

**S'INSCRIRE DANS UN RESEAU DE SANTE MENTALE
POUR AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES
ACCUEILLIES EN CHRS**

Philippe NIOGRET

Session 2008

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à adresser des remerciements :

- Aux personnes accueillies au CHRS Lyon Cité qui démontrent chaque jour combien grande est leur richesse intérieure.
- Aux salariés de l'établissement pour l'ensemble des choses qu'ils m'ont apprises sur mon métier et pour la compréhension dont ils ont fait preuve pour habiller mes absences lors des regroupements.
- A l'ensemble des formateurs de l'IRTS PACA Corse dont l'implication et l'ardente envie de transmettre ne se sont jamais démenties durant ce cursus formatif ; parmi eux, une attention particulière à Sandra GUITTON qui a accepté de m'accompagner durant ce travail.
- A Denis LEGROS qui m'a permis d'endosser les habits du directeur de l'établissement Lyon Cité durant cet exercice.
- A Héloïse, Théo, Nathy et à Simone qui ont su moduler leurs jeux et leurs activités durant les nombreux week-ends passés en tête à tête avec l'écran d'ordinateur.

Sommaire

Introduction	1
1 Le problème de la santé mentale en CHRS : entre concepts et politiques publiques, des personnes en souffrance	3
1.1 Autour de la santé mentale, concepts et notions	3
1.1.1 Concepts de santé et de santé mentale	3
A) Les définitions de la santé et de la santé mentale	3
B) La santé mentale, une notion dynamique complexe.....	3
1.1.2 La santé mentale au regard des politiques publiques	5
A) La souffrance psychosociale.....	5
B) La maladie mentale.....	7
1.2 La santé mentale au regard des politiques publiques.....	9
1.2.1 Quelques repères historiques.....	9
1.2.2 La santé mentale, une notion soutenue par un faisceau de politiques	11
A) L'apparition de la notion de santé mentale dans les politiques publiques.....	11
B) Les apports de la réforme hospitalière de 1991	12
C) 1995-2005, un nouvel élan traversé par certains paradoxes	12
D) Au tournant du XXI ^{ème} siècle, de nouvelles injonctions autour de la santé mentale	14
E) L'impact du Plan santé mentale 2005-2008	15
1.3 Eléments caractérisant les publics accueillis au CHRS Lyon Cité	16
1.3.1 Données sociodémographiques	16
1.3.2 Augmentation de la symptomatologie des publics en matière de santé mentale.....	18
A) Une symptomatologie qui relève de la dimension psychiatrique.....	18
B) Une symptomatologie qui relève de clinique psychosociale	19
1.3.3 Des typologies de publics particulièrement exposés.....	20
1.3.4 Des parcours marqués des ruptures dans les processus de soins	21
2 Le CHRS Lyon Cité : une insertion insuffisante dans le champ de la santé mentale.....	23
2.1 Les CHRS, des équipements à vocation généraliste	23
2.1.1 Un rapide détour historique	23
2.1.2 Les missions des CHRS aujourd'hui.....	25
2.2 Les spécificités du CHRS Lyon Cité	25
2.2.1 Une implantation géographique en milieu urbain	25

2.2.2 Une proximité forte avec le champ de l'urgence sociale.....	26
2.2.3. Des entrées thématiques inégalement investies.....	27
2.2.3 Un contexte financier difficile	28
2.3 Données se rapportant au fonctionnement de la structure	30
2.3.1 Des compétences limitées pour accompagner les problématiques liées à la santé mentale	30
2.3.2 Des services cloisonnés.....	31
2.3.3 Un fonctionnement renouvelé de l'équipe socio-éducative.....	32
2.3.4 Les ressources en l'interne mobilisables autour de la santé.....	33
2.4 L'action du CHRS Lyon Cité dans le domaine de la santé.....	33
2.4.1 Une médecine de ville peu mobilisée	33
2.4.2 Un lien complexe avec le secteur spécialisé	34
2.4.3 Une faible utilisation des programmes déclinés localement	36
2.4.4 Une connaissance insuffisante des ressources du champ médico-social.....	37
2.4.5 L'existence de ressources utilisables dans le cadre du plan de santé mentale	38
2.4.6 Une implication dans un réseau « santé-précarité » répondant insuffisamment aux besoins	38
2.5 Le travail en réseau, une réponse à l'accompagnement des publics précaires concernés par un problème de santé mentale	40
2.5.1 Le réseau, un outil susceptible de se décliner de différentes façons	41
A) Un bref historique des réseaux.....	41
B) Les entrées permettant de formaliser un réseau.....	41
C) Les formes de réseaux identifiables	42
2.5.2 La visée d'un réseau et les acteurs qui le composent	43
A) Un outil qui répond à une politique ambitieuse	43
B) Un outil susceptible de s'ouvrir à une multiplicité d'acteurs.....	43
2.5.3 Le réseau, outil porteur d'une forte plus value pour le CHRS Lyon Cité.....	44
3 Développer l'accompagnement des usagers du CHRS grâce à l'inscription dans une dynamique de réseau de santé mentale	46
3.1 Réorganiser les ressources humaines pour améliorer la réponse apportée à l'utilisateur	47
3.1.1 Reconsidérer le système de délégations à l'endroit des cadres intermédiaires	47
3.1.2 Réorienter la contribution du médecin de l'établissement.....	49
3.1.3 Impulser une politique de formation ambitieuse	51
3.1.4 Accompagner le cadre socioéducatif dans la redéfinition des missions des travailleurs sociaux.....	53
3.2 Impliquer le CHRS dans des interactions partenariales diversifiées	55
3.2.1 Structurer l'implication dans le réseau « santé-précarité »	55
3.2.2 Construire un lien formalisé avec les structures sanitaires spécialisées.....	57
3.2.3 Renforcer la collaboration avec les structures d'accueil spécifiques.....	58

3.2.4 Elargir l'éventail des structures médico-sociales partenaires	60
3.3 Assurer la cohérence du système	62
3.3.1 S'appuyer sur un cadre théorique facilitateur	62
3.3.2 Arrêter un schéma d'intervention	65
3.3.3 Mettre en place l'ingénierie du plan d'action.....	69
3.3.4 Réunir les conditions de l'essaimage	70
Conclusion.....	73
Bibliographie	75

Liste des sigles utilisés

AAH	ALLOCATION ADULTE HANDICAPE
ACSM	ASSOCIATION CANADIENNE DE LA SANTE MENTALE
AME	AIDE MEDICALE DE L'ETAT
ARH	AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
ARS	AGENCE REGIONALE DE SANTE
ASH	ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES
CAT	CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE
CASF	CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES
CCAA	CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE
CIM	CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES
CMP	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE
CSAPA	CENTRE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE
CSST	CENTRE SPECIALISE DE SOINS AUX TOXICOMANES
CHRS	CENTRE D'HEBERGEMENT ET DE REINSERTION SOCIALE
CMP	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE
CMU	COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
CPAM	CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
CPOM	CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
CROSMS	COMITE REGIONAL DE L'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE
CSMQ	COMITE DE SANTE MENTALE DU QUEBEC
CSTS	CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL
DDASS	DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DGF	DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT
DREES	DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES
DSM	DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL
DUD	DOCUMENT UNIQUE DES DELEGATIONS
EAPN	EUROPEAN ANTI POVERTY NETWORK
ETP	EQUIVALENT TEMPS PLEIN
FNARS	FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE READAPTATION SOCIALE
GEM	GROUPE D'ENTRAIDE MUTUELLE
GIE	GROUPEMENT D'INTERET ECONOMIQUE

GIP	GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC
GCSMS	GROUPEMENT DE COOPERATION SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
GREFOS	GROUPE DE RECHERCHE ET FORMATION EN POLITIQUES SOCIALES
HAD	HOSPITALISATION A DOMICILE
HCSP	HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE
IGAS	INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
INPES	INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE
LCE	LOI DE LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS
LHSS	LITS HALTE SOINS SANTE
OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
ORSPERE	OBSERVATOIRE REGIONAL RHONE-ALPES SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN RAPPORT AVEC L'EXCLUSION
ONSMF	OBSERVATOIRE NATIONAL DES PRATIQUES EN SANTE MENTALE ET PRECARITE
OSC	OBSERVATOIRE SOCIOLOGIQUE DU CHANGEMENT
PARSA	PLAN D'ACTION RENFORCE EN DIRECTION DES PERSONNES SANS ABRI
PAUF	PLAN ANNUEL D'UTILISATION DES FONDS
PRAPS	PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS
PASS	PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE
PMSI	PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION
PNNS	PLAN NATIONAL NUTRITION SANTE
PRSP	PLAN REGIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE
RGPP	REVUE GENERALE DES POLITIQUES PUBLIQUES
RSRH	RESEAU SOCIAL RUE HOPITAL
PRSP	PLAN REGIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE
RMI	REVENU MINIMUM D'INSERTION
SAD	SERVICE DE SOINS A DOMICILE
SDF	SANS DOMICILE FIXE
SMIG	SALAIRE MINIMUM INTERPROFESSIONNEL GARANTI
SROS	SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE
UNAFAM	UNION NATIONALE DES AMIS ET FAMILLES DE MALADES PSYCHIQUES
URIOPSS	UNION NATIONALE INTERFEDERALE DES ŒUVRES ET ORGANISMES PRIVES SANITAIRES ET SOCIAUX
SSIAD	SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE
VAE	VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

Introduction

Je travaille pour la Fondation de l'Armée du Salut depuis 1992, organisation au sein de laquelle j'ai occupé différentes fonctions : travailleur social jusqu'en 2000, conseiller technique entre 2001 et 2002, cadre de direction ensuite. Occupant depuis six ans le poste de Directeur adjoint au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) Lyon Cité situé à Lyon dans le Rhône que je me suis engagé dans une réflexion visant l'amélioration de l'accompagnement des personnes accueillies à partir de la thématique santé.

Luttant contre les exclusions, le dispositif CHRS peine à prendre véritablement en compte certaines orientations des politiques publiques énoncées dans la loi n° 2002-02 du 02 janvier 2002 fixant comme impératif d'améliorer l'accompagnement des publics.

Depuis un établissement très concerné par les problématiques liées à la santé mentale, comment mettre en œuvre un changement des pratiques, considérant que :

- les modalités d'intervention auprès des usagers s'envisagent à partir d'un contexte marqué par un fort accroissement de la symptomatologie en matière de santé mentale,
- l'établissement Lyon Cité se situe dans une inscription timide au niveau partenarial,
- la structure fait partie d'un réseau formalisé d'acteurs dont la constitution apparaît trop restreinte et trop statique pour répondre efficacement aux problèmes émergents.

En adoptant une stratégie d'intervention s'appuyant sur les ressources mobilisables à l'interne et à l'externe, il paraît possible d'inscrire le CHRS Lyon Cité dans une dynamique de réseau en santé mentale.

La première partie permettra de situer la santé mentale à partir d'une approche des concepts et des notions la caractérisant. Il s'agira ensuite d'analyser l'évolution des politiques publiques qui lui donnent corps, avant de caractériser les usagers fréquentant le CHRS Lyon Cité.

La deuxième partie s'intéressera plus particulièrement à la situation du CHRS Lyon-Cité. Après avoir effectué un rapide rappel des missions qui incombent à ce type d'établissement, un regard sera porté sur son fonctionnement interne et sur la nature des liens existant avec les partenaires dans le domaine de la santé mentale. Afin de clore cette approche, un éclairage sera donné sur la notion de réseau et sur la plus-value que ce type d'outil est susceptible de générer.

Considérant les orientations des politiques publiques et cette approche contextualisée, la dernière partie énoncera un plan d'action visant à inscrire, sur les trois années à venir, l'établissement dans une dynamique de réseau en santé mentale.

Cette démarche s'appuiera sur une réorganisation interne orientée sur la gestion des ressources humaines. L'implication du CHRS s'envisagera ensuite à partir de l'immersion dans un tissu partenarial qui permettra de développer de nouvelles formes d'accompagnement. Afin de donner une cohérence au déroulement de ce plan d'action, un schéma d'intervention sera défini. L'ingénierie et les conditions d'essaimage du projet d'intervention seront déclinées, tout comme le champ théorique de référence permettant de lui donner corps.

L'inscription d'un CHRS à vocation généraliste dans un réseau de santé mentale constitue un enjeu porteur de complexités nécessitant d'allier souplesse et rigueur. Eu égard aux besoins émergents des publics accueillis au CHRS Lyon Cité, cette inscription constitue une priorité. Elle est porteuse d'une qualité de service accrue vis à vis des personnes les plus fragiles.

1 Le problème de la santé mentale en CHRS : entre concepts et politiques publiques, des personnes en souffrance

J'aborderai ici les concepts et notions découlant de la santé mentale avant d'éclairer les politiques publiques s'y rapportant. Il sera temps ensuite de caractériser les personnes qui fréquentent le dispositif CHRS Lyon Cité à travers le filtre de la santé mentale.

1.1 Autour de la santé mentale, concepts et notions

1.1.1 Concepts de santé et de santé mentale

A) Les définitions de la santé et de la santé mentale

Le mot « *Santé* » se caractérise par un grand nombre de définitions. Il fait entre autres l'objet d'une définition internationale énoncée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946 : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹.

Celle-ci distingue des dimensions ayant trait au physique, au mental et au social. Elle se veut porteuse d'exhaustivité. Chacune de ces entrées recouvre des univers distincts.

Bien que remontant à 1955, le regard porté par René DUBOS² demeure très contemporain : « *La santé est un état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu considéré de fonctionner aussi bien que possible dans son milieu. La santé, c'est un état qui permet à celui qui en jouit de se consacrer pleinement à son ou ses projets (...)* ».

B) La santé mentale, une notion dynamique complexe

L'OMS³ propose une définition qui nous permet de bien saisir les différentes composantes de la santé mentale : « *Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de*

¹ Préambule à la constitution de l'OMS tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. Actes officiels de l'OMS, n°2, p. 100 - entré en vigueur le 7 avril 1948.

² DUBOS R., *Louis Pasteur, franc-tireur de la science* Paris : Presses Universitaires de France, 1955. 428 p.

³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Centre des médias. [visité le 24 07 2008], disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre ».

Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier. Elle vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient perturber son présent et restreindre sa vision du monde. Quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique. La notion de santé mentale doit par ailleurs être entendue comme dynamique. Elle fluctue dans le temps, tout comme la santé physique. *« Il s'agit d'un état de bien-être, dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »⁴.*

Nos voisins d'outre atlantique manient cette notion avec une certaine aisance. Emanation du ministère des affaires sociales du Québec, le Comité de la Santé Mentale du Québec (CSMQ) apporte une contribution intéressante sur le sujet en s'appuyant sur une approche interactionniste qui met en exergue des indicateurs permettant de situer la santé mentale : *« La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu »⁵.*

Le CSMQ précise que la santé mentale résulte de la conjonction de facteurs de trois ordres : *biologiques*, c'est-à-dire relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne ; *psychologiques*, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels ; *contextuels* dans la mesure où ils ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Le CSMQ insiste sur le fait que ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez chacun. Allant plus avant dans la recherche des agents conditionnant la santé mentale, le CSMQ affirme que celle-ci est liée à la fois à la dimension collective, s'exprimant dans un milieu donné, et à la fois en rapport avec les valeurs propres à chaque personne. Elle est par ailleurs influencée par des conditions multiples et interdépendantes notamment économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Pour le

⁴ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Centre des médias. [visité le 24 07 2008], disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

CSMQ, toute condition facilitant cette adaptation réciproque individu – collectif soutient la santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement.

L'Association Canadienne de la Santé Mentale (ACSM)⁶ complète cette approche en précisant que la santé mentale est la façon dont une personne pense, se sent et agit dans la vie. Pour l'ACSM, elle reflète la perception qu'une personne a d'elle-même, des autres et de son existence. La santé mentale a une influence sur la vision que l'on a de la vie et sur la manière de relever les défis et de résoudre les problèmes auxquels nous sommes confrontés.

La santé mentale se définit donc différemment de la maladie mentale. Pour autant, les précisions qui précèdent ne permettent pas de situer en quoi les pathologies psychiatriques se mêlent aux souffrances purement existentielles et morales. En nous appuyant sur d'autres courants de pensées théoriques, nous préciserons dans le chapitre suivant comment il apparaît possible d'opérer une distinction entre la souffrance sociale et la maladie mentale.

1.1.2 La santé mentale au regard des politiques publiques

A) La souffrance psychosociale

Pour Jean FURTOS⁷, la question d'une souffrance psychique d'origine sociale est arrivée sur le devant de la scène, depuis la fin des années 1980. Elle est devenue une notion pertinente parce nous sommes de plus en plus dans « *la société des individus* »⁸, c'est-à-dire une société qui enregistre une présence accrue de comportements individualistes, de situations où émerge une forte solitude des êtres qui la composent.

Le chercheur souligne aussi que « *Quel que soit le qualificatif qu'on lui donne, le voilement de la souffrance s'est collectivement déchiré, avant même que la conscience collective ne*

⁵ COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC. [visité le 24 07 2008] disponible sur internet : <http://www.acsmmontreal.qc.ca/definition.html>

⁶ ASSOCIATION CANADIENNE DE LA SANTE MENTALE. [visité le 24 07 2008] disponible sur internet : <http://www.acsmmontreal.qc.ca/publications/index.html>

⁷ Médecin psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier Le Vinatier (69), directeur scientifique de l'ORSPERE-ONSMP (Observatoire Régional de la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion - Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité)

⁸ FURTOS J., 2004, « désespoir professionnel et bisexualité » *Dossier : souffrances psychiques – Pratiques en santé mentale*, n°1, p. 23

puisse analyser les mutations de la culture sous tendue par l'individualisation ayant cours dans la société ». Analysant les positions possibles en matière de souffrance psychique dans une société caractérisée par ses formes de précarité, il distingue⁹ trois formes d'expression :

- La souffrance qui aide à vivre, celle qui peut être qualifiée de positive : illustrée par le ressenti de ses acteurs, elle se caractérise par la séparation, la désillusion, la perte. La personne souffre, mais s'organise à partir d'une position intérieure qui l'amène à penser que sa souffrance ne met pas en péril son équilibre psychique [*« même si je perds, je m'en sortirai »*]. L'idée développée alors est qu'il est possible de demander de l'aide, de mobiliser le moyen de se faire soigner, de se battre pour surnager. Pour J. FURTOS, dans ce schéma, le contrat narcissique tient, soutenu par la promesse des adultes qui ont dit à ce bébé venu dans notre monde [*« Si tu entres dans notre culture, tu auras droit à ce que nous avons reçu, nous les grands »*]. La souffrance aide à vivre. Grâce à l'environnement, grâce à l'enfance, grâce à la réalité actuelle, les étayages sont suffisamment solides pour générer une capacité à souffrir sans se casser, en restant en lien avec autrui. Il est possible de dire que cette forme de souffrance n'altère pas la santé mentale.
- Une deuxième forme de souffrance semble en revanche croissante : elle commence à empêcher de vivre, qu'il s'agisse de chômeurs, d'allocataires des minimas sociaux, de personnes en précarité sociale ou de ceux qui ont « tout pour être heureux », reçoivent un salaire, ont une famille... [*« si je perds, je suis foutu »*]. Tout se passe comme si la position renvoyait à une problématique mélancolique : il n'y a plus d'avenir, la perte est irrémédiable. Le contrat narcissique est malmené. Il peut y avoir des états mélancoliques ou « persécutoires » qu'il n'est cependant pas possible de caractériser comme des maladies individuelles.
- La troisième forme de souffrance comprend une mutilation psychique cliniquement observable puisqu'elle coupe le sujet de ses ressentis. Elle s'observe soit dans le champ de la précarité, soit celui de la maladie mentale, soit dans le cadre de catastrophes collectives qui obéissent aux logiques de survie.

Sur ces trois modalités du « souffrir », seules les deux dernières posent problème sur le plan de la santé mentale. Elles peuvent dans certains cas renvoyer à la maladie mentale, ce qui est cependant loin d'être systématique.

Ce n'est d'ailleurs pas à partir de tableaux psychiques renvoyant à la maladie mentale que les équipes travaillant avec Jean FURTOS avaient été alertées à l'origine, mais plutôt par des

⁹ Op. Cité

signaux adressés par les professionnels de la santé ou les intervenants sociaux. Au tournant des années 90, ceux-ci témoignaient de leur impuissance devant de nouvelles formes de malaises exprimées par un nombre croissant de personnes. Allocataires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), jeunes en souffrance adressés par les missions locales (...) se trouvant aux prises avec une difficulté à agir, aggravée d'une tonalité dépressive ou persécutrice, occasionnait quelquefois de troubles du comportement. Pour ces chercheurs, ce sont ces difficultés là qui ont constitué le point de départ de ce que l'on a ensuite appelé « la clinique psychosociale ».

Parallèlement à ces réflexions, faisant suite à la demande croisée de deux administrations¹⁰ sensibles à la plainte remontant du terrain concernant la difficulté à mettre en place des politiques d'insertion, un groupe de travail se constituait à Paris. Il s'agissait d'appréhender et de donner sens au malaise diffus ressenti par un ensemble d'acteurs sociaux au contact de publics auprès desquels les leviers usuels ne paraissaient avoir que peu d'effets. S'agissait-il d'un problème nouveau relevant de la santé mentale, même si cela ne semblait pas relever de la maladie ? Quelles étaient ses spécificités ? Relevaient-elles de nouvelles formes d'intervention ?

C'est ainsi que les représentants d'institutions concernées par l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de la ville, du RMI, des politiques sociales transversales donc et de professionnels de la psychiatrie, animé par Antoine LAZARUS (Professeur de santé public – Président de la commission) et Hélène STROHL (Inspectrice à l'Inspection Générale des Affaires Sociales - Rapporteur principal) allaient commettre un rapport connu sous le titre de « *Cette souffrance que l'on ne peut plus cacher* »¹¹. Dans ce rapport, un constat partagé par l'ensemble des contributeurs marquait une distinction entre souffrance psychosociale et maladie mentale : « *Pour un meilleur fonctionnement du système de soins, il est donc nécessaire de dépasser la santé dans son acception classique de réparation et de prévention de la maladie et de considérer que certaines formes de mal être, qui ne sont pas de la maladie mentale, qui n'y conduisent pas forcément, peuvent entraîner un recours à des actes de soins* » p.7.

