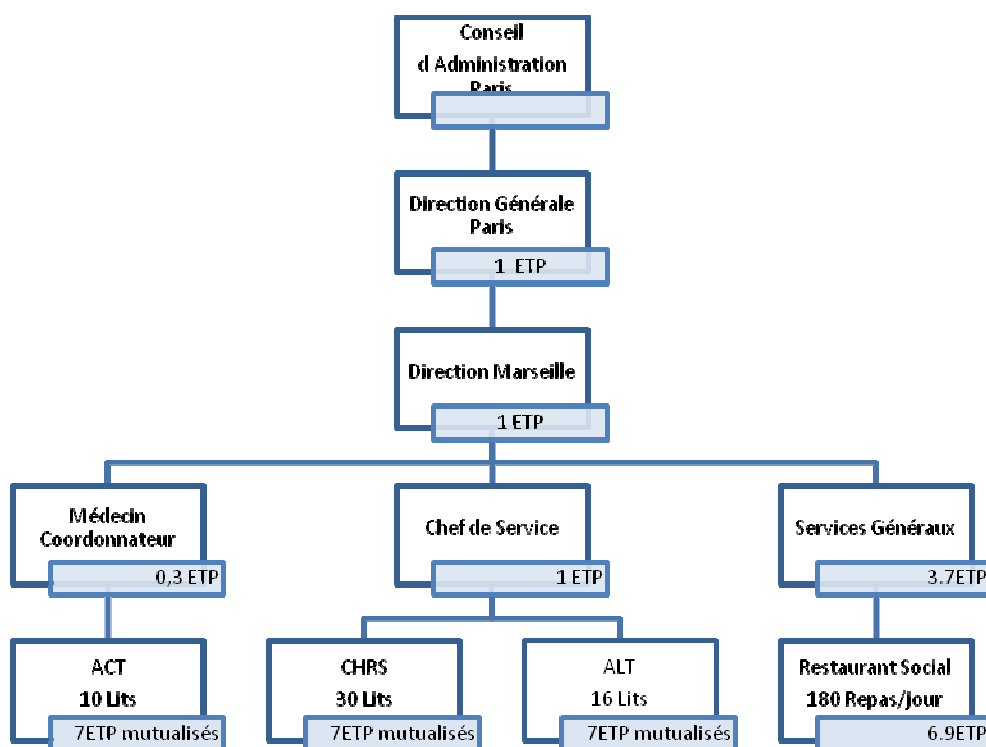


Annexe n°2 Organigrammes Maavar Marseille

Organigramme Maavar Marseille 2007



Organigramme Maavar Marseille 2012



Annexe n°3 Synthèse des rapports d'activité 2006 et 2011 du service ALT

Activité :

	Réalisé	Théorique	Taux Occupation
2006	5152	5840	88.3%
2011	5197	5840	89%

Nombre de personnes reçues :

2006	48 personnes	11 personnes au 31/12/2006
2011	20 personnes	14 personnes au 31/12/2011

Pathologies

	VIH	VHC	VIH + VHC	Totaux
2006	24	19	5	48
2011	10	9	1	20

Sorties

	2006	2011
ACT	4	1
CHRS	11	0
Hospitalisation	1	0
Incarcération	1	0
Famille	1	0
Logement Autonome	0	3
Départ volontaire	17	2
Exclusion	2	0
Totaux	37	6

Annexe n°4 Extrait du Projet Associatif Association Maavar

L'OBJECTIF DE L'ASSOCIATION EST D'AIDER TOUTE PERSONNE EN SITUATION DE RUPTURE SOCIALE, FAMILIALE OU PSYCHOLOGIQUE. TOUTES LES ACTIONS MENEES PAR MAAVAR DOIVENT TENIR COMPTE DE CET OBJECTIF.

ON PEUT DISTINGUER TROIS PRINCIPALES ACTIVITES AU SEIN DE L'ASSOCIATION MAAVAR :

1. L'HEBERGEMENT :

PRINCIPALE ACTIVITE DE MAAVAR : L'HEBERGEMENT SE FAIT SOIT EN CHAMBRE D'HOTEL, SOIT EN APPARTEMENT POUR LES PRISES EN CHARGE DE PLUS LONGUE DUREE.