B) La maladie mentale

Fous, déments, hallucinés, forcenés, innocents, égarés, déséquilibrés, détraqués, désaxés, anormaux, délirants... Le florilège des qualificatifs plus ou moins employés ne manque pas

¹⁰ Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) et Délégation Interministérielle au Revenu Minimum d'Insertion (DIRMI)

pour renvoyer à la maladie mentale dans le langage commun. Auteur d'un célèbre ouvrage¹² sur le sujet, Michel Foucault étudie le sens de ces termes et la place faite au fil des siècles à la folie sur notre territoire. Je retiens pour ma part la définition donnée en 1991 par Louise BERUBE¹³ : « *Maladie du cerveau dont les symptômes prédominants sont comportementaux. Elle regroupe des maladies de la pensée ou de la personnalité. Trouble du comportement social. Elle regroupe des maladies psychiatriques diverses* » p. 129.

Cette définition demeure cependant générique et ne permet pas de caractériser l'étendue des maladies mentales répertoriées. Toutefois, celles-ci peuvent être approchées grâce à deux systèmes de classification principalement utilisés dans les pays occidentaux de l'hémisphère nord.

Les professionnels en charge d'établir un diagnostic en matière de maladie mentale s'appuient sur le Diagnostic and Statistical Manual (DSM) et la Classification Internationale des Maladies (CIM).

Les deux premières versions du DSM ont été publiées respectivement en 1952 et 1968 en Amérique du Nord. Une version actualisée a été publiée par l'American Psychiatric Association en 1994 et dans sa version française en 1996¹⁴. Le DSM-IV est un outil permettant d'opérer une classification diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Cette classification est adoptée par l'ensemble des professionnels de la santé en Amérique du Nord. Elle s'appuie sur des pratiques d'intervention dites « pragmatiques » et axées sur le comportementalisme. La classification DMS-IV part du principe que la psychiatrie est une branche de la médecine, que cette discipline doit utiliser les méthodes modernes et fonder sa pratique sur la connaissance scientifique. Autre postulat se rapportant au DMS IV, celui qui consiste à dire qu'il existe une limite marquée entre le normal et le pathologique et qu'il existe des maladies mentales distinctes répondant à des symptomatologies précises.

Constituant une référence connue en Europe, le DSM IV présente la caractéristique de catégoriser les atteintes selon l'idée affirmée qu'il n'y a pas de « *distinction fondamentale à établir entre troubles mentaux et affections médicales générales* »¹⁵ p 17.

Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), L'utilisation du DSM IV comme nosographie universelle permet d'évaluer l'ensemble des pratiques de soins

¹¹ STROHL H., LAZARUS A., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI, Paris : La Documentation Française, 1995. 59 p.

¹² FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Saint Chamand : Gallimard, 1987. 583 p.

¹³ BÉRUBÉ L., *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*, Montréal : Les Éditions de la Chenelière, 1991. 176 p.

¹⁴ GUELFY J.D., *DSM IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson Editeur, 1996. 1008 p.

¹⁵ Ibid.

en psychiatrie¹⁶ ce qui semble aujourd'hui indispensable à la recherche en psychiatrie biologique.

En France, l'utilisation du DSM IV demeure partielle dans la pratique publique. Elle est encore moins utilisée dans le secteur libéral car elle bouscule l'approche « à la française » qui emprunte d'autres modèles tels que la psychanalyse. De nombreux praticiens ont en effet été formés autour du primat de la clinique appréhendant la dimension diagnostic à travers la psychose et la névrose. Par ailleurs, l'approche critériologique utilisée seule génère une inquiétude : celle qui consisterait à tendre vers une approche normative de la psychiatrie, fondée uniquement sur l'épidémiologie. Le recours à la classification CIM10 constitue donc l'autre outil utilisé en France. Il fait largement plus de place aux grandes entités de la clinique psychiatrique. La maladie mentale s'entend alors selon d'autres formes de classification plus en accord avec l'idéologie développée sur notre territoire.

Il reste que derrière ce débat de spécialistes, le DSM IV comme la CIM 10 permettent la plupart du temps de distinguer ce qui relève de la maladie mentale de ce qui a trait à de simples symptômes de mal-être. Souffrance psychosociale et maladie mentale produisent des symptômes marqués qui rendent complexe le travail des professionnels.

Les concepts et notions se rapportant à la santé mentale mettent donc en lumière la présence de symptômes qui renvoient ou non à la maladie mentale. Partant de ce constat, il est intéressant de voir la façon avec laquelle se déclinent les politiques publiques construites autour de la santé mentale.

1.2 La santé mentale au regard des politiques publiques

L'histoire de la santé mentale est reliée de différentes façons à celle de la psychiatrie. Elle conditionne aujourd'hui l'inclinaison des politiques publiques.

1.2.1 Quelques repères historiques

Lorsqu'ils n'étaient pas séquestrés dans leur famille dans des conditions souvent abominables, les « fous » ont été soit reclus dans les réduits infects des hôpitaux généraux

¹⁶ INSERM. *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Rapport, 2005. 65 p. (Analyse figurant dans la synthèse du rapport en page 1)

ou des prisons, soit livrés à eux-mêmes, servant de jouets aux enfants ou aux adultes de leur localité.

Michel FOUCAULT¹⁷ propose la thèse de l'enfermement des fous et voit dans la fondation en 1656 de l'Hôpital Général de Paris l'acte premier de ce grand enfermement. Derrière la mise à l'écart des « insensés » qui ne représente à certaines périodes qu'une petite partie des publics empêchés, une mise à l'écart progressive des marginaux (mendiants, libertins, galeux, prostituées, vénériens, enfants trouvés) s'opère.

Elève du médecin aliéniste et philosophe français Philippe PINEL (1745-1826), le toulousain Etienne ESQUIROL (1772- 1840) est à l'origine de la loi n°7443 du 30 juin 1838 qui organise l'hospitalisation dans les établissements publics et privés, la protection des malades et de leurs biens. Cette loi, promulguée sous la monarchie de juillet, devait régler pendant plus de cent cinquante années le sort des malades mentaux. Sa réforme complète est intervenue à la faveur de la loi n°90-527 du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Temps fort de la deuxième partie du 20^{ème} siècle, la circulaire du 15 mars 1960 donne une impulsion décisive à l'évolution de la psychiatrie en France reconsidérant le droit d'asile. Le traitement précoce du malade dans son cadre de vie naturel par une équipe de secteur pluridisciplinaire médicale et soignante spécialisée devient le credo de la pratique.

L'internement, mode exclusif d'accès aux soins psychiatriques et au traitement de la santé mentale diminue alors considérablement. L'organisation technique de ces moyens d'intervention n'a fait l'objet d'une réglementation spécifique que depuis le décret du n° 86-602 du 14 mars 1986. Jusqu'alors seule la circulaire DGS/891/MS1 du 09 mai 1974, avait défini l'esprit dans lequel devait être organisé et développé le dispositif extrahospitalier, mettant l'accent sur deux points essentiels :

- l'autonomie, la souplesse d'intervention et d'orientation dont doit pouvoir bénéficier l'équipe médico-sociale,

¹⁷ Op. Cité

- la possibilité de choix entre les différents moyens logistiques d'intervention.

Ces deux textes recommandaient, en outre, que soient menées des expériences variées, afin de mieux définir les structures adaptées aux besoins des secteurs : urbains, ruraux ou mixtes. Ces moyens logistiques d'intervention se sont développés par l'intermédiaire des initiatives des équipes de secteurs. Le décret n°86-102 du 14 mars 1986 précise l'organisation technique, la nature et la responsabilité des établissements de soins assurant le service public hospitalier, en les différenciant selon qu'ils comportent ou non des possibilités d'hébergement.

Nous distinguons les structures sans hébergement de types Centre Médico-Psychologiques (CMP), hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, centres d'accueil thérapeutiques, services d'hospitalisation à domicile et des services comportant des possibilités d'hébergement : unités d'hospitalisation à temps complet, hôpitaux de nuit avec surveillance médicale, appartements thérapeutiques à visée de réinsertion sociale, centres de post cure, placements familiaux thérapeutiques.

1.2.2 La santé mentale, une notion soutenue par un faisceau de politiques

De la période de l'enfermement jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle, la prise en compte de la santé mentale a donc été marquée par de profondes mutations. L'analyse approfondie des évolutions qui se sont produites lors des deux dernières décennies sur le territoire permet de situer les orientations des politiques publiques telles qu'elles se déclinent aujourd'hui.

A) L'apparition de la notion de santé mentale dans les politiques publiques

C'est à la faveur de la circulaire n°577 du 14 mars 1990 que la notion de santé mentale apparaît pour la première fois dans une circulaire ministérielle régissant l'offre de soins en psychiatrie. Entre logique réparatrice et logique de prévention, une approche basée sur la promotion de la santé mentale est privilégiée. Argumentant sur le coût pour la collectivité en matière de soins, elle met l'accent sur l'apparition d'une demande de soins liée à la souffrance psychique. Si cette circulaire désigne l'institution psychiatrique comme porteuse de cette politique de promotion de la santé mentale, elle « *ouvre un champ d'intervention et de compétences destiné au traitement d'une demande atypique aux confins du sanitaire et du*

social »¹⁸. Elle amène aussi à penser l'action publique de façon plus transversale, à travers une collaboration souhaitée entre acteurs issus de différents champs d'intervention.

B) Les apports de la réforme hospitalière de 1991

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière confirme ce tournant dans la structuration du secteur sanitaire. Elle comprend une partie spécifique consacrée à la psychiatrie et prévoit la participation des hôpitaux dans les actions médico-sociales. Dépassant les logiques administratives découlant de la carte sanitaire et de l'évaluation non circonstanciée des besoins des populations, elle tente de mieux prendre en compte les besoins des publics en redistribuant les cartes nationales et régionales de l'organisation sanitaire et sociale. La loi hospitalière traite également des actions de coopération inter-hospitalières et de la collaboration avec les services sociaux et médico-sociaux. Ce nouvel agencement laisse augurer une harmonisation de la planification et des moyens.

Les dispositifs de santé mentale n'en restent pas moins souvent confrontés à des défis mis en évidence par plusieurs rapports. Le rapport MASSE¹⁹ insiste sur la nécessité de travailler en partenariat, sur le transfert d'organisation à opérer entre « *structures repliées* »/« *structures semi-ouvertes* » et « *structures ouvertes* » vers l'extérieur. Dans son rapport sur l'état de santé des Français en 1994, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) situe la santé mentale comme une priorité en matière de santé publique.

C) 1995-2005, un nouvel élan traversé par certains paradoxes

La mise en place de textes volontaristes ne se traduit cependant pas de façon évidente sur le terrain, ce que révèlent les rapports produits au milieu des années 80. Ce sont les travaux conduits par H. STROHL et A. LAZARUS²⁰ qui contribuent à faire évoluer la situation. Ce rapport marque une étape importante dans la définition de la santé mentale en opérant un lien entre « précarité des conditions de vie » et « manifestations de symptômes psychologiques » tels que la fatigue, l'échec, le manque d'énergie, la honte, la dénégation ou l'absence de liens sociaux.

Alors que la psychiatrie est fortement concernée par la rationalisation budgétaire, l'Ordonnance hospitalière 96-346 du 24 avril 1996 réformant l'art. L.711-2-1 du Code de la

¹⁸ PHILIPPE S., 2002, *Souffrance psychique et action publique*. Thèse pour le doctorat en science politique : Université Bordeaux IV, 334 p.

¹⁹ MASSE G., *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*. Rennes : ENSP Editions, 1992. 329 p.

²⁰ STROHL H., LAZARUS A., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI, Paris : La Documentation Française, 1995. 59 p.

Santé Publique permet de dépasser les clivages existants en instaurant la possibilité pour la psychiatrie d'offrir de nouveaux types de prestations hors les murs : création d'équipes mobiles spécialisées et pluridisciplinaires, de postes avancés dans les quartiers, d'institutions spécialisées en santé mentale. Promulguées dans le même temps que les ordonnances Juppé incitant le secteur sanitaire à s'ouvrir au médico-social et en particulier aux personnes âgées et handicapées, ces mesures génèrent une nouvelle dynamique.

Parallèlement, un certain paradoxe se fait jour : derrière les mesures volontaristes marquées par un désir d'ouverture du champ de la psychiatrie, les professionnels sont amenés à gérer des protocoles attachés aux injonctions de performance et de gestion ; le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), l'utilisation du DSM-IV et de la CIM10 standardisent les prises en charge et contribuent à freiner le travail de lien entre les acteurs.

Peu avant la parution de la loi de Lutte contre les exclusions (LCE), le rapport *psychiatrie et grande exclusion*²¹ remis à Xavier EMMANUELLI, secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, vient souligner par ses constats la nature des besoins existant sur le terrain. Le discours du secrétaire d'état Bernard KOUCHNER prononcé le 9 mars 1998 lors des troisièmes rencontres de la psychiatrie signe la consolidation des orientations prises en matière de santé mentale. Assorti d'une ambition forte, il englobe de nombreux domaines de l'action de l'Etat tels que l'éducation, l'emploi, l'environnement. La souffrance psychique devient un terme qui sort de la dimension purement médicale. Elle est désormais appréhendée comme un problème de société, réclamant une synergie entre un ensemble de domaines d'intervention de l'action publique, dans un but de réhabilitation du lien social.

La Loi d'orientation de lutte contre les exclusions instaure l'obligation d'élaborer dans chaque région un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Ce plan peut s'appuyer sur des réseaux « santé-social » de proximité ou encore sur des réseaux « Ville-hôpital » ayant pour but de favoriser le travail en réseau entre un ensemble d'acteurs hospitaliers, libéraux, professionnels chargés de l'insertion. La LCE promeut les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à partir des lieux où sont traitées les urgences hospitalières. Cette impulsion favorise les synergies entre les services de l'Etat, de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), les collectivités territoriales, les organismes d'assurance et les associations intervenant sur le champ de l'insertion. La circulaire du 17 décembre 1998 insiste pour sa part sur la participation de l'hôpital à la lutte contre les

exclusions en indiquant que « *la collaboration entre le service public hospitalier et les professionnels chargés de l'insertion est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situations précaires nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins, mais accordent une place essentielle à la prévention* ».

Ces injonctions volontaristes butent cependant avec force contre l'obstacle des cultures professionnelles et organisationnelles. Ainsi, le partenariat, la transversalité, la mise en place d'actions coordonnées peinent à se mettre en place, se heurtant à la gestion bureaucratique et autarcique dans lesquels sont immergés les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

D) Au tournant du XXI^{ème} siècle, de nouvelles injonctions autour de la santé mentale

Le rapport PIEL-ROELANDT²² relatif à la politique de santé mentale développe une double visée : l'amélioration de la prise en charge de la pathologie mentale et la recherche du bien être psychique. Il propose des actions psychiatriques en milieu carcéral, à l'hôpital général, à l'endroit de certaines populations atteintes d'affections telles que les toxicomanies, SIDA, maladies psychosomatiques. Il maintient l'objectif de la diminution des lits et du développement des places dans les structures alternatives à l'hospitalisation.

La Loi n° 2002-02 du 02 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale et les décrets qui s'y rapportent énumèrent des montages permettant d'asseoir des complémentarités. Les coopérations et mutualisations y sont fortement encouragées à travers des outils tels les Groupements d'Intérêts Economiques (GIE), Groupements d'intérêt public (GIP), Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), conventionnements, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). La loi se situe résolument dans la perspective visant le décloisonnement des secteurs social, médico-social et sanitaire. Elle insiste aussi sur la notion de droit des usagers, au même titre que la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 qui vise notamment le développement de la vie sanitaire à travers un accroissement de la démocratie sanitaire : droit des patients, rééquilibrage de la relation soignant-soigné, mise en place de la participation des usagers. Le rapport CLERY

²¹ ROGER-LACAN C., Catherine PATRIS C., *Psychiatrie et grande exclusion*. Rapport remis à Xavier EMMANUELLI, secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, 1996.

²² PIEL E., ROELANDT J.L., *De la psychiatrie à la santé mentale*. Paris : La Documentation Française, 2001. 86 p.

MELIN²³ d'octobre 2003 publie un plan d'action portant sur la psychiatrie et la promotion de la santé mentale.

Malgré ces nombreuses injonctions, le fossé reste présent entre des acteurs utilisant des pratiques différentes et se référant à des systèmes de pensée qui se rejoignent difficilement. On voit la psychiatrie basculer insensiblement dans un autre champ, avec une obligation progressive d'accueillir tous ceux qui ne sont pas dans les normes, les exclus qui dérangent. Les intervenants sociaux des domaines du social et du médico-social se sentent pour leur part démunis dans leur tentative d'accompagner des publics manifestant des symptomatologies qu'ils ont de plus en plus de difficulté à appréhender.

Sous l'effet d'une politique de désinstitutionalisation, le nombre de lits à l'hôpital public a presque été divisé par deux en vingt ans, passant de 75 951 en 1989 à 40 179 en 2005²⁴.

E) L'impact du Plan santé mentale 2005-2008

A la fin du mois d'avril 2005, le plan de la santé mentale est arrêté pour une période de trois ans (2005-2008). Il décline huit objectifs regroupés en trois axes stratégiques visant à décloisonner les prises en charge, à renforcer les droits des patients et de leurs proches, à améliorer l'exercice des professionnels, à développer la qualité et la recherche.

La mise en œuvre du plan dépend de mesures nationales, mais aussi des dispositions prises dans chaque région pour appliquer le volet « psychiatrie » du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), dans le but de pour mener à bien les programmes de santé mentale prévus par le Plan Régional de la Santé Publique (PRSP). Ce travail fait dans les régions prend une part déterminante dans les changements attendus avec le plan. Les bilans annuels situant la mise en œuvre du plan de santé mentale publiés, font alors état d'un satisfecit global :

- engagements et réalisations d'opérations encourageants, même si de nombreux besoins non couverts demeurent,
- déclinaison satisfaisante à l'échelle régionale des actions programmées.

²³ CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J.C., *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* Rapport d'étape remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003. 106 p.

²⁴ PRIEUR C., 16 décembre 2007. « Le non-lieu dans l'affaire du double meurtre de Pau souligne les carences de la psychiatrie » *Le Monde*, p.7

Par delà ces constats, la mise en œuvre du plan «santé mentale» incite à s'engager dans de nouvelles perspectives d'actions capables d'agir sur la manière de considérer la maladie mentale, le handicap psychique et de les prendre en charge. La nécessité de renforcer l'effort d'implication et de dialogue entre les acteurs est pointée. L'impérieux besoin de faire évoluer les représentations en matière de santé mentale demeure. Les bilans d'étape insistent encore sur le nécessaire décloisonnement des prises en charge du « handicap psychique », malgré des micro-initiatives engagées par les professionnels, les familles, les usagers, les administrations.

1.3 Eléments caractérisant les publics accueillis au CHRS Lyon Cité

L'Arrêté préfectoral n° 2006-791 du 10 avril 2006 renouvelle l'autorisation pour l'accueil de 130 personnes éligibles à l'Aide Sociale à l'Hébergement en élargissant la population accueillie au sein de la structure qui se répartit selon les caractéristiques suivantes :

- 110 places dans le CHRS monobloc dont 80 hommes isolés, 30 femmes isolées,
- 20 places occupées par des couples et familles souvent monoparentales, logés dans des appartements implantés dans la Ville.

1.3.1 Données sociodémographiques

Les caractéristiques des personnes accueillies au CHRS Lyon-Cité s'apparentent à celles des publics fréquentant le dispositif CHRS sur le territoire, notamment au regard d'une étude réalisée par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)²⁵ : les difficultés traversées par ces publics sont multiples ; elles concernent un ensemble de dimensions telles que l'accès au logement, à la vie professionnelle, à la santé, à la citoyenneté et aux droits.

Comme le relève le sociologue Serge PAUGAM dans une étude conduite avec la Fédération Nationale des Associations de Réadaptation Sociale (FNARS)²⁶, ces personnes ont en commun un parcours de vie difficile, marqué par la survenance d'importants traumatismes durant l'enfance. Souvent, lors de leur vie d'adulte, un nouveau traumatisme non élaboré par

²⁵ WOITRAIN E. DREES. « Les personnes hébergées par les CHRS : des hommes et des femmes en grande difficulté sociale » Etudes et résultats n°29, Août 1999. Commande du Ministère de l'Emploi et de la solidarité.

²⁶ Enquête OSC-FNARS : « Détresse et rupture sociale - Les trajectoires, les potentialités, les représentations des personnes s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion » n°17, Avril 2002, 68 p.

BISSUEL B., 12 mars 2002, « Enquête sur ces ruptures qui conduisent à l'exclusion » Le Monde, p. 8

la personne (rupture affective, décès,...) vient générer une perte des étayages et active la spirale de l'exclusion.

Les statistiques portant sur l'âge des publics montrent sur les cinq dernières années un rajeunissement des personnes accueillies dans le dispositif CHRS en France. Ces caractéristiques se mesurent aussi à partir du CHRS Lyon-Cité : en 2006 et en 2007, environ 60% des personnes accueillies ont moins de 35 ans²⁷.

L'activité professionnelle constitue la première préoccupation énoncée par les personnes lors de l'entretien d'admission. Les travailleurs sociaux qui mènent ces entretiens notent que pour les hommes en particulier, l'idée de travailler est souvent perçue comme le moyen unique de se sortir de la situation dans laquelle ils se trouvent. Le rapport d'activité 2007 souligne que seulement 20% des personnes sont en situation de travail lorsqu'elles postulent pour rentrer dans la structure : il s'agit très souvent d'activités adaptées (contrats aidés) ou d'autres formes d'activités marquées par la précarité. Un nombre restreint de personnes accueillies est en capacité d'accéder à un emploi sur le court ou moyen terme.

Les statistiques indiquées dans les rapports d'activité de ces trois dernières années mettent ainsi en évidence qu'environ 25% des publics quittant la structure ont des ressources équivalentes ou supérieures au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG). Le recours au travail reste donc marginal.

En revanche, dans les diagnostics initiaux formulés par les travailleurs sociaux figurent plus d'une fois sur deux²⁸ des indications situant les problèmes de santé comme facteurs empêchant l'accès à l'emploi. Les difficultés d'ordres physique et somatique sont parfois mentionnées par la personne elle-même ; plus fréquemment, ces observations sont le fruit des analyses faites par les intervenants sociaux.

L'accès au logement figure aussi parmi les préoccupations majeures des publics accueillis à l'admission. Ce point nécessite un important travail en amont : prise en compte des situations d'endettement, montages de dossiers, positionnement sur le marché d'attribution de logement, constitution d'épargne, levée des blocages inhérents à la problématique de la personne tels que la dépression, l'observance des traitements, le suivi médical.

²⁷ Cf. rapport d'activité CHRS de l'année 2006

²⁸ Enquête réalisée en mars 2008 par mes soins sur la base d'une consultation de 100 fiches d'admission (années 2007-2008) portant sur des personnes présentes dans la structure (sélection des dossiers ordre alphabétique)

1.3.2 Augmentation de la symptomatologie des publics en matière de santé mentale

Le regard porté sur les problématiques d'accès à l'emploi et au logement permet de constater que la prise en compte de la santé constitue une étape obligatoire pour recouvrer un emploi ou une activité ainsi qu'une autonomie même relative en matière d'habitat.

Les observations effectuées à partir des quatre dernières années grâce au logiciel « Adspop » dont se sert l'établissement pour effectuer ses statistiques, montrent que lorsque la question de la santé est abordée directement, seules 30% des personnes déclarent spontanément avoir une difficulté de santé. Lorsque ces personnes les énoncent, elles sont de nature variables et recouvrent la plupart du temps une dimension somatique plutôt que psychique.

Les usagers sont en réalité beaucoup plus nombreux à avoir une « problématique santé » avérée. En 2006²⁹, le chiffre record de 43% des admissions réalisées concernait des publics ayant fait un séjour récent³⁰ dans un service spécialisé dans la prise en compte des troubles psychiques (pavillon des accueils en urgence, pavillon de séjour, CMP). Dans la même ligne, une enquête réalisée un an plus tard révélait³¹ la fréquentation d'une structure sanitaire spécialisée pour près de la moitié des personnes accueillies à une (ou plusieurs) période(s) de leur parcours de vie d'adulte.

Ces constats soulignent une forte augmentation des troubles psychiques. Ils amènent à s'interroger sur la nature de la souffrance de ces publics, qu'il s'agisse de la maladie mentale où de la clinique psychosociale, notions éclairées grâce au travail des chercheurs de l'ORSPERE-ONSMP.

A) Une symptomatologie qui relève de la dimension psychiatrique

Avant d'aller plus avant dans l'exploration des données se rapportant directement aux publics accueillis au CHRS de la Fondation de l'Armée du Salut, il est intéressant de mentionner une étude sur la conduite d'actions de rue faite par une association avec laquelle nous travaillons en partenariat rapproché. Cette enquête effectuée au niveau national par l'association Médecins du Monde concerne des publics en errance, que les intervenants sociaux ont l'habitude de nommer « les grands Sans Domicile Fixes (SDF) ». Derrière cette

²⁹ Enquête réalisée par deux travailleurs sociaux à partir un échantillonnage de 80 dossiers sélectionnés en aléatoire en novembre 2006 (entrées dans la structure 2004-2005-2006)

³⁰ Moins de un an auparavant

³¹ Echantillonnage constitué de 100 personnes résidant dans la structure en 2007

appellation sont regroupés des profils de personnes marginalisées durablement. Ces publics fréquentent souvent ou de façon plus épisodique les structures d'accueil de jour, de nuit, des CHRS dits « d'urgence » ou de « stabilisation » ou encore des CHRS proposant parfois des accompagnements de plus longue durée. Relayée par le Journal de l'Action Sociale³², cette enquête réalisée par des médecins indique que 30% de ces « grands SDF » relèvent du champ de la maladie mentale et présentent des troubles majeurs de la personnalité susceptibles d'entrer dans le champ de la maladie mentale. Si ces personnes ne constituent pas la clientèle majoritairement accueillie au CHRS Lyon-Cité, cette enquête indique que la maladie mentale est susceptible de concerner des individus en situation de rupture sociale qui vivent de façon très précaire.

En janvier 2008, m'intéressant de plus près à la différenciation entre maladie mentale et souffrance psychosociale, je note qu'un peu moins de 10% des personnes présentes dans la structure suivent des traitements à base de neuroleptiques. Les prises de médicaments sont assumées par la personne ou font l'objet d'une gestion concertée avec l'équipe. Interpelé par le sujet, le médecin de l'établissement qui concentre 95% de son activité à effectuer des diagnostics à l'entrée, me fait part de ses questionnements. Il insiste sur la difficulté pour un médecin généraliste d'établir un diagnostic précis à partir de troubles psychiques énoncés ou visibles. Relativement au pourcentage de publics atteints d'une maladie mentale relevant du DSM IV, il m'informe de son incapacité à procéder à des classifications.

Le psychiatre et la psychologue de l'équipe d'Interface SDF, qui utilisent plus volontiers la CIM10 que le DSM IV pour établir des diagnostics, confirment qu'environ 10 à 20% des publics accueillis relèvent de la maladie mentale.

B) Une symptomatologie qui relève de clinique psychosociale

Sur le plan somatique, les personnes accueillies développent une multiplicité de symptômes liés aux difficultés inhérentes à leurs parcours de vie : troubles de l'endormissement et du sommeil, perte d'envie de vivre, du goût d'entreprendre, attaque du lien social, désorganisation dans le rapport à l'alimentation, problèmes dermatiques (...).

Cette liste non exhaustive renvoie à quelques uns des symptômes les plus souvent décrits par les publics fréquentant le CHRS Lyon-Cité lorsqu'en confiance, ils sont amenés à s'exprimer sur leur souffrance.

³² Journal de l'Action Sociale – n° 119 septembre 2007, p. 27

Les travailleurs sociaux ajoutent à ce descriptif quelques observations complémentaires : les conduites à risques font partie des principales manifestations sous tendant la présence de troubles associés. Elles prennent fréquemment la forme de conduites addictives : prise de substances toxiques non licites diverses, consommation d'alcool. Derrière cet ensemble de symptômes et même en l'absence de maladies mentales identifiables, on constate l'expression d'un très fort mal-être.

1.3.3 Des typologies de publics particulièrement exposés

Parmi les publics les plus exposés, figurent les individus de moins de 30 ans qui développent fréquemment des conduites ayant trait à un mal-être : consommation de produits illicites, autres attitudes les amenant à se mettre en danger sur le plan de la santé témoignent d'états de souffrance que la prise de substance contribue à masquer. Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool concerne un fort pourcentage d'adultes de sexe masculin âgés de 40 ans et plus.

Parmi les partenaires santé, le médecin de l'équipe mobile du Réseau Social Rue Hôpital (RSRH) dont l'action quotidienne est pourtant plus centrée sur la dimension somatique, analyse de la façon suivante les profils santé des publics CHRS : *« Une grande partie des publics rencontrés souffrent de troubles psychiques manifestes (...). Ce qui frappe, c'est le cumul des addictions liées à des produits licites et/ou illicites (...). La surconsommation de produits a des conséquences fortes sur la santé physique : la dimension traumatologique [chutes parfois liées aux prises de produits] fait souvent partie du tableau somatique des personnes que nous rencontrons, entraînant troubles neurologiques, fractures (...) qui sont à rapprocher des états seconds des personnes après des prises de produits importantes (...). Troubles digestifs, hépatiques, pancréatiques sont très présents, notamment en raison de la consommation d'alcool. Maladies infectieuses, cancers des voies digestives/pulmonaires/ORL, accidents cardiaques participent à l'augmentation de la morbidité ».*

Les troubles psychiques engendrent donc fréquemment des conséquences somatiques. Il est alors intéressant de constater qu'elles sont en lien avec les priorités énoncées dans les programmes santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), avec celle du Plan National Nutrition Santé (PNNS) ou encore avec celle du PRSP.

1.3.4 Des parcours marqués des ruptures dans les processus de soins

Confrontés à l'accompagnement des personnes en grande souffrance psychique, les professionnels notent que le niveau de collaboration des publics concernés n'est pas toujours à la hauteur des nécessités. D'une façon plus générale, les personnes accueillies en CHRS apparaissent avoir un état de conscience très limité sur la nature des symptômes qu'ils donnent à voir.

La psychologue d' « Interface SDF », l'une des équipes mobiles accompagnant ces publics sur le territoire lyonnais, décrit les publics accueillis au CHRS de la sorte : *« ce qui situe les publics accueillis dans ce type de structures, c'est l'addiction à différentes sortes de produits, les comportements qui renvoient à l'errance sous ses différentes formes. Je relève la présence de mécanismes de défense qui caractérisent cette errance : clivage, déni, recherche de ce qui fait excitation en particulier à travers la prise de produits. Psychose, prépsychose, psychopathie, mais aussi nombres de troubles associés qui ne peuvent être classés dans le registre de la maladie mentale. Tous ces symptômes permettent de moins penser chez des sujets qui ont souvent vécu des traumatismes durant l'enfance. Les comportements de rupture sont très souvent mis en acte ».*

Si l'approche de l'équipe socioéducative apparaît moins argumentée, elle se situe dans les mêmes tonalités. La déperdition d'informations liées aux ruptures dans le parcours de vie est fréquemment avancée dans les réunions d'équipe. Elle se mesure à l'aune des réunions de synthèse lorsqu'à partir de l'examen des situations personnelles, la genèse des parcours individuels est examinée.

Pour sa part, le médecin de l'établissement constate que la plupart des personnes auscultées ont des difficultés à retracer dans l'espace et dans le temps leur parcours santé antérieur au niveau des bilans accomplis, des soins reçus.

En conclusion de la première partie :

La santé mentale est une thématique qui a pu être éclairée grâce à l'approche des notions et des concepts s'y rapportant. Sa déclinaison sur le territoire français se met en œuvre à partir de politiques publiques stabilisées.

L'approche caractérisant les publics accueillis au CHRS Lyon Cité montre l'acuité de la problématique en même temps que son étendue : souffrance psychosociale et maladie mentale constituent des points d'entrée qui interpellent un grand nombre d'acteurs.

La partie suivante permettra de situer le CHRS Lyon Cité dans son environnement, à partir d'un diagnostic prenant pour focale la question de la santé mentale.

2 Le CHRS Lyon Cité : une insertion insuffisante dans le champ de la santé mentale

Cette deuxième partie nous amènera à croiser un certain nombre d'observations se rapportant au CHRS Lyon Cité. A partir d'un descriptif global situant les missions des CHRS sur le territoire, il s'agira de mettre en évidence ce qui caractérise cet équipement dans différents domaines : positionnement dans le champ d'intervention, organisation, ressources, points de fragilité, lien partenarial.

2.1 Les CHRS, des équipements à vocation généraliste

Une enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) situait les CHRS en 2005 comme « la pierre angulaire » des politiques menées en direction des plus démunis. A travers l'histoire, en s'appuyant sur l'énoncé de leurs missions, il est possible d'appréhender leur champ d'intervention.

2.1.1 Un rapide détour historique

Les CHRS sont des équipements qui interviennent dans le domaine de la lutte contre les exclusions. Ils sont habilités « établissement sociaux » et sont de ce fait intégrés à la liste des équipements reconnus par la loi du 02 janvier 2002.

Les centres d'hébergement existaient avant l'entrée dans le XXème siècle. Ce n'est cependant qu'à l'amorce de la deuxième partie de ce XXème siècle qu'ils se voient investis par l'Etat pour conduire une politique publique. Le décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 amène en effet les Centres d'hébergement existants à basculer vers une forme de prestation créée spécialement pour la circonstance, l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH). Ce décret situe pour la première fois l'aide sociale en tant que prestation délivrée en nature. Il vise le soutien de certaines typologies de publics en grande difficulté. Cette prestation a d'une part pour fonction de résoudre les besoins premiers (hébergement / nourriture / sécurité) de la personne en situation de grande difficulté. Elle propose d'autre part un type d'intervention

visant le reclassement social et l'orientation. Un bilan de santé est parfois ajouté à ces deux fonctions.

Au fil du temps, les catégories de publics susceptibles d'accéder à l'ASH s'élargissent pour finalement regrouper à la fin des trente glorieuses des profils diversifiés. La loi n°74-955 du 19 novembre 1974 donne une définition très large des personnes pouvant prétendre à cette forme d'aide sociale. L'article L.345-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise enfin les typologies de publics éligibles : « *des personnes et des familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion...* »

Renforçant le socle juridique et le fondement légal des CHRS le 29 juillet 1998, la loi n° 98-657 dite de Lutte Contre les Exclusions (LCE) constitue pour les CHRS une étape importante : ils deviennent ainsi des lieux d'accompagnement vers l'insertion : accès aux droits, santé, vie professionnelle, logement, citoyenneté, en vue d' « *aider les personnes à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale* ».

Confortés par la loi du 02 janvier 2002 réformant les établissements sociaux et médico-sociaux, les CHRS constituent au tournant du siècle des structures « fers de lance » de la lutte contre les exclusions à partir d'un type d'intervention reconnu.

L'activité d'hébergement, socle initial, s'est souvent enrichie d'une palette de structures conjointes et d'activités qui se trouvent adossées au dispositif CHRS. Elisabeth MAUREL, chercheur en sciences sociales au Groupe de Recherche et Formation en Politiques Sociales (GREFOS) à Grenoble décrivait en 1989 leur évolution de la façon suivante : « *Ils [les CHRS] sont devenus des services d'aide à l'insertion et à la réinsertion, des prestataires de service accueillant des personnes extérieures à l'hébergement dans le cadre d'un réseau inter partenarial* »³³.

Qualifiant l'aide à l'hébergement et à la réinsertion sociale, Michel BERGETTO et Robert LAFORE³⁴ soulignaient plus récemment que si l'aide sociale à l'hébergement constitue une forme récente d'aide sociale, elle n'en est pas moins l'héritière d'une manière très ancienne d'intervention sociale, consistant à prendre en charge des populations à la fois hors travail et détachées des réseaux de solidarité.

³³ MAUREL E., *Livre blanc : Agir pour l'insertion*. Paris : FNARS, 1989. 269 p.

³⁴ BORGETTO M., LAFORE R., *Droit de l'aide et de l'action sociale*. Paris : Editions Montchrestien, 2006. (6^{ème} édition) 687 p. (page 605)

2.1.2 Les missions des CHRS aujourd'hui

Traversés par plusieurs courants de pensée depuis l'après guerre, s'appuyant sur différents courants philosophiques, travaillés par l'évolution des politiques publiques, les quelques 800 CHRS positionnés sur le territoire français aujourd'hui présentent des visages multiples. Leurs domaines d'intervention les amènent à faire face à une multiplicité de missions allant de la prise en charge en urgence de personnes en grandes difficultés à la gestion d'activités d'insertion par l'économique. Ils doivent en outre s'intégrer dans des dispositifs d'accès au logement et d'insertion professionnelle, harmoniser les actions et s'intégrer aux politiques d'insertion locales.

Conventionnés par l'Etat, ils font de ce fait l'objet d'un agrément préfectoral. Plus avant, ils ont en charge de répondre aux missions définies au sein de l'article 312-1 du CASF :

- accueil et orientation, notamment en urgence,
- hébergement ou logement individuel ou collectif, intra et extra muros,
- soutien ou accompagnement social,
- adaptation à la vie active et insertion sociale et professionnelle.

Il s'agit en particulier *« d'assurer l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse »*.

Cette pluralité de missions, si elle ne facilite pas la compréhension des fonctions assignées aux CHRS, présente l'intérêt de s'inscrire dans une cohérence d'organisation et à partir d'une continuité de l'action.

2.2 Les spécificités du CHRS Lyon Cité

Situation géographique, caractéristiques des publics accueillis, axes d'intervention privilégiés, contexte financier, constituent autant d'entrées qui permettent de situer le CHRS Lyon Cité à travers ses singularités

2.2.1 Une implantation géographique en milieu urbain

La structure Lyon Cité a été inaugurée en 1962. Elle était alors entourée de petites maisons ouvrières construites dans les années 30 pour accueillir les travailleurs de l'ouest villeurbannais. Entre 1960 et 1980, ce quartier s'est beaucoup transformé, laissant place à des immeubles résidentiels intégrant pleinement le quartier Bellecombe au 6^{ème}

arrondissement, quartier concentrant une population particulièrement aisée. Presque toutes les habitations voisines ont donc été construites après l'implantation de la structure, ce qui a contribué à faciliter l'intégration de l'établissement dans l'environnement.

Voisinant la place Charpenne, le CHRS Lyon Cité est particulièrement bien desservi par les transports publics. Deux rames de métro s'y rejoignent, une ligne de bus et plus récemment le tramway permettent de joindre le nord, l'est, l'ouest, le sud de Lyon ou encore les villes de Villeurbanne, Vénissieux, Bron, Vaulx-en-Velin, en très peu de temps.

Une politique visant à renforcer l'acceptation d'un tel équipement par son voisinage a été relancée en 2002 : elle amène à rencontrer régulièrement les acteurs associatifs, commerçants, gardiens d'immeubles, enseignants du quartier afin de prévenir les troubles résultant de l'accueil d'une telle population. Le proche voisinage est régulièrement invité pour participer à des événements festifs (thé-brocante, concerts, soirées thématiques...). Cette approche a pour effet de pacifier le climat et d'intégrer les habitants du CHRS comme des résidents du 6^{ème} arrondissement à part entière.

Cette implantation en cœur de ville, le travail de proximité réalisé avec les habitants, constituent des atouts pour l'établissement. L'accès facilité à l'ensemble de l'agglomération permet de nouer facilement des contacts avec le partenariat sur l'ensemble du tissu urbain.

2.2.2 Une proximité forte avec le champ de l'urgence sociale

Depuis les années 70, l'établissement Lyon Cité cumulait deux fonctions : résidence sociale et CHRS. Jusqu'à la fin des années 90, contrepartie obligatoire à l'accueil en CHRS, les résidents étaient amenés à réaliser une activité de type occupationnel aux ateliers d'insertion voisins. En 1999, la cession par l'association gestionnaire d'un établissement frappé d'alignement dans le cadre d'un grand projet immobilier porté par la ville de Lyon a généré une extension de l'agrément du CHRS Lyon Cité à 130 lits.

La restructuration a amené des équipes insuffisamment préparées à collaborer à partir d'un seul et même établissement, dans une configuration où des licenciements ont été nécessaires pour mener à bien cette réorganisation. Le climat social difficile pendant les deux années qui ont suivi ce regroupement d'établissements a contribué à fragiliser la direction en exercice ; démission et licenciement des cadres de direction s'en sont suivis.

La difficile mise en harmonie entre des personnels issus de deux équipements différents a pu cependant s'envisager et prendre forme en 2002. Elle s'est notamment appuyée sur la culture commune que les salariés avaient développée autour de la prise en charge de publics très marginalisés. La Fondation de l'Armée du Salut, identifiée par les partenaires

comme une structure de dernier recours développait en effet depuis les deux équipements réunifiés un partenariat très développé avec les équipes de rue, les accueils de jour et les centres d'accueil d'urgence.

Ce particularisme qui consistait à accueillir des publics fortement stigmatisés ayant pour beaucoup connu de longues périodes de rupture sociale s'est maintenu jusqu'à ce jour. L'établissement Lyon Cité est perçu comme un CHRS « à bas seuil » présentant des caractéristiques proches de celles des structures d'accueil d'urgence. Les orientations des prescripteurs se font en conséquence.

Pour autant, l'accueil et l'accompagnement à partir du CHRS Lyon Cité se différencie des accueils en « CHRS de stabilisation » qui se sont développés à partir du Plan d'Action Renforcé en direction des personnes Sans Abri (PARSA) en 2007. Le CHRS Lyon Cité est en effet porteur d'un projet d'établissement qui vise à permettre aux usagers de retrouver dans des délais court-moyen terme la possibilité d'accéder à l'autonomie selon des formes d'action évoquant plus la dynamisation et la stimulation, que la stabilisation.

2.2.3. Des entrées thématiques inégalement investies

Entre 2003 et début 2005, m'appuyant sur les orientations des lois du 29 juillet 1998, du 02 janvier 2002 et n° 2005-32 du 18 janvier 2005, j'ai conduit une démarche d'élaboration et d'écriture du projet d'établissement pour le CHRS. Rassemblant l'ensemble des salariés au cours de différentes étapes, cette entreprise a permis de passer d'une culture de l'oral à celle de l'écrit. Le projet conçu et mis en œuvre encourage la promotion des droits des usagers. Il insiste notamment sur les formes de participation qui doivent être impulsées. Il structure son action à partir de quatre entrées thématiques : l'emploi/la vie professionnelle, le logement, la santé, la citoyenneté. La mise en œuvre des entrées thématiques se présente ainsi :

- *Thématique emploi / vie professionnelle* : grâce notamment à des orientations prises par la Fondation de l'Armée du Salut à partir d'un programme transnational, la thématique emploi a été beaucoup développée au cours des cinq dernières années ; partenariats formalisés avec un ensemble d'acteurs du champ de l'insertion par l'activité économique, collaboration avec de grands groupes de l'industrie, mise en place d'un espace ressources emploi à partir duquel de nombreuses animations sont mises en place.
- *Thématique logement* : elle prend appui sur les synergies existantes sur l'agglomération et sur les dispositifs activés par les pouvoirs publics sur les trois dernières années, avec

le support d'un service de suite mis en place en 2005 ; la thématique logement constitue aujourd'hui un domaine à partir duquel les équipes obtiennent des résultats encourageants, tant sur le logement de droit commun que sur l'habitat intermédiaire.