POUR SE FAIRE, MAAVAR EST SOUS CONVENTION AVEC PLUSIEURS HOTELS. LE LOGEMENT DE LONGUE DUREE SE FAIT PAR LE BIAIS DE LOCATIONS MENSUELLES PAR L'ASSOCIATION D'APPARTEMENTS DESTINES AUX BENEFICIAIRES DE MAAVAR.

L'HEBERGEMENT SE CALCULE EN NOMBRE DE LITS SAUF POUR LA RESIDENCE MAILLOL DE SARCELLES, LAQUELLE DISPOSE DE FAÇON PERMANENTE D'APPARTEMENTS QU'ELLE MET A DISPOSITION DE PERSONNES AYANT DE FAIBLES RESSOURCES.

TOUTE PERSONNE SE TROUVANT DANS UNE SITUATION D'EXCLUSION, QU'ELLE SOIT D'ORDRE SOCIALE, FAMILIALE OU PSYCHOLOGIQUE PEUT AVOIR RECOURS AUX SERVICES DE MAAVAR.

L'ASSOCIATION, EN PLUS D'HEBERGER CES PERSONNES A LE DEVOIR DE LES ACCOMPAGNER SUR LE CHEMIN DE LA TRANSITION, VERS UNE REINSERTION SOCIALE. LA BONNE VOLONTE DES HEBERGES JOUANT UN ROLE ESSENTIEL DANS L'AMELIORATION DE LEURS CONDITIONS DE VIE.

C'EST POUR CETTE RAISON QUE MAAVAR A MIS EN PLACE DES PRESTATIONS ANNEXES QUI COMPLETENT L'HEBERGEMENT.

2. LE SUIVI DES HEBERGES :

UNE PERSONNE AYANT RECOURS A L'HEBERGEMENT PAR MAAVAR DOIT TOUT METTRE EN ŒUVRE, AVEC L'AIDE DES PERSONNES TRAVAILLANT POUR L'ASSOCIATION, POUR PASSER D'UNE SITUATION D'EXCLUSION A UNE VIE SOCIALE PLUS STABLE.

AINSI, LE PERSONNEL DE MAAVAR A POUR MISSION D'AIDER CES PERSONNES A OBTENIR CERTAINS DROITS COMME LES DIVERSES ALLOCATIONS DONT ILS PEUVENT BENEFICIER, DE LES ACCOMPAGNER DANS LEUR RECHERCHE D'EMPLOI, DE LEUR PROPOSER DES FORMATIONS SI NECESSAIRE, DE S'ASSURER QU'ILS REÇOIVENT BIEN LES SOINS DONT ILS ONT BESOIN LORSQU'ILS SONT MALADES...

LE SUIVI DES HEBERGES SE FAIT PRINCIPALEMENT A QUATRE NIVEAUX :

- a) UN SUIVI SOCIAL QUI CONSISTE A VEILLER A CE QUE LES HEBERGES OBTIENNENT BIEN LES DROITS QUI LEURS REVIENNENT. POUR CELA LE PERSONNEL DE L'ASSOCIATION LES MET EN RELATION AVEC DES ASSISTANTES SOCIALES ET LES AIDE DANS LEURS DEMARCHES ADMINISTRATIVES. LE SUIVI SOCIAL SE FAIT EGALEMENT AU NIVEAU DE LA RECHERCHE D'UN EMPLOI STABLE, CONDITION SINE QUA NON A UNE BONNE REINSERTION.
- b) UN SUIVI SOCIO-EDUCATIF : LES EDUCATEURS DE L'ASSOCIATION DOIVENT DIRIGER LES PERSONNES POUR QUI UNE REMISE A NIVEAU OU UNE FORMATION EST NECESSAIRE DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE D'UN EMPLOI.
- c) UN SUIVI MEDICAL EST MIS EN PLACE POUR LES HEBERGES AYANT DES PROBLEMES DE SANTE. CE SUIVI EST TRES IMPORTANT AU SEIN DU SERVICE EZRA
- d) UN PSYCHOLOGUE ACCOMPAGNE TOUS LES HEBERGES ; PLUSIEURS AUTRES PSYCHOLOGUES SONT EN PERMANENCE A L'ECOUTE DES PERSONNES QUI EN ONT BESOIN.