- *Thématique citoyenneté* : derrière ce mot se cache un ensemble de préoccupations en rapport avec les relations entretenues par le bénéficiaire avec son environnement ; avec autrui, autour de la dimension familiale, par rapport aux groupes d'appartenance (...). Cette thématique citoyenneté s'entend donc à partir de tout ce qui fait interactions avec la personne accueillie. Les équipes, après une période de tâtonnement, se sont depuis deux ans investies fortement dans ce créneau d'actions. Outre l'appui sur des entretiens individuels évoquant notamment le projet de vie et le travail de chacun des référents sociaux autour du projet individualisé, elles ont commencé à développer des supports d'actions culturelles, d'animation qui incluent d'autres services. Cette pratique peine cependant à associer les différents services.
- *Thématique santé* : alors qu'elle apparaît aujourd'hui centrale dans les préoccupations des personnels et dans l'inventaire des difficultés rencontrées par les personnes accueillies, elle se trouve paradoxalement peu investie par les équipes. L'analyse des écrits consignés dans le projet d'établissement autour du domaine de la santé met en évidence un certain flou. Le projet santé prévoit de distinguer les orientations « prévention » et « le soin » aux personnes lorsque cela s'avère nécessaire. Les objectifs généraux sont cependant difficiles à discerner et les écrits qui s'y rapportent entretiennent une confusion entre actions à entreprendre, déclarations d'intention, et moyens à utiliser. L'appartenance à un réseau de soin formalisé y est mentionnée sans qu'une véritable trame de travail soit structurée. Cette thématique n'a jusqu'à ce jour pas été considérée comme prioritaire par la chef de service éducatif nommée une année auparavant.

A ces entrées s'ajoutent deux axes transversaux : l'accompagnement à travers la dimension administrative, la promotion de la qualité de vie.

2.2.4 Un contexte financier difficile

Le dispositif CHRS dans le Rhône présente les caractéristiques des départements comprenant une agglomération urbaine à forte densité de population : il héberge un nombre important de CHRS (37 au total) portés par 21 associations gestionnaires. La suppression

des aides au logement dans les recettes des établissements du Rhône a nécessité le repositionnement de l'enveloppe initialement consacrée au rebasage en 2005, privant ainsi un ensemble d'équipements de la remise à niveau à laquelle ils pouvaient prétendre.

La dotation globale de financement (DGF) s'élève en 2008 à 17 millions d'Euros. Ce montant ne répond que partiellement aux besoins de ces équipements : sur les quatre dernières années, six CHRS ont en moyenne introduit un recours en contentieux auprès du tribunal interrégional de la tarification, alors que la culture de ces équipements ne les portait pas vers ce type de démarche. Le CHRS Lyon Cité fait partie de ceux-ci. Cette requête permet de maintenir l'enveloppe de dotation à hauteur des besoins nécessaires pour articuler qualité de service et sécurité des personnes. Après le rejet d'un premier contentieux pour des motifs de forme, le tribunal interrégional de la tarification tranche depuis trois ans en faveur du CHRS Lyon Cité. Par ailleurs, les indicateurs de convergence présentés lors de la production des comptes administratifs démontrent que la dotation globale de financement demandée chaque année dans les budgets se trouve au niveau de la moyenne départementale.

Sans être préoccupante, la situation financière du CHRS se caractérise donc par des marges de manœuvre très réduite au niveau financier. De ce fait, les actions à venir de l'établissement devront s'envisager à coût constant.

Un audit organisationnel réalisé en 2008 pour les services de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) a confirmé la situation délicate du département.

Il avance les préconisations suivantes :

- procéder à des concentrations par fusion-absorption : il s'agit d'anticiper les situations de crise, notamment pour les petites associations sujettes à des difficultés de trésorerie, et dont les coûts à la place vont parfois d'une échelle de un à cinq,
- développer différentes formes de coopération : mutualisations, conventionnements, groupements, travail en réseau sont nécessaires afin de rationaliser les coûts, de renforcer les partenariats et d'améliorer la prestation en direction des publics,
- améliorer la prestation en direction des usagers : l'audit pointe des écarts de pratiques importants et la pauvreté des interactions avec les secteurs sanitaire et médico-social.

Mettant en parallèle les préconisations de l'audit et la situation du CHRS Lyon Cité, je relève que la Fondation de l'Armée du Salut mène depuis plusieurs années une politique de développement axée sur une diversification d'activités l'amenant à se positionner sur le champ du médico-social (handicap et dépendance). Cette orientation ne permet pas une extension d'activité sur le champ de la lutte contre les exclusions.

En revanche, le développement de coopérations, l'amélioration de la prestation en direction des usagers constituent deux éléments qui rejoignent mes préoccupations : ils sont susceptibles de rencontrer les besoins des publics en matière de santé mentale. Comme nous allons le voir dans la partie qui suit, ils sont susceptibles de renforcer l'action d'une équipe qui peine à soutenir les publics autour de la thématique santé mentale.

2.3 Données se rapportant au fonctionnement de la structure

Comme tout établissement positionné dans les domaines social et médicosocial, le CHRS Lyon Cité possède ses particularismes : organisation et dynamique interne, compétence et qualification des acteurs, événements caractéristiques conjoncturels ou structurels constituent autant de variables qu'il est important d'éclairer pour situer points forts et points de fragilité.

2.3.1 Des compétences limitées pour accompagner les problématiques liées à la santé mentale

L'équipe socioéducative a développé depuis plusieurs années des compétences en matière d'accompagnement à partir de thématiques correspondant à certains besoins de la population : l'emploi, le logement, la citoyenneté constituent les entrées privilégiées depuis la mise en perspective du projet d'établissement. Se situant parmi les axes prioritaires, le travail à partir de la sphère santé a été faiblement investi par les équipes, alors que les profils des publics, les interpellations au quotidien en matière de symptomatologie incitaient pourtant à s'y intéresser davantage.

Une étude attentive du plan de formation sur les quatre dernières années montre que dans son fonctionnement, l'établissement peine à envisager une action structurée autour de la santé en général, et plus particulièrement de la santé mentale. Les demandes individuelles portées par les salariés en matière de formation concernent en majorité des formations d'acquisition ou d'adaptation des connaissances en dehors de ce domaine. Certaines permettent d'appréhender des dimensions administratives ou transmettent des éléments d'information se rapportant à un nouveau dispositif. D'autres, qui amènent par exemple à mieux appréhender certaines typologies de publics tels les demandeurs d'asile, ont été par ailleurs effectuées il y a deux ans.

En lien avec la santé mentale, seules deux actions de formation ont été commandées à des organismes intervenant sur le champ du médico-social. Orientées vers la transmission de connaissance des comportements addictifs, diffusant une information générale portant sur les produits utilisés et leurs effets sur la personne, elles possédaient l'avantage de situer les comportements des usagers de produits à partir d'un contexte où la souffrance psychique était présente. Les fiches d'évaluation remplies par les équipes témoignaient d'un fort intérêt pour cette approche mais révélaient aussi certaines résistances liées à ces apports qui réinterrogeaient les pratiques.

Les fiches d'évaluation des deux années précédentes, montrent qu'en matière de santé mentale, elles n'ont cependant pas été suivies par d'autres initiatives à caractère individuel ou institutionnel. Les axes prioritaires pluriannuels 2006-2008, en matière de formation, témoignent de l'absence de réflexion prospective sur un thème pourtant considéré au quotidien comme faisant l'objet d'une préoccupation majeure.

Je me tourne alors vers l'équipe mobile d'interface SDF, équipe composée d'un médecin psychiatre, d'un psychologue, de deux infirmiers spécialisés, acteurs amenés à côtoyer régulièrement les intervenants sociaux du CHRS. Ceux-ci confirment que les travailleurs sociaux du CHRS se trouvent fréquemment en butte à des difficultés autour de la santé mentale qu'ils ne savent pas véritablement appréhender. L'équipe mobile s'arrête sur trois constats relatifs au fonctionnement de l'équipe du CHRS : une difficulté à anticiper les situations de crise, une connaissance encore insuffisante du partenariat existant, un diagnostic insuffisamment partagé avec les partenaires. Au cours du dernier bilan annuel, l'équipe situe cependant la structure comme étant en évolution depuis l'arrivée de la nouvelle chef de service. Un processus de familiarisation avec la maladie mentale est à l'œuvre, perceptible par une meilleure tolérance des équipes face à ces situations anxiogènes.

2.3.2 Des services cloisonnés

Après la crise institutionnelle survenue en 2000, un travail de fond avait permis d'entraîner la disparition progressive de « fiefs ». Ces entités individuelles s'étaient constituées et arrogées des pouvoirs sur le fonctionnement de l'institution afin de pallier aux déficits d'orientations. Une forte angoisse collective s'exprimait alors dans la structure.

Afin de développer une meilleure qualité de service, j'avais fait par ailleurs le choix ces dernières années de m'appuyer sur les compétences de cadres intermédiaires. Le recrutement d'un cadre administratif et financier en 2003 puis celui d'un cadre hôtellerie en 2004 permettait de gagner en technicité et d'améliorer la qualité des rapports entre salariés. La création de ces postes, rendue possible en raison de départs de salariés anciens a

permis de réorganiser chacun des services à moyens constants à partir des services hôtellerie et administratif. La culture du « travailler ensemble » au sein de chacun des services s'est donc développée. Toutefois, cette structuration a cependant eu pour conséquence de produire un effet de cloisonnement. Centrés sur leur propre construction, occupés à mettre en place leurs propres systèmes de communication, les services n'ont pas capitalisé à partir des quelques actions transversales conduites au niveau institutionnel. Aussi, le projet d'établissement, la conduite ponctuelle d'actions festives n'ont pas permis de renforcer la capacité à se fédérer suffisamment à partir d'objectifs communs.

Le remplacement en 2008 des cadres hôtellerie (départ) et administratif (mutation) qui ne possédaient pas une culture suffisante du « travailler ensemble » et la récente arrivée d'une responsable de service éducatif constituent des opportunités susceptibles de favoriser un travail de liaison entre les différents services.

2.3.3 Un fonctionnement renouvelé de l'équipe socio-éducative

Depuis peu, l'équipe socioéducative composée de onze intervenants sociaux bénéficie grâce à l'arrivée d'un cadre intermédiaire d'un accompagnement de même type que les autres services de l'établissement. Leur ancienneté dans l'association gestionnaire est importante (treize ans en moyenne) avec la présence d'un équilibre hommes - femmes. La moyenne d'âge de l'équipe est de 46 ans, inférieure de deux ans à la moyenne de l'ensemble des salariés de l'établissement. Les personnels qualifiés sur des fonctions de travailleurs sociaux diplômés (éducateurs spécialisés, assistantes de service social) sont au nombre de cinq ; les diplômés universitaires Bac + 4 sont au nombre de trois, sachant que les diplômés obtenus remontent pour la plupart à plus de 10 ans. Sur les trois salariés non diplômés, deux ont accompli un cursus formatif non validé par la réussite du diplôme en fin de cycle tandis qu'un troisième accomplit une démarche de type valorisation des acquis et de l'expérience (VAE). Les membres de l'équipe socioéducative interviennent à partir d'une fiche de fonction identique.

Bien que d'une moyenne d'âge élevée, cette équipe a eu l'occasion de vivre des processus de changements réguliers sur la demie décennie précédente : mise en place des outils de la loi du 02 janvier 2002, acquisition de compétences à travers différentes entrées préoccupant les publics, implication dans un programme d'initiative communautaire tourné vers l'emploi, ouverture d'un service d'accompagnement comportant des appartements diffus, adhésion au processus d'évaluation mis en œuvre à partir du projet d'établissement.

2.3.4 Les ressources en l'interne mobilisables autour de la santé

Au sein de l'équipe socioéducative, trois travailleurs sociaux se sont récemment déclarés intéressés par la perspective d'être référents dans le domaine de la santé à partir des acquis de compétence transversaux mis en place progressivement par la chef de service.

Au cours des réunions et à la faveur de l'exposé de situations concrètes, l'équipe se montre souvent découragée devant la complexité des situations ou l'absence apparente de solutions lorsque des problématiques ayant trait à la santé mentale surviennent. Ses membres font toutefois preuve de volontarisme, même si elle manque à ce jour d'outils, de compétences et d'orientations permettant d'appréhender ces situations. L'identification des ressources environnantes est une démarche qui paraît difficile à conduire par le référent santé sans un accompagnement. Toutefois, l'implication que chacun met dans la compréhension des situations témoigne du fort intérêt à résoudre les difficultés qui se présentent.

2.4 L'action du CHRS Lyon Cité dans le domaine de la santé

Comment s'articule concrètement l'action des intervenants du CHRS dans le domaine de la santé ? Quels sont ces partenaires et dans quels domaines interviennent-ils plus précisément ? Quelle est la nature et la qualité de ces liens lorsqu'ils sont initiés ?

Le projet d'établissement ne donne que peu d'éléments de réponse. Il est donc nécessaire de faire une analyse approfondie permettant de mieux saisir l'adéquation de l'établissement aux dispositifs de santé en privilégiant différents angles d'approche.

2.4.1 Une médecine de ville peu mobilisée

Sur le champ de la santé mentale, la médecine de ville comprend en France principalement deux types d'acteurs : les psychologues et les psychiatres. Tandis que les psychologues exerçant s'appuient sur un cursus universitaire privilégiant des approches professionnelles diversifiées, les psychiatres possèdent une formation initiale de médecin complétée par une spécialisation donnant accès à des connaissances particulières en matière de santé mentale. A partir de ces deux professions qui se réfèrent à de nombreuses écoles, s'articule une offre de service élargie. Autour de l'établissement, à un quart d'heure tout au plus de la structure, les cabinets privés sont nombreux. Pour autant, lors des trois dernières années, aucune orientation vers ces partenaires ne s'est réalisée.

Relativement à l'offre de service proposée par des psychologues, la question de la rétribution constitue un frein d'importance : la faiblesse des ressources, voire l'absence de solvabilité d'une bonne partie des publics ne permet pas d'envisager un accompagnement en raison du coût de la séance non remboursable par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Alors que l'apport d'un psychologue serait à même de constituer une aide ponctuelle ou durable pour les personnes accueillies, le recours à ce type de service peut donc difficilement être envisagé.

Par rapport aux psychiatres, d'autres ressorts semblent jouer : il y a deux ans, afin de faire évoluer le regard que les médecins de proximité portaient sur nos publics, une centaine d'invitations à une soirée d'information et d'échanges avait été adressée aux praticiens généralistes et spécialisés environnants la structure. Parmi eux, une dizaine de psychiatres. Face à la faiblesse du taux de retour (un seul coupon réponse provenant d'un médecin généraliste), cette rencontre a dû être annulée. Les médecins psychiatres comme les autres médecins de ville ne semblaient pas intéressés par l'idée d'accompagner nos publics. Echaudés par cette expérience, nous n'avons pas depuis envisagé de nouvelles actions susceptibles de nous permettre de tisser des collaborations. Pourtant, à l'évidence, il apparaît que la rencontre avec ces professions serait susceptible de constituer un outil complémentaire pour la structure, afin de travailler autour de la gestion des crises ou d'entreprendre des accompagnements sur la durée.

Prenant acte de la difficulté de notre équipement à entrer en communication avec ces deux corps de métier, je mesure que nous manquons de clefs pour structurer une véritable relation partenariale autour d'une préoccupation pourtant commune portant sur la santé mentale.

2.4.2 Un lien complexe avec le secteur spécialisé

Nous avons vu que le rapport STROL LAZARUS de 1995, tout comme le Plan psychiatrie et santé mentale élaboré 10 ans plus tard, faisaient état du fort cloisonnement entre les acteurs du sanitaire et du social. Renforçant cette analyse, le Rapport du Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS) publié en 2007³⁵ insiste sur cette réalité : « ...*Ce cloisonnement entre les institutions et les professionnels des deux domaines rend difficile sinon impossible la*

³⁵ Conseil supérieur du travail social (CSTS) *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social* Rapport au ministre chargé des affaires sociales. Rennes : Editions de l'EHESP, 2007. 116 p.

prise en charge globale des personnes et entraîne une discontinuité des interventions particulièrement défavorable aux publics les plus en difficultés, ceux qui, malades, exclus, âgés, fragiles, isolés, mal informés, désocialisés, etc... sont découragés par des démarches multiples ».

Qu'en est-il alors de la relation entretenue avec les structures d'intervention présentes dans le secteur spécialisé ?

Un lien régulier existe entre le CHRS Lyon Cité et plusieurs équipements émergeant sur le secteur spécialisé. Une vraie prise d'appui sur les ressources offertes au niveau du territoire d'appartenance existe. Le CHRS a ainsi régulièrement recours aux structures hospitalières, notamment les CMP, positionnés dans les quartiers avoisinants. Une réflexion portant sur les systèmes d'interaction « établissement/partenaires » conduite en conseil de direction éclaire sur les pratiques en vigueur : ce partenariat s'appuie avant tout sur la relation professionnelle que quelques intervenants de ces équipements ont su initier au gré de certains accompagnements. Il demeure donc fragile, même s'il génère une forte plus value pour les bénéficiaires.

Le lien avec les hôpitaux spécialisés est lui aussi activé. Considérant les besoins existant de part et d'autre, il se décline au gré des situations : les demandes émanant de notre équipement se font pour l'essentiel lorsqu'une situation de crise aiguë devient difficile à gérer au point qu'une hospitalisation apparaisse comme le seul recours possible. Cette approche se heurte parfois au diagnostic effectué par l'institution hospitalière spécialisée : portant une appréciation différente à partir de critères qui lui sont propres, celle-ci est susceptible de se démarquer alors de la position des intervenants du CHRS contribuant ainsi à générer des tensions entre les équipes. Soucieuse d'instaurer un turn-over au sein des effectifs de patients afin de faire face à sa mission d'accueillir les nouveaux arrivants en crise, soumise à la pression de la réduction du nombre de lits, l'institution hospitalière se trouve parfois confrontée à des refus d'admission en CHRS.

Les rapports entre les parties sont donc marqués par une somme d'incompréhensions nourries par des positionnements parfois antagonistes qui ne facilitent pas les collaborations entre les acteurs. Au-delà de la lecture de situations parfois contradictoires livrées par les équipes, je repère sans pouvoir les nommer la présence d'autres raisons sous-jacentes.

S'agit-il de dimensions s'apparentant aux particularismes des cultures professionnelles comme le pointe M. JAEGER³⁶ ? Les motifs énoncés par cet auteur lorsqu'il pointe les

³⁶ JAEGER M. L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie. Paris : Dunod, 2006. (2^{ème} édition) 166 p.

dépense et la tendance autarcique des deux secteurs³⁷ vont dans le sens de cette analyse : « *Le principe de la collaboration entre les équipes psychiatriques est acquis dans les grandes lignes depuis longtemps... (...) Il est plus difficile d'établir un partenariat (...) sous le régime de la réciprocité, en particulier dans la reconnaissance des compétences respectives et dans la connaissance des changements intervenus dans chacun des mondes professionnels. A plus forte raison, quand les rencontres se font à chaud.* ».

Prêtant une attention particulière aux propos de l'équipe du CHRS alors qu'elle évoque ses différences d'appréciation avec les intervenants des unités spécialisées lors des réunions de synthèse hebdomadaires, je note que la présence d'indications corrobore cette approche : évocation régulière du secret professionnel par certains corps de métier, usage de terminologies très spécifiques destinées à limiter les échanges ou asseoir une identité professionnelle, affleurement de certaines représentations erronées... Ces points semblent de nature à parasiter le travail de coopération. Ils sont d'autant plus perceptibles que la situation se révèle anxiogène pour l'équipe.

2.4.3 Une faible utilisation des programmes déclinés localement

Nous avons vu que le CHRS Lyon Cité accueille un pourcentage non négligeable de personnes aux prises avec une problématique de santé mentale. Si l'aide sociale à l'hébergement fait l'objet d'un financement unique assuré par l'Etat, la mobilisation de ressources autres pour servir l'action est évidemment souhaitable. Ainsi, certains programmes de santé se rapportant à des actions de prévention ou à des programmes d'intervention thématiques se déclinent sur le territoire d'implantation du CHRS. Parmi ces programmes, certains possèdent un lien direct ou indirect avec les questions portant sur la santé mentale. Ils sont susceptibles d'être mobilisés.

Qu'en est-il de l'implication de l'établissement dans ces initiatives ?

A l'évidence, elle est peu développée puisqu'elle se résume à deux actions de formation menées il y a trois et quatre ans grâce à des financements issus des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Conçues sous la forme de formations collectives, elles ont permis aux équipes de mieux se positionner dans l'accompagnement de personnes présentant comportements addictifs. Alors que le contexte financier de l'établissement est tendu, ces programmes dotés de financements propres

³⁷ Op. Cite

pourraient permettre à l'établissement d'accéder à une plus value intéressante sur le champ de la santé mentale, grâce à leur impact direct ou indirect. Les axes prioritaires du PRSP ou les déclinaisons locales des lignes nationales INPES ou PNNS sont donc susceptibles d'être mobilisés pour répondre aux besoins émergents.

2.4.4 Une connaissance insuffisante des ressources du champ médico-social

Parmi les symptômes exprimés par les publics en situation de souffrance psychosociale ou atteints de maladies mentales avérées, nous avons déjà souligné la fréquence des troubles psychiques et des comportements à risques. L'analyse des comptes-rendus de réunions de synthèse, souligne que l'accompagnement de ces personnes est mis en péril dès lors que la consommation d'alcool, de substances illicites constitue une tendance lourde. Qu'il s'agisse d'un comportement se rattachant à une crise aiguë ou de la composante d'une problématique s'exprimant durablement, ces synthèses montrent que les travailleurs sociaux traversent ces temps d'accompagnement de la personne avec difficulté et parfois avec souffrance. Dans le même temps, l'éventail de partenaires sollicités est restreint. Si le CMP demeure le premier recours, il semble que d'autres partenaires puissent être mobilisés, comme les équipes pluridisciplinaires comprenant des médecins spécialisés, des infirmiers(ères), des travailleurs sociaux spécialisés dans l'accompagnement médico-social.