3. LES AUTRES PRESTATIONS :

EN DEHORS DE L'HEBERGEMENT ET DU SUIVI DES PERSONNES AYANT FAIT APPEL A L'ASSOCIATION, LES AUTRES PRESTATIONS APPORTEES PAR MAAVAR SONT DES AIDES MATERIELLES DESTINEES A AMELIORER LE QUOTIDIEN DES HEBERGES.

L'ASSOCIATION DISTRIBUE AUSSI DES COLIS ALIMENTAIRES AUX HEBERGES : ELLE REÇOIT REGULIEREMENT DE LA NOURRITURE PROVENANT DE LA BANQUE ALIMENTAIRE, SE CHARGE DE CONSTITUER DES COLIS CORRESPONDANT AUX DIFFERENTS BESOINS DE CHAQUE USAGER ET SE CHARGE DE LA DISTRIBUTION. DE NOMBREUX DONS EN NATURE SONT FAITS A L'ASSOCIATION, NOTAMMENT DES VETEMENTS, DES MEUBLES, DE LA VAISSELLE LES MEUBLES ET L'ELECTROMENAGER VIENNENT AIDER LES PERSONNES AYANT OBTENU UN LOGEMENT.

Annexe n°5 : Fiche de fonction « chef de service éducatif »

Titre du poste **Chef de Service Educatif**

Contexte du poste

Nom de l'établissement : Maavar Marseille

Organisme gestionnaire : Association Maavar

Type d'établissement : CHRS & ACT

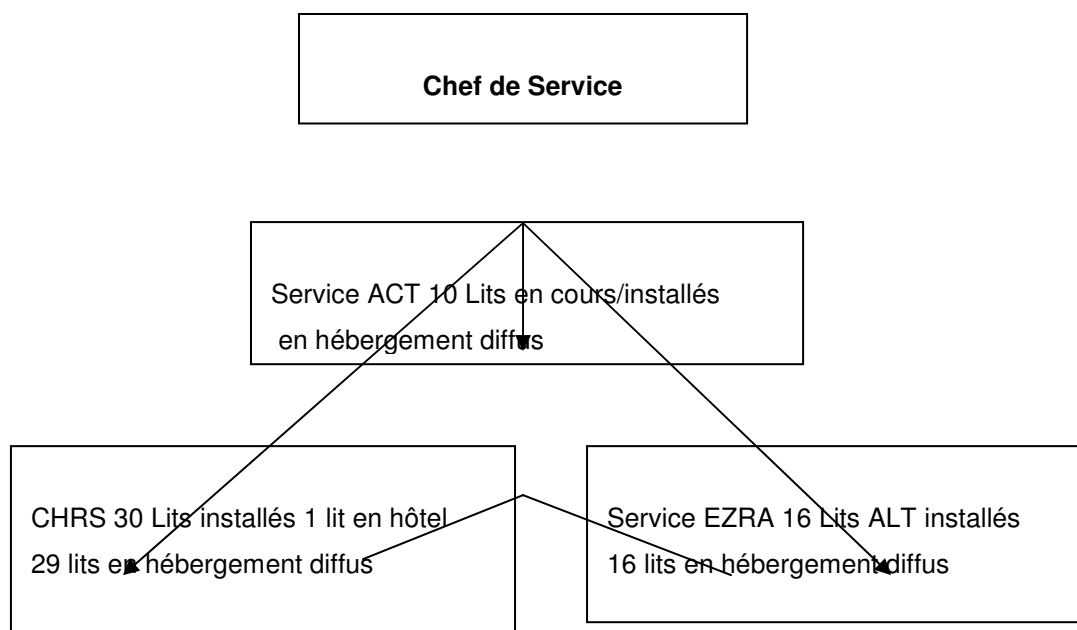
Catégorie d'établissement : Sanitaire et social

Statut de l'établissement : Non autonome

Habilitation de l'établissement : Aide sociale d'Etat 46 places ACT 10 places

Mission de l'établissement : accueil diversifié en chambre d'hôtel et en hébergements diffus toute personne majeure en situation de marginalité, précarité et/ou présentant des problématiques de santé de type VIH/VHC, et toute personne relevant d'ACT.

Organigramme du service d'affectation



Positionnement du poste

Position hiérarchique :

N + 2 : Directeur Général Paris

N + 1 : Directeur Maavar Marseille

Relations fonctionnelles :

En interne : ensemble des services sociaux, services généraux (secrétariat, comptabilité), service technique

En externe : Services de la DDCSS 13 (Pôle social & Pôle santé) Services du CG 13
Services de la Ville de Marseille (Santé publique)

Profil recherché

Dénomination de la fonction : Chef de service

Qualification nécessaire : Caferuis

Expérience nécessaire : expérience similaire dans le secteur

Compétences nécessaires :

Savoirs :

Cadre administratif et juridique des admissions en CHRS, droit à la santé des étrangers, ensemble des dispositifs relevant de l'aide sociale d'Etat

Savoir-faire :

Conception et conduite de projet, organisation, animation et coordination technique et pédagogique d'équipe pluridisciplinaire

Communication et évaluation des actions menées

Savoir-être :

Capacité à encadrer et organiser les actions à destination des publics visés

Rigueur et Lisibilité

Capacités d'encadrement et de travail en transversalité

Contenu du poste

Missions :

Finaliser les phases de réécriture des projets de service (CHRS & EZRA)

Mettre en place et piloter le fonctionnement du service éducatif (équipe pluridisciplinaire, coréférences éducatives)

Responsabilités :

Veiller à la continuité du service, à la sécurité des usagers

Mettre en conformité les prestations et la réglementation relative aux services

Attributions :

Réaliser et assurer le suivi de la rédaction des documents propres au fonctionnement du service (rapports sociaux, dérogations, rapport d'activité...)

Veiller à la mise en œuvre et au respect des projets individualisés

Réaliser la mise en œuvre de la communication spécifique aux services

Mettre en œuvre et développer l'information et la communication internes

Mettre en œuvre et animer les réunions de service

Participer au processus de recrutement et aux diverses instances internes

Délégations :

Gérer les plannings, les absences ou départs anticipés de personnels éducatifs

Représenter l'établissement en toutes instances en cas d'absence du Directeur

Objectifs :

Garantir la mise en œuvre des bonnes pratiques des prises en charge individuelles

Mettre en œuvre et garantir la pertinence de l'évaluation des situations

Améliorer la lisibilité de l'ensemble des actions, développer la communication envers l'ensemble

Conditions de travail

Temps de travail hebdomadaire : 35 Heures

Séquences de travail : horaires collectifs (cf contrat de travail)

Congés : 25 CA, 11 fériés, + trimestriels et organisation spécifique à Maavar (selon les modalités du règlement intérieur de l'association)

Rémunération : Groupe VI indice 720 accords SOP CHRS

.III. Les développements informatifs (suite)

.3.2.1. L'information recueillie

.1. Leadership :

Les dirigeants de l'établissement développent une mission, une vision, des valeurs et une éthique intégrées et partagées par les équipes. Ils adoptent des postures en cohérence avec celle-ci.

Le management pilote des relations avec toutes les parties prenantes pour améliorer la prestation servie au résident (besoins, attentes, partenariats).

La direction affiche sa volonté de développer une culture de l'amélioration continue.

Les changements nécessaires, au regard de l'évolution des populations concernées et de l'environnement, sont mis en œuvre.

.2. Politique et stratégie :

Le projet d'établissement répond aux besoins et attentes des parties prenantes. Il est développé, mis en œuvre et revu.

La révision de la stratégie s'appuie, uniquement, sur une connaissance fine des publics accueillis, de l'évolution de leur profil et de l'activité. Il n'existe que peu d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs délivrant des informations sur les Ressources Humaines, la délivrance des prestations et les insatisfactions (réclamations, événements indésirables).

Le projet d'établissement est établi collectivement et communiqué en interne.

.3. Gestion RH :

La politique de gestion des Ressources Humaines est au service de la réalisation du projet.