Par ailleurs, une partie non négligeable³⁸ des personnes accompagnées est guidée vers une mesure de protection ou fait parfois déjà l'objet d'une mesure de ce type. Porteuses d'une maladie mentale reconnue, elles traversent régulièrement des périodes difficiles, notamment lors des transitions : c'est par exemple le cas lorsqu'elles font l'apprentissage de l'autonomie en occupant l'un des appartements en diffus. L'équipe se trouve à ce moment là en difficulté alors qu'elle pourrait s'appuyer sur des dispositifs médico-sociaux capables de fournir une aide qui permettrait de mieux gérer ces temps délicats.

Réfléchissant à la palette d'intervenants susceptible d'être mobilisée pour soutenir les publics et éviter les ruptures qui résultent des périodes de crise, nous avons conscience de la nécessité de progresser dans la mobilisation de certains partenaires trop souvent ignorés bien qu'intervenant sur le champ médico-social.

³⁸ Au 30 06 2008, 15% des personnes accueillies faisaient l'objet de mesure de protection après avis du juge des tutelles.

2.4.5 L'existence de ressources utilisables dans le cadre du plan de santé mentale

Cité comme un prolongement susceptible de décliner les objectifs du plan de santé mentale, le PRSP 2006-2010 de Rhône-Alpes ne considère pas le traitement de santé mentale en direction des publics vulnérables comme une priorité. Le Schéma Régional d'Orientation Sanitaire (SROS) Sud-est de Rhône-Alpes/Auvergne 2007-2012 concentre pour sa part ses orientations vers l'organisation du traitement des pathologies somatiques.

Le plan de santé mentale de 2005 qui renvoie notamment à ces outils ne peut donc constituer une ressource affirmée à partir de ces niveaux d'intervention. Se déclinant au niveau national, il possède cependant l'avantage de mobiliser les acteurs autour d'une réflexion globale, s'articulant autour de cette thématique de la santé mentale.

La forte mobilisation des acteurs de la santé mentale perceptible au long de l'année et à l'occasion de temps fort comme la semaine de la santé mentale qui se déroule chaque année au printemps constitue cependant un indicateur remarquable.

Les « Groupes d'Entraide Mutuelle » (G.E.M) font partie des outils proposés dans le cadre du plan de santé mentale. Ils se déclinent aussi sur le territoire lyonnais et génèrent des dynamiques intéressantes. Les G.E.M. constituent donc des ressources potentiellement mobilisables par les équipes. Ils le sont d'autant plus que les orientations qui sont prises par l'association gestionnaire énoncent la participation des usagers comme une priorité forte.

2.4.6 Une implication dans un réseau « santé-précarité » répondant insuffisamment aux besoins

Le réseau « Santé-précarité » a été mis en place en 2000 suite à la parution de la LCE. Il comprend six partenaires. Parmi ceux-ci, trois associations gestionnaires interviennent dans le champ de la lutte contre les exclusions, dont la Fondation de l'Armée du Salut au travers des actions qu'elle mène à Lyon. Outre ces trois associations, notons la présence de l'antenne lyonnaise de Médecins du Monde centrée sur des actions à caractère humanitaire. L'équipe mobile du réseau social rue-hôpital et l'équipe d'Interface SDF, constituées d'intervenants pluridisciplinaires, complètent le réseau. Ces deux équipes mobiles interviennent afin de favoriser la relation de ces associations avec le champ sanitaire. Pour la première, l'approche somatique est privilégiée. Grâce à une équipe comprenant un médecin psychiatre (1/2 temps), un psychologue (1/2 temps), deux infirmiers spécialisés, l'équipe d'interface SDF s'efforce avec des moyens restreints de favoriser la collaboration entre les acteurs concernés par le soin psychique.

La relation entre les deux équipes mobiles et le CHRS Lyon Cité se définit à travers trois formes de collaborations : la participation aux synthèses, l'intervention auprès d'un usager planifiée à la demande, la tenue d'une permanence hebdomadaire *intra muros* permettant aux personnes qui le souhaitent de rencontrer chacune de ces deux équipes. Au fil des années, le réseau « Santé-précarité » a permis de penser davantage la santé en général et la santé mentale en particulier au sein de l'équipement. Il nourrit plusieurs ambitions :

- Favoriser les passerelles entre des structures d'accueil équipement sociaux,
- Acculturer ces équipements à concevoir l'accompagnement santé,
- Apporter une aide technique dans le traitement des situations.

Fonctionnant depuis huit ans, ce réseau n'est pas parvenu à atteindre l'ensemble de ces objectifs. Plusieurs raisons peuvent être avancées : présence d'un décalage entre buts et moyens mis à disposition ; érosion, usure provoquée par l'absence de pilotage et la carence en matière d'animation de ce réseau ; perte d'influence des équipes mobiles aux prises avec des difficultés de recrutement interne.

Déléataire des financements délivrés par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), la DDASS ne considère pas l'activation et le développement de ce réseau comme une priorité. Elle se situe là en correspondance avec le PRSP 2006-2010 et avec le SROS qui ne mentionnent pas le traitement de santé mentale en direction des publics vulnérables comme essentiel. Par ailleurs, le schéma départemental Accueil-Hébergement-Insertion n'a pas été revu depuis 2000. Cette absence d'orientations ne donne donc pas de cap à tenir pour le court et moyen terme. De ce fait, le réseau « santé-précarité » se cantonne aux partenaires historiques. L'analyse des interactions entre les acteurs qui le composent permet d'avancer que la déclinaison des partenariats et des contributions est fortement induite par les habitudes prises par les acteurs.

L'ensemble de ces paramètres participe à la perte d'efficacité de ce réseau formalisé. Si le réseau « santé-précarité » rassemble certains acteurs concernés par l'accompagnement des publics menacé par un risque d'exclusion, il ne donne pas toutes les garanties d'un bon fonctionnement. En l'absence d'une volonté politique forte, les marges d'évolution sont restreintes. Ce micro-réseau contribue néanmoins à activer et renforcer certaines collaborations qu'il semble possible de faire fructifier davantage.

La forme de travail interactive exposée dans ce chapitre à travers le descriptif du fonctionnement du réseau « santé-précarité » amène à envisager des modalités de travail susceptibles de prendre différentes formes. L'approche plus globale qui en sera faite dans le chapitre suivant permettra d'en percevoir les contours et d'en souligner la plus value.

2.5 Le travail en réseau, une réponse à l'accompagnement des publics précaires concernés par un problème de santé mentale

Comment définir la réalité d'un réseau ? Quelles formes peut-il prendre ? Comment s'articulent les acteurs qui le composent ? Quels apports est-il susceptible de générer ?... Autant de questions qui réclament un éclairage.

En premier lieu, il apparaît pertinent de situer le réseau à travers une définition générique. La première nous est apportée par la loi du 04 mars 2002, relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé : *« Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ».*

Mais le réseau peut aussi aller au-delà d'une définition centrée sur la dimension sanitaire. Plus large, elle amène à considérer le réseau comme une organisation coordonnée, composée de personnes morales ou physiques, Son objet consiste à accroître la rationalité technique et économique d'un dispositif d'offre au sein duquel l'usager peut circuler alors de façon pertinente.

Par ailleurs, le réseau se distingue de la filière dans la mesure où il a pour objectif d'identifier et de mettre en synergie un ensemble de ressources susceptibles de construire des trajectoires. Ces ressources s'articulent en fonction des particularismes de la personne. Elles sont utilisables par les usagers à partir de leurs besoins propres. Ceux-ci peuvent ainsi bénéficier d'une offre de service adaptée et le cas échéant circuler dans un dispositif dont l'objectif est de servir leur parcours individuel. L'organisation des parcours respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre dans une logique se rapportant aux besoins de la personne selon un mécanisme d'adressage.

Derrière ce descriptif synthétique du réseau, une multiplicité d'outils construits à travers l'histoire du XX^{ème} siècle. Ils répondent à différentes formes de besoins. Destinés à remplir des fonctions clairement identifiables, ils sont composés de différents éléments.

2.5.1 Le réseau, un outil susceptible de se décliner de différentes façons

A) Un bref historique des réseaux

La notion de réseau de soin est ancienne puisqu'elle remonte à la guerre 1914-1918 autour de la problématique générée par la tuberculose. A la fin de la deuxième guerre mondiale, à la faveur de l'ordonnance du 4 octobre 1945, l'Etat finance et met en place ce modèle d'organisation.

En 1964, la déconcentration amène les préfetures à gérer les dispositifs sanitaires. La circulaire de mars 1992 jette les bases d'une relation opérationnelle entre le secteur de la psychiatrie et la population desservie : les thématiques retenues sont l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, la maladie mentale, les maladies vénériennes, et les dépistages de cancer.

En 1981, les réseaux coordonnés ambitionnent d'optimiser les soins en réalisant « une filière de soins » selon une logique dans laquelle le rôle majeur de l'hôpital n'est pas remis en cause. Dans le milieu des années 1980, les réseaux de soignants professionnels médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux se développent sur le modèle élaboré par des médecins engagés dans l'aide médico-sociale auprès des populations en situation de précarité à partir d'initiatives à caractère bénévole. La pertinence de ces expérimentations est reconnue en 1991 par le ministère de la santé qui, dans une circulaire, incite à la création de « réseaux ville hôpital ».

Cependant, ce n'est qu'en 1996 que ces réseaux sont légitimés. L'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée encourage alors la constitution de ce type d'outils, non seulement entre établissements hospitaliers, mais aussi entre établissements sociaux/médico-sociaux, et même entre professionnels libéraux, ceci dans le but d'assurer une meilleure organisation du système.

B) Les entrées permettant de formaliser un réseau

La structuration d'un réseau s'appuie sur différentes entrées : elle peut se concevoir à partir d'une pathologie située comme prioritaire par les politiques publiques. Elle peut aussi s'envisager à partir d'un espace géographique déterminé comme territoire pertinent. Ces deux motifs peuvent aussi se combiner, ce qui engendre une multiplicité de configurations.

En fait, le réseau prend sens dans un contexte épidémiologique, démographique et sanitaire donné. Son existence peut s'entendre à partir de son mode de financement à travers un « fléchage » de crédits relevant d'enveloppes spéciales thématiques (SIDA, Ville Hôpital, Hépatite C, Précarité, Toxicomanie...) se rapportant à des orientations territorialisées comme par exemple dans un cadre régional le fond d'aide à la qualité des soins de ville (soins palliatifs, diabète...).

C) Les formes de réseaux identifiables

Les auteurs de l'ouvrage « Créer et piloter un réseau de santé » distinguent³⁹ quatre groupes de réseaux identifiables à partir de cadres juridiques de référence :

- les réseaux financés par l'assurance maladie (réseaux Soubie) ; ces réseaux expérimentés sont centrés sur le soin et des pathologies spécifiques. Ils font l'objet d'un agrément ministériel⁴⁰,
- les réseaux inter-établissements ; constitués entre Etablissements de santé, ils sont formalisés et bénéficient d'une accréditation délivrée par l'ARH⁴¹,
- les réseaux Ville-hôpital monothématiques ; constitués entre professionnels de ville et d'hôpital, ces « réseaux pionniers » souvent constitués en associations ont d'abord pris en charge des patients atteints d'infection type VIH pour concerner ensuite des pathologies diverses (hépatite C, cancer, maladies chroniques, ...),
- les réseaux de santé de proximité, financés par l'Etat ; regroupés autour de la population d'un quartier ou d'une ville, ces réseaux ont développé parallèlement à la prise en charge médico-sociale des patients, une activité de santé publique ou communautaire ; ils associent professionnels de santé, du secteur social et des associations.

D'autres formes de réseaux moins formalisés existent également. L'ouvrage collectif « Travailler en réseau »⁴² montre que si les intervenants sociaux s'intéressent au réseau comme système d'organisation, ils sont aussi susceptibles de l'utiliser avant tout comme un support des pratiques.

Dès lors, la formalisation du réseau ne répond plus aux mêmes exigences juridiques ou administratives. Elle n'en conserve pas moins les mêmes moteurs ou les mêmes raisons

³⁹ SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T et al. *Créer et piloter un réseau de Santé - Un outil de travail pour les équipes*. Rennes : ENSP Editions, 2004. (2^{ème} édition) 112 p. (page 13)

⁴⁰ Article L 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale.

⁴¹ Article L 712-3-2 du Code de la Santé Publique

⁴² DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., *Travailler en réseau : méthodes et pratiques de l'intervention sociale*. Paris : Dunod, 2006. 238 p.

d'exister : répondre aux besoins nés de l'évolution de la question sociale par rapport à des usagers qui nécessitent un accompagnement particulier ; dépasser des points de blocages rencontrés dans les pratiques quotidiennes et dans les fonctionnements institutionnels ; ouvrir à de nouvelles formes d'interventions afin de couvrir des besoins individuels en rapport avec le soin ou la santé.

2.5.2 La visée d'un réseau et les acteurs qui le composent

A) Un outil qui répond à une politique ambitieuse

Quelle que soit leur forme, les réseaux sont des acteurs incontournables de la restructuration de l'offre de soins. Ils constituent un moyen d'organiser l'offre de service pour résoudre des problématiques relevant de la santé. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 04 mars 2002 donne une définition unique des réseaux non de soins mais de santé : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins des personnes à partir de différentes dimensions : accès aux soins, coordination, continuité* » Art. 84.

Aujourd'hui se dessinent donc les contours d'un nouveau contexte d'action politique et légal en faveur des réseaux de santé. Préfigurant cette approche, les auteurs de l'ouvrage « créer et piloter un réseau de santé »⁴³ affirmaient en 2002 que les réseaux faisaient l'objet d'un consensus partagé et qu'ils auguraient des fonctionnements du système de santé de demain. Même si ce constat paraît teinté d'optimisme, il semble incontestable que la logique de réseau est en phase avec les contours d'un nouveau contexte d'action politique et légale. Elle concourt à l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, médicosociales et sociales en rendant possible un accompagnement adapté aux besoins de la personne sur différents plans (éducation pour la santé, prévention, diagnostic, soin). Elle permet d'activer les synergies nécessaires pour la conduite d'actions relevant de la santé publique et intégrant des dimensions telles l'évaluation et le développement de la qualité de service.

B) Un outil susceptible de s'ouvrir à une multiplicité d'acteurs

L'objectif premier d'un réseau étant de répondre aux besoins de l'utilisateur, il est logique que l'on trouve une diversité d'acteurs pour le faire vivre. L'Article L6321-1 du code de la santé publique inséré par la loi du 4 mars 2002 les identifie formellement : professionnels de santé

libéraux, médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. Auparavant, à travers les Ordonnances 2 et 3 du 24 avril 1996⁴⁴, les pouvoirs publics avaient adressé un signal fort, en leur donnant une reconnaissance officielle, et en mobilisant les moyens financiers de l'assurance maladie.

C'est donc bien l'ensemble des protagonistes concernés par la santé des personnes en situation de grande précarité qui sont susceptibles de contribuer à un fonctionnement en réseau. En fonction de l'entrée choisie pour cet outil, la combinaison des acteurs peut prendre des formes très différentes, la pluridisciplinarité des équipes concernées demeurant cependant sa raison d'être.

2.5.3 Le réseau, outil porteur d'une forte plus value pour le CHRS Lyon Cité

Les points de force du réseau sont nombreux. Il permet de développer des formes de souplesse, aide à produire des ajustements et à mettre à disposition un éventail de compétences qui servent l'accompagnement des publics. Immergé dans des pratiques d'intervention peu dynamiques autour de la santé mentale, comptant des salariés peu au fait des enjeux portant sur la santé mentale, le CHRS a beaucoup à gagner à s'inscrire dans une logique de réseau.

Parce qu'il donne l'opportunité de structurer un maillage susceptible de répondre à un ensemble de besoins, le réseau accroît les marges d'intervention des différents acteurs. Il favorise la prise d'initiative, renforce leur autonomie, promeut les solidarités. Grâce au système organisationnel basé sur l'interaction qu'il induit, il apporte par ailleurs une capacité à dépasser les logiques gestionnaires et autocentrées provenant d'un fonctionnement plus autarcique.

La culture de la coopération qui découle de la pratique de réseau est susceptible d'amener le CHRS à s'inscrire dans une démarche projet capable de générer une véritable amélioration de la qualité des pratiques d'intervention.

Enfin, par la dynamique qu'il apporte, le fonctionnement en réseau génère de la décentralisation, de l'innovation dans les réponses aux besoins des publics fragiles ou en

⁴³ Op. Cite

⁴⁴ Article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996. Journal officiel 1996 ; 6313-14
Article 29 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996. Journal officiel 1996 ; 6331-2

difficultés. Il donne une place centrale à l'utilisateur qui sort ainsi renforcé par cette approche. Ces effets induits ne peuvent que servir un CHRS qui doit se tourner vers des formes d'intervention mutualisées afin de gagner en efficacité.

En conclusion de la 2^{ème} partie :

L'analyse du dispositif CHRS apporte de nombreux enseignements. A partir des attributions qui lui incombent, le CHRS Lyon Cité intervient en s'appuyant sur l'ensemble des missions énoncées par les textes. Celles-ci s'exercent dans un contexte financier tendu, restreignant les marges de manœuvre. De par son identité et son histoire, le CHRS Lyon Cité cultive une forte proximité avec le champ de l'urgence sociale. L'examen de son fonctionnement éclaire un certain nombre de points concernant la prise en compte des publics en matière de santé mentale : cloisonnement des services, compétences limitées des salariés, système de délégations, politique partenariale inégalement pratiquée. Des opportunités existent néanmoins, comme par exemple l'arrivée de nouveaux intervenants au sein de la structure.

Les constats effectués au regard du fonctionnement du CHRS montrent la présence d'un enjeu de coopération et de collaboration avec les partenaires situés sur le champ de la santé mentale. Un accompagnement des équipes du CHRS est donc nécessaire pour amener l'établissement à fonctionner plus en prise avec les besoins des personnes accueillies. Les ressources et les points de fragilité mis à jour dans ce diagnostic conditionneront la construction d'un plan d'action ambitieux. Celui-ci devra amener le CHRS à entrer davantage en phase avec les orientations des politiques publiques se rapportant à la santé mentale. Il s'agira en particulier d'améliorer l'offre de service en activant une nouvelle façon de concevoir le partenariat.

3 Développer l'accompagnement des usagers du CHRS grâce à l'inscription dans une dynamique de réseau de santé mentale

Les grandes lois relatives aux domaines sanitaires et social/médico-social promulguées au début du XXIème siècle ont affirmé la primauté de la prise en compte du besoin de la personne à travers ses aspects singuliers. La mise en place d'un service de qualité selon une prestation personnalisée constitue plus encore qu'auparavant un impératif.

La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé concernent tout particulièrement les usagers du CHRS aux prises avec des problématiques relevant de la santé mentale.

Par ses caractéristiques, cette question de la santé mentale évoquait la transversalité : transversalité car la souffrance psychique et la maladie mentale d'un nombre croissant de personnes accompagnée en CHRS interpelle différents champs mobilisés pour étayer notre système de protection sociale ; transversalité parce que dans le parcours d'insertion d'une personne, la santé mentale télescope d'autres préoccupations telles l'accès au logement, à la vie professionnelle, sociale, culturelle. Coopérer dans le cadre d'un réseau d'acteurs mobilisé autour de la santé mentale afin de répondre aux besoins des publics constitue alors une démarche porteuse d'intérêt.

Après avoir effectué l'étude des politiques publiques se rapportant à la santé mentale et réalisé une approche critique de la situation du CHRS Lyon Cité, il s'agira de mettre en perspective « *un trait d'union entre deux cultures, entre deux langages, celui du terrain et celui de la commande sociale* »⁴⁵ (p.13).

L'ambition consistant à inscrire le CHRS Lyon Cité dans une dynamique de réseau en santé mentale réclame la mise en place d'un plan d'action ambitieux, s'étalant sur les court-moyen termes : repenser l'organisation de la structure au niveau des ressources humaines, inscrire l'établissement dans un lien dynamique avec les partenaires concernés par la question de la santé mentale, ceci en assurant une cohérence d'ensemble permettant de mener à bien ce projet

⁴⁵ GUAQUERE D., CORNIERE H., *Etre directeur en action sociale aujourd'hui : quels enjeux ?*. Issy-les-Moulineaux : ESF, ANDESI, 2005. 196 p.

3.1 Réorganiser les ressources humaines pour améliorer la réponse apportée à l'utilisateur

Le diagnostic réalisé au cours de la deuxième partie de cette étude nous conduit à envisager un certain nombre d'actions correctives à l'interne : afin de favoriser les relations transversales entre les services, il s'agira notamment de reconsidérer le système de délégation des cadres intermédiaires. Il sera également nécessaire d'adapter la contribution de certains professionnels de l'établissement et de repenser la politique de formation.

3.1.1 Reconsidérer le système de délégations à l'endroit des cadres intermédiaires

Depuis quelques années, la fonction des cadres intermédiaires subit de profondes mutations. Une enquête réalisée par le mensuel *Direction*⁴⁶ suivant celle publiée dans le magazine des *Actualités Sociales Hebdomadaires*⁴⁷ soulignaient le rôle prépondérant de ces collaborateurs dans le fonctionnement d'un établissement. En charge de développer auprès de leurs équipes les axes prioritaires du projet d'établissement, ils constituent des acteurs incontournables de la mise en œuvre d'une démarche projet. Membres du conseil de direction qui se réunit toutes les semaines, ils participent à l'élaboration des objectifs de l'année et constituent des personnages de premier plan pour l'inscription de l'établissement dans un réseau de santé mentale.

Le CHRS Lyon Cité comprend trois cadres intermédiaires intervenant dans les fonctions hôtellerie, socioéducatif et administratif. Le récent recrutement de deux d'entre eux, la création de poste pour le troisième il y a un an ont permis de s'appuyer sur de nouvelles personnalités, plus ouvertes au dialogue inter-service et soucieuses de privilégier l'intérêt général de l'établissement plutôt que des avantages particuliers.