Ainsi, le recrutement, les modes de coordination, l'organisation et les conditions de travail, le management participatif, le dialogue social, les entretiens annuels et le plan de formation sont des processus maîtrisés, connus et facteur de développement des Ressources Humaines.

Les fiches de poste sont établies avec les personnels concernés mais un certain nombre mérite d'être revu. L'expertise des professionnels est sollicitée.

Partie 6 : les observations complémentaires

Le service évalué propose des prestations adaptées aux besoins des usagers et en cohérence avec les politiques sociales. Elles sont de qualité et l'éthique qui soutient leur mise en œuvre est pertinente et partagée. Les droits des usagers sont respectés.

Le fonctionnement de l'établissement s'appuie sur des Ressources Humaines dotées de compétences de haut niveau et témoignant d'un engagement et d'une disponibilité avérés.

Une culture de la bientraitance et du service à l'utilisateur fédère les professionnels. La gestion des Ressources Humaines développe les compétences et assure des conditions de travail satisfaisantes et mobilisatrices

Les partenariats établis soutiennent et enrichissent la réalisation des objectifs.

Le management s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue et pilote le service dans cette optique. Disponible et engagé, ce management s'appuie sur l'expertise des équipes, sur leur participation à la mise en œuvre de cette démarche.

Trois axes majeurs et complémentaires d'amélioration sont proposés dans le cadre du plan d'action :

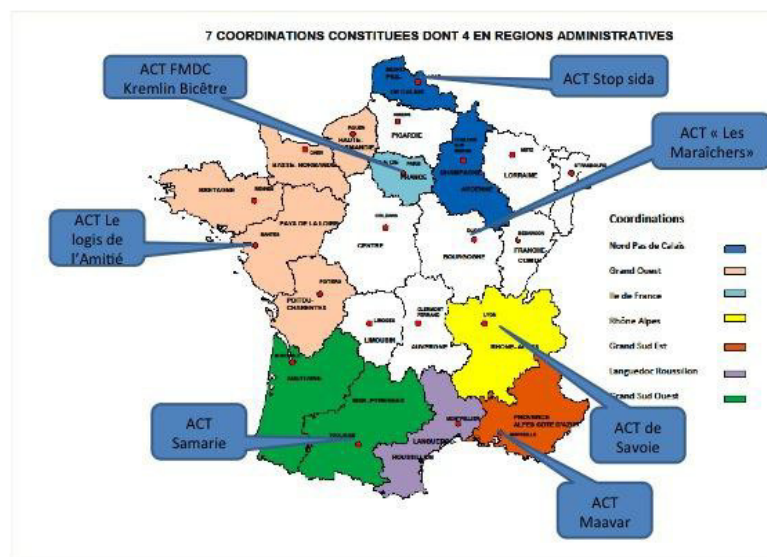
- .1. Assurer une conformité réglementaire exhaustive du service par la révision de documents existants, mais soit incomplets, soit inadaptés.
- .2. Organiser, structurer, outiller, étendre et planifier la démarche d'amélioration continue initiée.
- .3. Enrichir le partenariat par la formalisation de conventions et une communication sur les modalités de délivrance opérationnelle des prestations servies.

Annexe n°7 Répartition Géographique des 7 sites pilotes de l'ETP

Critères de choix initiaux : 1 ACT par coordination, 2 ACT déjà définis car ils sont partenaires de la réponse DGS, les 7 ACT doivent être le reflet de la diversité nationale des ACT.

Critères de sélection des 7 ACT : Un ACT pour chacune des 7 coordinations, nombre de place dans l'ACT (0-10, 11-20 et plus de 20), accueil des accompagnants, pathologies (sida et autres pathologies ou pathologies chroniques), type d'hébergement (individuel, semi collectif, collectif), environnement (taille de la ville et « isolement »).

Coord	Ville
IDF	Le Kremlin-Bicêtre
Sud Ouest	Toulouse
Rhône Alpes NPC	Chambéry
Grand Est	Dijon
Grand Ouest	Nantes
Sud Est	Marseille

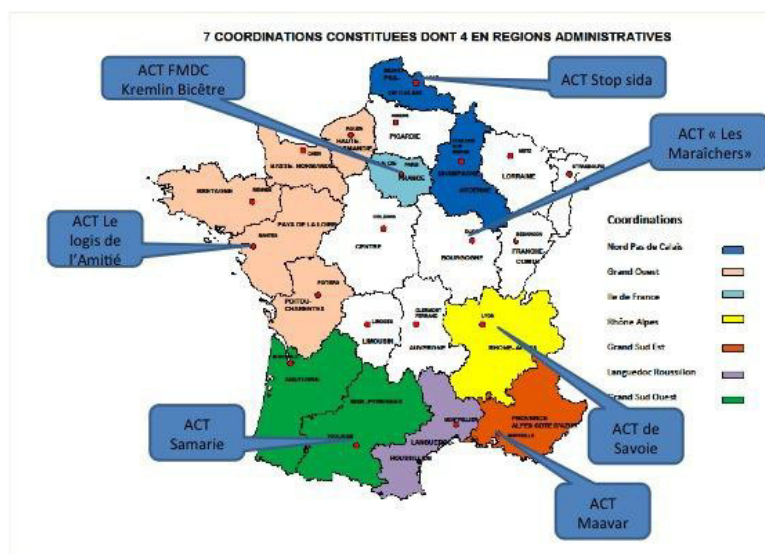


Critères	Participation
enaire	se DGS
se DGS	se DGS
sida,	omp
omp	indiv)
ho	oniques)
0-10	

Diversité

Les 7 sites identifiés d'action ETP

œuvre



Fiche de Fonction PERSONNEL EQUIPE EDUCATIVE (A.S., C.E.S.F., E.S.)

- ◆ Participe à l'accueil et l'hébergement de toute personne isolée, couple, ou famille ;
- ◆ Identification et analyse des besoins des personnes ;
- ◆ Prise en charge et suivi social, éducatif dans la globalité de la situation de chaque usager, utilisation du dossier unique informatisé ;
- ◆ Astreinte téléphonique (suivant planning) pour le service d'appartements de coordination thérapeutique ;
- ◆ Elaboration et co-construction du projet individualisé avec la (les) personne(s) hébergée(s), en lien avec le cadre coordinateur et les partenaires extérieurs éventuels
- ◆ Participation à l'ensemble des réunions d'équipe (clinique, admission, analyse des pratiques, etc...)
- ◆ Comptes-rendus mensuels d'activité qualitative et quantitative auprès du cadre coordinateur et/ou en réunion clinique, participation à l'élaboration du rapport d'activité et/ou tout document de synthèse ;
- ◆ Toute intervention rendue nécessaire pour des besoins de continuité de service

Marseille, Juin 2009

Jacques Angelini
Directeur de Maavar13

Annexe n°9 Synthèse du projet de questionnaire de satisfaction des usagers

L'enquête porte sur 4 domaines distincts qui ont pour objet de regrouper la majorité des sujets de questionnement des usagers :

- ▽ Accueil
- ▽ Hébergement & Environnement
- ▽ Accompagnement social
- ▽ Règlement général de fonctionnement

Chaque domaine contient un certain nombre d'items dont l'appréciation est possible à 5 degrés différents :

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas satisfaisant du tout

Pour l'instant, seuls, les domaines relatifs à l'hébergement et à l'accompagnement social sont finalisés.

Hébergement :

1) Vous percevez votre hébergement comme :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout

2) La propreté (à votre arrivée) dans l'hébergement comme son équipement vous semblent :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout

3) La situation géographique par rapport à vos attentes et vos besoins vous paraît :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout

4) Les éventuels problèmes techniques sont-ils résolus selon vous de manière :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout

L'accompagnement social :

- 1) Votre projet personnel est-il défini ? ☐ Oui ☐ Non
- 2) Si oui votre projet est-il rédigé ? ☐ Oui ☐ Non
- 3) L'accompagnement social dont vous bénéficiez vous semble :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout

4) Les rencontres avec votre référent, leur fréquence, leurs modalités vous semblent :

Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas satisfaisant du tout

5) Dans le cas d'un projet non mis en œuvre, pensez-vous que cette difficulté est liée à :