Entre 2003 et 2007, les attributions des cadres intermédiaires se déterminaient à partir d'une lettre de mission situant des objectifs précis et mesurables à mettre en place durant les six premiers mois de leur contribution. Par la suite, le cadre d'intervention s'appuyait sur une fiche de poste dont les termes étaient rarement révisés. Cette approche managériale consistant à utiliser les six premiers mois de la présence du cadre pour générer des changements dans le service de référence avant une période plus statique, a montré ses

⁴⁶ Magazine *DIRECTION*, novembre 2006. *Les cadres intermédiaires, les nouveaux maillons forts ?* n°35, pp. 22-29

⁴⁷ QUINETTE M., « *Actualités Sociales Hebdomadaires Magazine* » Janvier-Février 2006. *Directeurs d'établissement et cadres « intermédiaires » : la redistribution des cartes*. n°13, pp. 14-19

limites : bousculant le délai nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, elle conduisait par la suite à une cristallisation des pratiques avant de tendre vers un enfermement dans des fonctionnements caractérisés par une vision à court terme.

La révision et la mise à jour de la fonction de directeur d'établissement par l'association gestionnaire en 2007 à la faveur de l'édition du Document Unique des Délégations (DUD) ont donné l'opportunité de repenser le fonctionnement du CHRS Lyon Cité. Le directeur s'est vu assigner des missions résumées en cinq points :

- définition et conduite de l'intervention sociale,
- définition et conduite du projet d'établissement,
- animation et gestion des ressources humaines,
- gestion économique et financière,
- gestion technique et logistique.

Certaines de ces délégations font l'objet de subdélégations, visibles à partir des découpages des fiches de postes des cadres intermédiaires. Adoptées il y a quelques années pour deux d'entre elles, ces fiches de poste concentraient leurs missions sur l'animation du service, alors en construction. Le cadre socioéducatif se voyait pour sa part attribuer la fonction consistant à mettre en œuvre le projet d'établissement. Dès lors, il n'est pas surprenant de mesurer que quelques années plus tard, les services fonctionnent de façon cloisonnée.

Le système de délégation des cadres doit donc être revisité afin qu'une véritable culture de la transversalité puisse émerger. Il s'agira sans délai de prendre une orientation favorisant la participation des acteurs qui le compose : mise à l'étude de problématiques émergent de mise en œuvre de certains axes du projet d'établissement, analyse partagée de l'effet de l'application de certaines mesures correctives, évaluation régulières des actions menées au regard des objectifs annuels (...). Les ressources des cadres intermédiaires pourront de la sorte émerger davantage, alors que le conseil de direction constituait jusqu'alors plus un lieu d'information et de régulation qu'un espace d'élaboration. Parmi les effets attendus d'une telle démarche, figurent la contribution d'une dynamique permettant l'interrogation des pratiques, la redéfinition de la fiche de poste et des délégations, provoquant ainsi davantage d'actions transversales.

Autre levier utilisable pour travailler autour de l'élaboration des systèmes de délégation mis en œuvre au sein de la structure : l'entretien annuel de progrès. « *Outil cardinal de la gestion des compétences* »⁴⁸ (p.101) selon François CHARLEUX, l'entretien annuel de progrès offre

⁴⁸ CHARLEUX F., BROTTTO P., DEBIEUVRE P., *Gérer les ressources humaines en action sociale*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2007. 249 p.

plusieurs opportunités. Il permet d'analyser des exigences du poste et de son évolution. Il sert de socle à l'évaluation du rapport performances/exigences. Il détermine des cycles de travail comprenant des objectifs s'inscrivant dans un plan d'action global.

Cette démarche formalisée s'inscrit dans une stratégie d'accompagnement couplée avec la démarche qualité. Elle peut de ce fait s'appuyer sur un référentiel actualisé qui couvre l'ensemble de l'activité de l'association gestionnaire. Afin d'être pleinement productive pour le CHRS, la stratégie consistant à revisiter les délégations devra pouvoir s'appuyer ensuite sur une large disponibilité du directeur. Elle rendra possible la tenue de points d'étape mensuels recensés sur des relevés de décision rédigés de façon synthétique.

S'articulant à partir de l'entretien annuel de progrès, de points d'étapes mensuels, les systèmes de délégation pourront ainsi être réorientés individuellement en fonction des besoins perçus, dans le souci d'intégrer les contributions à l'intérêt du collectif. Ils permettront de mieux prendre en compte la nécessité de nourrir une culture commune aux services. Cette transversalité sera d'autant plus facile à pratiquer qu'elle s'appuiera sur une participation active des cadres intermédiaires. Un avis extérieur pour construire et suivre l'évolution de cette démarche sera sollicité auprès du siège de l'association gestionnaire en de la part du conseiller technique en charge des ressources humaines.

3.1.2 Réorienter la contribution du médecin de l'établissement

Le médecin intervenant pour l'établissement apporte sa participation à partir d'un statut de salarié depuis près de douze années au sein de la structure sans que sa mission ait varié depuis son recrutement. D'une amplitude modeste, 0,10 Equivalent Temps Plein (ETP), sa vocation est susceptible de pouvoir être étendue à 0,11 ETP supplémentaires puisqu'un temps initialement consacré à la contribution d'un psychologue est disponible. La quasi-totalité du temps d'intervention du médecin est actuellement mobilisée par l'établissement d'un diagnostic pour chacun des entrants au CHRS. A partir d'un interrogatoire de portée générale, le bilan effectué permet d'avoir une idée de l'état de santé de la personne reçue et de procéder éventuellement à une orientation vers des médecins spécialisés. Ce diagnostic constitue une priorité car dans bien des cas, le bilan sanitaire nécessite des approfondissements, met en évidence des soins à activer ou réactiver. La mission du médecin apparaît cependant à repenser et à orienter différemment pour au moins deux raisons :

- à sa prise de fonction en 1997, l'établissement se trouvait confronté à des publics non bénéficiaires d'une couverture santé. De nombreuses de situations ne permettaient pas

d'activer une ouverture de droits ou nécessitaient un accès à l'Aide Médicale Etat (AME) long à obtenir. L'apparition du droit à la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'AME, les politiques mobilisées par la suite afin que ce droit puisse être généralisé ont contribué à transformer la situation. Aujourd'hui, près de 70% des personnes entrant dans la structure sont pourvues de cette couverture santé, ce qui leur permet de recourir désormais aux dispositifs de droit commun.

- Le besoin d'accompagnement en santé mentale s'est accru régulièrement tandis que la mobilisation de la médecine de ville demeurait trop restreinte pour qu'un lien opérationnel de qualité puisse se mettre en place ; certaines informations qui ne pouvaient s'échanger qu'entre médecins ne se transmettaient que très partiellement faute d'une disponibilité suffisante de la part de l'intervenant de l'établissement.

Partant de ces constats, il paraît impératif d'adapter la contribution du médecin à l'évolution des besoins des publics et aux modes de réponses désormais proposés par les dispositifs de droit commun.

La première des modifications concernera le diagnostic médical établi à l'arrivée des usagers dans la structure. Jusque là dévolu au médecin de l'établissement, ce diagnostic devra être externalisé pour la plupart des personnes. Concrètement, il sera réalisé par les centres de bilan ouverts aux allocataires des minimas sociaux à partir d'un système d'adressage géré par l'équipe socioéducative. Une traçabilité permettra au médecin de l'établissement de suivre le parcours du patient. De la même façon, lorsque les publics ne seront pas éligibles aux centres bilan, la médecine de ville de proximité sera mobilisée. Un travail préalable de sensibilisation des médecins volontaires pour recevoir nos publics sera mené par les équipes médico-sociales du CHRS. Pour le faible pourcentage des publics en situation de non droit par rapport à la couverture médicale, le médecin de l'établissement demeurera l'interlocuteur en charge de mener à bien un premier diagnostic.

Cette nouvelle approche permettra de dégager du temps, d'activer de nouvelles synergies en faisant reposer la plupart des primo interventions médicales sur les dispositifs de droit commun. Le temps d'activité disponible du médecin sera redéployé vers d'autres missions axées sur la coordination de l'accompagnement médical dans ses aspects somatiques et psychiques. Elle devra permettre de mieux anticiper les ruptures dans le processus de soin engagé, de reconstituer, lorsque cela sera possible, l'historique médical pour les personnes accueillies.

Un travail en commun du médecin avec les cadres intermédiaires des pôles socioéducatifs et hôtellerie amènera à renforcer l'implication du CHRS dans le champ de la santé mentale :

repérage des actions phare s'y rapportant sur le département, accueil de manifestations du type « semaine de la santé mentale », validation des systèmes de communication inter-équipe (...). D'agent médical chargé de la simple réalisation de diagnostics santé, le médecin de l'établissement deviendra ainsi pleinement acteur et de la mise en place d'un parcours personnalisé permettant de mettre en œuvre une politique structurée d'intervention orientée sur la prise en compte de la santé en général et de la santé mentale en particulier.

Par ailleurs, la fonction de pilotage assumée par le médecin de l'établissement sera évoquée dans le troisième chapitre détaillant la fonction d'ingénierie, le praticien faisant partie du comité de pilotage en charge d'orienter la démarche.

3.1.3 Impulser une politique de formation ambitieuse

Prendre en compte la santé mentale dans un établissement, mettre en œuvre des solutions permettant à une personne de se relever de périodes d'intenses souffrances psychiques ne passe pas simplement par la mise en place de protocoles élaborés par des professionnels chevronnés. La prise en compte des problématiques s'entend aussi à travers un ensemble de petites choses qui s'agglomèrent pour donner une impression d'ensemble et va orienter l'ambiance d'un collectif. Grâce à leurs fonctions respectives, les personnels intervenant dans les domaines administratif et hôtelier sont eux aussi à même de contribuer au climat favorable : un sourire à l'accueil, l'écoute compréhensive d'un agent administratif lors du règlement de la participation financière, le café tendu dans la nuit à un noctambule sont autant de petits actes du quotidien qui contribuent à personnaliser le service à l'utilisateur, à accompagner de façon simple les moments difficiles.

A travers la mobilisation de lignes budgétaires relevant du PRAPS ou du PRSP portées par des structures en charge d'activer des programmes de prévention, une journée de formation par semestre durant les trois années à venir sera programmée pour l'ensemble des salariés. Cet objectif réaliste permettra de sensibiliser les personnels à la symptomatologie des personnes traversant des épisodes dépressifs ou aux prises avec la maladie mentale. Grâce à la mise en place de protocoles ludiques, ces actions de formation donneront la possibilité à ces personnels de mieux se situer et d'effectuer des ajustements dans les pratiques. Un module sera consacré au décodage de certains types de symptômes présentés par les publics s'inscrivant dans des comportements d'addictions. Les ressorts concourant à la prise de produits tels l'alcool seront eux aussi expliqués de façon à permettre à l'ensemble des personnels de mieux saisir le sens de cette attitude commune dans le CHRS et souvent mal comprise par les personnels peu avertis.

Les axes prioritaires 2006-2008 du PAUF ayant vécu, il s'agira par ailleurs de construire en concertation avec les instances représentatives du personnel et en regard des besoins remontant du terrain, de nouvelles priorités pour les trois années à venir. Des formations d'adaptation au poste, de développement des compétences se rapportant à l'axe santé mentale seront programmées. En mettant à disposition une offre de formation qui sera notamment tournée vers un approfondissement des connaissances, un signe fort sera ainsi donné à tous : « *Le CHRS Lyon Cité, s'il garde une vocation d'accueil généraliste, doit produire une expertise renforcée dans le domaine de la santé mentale, en s'ouvrant à de nouvelles compétences et en capitalisant de nouvelles connaissances* ».

Parmi les thèmes de formation prioritaires, le repérage des dispositifs susceptibles d'être mobilisés, le développement de l'aptitude à travailler avec les familles et les aidants autour de la prise en compte des personnes en situation de souffrance psychique, les approches permettant à la personne de se situer comme un véritable sujet « acteur » de son processus de soin.

Ces types de formations concerneront d'abord les travailleurs sociaux confrontés au quotidien à la prise en compte de ce type de problématique. Elles seront par ailleurs ouvertes à certaines professions comme celles de cuisiniers, de surveillants de nuit, d'hôtes d'accueil, régulièrement amenés à gérer la symptomatologie liée aux troubles présentés par les publics. Dans le but de favoriser le management des équipes autour de cette thématique, la formation des cadres intermédiaires devra permettre d'acquérir une bonne connaissance de la complexité des dispositifs de soin.

Enfin, le positionnement de l'établissement en cœur de ville et la salle polyvalente de 60 places situées à proximité des espaces collectifs, donne la capacité d'accueillir des rencontres et autres séminaires portant sur la santé mentale. Parmi ces manifestations, la semaine de la santé mentale programmée chaque année en région, temps fort qui sera mis à profit afin de poursuivre la sensibilisation des publics et des personnels aux enjeux inhérents à cette thématique.

Le dispositif de formation sera complété par l'abonnement à la parution *Rhizome*⁴⁹, mensuel conçu à partir de thèmes très en phase avec les pratiques d'accompagnement.

⁴⁹ <http://www.orspere.fr/-Rhizome->

3.1.4 Accompagner le cadre socioéducatif dans la redéfinition des missions des travailleurs sociaux

S'appuyant sur le référentiel métier d'éducateur spécialisé, des fiches de postes ont été conçues en 2003 pour l'ensemble des travailleurs sociaux de l'équipe. Elles soulignaient la nécessité de mettre en harmonie trois missions principales : accompagnement de l'utilisateur à partir d'un projet personnalisé, animation d'actions collectives, intervention au quotidien à partir de tâches inhérentes à la vie en internat. Cette approche visait à recentrer le travail de chacun des membres de l'équipe à partir d'une mission unifiée très en rapport avec l'esprit de la loi du 02 janvier 2002. Il s'agissait aussi de gommer les dissensions entre ses membres issus de formations différentes aux prises avec d'importants conflits interpersonnels.

La mise en place de cette fiche de poste unifiée avait contribué en 2003 à donner un nouvel élan à cette équipe. La construction du projet d'établissement avait prolongé cette dynamique en aidant chacun à se remobiliser à partir de ces missions génériques. Dans un contexte marqué par une forte stabilité dans les effectifs, chacun s'est approprié ses missions. L'option un instant évoquée de spécialiser deux travailleurs sociaux afin d'accompagner la mise en place de 30 lits diffus dans la ville ne s'est pas traduite par un changement d'optique, les membres de l'équipe ayant à plusieurs reprises manifesté leur préférence pour un *statu quo*.

La récente arrivée de la chef du service a cependant montré les limites de cette façon de penser le travail. De plus, la présence de fiches de poste unifiées induit un risque de contentieux alors que les diplômes et la rémunération sont distincts. Depuis quelques temps, sans que le processus ait été véritablement formalisé, un glissement s'est opéré : chacun s'implique dans un domaine particulier en rapport avec ses centres d'intérêt. Il n'est cependant pas possible d'affirmer qu'une véritable cohérence se dégage de cet ensemble d'initiatives. Il apparaît désormais nécessaire de retravailler les contributions à partir de fiches de postes qui soient en rapport avec les besoins identifiés.

En s'appuyant sur le concept de compétence tel que l'entend Guy LE BOTERF⁵⁰, c'est-à-dire à la fois basée sur un « savoir faire », un « savoir quoi faire » et un « savoir agir », il s'agira de délimiter des domaines d'intervention spécifiques confiés ensuite aux membres de l'équipe. En permettant à cette équipe de combiner, de mobiliser des ressources multiples

⁵⁰ LE BOTERF G., *Construire des compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'Organisation, 2004. (3^{ème} édition), 244 p.

identifiées par l'auteur⁵¹, comme la conjonction de savoir faire, de qualités, de connaissances, de culture et d'expérience, il sera alors possible de s'appuyer sur un ensemble de ressources complémentaires.

Cette approche dynamique s'appuiera sur la présence active du cadre socioéducatif dont Pierre BECHLER⁵² souligne le rôle primordial : « *le cadre intermédiaire est aujourd'hui à l'articulation de deux éléments (équipe de direction/salariés) d'un système qui est un système stratégique du fait de l'évolution de la commande sociale (...); à l'articulation de compétences de base toujours nécessaires à l'exercice du quotidien d'une action socioéducative (...) et de compétences nouvelles issues des évolutions du cadre général de l'action sociale et des organisations qui y inscrivent leur activité* » p. 144.

A partir de ce rôle que l'auteur qualifie d'*intermédiation*, il s'agira donc pour le cadre intermédiaire de contribuer à constituer des ressources nouvelles, à actualiser celles qui demandent à l'être. Afin de le soutenir dans cette mission, un plan d'action propre à l'accompagnement de l'équipe sera construit. Il intégrera une phase d'analyse stratégique actualisant les besoins et qui prendra en compte la dimension collective. Il permettra de distinguer un certain nombre de domaines à partir desquels il s'avère nécessaire de produire de l'expertise. Il s'appuiera sur les compétences individuelles existantes ou mobilisables. L'entretien annuel de progrès, la structuration des plans de formation donneront forme à cette redéfinition individuelle des fonctions des travailleurs sociaux.

Trois intervenants de l'équipe ont manifesté le souhait de s'investir sur le pôle de compétence santé. Il sera nécessaire de définir avec eux les tâches relevant de la dimension somatique et celle relevant de la santé mentale, de réfléchir à leurs attributions respectives au regard du partenariat à constituer.

Introduire de la transversalité à l'interne en créant les conditions du « travailler ensemble » ; repenser la contribution des acteurs dans le but de préparer l'établissement à plus d'interactions ; s'appuyer sur les ressources de la formation professionnelle afin de développer de nouvelles compétences ; accompagner l'encadrement dans ces transformations : toute cette démarche contribue à préparer l'établissement à fonctionner davantage en lien avec son environnement, à concevoir un partenariat construit et structuré. Ces nouvelles orientations auront pour conséquence de générer une dynamique favorisant la conduite du changement. Le chapitre qui suivra éclairera d'autres facettes de l'évolution

⁵¹ LE BOTERF *ibid.* p. 52

⁵² BECHLER P., *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005. 414p.

nécessaire du fonctionnement du CHRS, en particulier pour ce qui relève du partenariat à construire sur l'aspect de la santé mentale.

3.2 Impliquer le CHRS dans des interactions partenariales diversifiées

Le CHRS Lyon Cité fonctionne avec des partenaires en rapport avec la santé mentale selon une synergie très relative. Afin de s'inscrire dans une véritable dynamique de réseau, il conviendra de mettre en place une politique volontariste comprenant des objectifs précis et des étapes repérables.

Afin de renforcer ou activer le lien partenarial, je reprendrai les principaux éléments du diagnostic réalisé. Il s'agira alors de cibler des actions susceptibles de servir de levier : dynamiser le réseau « santé-précarité » ; renforcer le lien avec les structures sanitaires spécialisées et les structures d'accueil spécifiques ; élargir l'éventail des équipements et services médico-sociaux partenaires.

Cette démarche s'appuiera sur la conviction énoncée par Jean-François BAUDURET⁵³ : *« L'organisation coordonnée de l'offre passe par l'organisation de réseaux de personnes morales ou physiques, accroissant l'efficacité d'un dispositif organisé sur la base de l'intérêt des usagers et non sur les stratégies corporatistes des professionnels et des administrations : seule manière de permettre aux bénéficiaires de circuler de façon pertinente au sein d'un dispositif construit sur des complémentarités... »*. p. XXI

3.2.1 Structurer l'implication dans le réseau « santé-précarité »

Le réseau « santé précarité » fonctionne depuis sa création en prenant appui sur six partenaires⁵⁴. Si les approches culturelles du travail social sont marquées par des différences significatives, la volonté de travailler ensemble chez ces acteurs est évidente. Les compétences dont chacun est porteur s'imbriquent parfois harmonieusement. Bien que positionnées sur un même marché concurrentiel puisqu'elles produisent chacune une offre d'hébergement, trois de ces associations sont impliquées dans une même logique consistant à soutenir les personnes dans leur parcours de vie. Deux équipes mobiles comprennent différents professionnels susceptibles de servir les intérêts des personnes accueillies. Enfin,

⁵³JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2006. (2^{ème} édition) 166 p.

les équipes de « Médecins du Monde » constituent le sixième partenaire. En perte de vitesse quant à sa capacité d'intervention, son antenne lyonnaise ne s'opposera pas à ce que de nouvelles déclinaisons partenariales soient envisagées.

En charge d'administrer les fonds issus de l'ARH, les services déconcentrés de l'Etat maintiennent un statu quo ne permettant pas de mettre en place une véritable animation de ce réseau, ce d'autant moins qu'aucun des participants n'est mandaté pour jouer ce rôle. Cet ensemble serait de toute façon trop partiel et trop spécifique pour endosser un rôle de fédérateur dans une politique visant à donner une réponse élargie sur un territoire urbain.

Limité par sa constitution, le réseau « santé-précarité » apparaît en l'état insuffisamment exploité. Il capitalise peu et souffre d'un manque de formalisation : il entretient de ce fait des zones de flou entre les associations positionnées sur des prestations de même nature. Le rôle des deux équipes mobiles s'envisage à partir d'une collaboration pensée sur le court terme. De vagues bilans seront effectués en fin d'année : leur contenu repose sur des impressions conjoncturelles plus que sur une analyse approfondie de la nature des collaborations et des effets produits sur les publics. Dans ces conditions, il est nécessaire de s'orienter sur des fonctionnements mieux structurés.

Si la latitude paraît restreinte en ce qui concerne la politique à mener au niveau de ce réseau « santé précarité ». Il est en revanche possible de fédérer davantage les acteurs en proposant un outil commun, dont l'élaboration reposerait sur une contribution commune. Proposant des repères pour l'action, *la charte* constitue un moyen de travailler ensemble dans plusieurs domaines : rappel des objectifs génériques portés par le réseau, définition d'un certain nombre de conduites communes, réaffirmation de la place de l'utilisateur dans les actions conçues à son endroit. A des fins de validation et une fois conçue grâce à un travail en commun, cette charte sera présentée aux pouvoirs publics pour avis et aval.

Autre façon de formaliser le lien entre les acteurs du réseau « santé-précarité », le conventionnement bipartite. Ce document fixera les contributions entre :

- les équipes mobiles et celle du CHRS Lyon Cité. Le lien de réciprocité pourrait ainsi être mieux précisé qu'il ne l'est actuellement. Vus parfois comme des experts, les médecins, psychologues et infirmiers des équipes mobiles sont eux aussi en attente de l'expertise sociale de l'équipe socioéducative. Ils seront par ailleurs susceptibles de retirer des bénéfices de la réorientation du rôle du médecin de l'établissement, notamment pour ce qui concerne l'ouverture à la médecine de ville, la coordination des

⁵⁴ Voir partie 2.4.6

parcours. De même, les équipes de travailleurs sociaux du CHRS Lyon Cité auront-elles ainsi mieux cerner leur capacité de contribuer au processus d'accompagnement inter-équipes, et par là même, de leurs limites.

- les structures destinées à accueillir les publics ; il y a là aussi matière à mieux définir les liens entre ces équipements. Favoriser dans un souci de réciprocité les passages de relais lorsque les situations deviennent trop délicates à gérer, fluidifier l'information sur le parcours d'une personne inscrite dans un itinéraire fait de ruptures ; s'accorder sur certaines spécificités produites par tels ou tels types de structures accueillantes (...) ; autant de fonctionnements susceptibles de s'inscrire dans un protocole formalisé en utilisant le support de rencontres destinées à mieux servir la personne accueillie.

En s'appuyant sur une charte commune, en se situant à partir de collaborations bilatérales formalisées, le réseau « santé-précarité » trouvera sans doute plus facilement le moyen de renforcer son action en faveur de la santé en général et de la santé mentale en particulier.

3.2.2 Construire un lien formalisé avec les structures sanitaires spécialisées

« ...Ce sont les situations rencontrées qui imposent une multiplicité de professionnalités, et c'est le respect de l'identité de l'autre qui permet de cumuler des approches différentes dans une transprofessionnalité. » p.95⁵⁵.

L'analyse des rapports parfois difficiles mais indispensables entre le CHRS Lyon Cité et l'hôpital spécialisé montre la présence de jeux d'acteurs contribuant à renvoyer les publics d'un dispositif vers un autre. Les CMP fonctionnent comme des postes avancés et présentent les caractéristiques d'unités décentralisées spécialisées. Ils jouent un rôle important dans le soin psychique des personnes en souffrance. Ces antennes sont repérables sur le territoire du CHRS monobloc comme sur les lieux d'implantation des appartements diffus.

Par ailleurs, l'unité de soin située dans l'est lyonnais est régulièrement sollicitée dans le cadre de demandes d'hospitalisation immédiates. C'est à partir de cette dernière que se cristallisent les difficultés de compréhension entre les équipes. Le nombre d'interactions entre les structures sur une année est important. Il est donc fondamental de faciliter les

⁵⁵ Conseil supérieur du travail social (CSTS) *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social* Rapport au ministre chargé des affaires sociales. Rennes : Editions de l'EHESP, 2007. 116 p.

allers-retours entre les équipes et par conséquent de renforcer la connaissance des contraintes respectives.

Afin de résoudre le plus rapidement possible ce point de friction, le pavillon gérant les primo-admissions sera sollicité en priorité : un lien privilégié entre le médecin de l'établissement et le médecin psychiatre responsable du secteur est à construire. Sur chacune des trois années à venir, la signature de deux conventions engageant l'établissement et un service spécialisé favorisera le dialogue, amènera des solutions nouvelles là où les équipes butent aujourd'hui. Les conventions pourront ensuite être expérimentées à partir de certains pavillons.

Ces partenariats seront construits pas à pas, dans le souci de s'adapter aux circonstances. Ils devront se décliner à partir d'engagements réciproques et clairs, notamment dans la gestion des allers-retours et dans la mobilisation de solutions alternatives de types ateliers, accueils de jour. Des points d'étapes seront effectués sur les sites des partenaires, des référents seront nommés à des fins de régulation et pour rédiger des bilans annuels. La mobilité de ces référents constituera un gage de réussite. Par ailleurs, les rencontres hors ou en présence de l'utilisateur/patient seront susceptibles de générer des gains en matière d'adhésion de la personne au projet de soin et d'accompagnement.

Combiné avec le travail réalisé auprès de la médecine de ville grâce à l'action du médecin de l'établissement, ce rapprochement avec le secteur spécialisé constituera une plus-value importante dans la réussite de la démarche projet.

3.2.3 Renforcer la collaboration avec les structures d'accueil spécifiques

Nous avons vu qu'une des difficultés majeures dans l'accompagnement des personnes souffrant psychiquement réside dans l'instabilité dont elles font preuve (chapitre 1.3). En matière d'insertion par le logement, la perspective d'un changement, la solitude génèrent parfois des réactions susceptibles d'entraîner une rupture dans le parcours. Malgré leur efficacité, les équipes mobiles spécialisées ne sont pas toujours capables d'enrayer ces processus.

La cristallisation provoquée par un séjour trop long en collectivité, l'insuffisance d'appartements thérapeutiques mobilisables dans le champ sanitaire, la nécessité d'aller vers des formules diversifiées répondant véritablement aux besoins des personnes, encouragent à mobiliser d'autres formes d'accueil. Si les formules proposées sont encore insuffisantes en genre et en nombre, un certain nombre d'initiatives récentes permettent de compter sur une offre de service élargie.

Les Résidences accueil⁵⁶ pour personnes présentant un handicap psychique s'inscrivent par exemple dans une logique d'habitat durable. Elles possèdent un certain nombre de caractéristiques existant dans les résidences sociales. Autre formule récente, les maisons supervisées⁵⁷ : s'appuyant sur une approche privilégiant la mixité sociale, comprenant un lien fort avec les acteurs de la santé mentale, cette expérimentation rassemble des publics en voie de stabilisation ou stabilisés, dans des habitats dérivant du dispositif maison relais. Un système d'accompagnement adapté est mis en place en interne. Un soutien ambulatoire spécialisé est susceptible d'être mobilisé en cas de nécessité.

Enfin, une autre initiative résultant d'une série d'expérimentations effectuées dans les années 2000 par l'Union des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM) et découlant de la mouvance des « clubs d'usagers » apparue durant la deuxième guerre mondiale dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques français : les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Encouragés dans le cadre des axes du plan santé mentale et à la faveur de l'adoption de la loi du 11 février 2005, les GEM permettent aux personnes souffrant de troubles psychiques de rompre leur isolement selon des modalités privilégiant la participation. Dispositif souple financé par les instances déconcentrées de l'Etat, les GEM fonctionnent à partir de deux grands modèles : ceux gérés par les usagers eux-mêmes et ceux gérés le plus possible par les usagers mais parrainés par une association gestionnaire. Ils proposent un accompagnement occupationnel et créatif, des sorties, des voyages et se transforment parfois en lieux culturels.

En accord avec les orientations données en 2008 au niveau national par l'organisme gestionnaire autour de la participation des usagers, les GEM constituent une alternative intéressante à plusieurs titres. En proposant un point de soutien durable, ils permettent de gérer les transitions plus aisément. S'appuyant avant tout sur l'initiative des usagers, ils créent des dynamiques encourageantes ; par leur permanence et leur implantation territoriale, ils constituent des espaces de socialisation activant un maillage social qui n'existait pas auparavant ; De plus, les micro-financements qui s'y rattachent donnent une capacité d'entreprendre et de s'entendre sur des projets stimulants.

Ces structures d'accueil spécifiques renouvellent incontestablement la vision que l'on pouvait avoir du suivi de la personne en souffrance psychique. Par leurs caractéristiques, elles participent à l'accompagnement du grand mouvement de désinstitutionalisation en cours sur

⁵⁶ Note DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à l'expérimentation des résidences accueil

⁵⁷ Circulaire DGAS/SDA/2002/595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

le territoire français. Intervenant sur le sujet lors d'un récent colloque⁵⁸, Olivier CERF, directeur de l'association « Habitat et Humanisme Rhône », confirmait il y a peu ce postulat. Il soulignait notamment que la plupart des publics concernés avaient dans leur parcours résidentiel, alterné hôpitaux spécialisés et accueil en CHRS.

Ces nouvelles formes d'accueil et de sociabilité constituent donc des alternatives à considérer. L'équipe socioéducative du CHRS doit s'en emparer et nouer progressivement sur les trois prochaines années un partenariat structuré avec ces équipements innovants. La proposition de participer au comité de suivi inter-associatif de l'une d'entre elle sera émise. Elle permettra d'acquérir de l'expertise en la matière et de familiariser l'équipe du CHRS Lyon Cité à ces nouvelles approches.

3.2.4 Elargir l'éventail des structures médico-sociales partenaires

Marcel JAEGER rappelait⁵⁹ lors de la 2^{ème} édition de son ouvrage traitant de l'articulation du sanitaire et du social que « *les établissements d'hébergement étaient particulièrement démunis face aux problématiques psychiatriques...* ». Il est vrai que la fonction généraliste des CHRS amène ces établissements à rencontrer des publics se situant à la frontière des nombreux dispositifs. Mais si le clivage sanitaire/social est souvent mis en avant pour illustrer la réalité de cette situation, le champ médico-social constitue lui aussi un enjeu majeur dans la politique partenariale menée par un équipement chargé de l'aide sociale à l'hébergement.

L'analyse du partenariat exploité par le CHRS Lyon Cité au niveau de la dimension médico-sociale montre l'existence d'un lien parcellaire avec les structures intervenant dans ce champ : les organismes de tutelle sont les premiers à être identifiés par les travailleurs sociaux. Ces services accompagnent de nombreuses personnes titulaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) qui bénéficient de mesures de protection à travers la gestion pécuniaire de leurs subsides.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) récemment implantés dans le Rhône tout comme les Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) constituent deux autres partenaires qui interviennent en ciblant principalement la dimension somatique. Enfin, mieux connus par les équipes sous leur nom de baptême et parce qu'ils produisent d'autres types de prestations

⁵⁸ Journée interrégionale Rhône-Alpes-Auvergne « santé mentale et précarité » autour de la question de la souffrance psychique, de la précarité et du logement 26 juin 2008 organisé à l'initiative conjointe de la DRASS Rhône-Alpes / ORSPERE-ONSMP.

⁵⁹ Op. Cité

en direction des plus démunis, un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST) et un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) figurent dans l'annuaire des équipes.

L'évolution des publics accueillis en CHRS réclame la mise en perspective d'une politique davantage orientée vers la « santé mentale ». Dans le domaine des addictions qui concentre de nombreuses préoccupations, l'offre de service est importante autour du site d'implantation du CHRS : outre le CSST et le CCAA avec lesquels existe un lien diffus à formaliser davantage, il paraît également souhaitable d'élargir la palette des partenaires. Il est nécessaire d'élaborer une convention avec un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) susceptible de transmettre et d'actualiser les connaissances des équipes et de pouvoir ainsi compter sur un partenaire en capacité de se mobiliser à partir de toutes les formes d'addictions. De même, le passage imminent en Commission Régionale d'Orientation Sociale et Médico-sociale (CROSMS) d'un CCAA mobile rassemblant des professionnels capables de se déplacer sur site constituent des ressources à mobiliser : les usagers en crise aigue doivent pouvoir, s'ils ne s'y opposent pas, bénéficier d'un soutien de la part de cette équipe mobile.

Autres dispositifs positionnés sur le champ du médico-social et susceptibles de servir les publics souffrant d'un handicap à caractère psychique :

- les Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) en charge de délivrer des soins réguliers et coordonnés,
- les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), dont la vocation consiste à contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes handicapées.

Nombreuses sont les difficultés rencontrées aujourd'hui par les travailleurs sociaux lors de l'orientation en logement diffus. Grâce à l'appui de ces deux types de services, celles-ci pourraient être anticipées et traitées avec les compétences nécessaires.

Aujourd'hui, le seul facteur empêchant la collaboration dans ce domaine est le déficit de connaissance sur le rôle joué par les équipes pluridisciplinaire chargées de prévenir les ruptures, de mettre en place des protocoles de soins et de soutien pour les personnes en situation de handicap. Une montée en charge progressive de ce partenariat sur la base d'un conventionnement s'avère prioritaire. Elle est à construire sur un horizon de trois ans.

A travers le renforcement de liens existants, à partir de la construction de nouvelles passerelles entre professionnels susceptibles d'interagir au service des publics, nous avons tissé une trame d'intervention qui doit permettre au CHRS d'être davantage en interaction avec son environnement.

L'ouverture vers la médecine de ville, le renforcement du réseau « santé-précarité », la formalisation des contacts avec les structures sanitaires spécialisées, l'amélioration de la collaboration avec des structures d'accueil spécifiques et médico-sociales constitue un ensemble de ressources mobilisables pour asseoir des pratiques plus cohérentes et efficaces.

L'inscription du CHRS dans ce réseau d'acteurs aide au développement des réciprocitys. Elle contribue à développer une qualité de prise en charge. Elle valorise les professionnels par rapport à leurs actes et apportera une clarification dans les attributions de chacun.

3.3 Assurer la cohérence du système

Même s'il est porteur de complexité, le processus consistant à inscrire le CHRS dans un réseau en santé mentale est assis sur un mécanisme classique dans l'action sociale. Il s'agit d'abord de mesurer l'inadéquation d'un mode d'intervention alors que les orientations des politiques publiques rendent possible une mobilisation de ressources. La mise en place d'un ensemble de mesures correctives, permettent ensuite d'impulser de nouvelles pratiques entrant davantage en correspondance avec les besoins des publics.

Pour conduire le processus de changement visant l'inscription de l'établissement dans un réseau de santé mentale, je m'appuierai sur une démarche qui me donnera un ensemble des repères pour conduire l'action. Cette méthode d'intervention consistera à prendre en référence un cadre théorique qui nourrira la conduite de ce projet porteur de spécificités.

Un schéma d'intervention reprenant de façon synthétique les objectifs généraux et opérationnels, les moyens mobilisés, le calendrier et les indicateurs permettra d'évaluer la progression et les écarts. Elle amènera aussi à prendre des mesures pour développer l'ingénierie de projet, pour réunir les conditions de son essaimage.

3.3.1 S'appuyer sur un cadre théorique facilitateur

Générer la collaboration entre des univers professionnels distincts, mobiliser les équipes à partir de nouveaux enjeux incite à s'appuyer sur des approches théoriques susceptibles de constituer des balises pour l'action. Nous examinerons maintenant en quoi « la théorie des contraintes » et la « sociologie de la traduction » peuvent constituer des repères importants pour engager le projet.

L'ambition consistant à s'inscrire dans un réseau en santé mentale n'est pas exempte d'écueils. A partir du CHRS Lyon Cité, deux types de risques peuvent être sériés : la charge de travail déjà existante pour des équipes qui mettent en œuvre depuis trois années un projet d'établissement porteur d'exigences fortes et la difficulté à faire travailler ensemble des acteurs issus de cultures professionnelles différentes.

Je me référerai dans un premier temps brièvement à la théorie économique développée aux Etats-Unis dans les années 70, dénommée « la théorie des contraintes ». S'appliquant à des organisations résolument positionnées dans le secteur économique, cette approche principalement conçue par COX J. et M. GOLDRATT E⁶⁰, a focalisé l'attention les experts anglo-saxons dans les années 80. Son application a donné d'excellents résultats sur les lieux où elle a été testée. Le principe en est le suivant : le flux généré par une organisation est limité par au moins un processus, que l'on appelle aussi goulot d'étranglement. La production de valeur ne peut donc être augmentée qu'en accroissant la capacité de production agissant sur ce goulot d'étranglement. Cette approche apprend donc à détecter les contraintes puis à travailler à la maximisation du flux et à gérer la contrainte optimisée. Elle se décompose selon une méthodologie comportant cinq étapes :

- identifier la contrainte (le goulot d'étranglement),
- exploiter la contrainte (augmenter son utilisation et son efficacité),
- subordonner tous les processus au processus contraint,
- élever la performance de la contrainte (si nécessaire),
- recommencer à l'étape 1 si la contrainte a changé.

Ce postulat simple consiste à affirmer que tout système subit au moins une contrainte, sans quoi il serait en mesure d'atteindre indéfiniment des performances élevées. Il est transposable sur les structures sociales et médico-sociales. Celles-ci sont en situation de produire une activité auprès de publics avec une exigence d'amélioration continue de la qualité. Elles possèdent des instruments de mesures conçus autour de l'évaluation des procédures et des processus. Comme les entreprises positionnées sur le secteur privé, elles sont confrontées à des logiques de rationalisation qui les conduisent à trouver des solutions internes plus efficaces.

Utiliser les ressorts de la « théorie des contraintes » invite donc à prendre en compte plusieurs facteurs : niveau mobilisation sur les dossiers existant en marge du projet,

⁶⁰ COX J., M. GOLDRATT E. *Le but, un processus de progrès permanent* Paris : AFNOR, 2006. 420 p.

organisation des ressources humaines, charge de travail induite par un nouveau projet, moyens mobilisables s'y rapportant. Par ailleurs, cette approche questionne la temporalité dans laquelle s'inscrit l'action au regard des engagements existants, de l'évolution de l'activité, des priorités se profilant sur le calendrier.

Le deuxième écueil se situe dans la capacité à faire fonctionner dans une logique de réseau des systèmes s'appuyant sur des cultures professionnelles très différentes. Dans cette perspective, « La sociologie de la traduction », appelée aussi « de l'innovation » ou « des réseaux technico-économiques » est susceptible de constituer un apport précieux. Elle est initiée par M. ALKIRCH, M. CALLON et B. LATOUR, à partir du Centre de Sociologie de l'Innovation (CSI) de l'École des Mines de Paris. La « sociologie de la traduction »⁶¹ permet d'aborder les mécanismes de production de la coopération en s'interrogeant plus particulièrement sur ce qui dans une opération permet d'établir un lien intelligible entre des activités hétérogènes. Elle s'appuie sur les controverses qui surgissent invariablement lors d'un travail en commun. Cette approche s'appuie sur le déroulé suivant :

- analyse du contexte ; inventaire des motifs qui font que les acteurs ont besoin de fonctionner ensemble et parviennent à maintenir le lien entre eux,
- problématisation et traduction ; repérage des points qui font lien et de ceux qui séparent, énoncé d'une problématisation qui permettra de se séparer des préoccupations singulières pour aller vers des modes de réponses appelant la co-construction,
- point de passage et convergence ; à partir d'un ou plusieurs sites géographiques identifiés, mise en place des temps de coopération prenant appui sur la présence de porte-paroles.

Pour les auteurs, c'est à travers la symétrie de la contribution entre acteurs que les échanges peuvent prendre corps. Le réseau est à entendre comme une méta-organisation rassemblant acteurs et organisation mis en relation les uns avec les autres. La sociologie de la traduction se veut donc avant tout une démarche empathique, basée sur la compréhension de chacun des acteurs dans sa singularité. M. AKRICH, M. CALLON, B. LATOUR indiquent que le recours à cette forme d'approche permet de déboucher sur une méthodologie de conduite de projet maîtrisée par des étapes incontournables qui permettent de dépasser les jeux d'acteurs.

⁶¹AKRICH M., CALLON M., LATOUR B. *Sociologie de la traduction, textes fondateurs* Paris : Presses de l'École des Mines, 2006. 303 p.

La « théorie des contraintes » et la « sociologie de la traduction » seront donc les deux entrées qui me serviront de repères pour conduire l'action. Si en tant que telles elles ne feront pas l'objet d'une information à l'ensemble des acteurs du réseau ou à tous les salariés du CHRS, elles seront en revanche explicitées en conseil de direction et constitueront un point d'ancrage durant la conduite de l'action et dans l'évaluation du travail des équipes. Ces deux approches constitueront notamment un soutien pour les cadres en charge d'évaluer le travail des équipes.

3.3.2 Arrêter un schéma d'intervention

La conduite d'un projet visant l'inscription dans un réseau se conçoit à partir de la définition d'objectifs généraux qui se déclinent ensuite en objectifs opérationnels. Afin de donner une tournure concrète à ce projet, les moyens doivent être définis, tout comme les indicateurs d'évaluation se rapportant à chacun des objectifs. Enfin, le calendrier du déroulement de projet dont le montage s'étalera sur trois ans donne des indications sur son évolution.

Afin de rendre plus visible l'ensemble du projet, la construction d'un tableau de bord reprenant l'ensemble de ces points est utile. Synthétique, il servira de support pour visualiser la progression du plan d'action. Avant validation finale, il sera montré à trois personnes extérieures à l'établissement capables de produire une expertise sur ce type d'initiatives.