- ☐ Vous
- ☐ L'institution
- ☐ Le contexte socio-économique
- ☐ D'autres facteurs externes

Annexe n°10 Articulation des projets de service dans le cadre d'un accompagnement

Il s'agit de l'accueil d'un homme d'une trentaine d'années, qui a déjà bénéficié des services de l'institution entre 2006 et 2007. Son séjour a dû être interrompu suite à des incidents majeurs provoqués dans l'hôtel dans lequel il résidait. Après une période d'errance, cet homme fait à nouveau une demande d'hébergement, en 2010. Jusqu'à présent nous le connaissions comme un bénéficiaire célibataire ; là il fait une demande d'hébergement avec une jeune femme.

Monsieur est malade : il est atteint d'une double pathologie infectieuse qui explique sa demande initiale de 2006. Aujourd'hui, sa demande est plus claire, mais il prend conscience de son caractère extrêmement large et pressant : obtenir un hébergement, réinstaurer un protocole de soins pour sa pathologie, stabiliser ses consommations festives d'alcool et de substances psycho actives, prendre en compte la présence de son amie, elle-même en grande difficulté et précarité sociale.

Après une analyse approfondie de la situation et des demandes de ces deux personnes, il est décidé d'organiser une prise en charge particulière : le couple sera hébergé sur le service qui accueille Monsieur : ce sera donc un appartement de coordination thérapeutique. À ce titre M. bénéficiera d'un accompagnement social réalisé par un travailleur social de l'équipe pluri professionnelle ainsi que de l'ensemble de l'accompagnement médical et paramédical réalisé par l'équipe spécifique ACT.

Mme, quant à elle fera l'objet d'un accompagnement social strict, relevant du service CHRS. À ce titre, elle bénéficiera d'un accompagnement social réalisé par un autre référent social, membre également de l'équipe pluri professionnelle.

De mon point de vue, ce type d'organisation démontre la capacité et d'adaptation de la structure aux situations auxquelles elle est confrontée.

Si une telle organisation est possible, c'est parce que chacun des membres de l'équipe pluri-professionnelle a perçu à la fois les enjeux que cette situation comportait mais également ce que cette même situation permettait de révéler de l'institution elle-même. C'est bien parce que les notions d'autonomie, d'implication personnelle et collective, de capacité à communiquer et à s'écouter, ont été partagées par tous que cet accompagnement a pu être organisé et développé dans ces conditions.

C'est bien aussi parce que les conditions indispensables au développement d'une coopération avérée ont été réunies que ce type d'action a pu se produire. Si l'on pousse l'analyse de cette situation plus loin, on se rend compte également que le contenu des relations entre ces deux personnes et l'institution est forcément en lien direct avec ce que cette institution leur permet de vivre, à l'endroit exact de leur demande (unité de temps, unité de lieu, unité d'action).

ANGELINI	Jacques	Novembre 2012
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS PACA		
Promouvoir l'innovation et organiser la coopération d'une équipe pluri-professionnelle en faveur de publics admis en CHRS & ACT		
Résumé : L'Association <i>Maavar</i> agit auprès de publics en situation de précarité. Entre 2007 et 2010, l'institution voit, à Marseille, sa capacité d'accueil doubler par l'extension du CHRS et l'ouverture de places d'Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT). Ces modifications en appellent d'autres, au plan organisationnel et stratégique. L'objectif visé est la transversalité du travail de l'équipe, et le développement de compétences collectives au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Au-delà d'une simple mutualisation, c'est l'efficience maximale du système qui est visée, en s'appuyant autant sur les apports individuels que sur les interactions entre les membres de l'équipe. La participation de professionnels et d'usagers du service au travail d'écriture d'un guide pour « l'éducation thérapeutique du patient », la formation collective initiée autour de modalités d'accompagnement basées sur la démarche résolutive, elle-même issue du « <i>coaching orienté solution</i> » constituent deux des supports majeurs au développement des compétences collectives, indispensables à la coopération de l'équipe pluri-professionnelle.		
Mots clés : CHRS, ACT, transversalité, compétences collectives, coopération, éducation thérapeutique du patient, accompagnement social orienté solution		
<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>		