TABLEAU SYNTHETIQUE - PLAN D'ACTION

1. Réorganiser les ressources humaines pour améliorer la réponse à l'utilisateur

Objectifs généraux	Objectifs opérationnels	Moyens mobilisés	Indicateurs d'évaluation	Calendrier
Reconsidérer le système de délégations à l'endroit des cadres intermédiaires	Décloisonner les services	Réexamen des délégations mobilisation conseil de direct.	Entretiens annuels d'évaluat. Supervision délégations	préalable au lancement du projet - réexamen
	Développer la dimension participative	Points d'étape mensuels Supervision Cons. Tech siège	C.R. des points d'étape Avis conseiller Techn R.H.	chaque année
Réorienter la contribution du médecin de l'établissement de ville	Externaliser les diagnostics	Mise à disposition d'un 0.11etp supplémentaire	Nbre d'orientations vers	Définition du rôle du médecin au lancement du plan d'action
	Renforcer le lien avec la médecine de ville			
	Coordonner l'accompagnement médical	Redéploiement de l'activité du médecin	Nbre/nature des médecins partenaires	Eval. annuelle des effets de la nouv straté.
Impulser une politique de formation ambitieuse	Sensibiliser les personnels	Plan de formation	Nbre demandes individuelles	1 réunion/semestre
	Accroître les compétences	Financements externes	Nbre participants séances collectives et individuelles	Pauf annuels courant
	Densifier les financements			2ème semestre/année
Accompagner le cadre socio-éducatif dans la redéfinition des missions des TS	Redéfinir les domaines de compétences transversaux des TS.	Ressources internes de l'équipe socioéducative	Entretiens annuels d'évaluat. niveau d'adhésion de l'équ.	au lancement du plan d'action
		Entretien annuels et PAUF Travail en lien avec l'équipe	de travailleurs sociaux	
CR = Comptes-rendus	Nbre = Nombre	PAUF = Plan annuel d'utilisation des fonds de formation	TS = Travailleurs sociaux	

TABLEAU SYNTHETIQUE - PLAN D'ACTION

2. Renforcer les synergies avec les partenaires

Objectifs généraux	Objectifs opérationnels	Moyens mobilisés	Indicateurs d'évaluation	Calendrier
Renforcer l'implication dans le réseau "santé-précarité"	Mettre en place des partenariats formalisés entre les acteurs	Mobilisation des équipes concernées	Nbre et nature de conv. inter-partenariales Rédaction d'une charte	signatures des conv. bi-parten. sous 2 ans travail commun s/1ère année
	Favoriser les traj. des publics	Présence de l'ensemble des représentants des équipes concernées aux synthèses	CR Synthèses individuelles Tableaux suivis pour capit.	Mensuels
	Faire progresser la connaissance en matière d'évolution des publics	Présence des représentants des équipes	CR rencontres trimestrielles Rapports d'activité	rencontres trimestr.
Construire un lien formalisé avec les structures sanitaires spéc.	Faciliter les allers-retours	Mobilisation des équipes	Nbre de conventions signées	2 conventions/an
	accroître la lisibilité des trajectoires des publics	groupe ressource sous réf. conjointe chef de service socioéd./médecin de l'EtS Identification de référents chez les partenaires	Contenus en matière d'engagements réciproques	6 conventions/3ans Bilans synth. annuels
Renforcer le lien avec les structures d'accueil spécifiques	Faciliter la prise en charge des publics au sortir du disp. CHRS	mobilisation des référents santé	Nombre de nouveaux partenaires identifiés	Montée en charge prog. un nouv. Partenaire par trimestre/3ans
	Accroître les alternatives en matière d'accompagnement	mobilisation des référents santé	mobilisation des référents santé	Montée en charge prog. un nouv. Partenaire
	instaurer des relais post CHRS	mobilisation des référents santé	Monté en charge des part. par rapport au prévisionnel	par trimestre/3ans
Elargir l'éventail des structures médicosociales partenaires	Hausser le niveau de technicité dans l'accompagnement	mobilisation des référents santé	Nombre/nature nouveaux partenaires identifiés	un nouv. Partenaire par trimestre/3ans
	Instaurer des relais post CHRS			
	Diversifier modalités d'accomp.			

TABLEAU SYNTHETIQUE - PLAN D'ACTION

3. Assurer la cohérence du système

Objectifs généraux	Objectifs opérationnels	Moyens mobilisés	Indicateurs d'évaluation	Calendrier
S'appuyer sur un cadre théorique facilitateur	Se référer à un cadre théorique permettant de faciliter la compréhension entre acteurs	S'appuyer sur "la sociologie de la traduction"	Analyse de la montée en charge du partenariat formalisé	tableau synthétique d'aide au pilotage
	Se référer à un cadre théorique permettant de planifier l'action au regard des contraintes	S'appuyer sur "la théorie des contraintes"	Respect du calendrier du présent plan d'action Degré d'intégration de ces notions de la part des cadres	mobilisable par le dir. au long des 3 années
Arrêter un schéma d'intervention	Se doter d'un outil de pilotage	Direction de l'Ets s'appuyant s/ expertise dir. de programme et consultation cadres interm	Retour du responsable de programme (N+1 du direct.)	Préalable au lancement
	Construire une grille permettant de ciblage objectifs et phasage du projet		Avis des cadres inter-médiaires	décliné sur 3 ans
Mettre en place l'ingénierie du plan d'action	Créer/faire fonctionner une instance de pilotage	mobilisation interne et externe	Effets des orientations prises	Année 1 : réunions trim Années 2/3 : semest.
	Créer/faire fonctionner un comité technique	mobilisation à interne	CR de réunion	Trimestrielle et à la demande
	S'appuyer s/référents santé	mobilisation à interne	Entretien annuel de progrès	Annuel
Réunir les conditions de l'essaimage	Organiser com. interne Ets et Association gestionnaire	informations et rendus compte écrits	CR réunions de programme CR réunions générales	trimestriel mensuelles
	Baliser la progression du projet	Analyse de l'ensemble des indicateurs	informations intra-services réalisation de notes d'étape	mensuelles semestriel
	Informier les acteurs des réseaux d'appartenance (fnars uriopss eapn)	rencontres inter-réseaux	intérêt manifesté par les partenaires	selon rencontres réseaux

3.3.3 Mettre en place l'ingénierie du plan d'action

Le plan d'action synthétique indiqué au cours des pages précédentes constitue une aide précieuse. Ce plan d'action donne une visibilité prospective au déroulement théorique du projet. Mais de la conception théorique d'un projet à sa mise en pratique, les variables sont souvent nombreuses. Les ajustements à produire sont donc fréquents, *a fortiori* lorsque ce projet comporte des axes et des partenaires aussi différents : l'inscription dans un réseau de santé mentale est une démarche interactive qui induit de la complexité. Elle demande donc de cultiver un vrai sens du discernement, d'ajuster régulièrement l'action aux nouveaux paramètres et d'asseoir une forte culture du partage : partage de l'information, partage des tâches de travail, mais aussi partage dans le processus de décision.

Appuyée sur une démarche d'évaluation continue, la réflexion et l'analyse conduite par plusieurs personnes qualifiées constitue un gage d'efficacité. Pour cette raison, en amont du lancement du projet, sera constitué un comité de pilotage qui aura trois missions principales :

- Analyser la progression du projet tout au long de son déroulement,
- Croiser les regards et les observations sur le management du projet,
- Se prononcer sur l'adoption d'orientations pertinentes au regard des circonstances de l'apparition de nouveaux paramètres.

Composé du directeur de l'établissement, d'un conseiller technique « qualité » rattaché au siège, du médecin de l'établissement, de deux témoins extérieurs à l'association détenant une expertise sur la thématique santé mentale, d'un représentant de l'autorité de contrôle et de tarification (DDASS), ce comité de pilotage se réunira avec régularité tous les trimestres la première année et une fois par semestre les deux suivantes.

En complément de la fonction « pilotage » du projet, il sera nécessaire d'adjoindre des compétences à caractère technique. Dans la conduite d'un projet en action sociale, la réactivité dans la production d'un document technique constitue par exemple un point d'appui précieux. Elle entretient la dynamique, soulève des points qui n'avaient pas été perçus initialement, met en lumière certaines des raisons qui paralysent ou ralentissent une démarche.

C'est pour cette raison que dès le lancement du projet, sera mis en place un groupe ressource, ou comité technique. Composé de façon permanente de trois ou quatre salariés de l'établissement (notamment les référents santé), il sera ouvert aux contributions ponctuelles émanant de l'interne ou des partenaires. Il se verra attribuer plusieurs types de tâches. Il devra en particulier formaliser des outils facilitant le fonctionnement en réseau :

production de fiches navettes, rédaction de conventions, d'un livret de suivi mis à la disposition de la personne. Ce groupe sera aussi en charge de faire des propositions d'amélioration portant sur les systèmes de communication et d'information, sur la préservation du secret professionnel, sur la concertation dans le cadre du secret professionnel partagé. Saisi par une commande émanant du conseil de direction ou du comité de pilotage, le groupe ressources se situera donc comme un espace d'élaboration et de proposition.

Par ailleurs, ce comité technique pourra s'appuyer sur d'autres ressources existantes au sein de l'établissement : les protocoles et les acquis nés de la certification de l'établissement, la démarche d'évaluation interne transversale à l'ensemble des CHRS de l'association gestionnaire, le travail accompli par le groupe « qualité » dans le cadre de démarche d'amélioration continue.

Il reviendra au conseil de direction de veiller à ce qu'une cohérence d'ensemble se dégage de cet ensemblier, des arbitrages étant rendus par le directeur lorsque l'énoncé des arguments ne permettra pas au conseil de direction de se positionner.

3.3.4 Réunir les conditions de l'essaimage

Pour un CHRS, s'inscrire dans un réseau en santé mentale est une démarche volontariste guidée par la nécessité. Cette démarche correspond à un besoin ressenti sur l'ensemble du champ de la lutte contre les exclusions. Si le CHRS Lyon Cité possède certaines caractéristiques qui l'amènent à considérer que cette approche est prioritaire, d'autres établissements se trouvent dans l'attente d'une réponse similaire. Pour des raisons de taille ou parce que d'autres priorités se présentent à eux, il ne leur est pas toujours possible de développer un plan d'action nécessitant un tel investissement. Pour toutes ces raisons, il est important que le travail d'inscription du CHRS dans ce réseau puisse trouver un prolongement.

L'évolution des techniques de communication sur les dix dernières années, la présence de quatorze CHRS au sein d'une association gestionnaire comprenant près de deux mille salariés, l'implication forte dans des réseaux nationaux (FNARS et UNIOPSS) qui diffusent régulièrement des initiatives au niveau national, témoignent de l'utilité de procéder à l'essaimage de cette initiative.

Diffuser la méthodologie d'intervention, transmettre en version numérique les outils construits dans le cadre de ce réseau, débattre durant le déroulé de cette initiative

présentent donc trois sources d'intérêts majeurs. L'essaimage permet à d'autres équipements de profiter de cette expérience en leur donnant la possibilité d'importer la méthode ou les outils qui s'y rapportent ; s'appuyant sur une démarche interactive, elle fait exister un débat autour de la démarche en cours ; la médiatisation qu'elle induit permet de valoriser le travail des équipes.

Dès la première année, un point-information sera ouvert sur l'intranet de l'association gestionnaire. Il présentera la démarche projet, renseignera sur les caractéristiques principales des partenaires, évoquera l'avancée du projet à travers des points d'étape qui auront été préalablement diffusés à l'équipe de salariés de l'établissement. Parallèlement, en utilisant là aussi le support de l'intranet, un forum d'échange et de discussion sera ouvert. Le webmaster de l'association gestionnaire assurera un rôle de modérateur et des messages stimulant l'échange seront adressés aux cadres des établissements afin qu'ils relaient l'initiative prise au niveau du CHRS Lyon Cité.

Par mesure de prudence et afin que des matériaux aient déjà été construits, la diffusion aux réseaux se fera à partir de la fin de la deuxième année. Après accord des structures partenaires, les comptes-rendus, les outils seront diffusés et mis à disposition sur la base de données. Un site internet et un blog créés par un stagiaire en école de communication fournira les mêmes éléments et sera ouvert durant une année.

Cette démarche informative et de communication fera l'objet d'un suivi conjoint assumé par le conseil de direction et par le comité de pilotage. Les référents santé seront les interlocuteurs des partenaires souhaitant entrer en possession d'information complémentaire et une boîte courriel sera ouverte afin de permettre le dialogue durant une année.

Conclusion de la 3^{ème} partie

Inscrire le CHRS Lyon Cité dans une démarche projet permettant de développer l'accompagnement des usagers du CHRS à travers une dynamique de réseau en santé mentale sous-tend le développement d'un plan d'action ambitieux :

- il se décline à partir d'une perspective tournée vers l'interne en intervenant à partir du registre de la gestion des ressources humaines,
- il s'entend à partir de la dimension interactive CHRS – acteurs du réseau de santé mentale, en tissant les liens indispensables à une mise en synergie,

- il s'appréhende en prenant garde d'assurer une cohérence globale de la démarche et en s'appuyant sur un cadre théorique facilitateur,
- il définit un schéma d'intervention construit sur trois années avec des indicateurs d'évaluation pour chacun des objectifs opérationnels,
- il détermine les conditions de réalisation à partir de la fonction pilotage et des dimensions techniques. Il réunit les conditions de l'essaimage.

C'est la mise en perspective de l'ensemble des composantes de ce plan d'action qui permettra de répondre davantage aux besoins implicites et explicites des personnes accueillies au CHRS.

Conclusion

Dans un ouvrage⁶² qui fait référence pour éclairer la fonction de dirigeant, Marcel JAEGER affirmait il y a peu :

« Une dynamique de travail en réseau peut concourir à maintenir les équilibres nécessaires. Face à la complexité, à l'explosion des communications, à l'urgence de redéfinir les compétences et de s'adapter, et à la juridisation croissante, l'ouverture à des partenaires multiples, dans la souplesse, va permettre d'autres immersions, des acculturations, du repérage d'innovations, du bouillonnement d'idées, de la compréhension sur les choix et stratégies d'autrui. Autrement dit, le réseau va s'enrichir de la différence. » p. 648.

A partir des contraintes particulières qui caractérisent l'intervention sociale dans le champ de la lutte contre les exclusions, je me suis efforcé de démontrer que pour le CHRS Lyon Cité, l'inscription dans un réseau constituait une démarche porteuse d'effets directs et d'effets induits servant l'intérêt des personnes accueillies. Entrant en synergie avec la déclinaison des politiques publiques, cette forme de travail constitue une opportunité pour les intervenants sociaux, car susceptible de donner davantage de sens à leurs interventions. Sur le plan organisationnel, cette initiative, modélisable dans d'autres CHRS à forts effectifs, ouvre de nouveaux horizons. En matière de pilotage, elle amène à se projeter sur un plan d'action pluriannuel en correspondance avec les grands mouvements qui traversent l'action sociale aujourd'hui.

Alors que le dispositif CHRS est beaucoup évoqué dans le cadre de la Revue Générale des Politiques Publiques (RGPP) et dans la perspective de la prochaine mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), l'inscription dans un réseau de santé mentale constitue sans doute un moyen d'affirmer la pertinence de ce type d'équipement, en même temps que l'occasion de démontrer sa capacité à s'adapter à des fonctionnements s'appuyant sur une synergie d'acteurs. Sans cesse discutés, les financements affectés à l'aide sociale à l'hébergement pourraient peut être ainsi être couplés avec certaines lignes budgétaires dédiées dans le cadre de la réorganisation annoncée. Quels que soient les choix qui seront faits à ce niveau, les CHRS ont tout intérêt à développer une politique faisant appel à une coordination renforcée (réseau, mutualisation, groupements de coopération social et médico-social, groupement d'intérêt économique...).

⁶² JAEGER M., *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005. 1233 p.

Il est donc logique qu'une part des résultats attendus de l'inscription du CHRS Lyon Cité dans une dynamique de réseau de santé mentale se réfère à la dimension managériale, à la gestion des ressources humaines, à la façon de concevoir le lien partenarial.

Cependant, les changements à venir concernent avant tout les publics reçus dans l'établissement. L'observation et l'écoute des personnes accueillies doivent prendre en compte l'intensité de la souffrance psychique exprimée ou ressentie. Les mesures adoptées permettront de travailler autour de cette souffrance en contribuant à lui donner un sens et à la transformer. Les coopérations découlant de ce fonctionnement en réseau apporteront des solutions nouvelles pour accompagner la personne tout au long de son parcours de soins. Ces mesures permettront en particulier de mettre à disposition les compétences et la souplesse nécessaires à l'accompagnement des projets de chacune d'entre elles.

Depuis ma position de directeur au CHRS Lyon Cité, je dois tout mettre en œuvre pour que les personnes accueillies n'aient pas à pâtir des incompréhensions des acteurs sociaux intervenant dans différents domaines.

Mon rôle doit même s'entendre bien au-delà de cette vision un peu restrictive qui vise à lutter contre certaines formes de maltraitance. En l'occurrence, il m'incombe d'initier et développer des pratiques partenariales porteuses de bienveillance. Elles participeront à faire émerger un climat bienveillant amenant à développer une véritable culture de la coopération au service du parcours et des trajectoires de vie de chacune des personnes ou des familles accueillies.

Pour cela, je sais pouvoir compter sur le volontarisme et l'engagement des équipes de l'établissement Lyon Cité.

Bibliographie

OUVRAGES

AKRICH M., CALLON M., LATOUR B. *Sociologie de la traduction, textes fondateurs*. Paris : Presses de l'Ecole des Mines, 2006. 303 p.

BECHLER P., *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005. 414 p.

BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*. Paris : Presses Universitaires de France, 2005. (2^{ème} édition), 405 p.

BORGETTO M., LAFORE R., *Droit de l'aide et de l'action sociale*. Paris : Editions Montchrestien, 2006. (6^{ème} édition), 687 p.

CHARLEUX F., BROTTOT P., DEBIEUVRE P., *Gérer les ressources humaines en action sociale*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2007. 249 p.

COX J., M. GOLDRATT E., *Le but, un processus de progrès permanent* Paris : AFNOR, 2006. 420 p.

DHUME F., *Du travail social au travail ensemble*. Paris : Editions A.S.H, 2001. 206 p.

DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., *Travailler en réseau : méthodes et pratiques de l'intervention sociale*. Paris : Dunod, 2006. 238 p.

GUAQUERE D., CORNIERE H., *Etre directeur en action sociale aujourd'hui : quels enjeux ?*. Issy-les-Moulineaux : ESF, ANDESI, 2005. 196 p.

JAEGER M., *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005. 1233 p.

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

LE BOTERF G., *Construire des compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'Organisation, 2004. (3^{ème} édition), 244 p.

LALLEMAND D., CATAHIER S., *Le Guide des CHRS - Références et évolutions*. Paris : Editions A.S.H., 2004. (3^{ème} Edition), 207 p.

LEFEVRE P., *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2003. (2^{ème} édition), 404 p.

MAUREL E., *Livre blanc : Agir pour l'insertion*. Paris : FNARS, 1989. 269 p.

PAUGAM S., *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : Presses Universitaires de France, 2004. 256 p.

PAUGAM S., *L'exclusion : l'état des savoirs*. Paris : La Découverte, 1996. 582 p.

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

RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., *Politiques sociales et de santé – comprendre et agir*. Rennes : EHESP Editions, 2008. 492 p.

SANCHEZ J.L., *Décentralisation : De l'Action Sociale au Développement Social : Etat des lieux et perspective* Paris : L'Harmattan, 2003. 162 p.

SASSOLAS M. *Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social*. Paris : ERES 1997. 208 p.

SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T et al., *Créer et piloter un réseau de Santé - Un outil de travail pour les équipes*. Rennes : ENSP Editions, 2004. (2^{ème} édition) 112 p.

RAPPORTS :

CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J.C., *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*. Rapport d'étape remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003. 106 p.

Conseil supérieur du travail social (CSTS), *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Rapport au ministre chargé des affaires sociales. Rennes : Editions de l'EHESP, 2007. 116 p.

MASSE G., *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*. Rennes : ENSP Editions, 1992. 329 p.

PARQUET P.J. *Souffrance psychique et exclusion sociale* Rapport remis à Mme Dominique VERSINI, Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion 2003. 59 p.

PIEL E., ROELANDT J.L., *De la psychiatrie à la santé mentale*. Paris : La Documentation Française, 2001. 86 p.

ROGER-LACAN C., Catherine PATRIS C., *Psychiatrie et grande exclusion*. Rapport remis à EMMANUELLI X., secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, 1996. 87p.

STROHL H., LAZARUS A., *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI, Paris : La Documentation Française, 1995. 59 p.

THESE, PUBLICATIONS, ARTICLES

FURTOS J., 2004, « désespoir professionnel et bisexualité » *Dossier : souffrances psychiques – Pratiques en santé mentale*, n°1. 23 p.

PHILIPPE S., 2002, *Souffrance psychique et action publique*. Thèse pour le doctorat en sciences politiques : Université de Bordeaux IV. 334 p.

QUINETTE M., « Actualités Sociales Hebdomadaires Magasine » Janvier-Février 2006.
Directeurs d'établissement et cadres « intermédiaires » : la redistribution des carte. n°13,
pp. 14-19

Magazine DIRECTION, novembre 2006. *Les cadres intermédiaires, les nouveaux maillons forts ?* n°35, pp. 22-29

LIENS INTERNET :

OMS : <http://www.who.int/fr/>

FNARS : <http://www.fnars.org/>

UNIOPSS : <http://www.uniopss.asso.fr/>

DREES : <http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-drees/>

CSMQ : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?aid=33

ACSM : <http://www.acsmmontreal.qc.ca/publications/index.html>

ORSPERE-ONSMP : <http://www.orspere.fr/>

NIOGRET

Philippe

Novembre 2008

Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

CENTRE DE FORMATION : I.R.T.S. Marseille

S'INSCRIRE DANS UN RESEAU DE SANTE MENTALE POUR AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES ACCUEILLIES EN CHRS

Résumé :

Le travail présenté fait état de la description d'un processus de changement des pratiques pour des professionnels intervenant dans le champ de la lutte contre les exclusions à partir d'un CHRS situé en milieu urbain.

L'inscription dans une dynamique de réseau en santé mentale répond à un besoin de plus en plus prégnant pour les publics en situation de souffrance psychique ou atteints de maladie mentale. Elle s'appuie sur les orientations prises par les pouvoirs publics en la matière.

Cette transformation s'envisage à travers des actions de réorganisation des ressources humaines au sein de la structure. Elle prend forme grâce à l'amélioration des synergies entre les partenaires intervenants dans différents secteurs concernés par la santé mentale.

Le renforcement des coopérations entre équipes d'intervenants s'envisage selon un plan d'action pluriannuel articulé à partir du CHRS. Sa finalité principale consiste à soutenir le parcours de soin des publics en proposant une qualité de service accrue.

Mots clés :

RÉSEAU – SANTE MENTALE – SOUFFRANCE PSYCHIQUE – CHANGEMENT – PARTENARIAT – COOPERATION – QUALITE – PARCOURS

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.