EHESP

Directeur d'établissement social et médico-social public

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

Le principe de continuité de l'hébergement des personnes sans abri : un vecteur d'amélioration pour les Centres d'Hébergement d'Urgence

L'exemple du CHU George Sand

Emeline GAILLAC

Remerciements

« Dans la vie, il est des rencontres stimulantes
qui nous incitent à donner le meilleur de nous-même »
Marie-France Hirigoyen

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Pierre Weissenburger et Marc Kugelstadt, premiers à m'avoir fait partager la richesse du métier de directeur d'établissement social et médico-social.

Armelle de Guibert, ma maitre de stage, pour son soutien tout au long de ces huit mois.

Toute l'équipe du CHRS Pixérécourt et du CHU George Sand, les directeurs des CHRS et CHU parisiens, ainsi que la sous-directrice de la lutte contre les exclusions et de la solidarité pour leur accueil et leur confiance.

Tous les professionnels qui ont accepté de se soumettre à mes entretiens et ont enrichi ma réflexion car si l' *"on vit avec quelques idées familières. Deux ou trois. Au hasard des mondes et des hommes rencontrés, on les polit, on les transforme. Il faut dix ans pour avoir une idée bien à soi - dont on puisse parler."* Albert Camus, Noces.

Bernard Lucas pour sa disponibilité et ses conseils.

Enfin, je remercie mes parents pour leur soutien indéfectible.

Sommaire

Introduction..... 1

1 Les centres d'hébergement d'urgence à l'aune du principe de continuité d'hébergement des personnes sans abri..... 5

1.1 La délimitation incertaine des missions des CHU 5

1.1.1 Un statut d'établissement social et médico-social méconnu 5

1.1.2 Une mission d'accueil en urgence, d'observation et d'orientation.....7

1.1.3 Le CHU, maillon d'un dispositif national « Accueil, Hébergement, Insertion » engorgé 9

1.2 Les défis du CHU au regard de l'accueil d'une population protéiforme 12

1.2.1 Les causes sociétales de l'exclusion.....12

1.2.2 Les variables individuelles.....15

1.2.3 Les CHU, à la recherche de réponses adaptées.....17

1.3 Les améliorations apportées par la loi instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale ..20

1.3.1 La consécration attendue du droit au logement opposable minorée par celle droit à l'hébergement opposable ?.....20

1.3.2 La consécration du droit au maintien dans une structure d'hébergement d'urgence : un principe de continuité de l'hébergement ou dans la prise en charge des personnes sans abri ?.....23

1.3.3 Les précisions apportées par la circulaire du 19 mars 2007 relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri 25

2 L'adaptation du CHU George Sand au principe de continuité de l'hébergement : de l'évaluation des incidences à l'élaboration d'un diagnostic 27

2.1 La mise en œuvre du droit au maintien dans le CHU George Sand 27

2.1.1 La stratégie opérationnelle 27

2.1.2 L'adaptation partielle du fonctionnement faute de moyens 31

2.1.3 L'adaptation partielle des moyens architecturaux : la priorité aux espaces collectifs 34

2.2 Evaluations des incidences de la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement 39

2.2.1 Des professionnels désarmés face au bouleversement de l'homéostasie du groupe de résidents 39

2.2.2 La mise en échec de l'inconditionnalité de l'accueil 44

2.3 Elaboration d'un diagnostic d'aide à la décision 48

2.3.1 Synthèse des besoins mis en exergue par la mise en œuvre du principe de continuité 48

2.3.2 De l'étude des possibilités à la définition d'une stratégie opérationnelle réaliste 51

3 Proposition d'une stratégie d'adaptation du CHU aux besoins mis en exergue par l'application du principe de continuité de l'hébergement 55

3.1 Remarques préalables à l'action 55

3.1.1 Veiller pour anticiper 55

3.1.2 Communiquer pour influencer 56

3.1.3 Accompagner les professionnels dans le changement 58

3.2 Une priorité : maintenir la qualité de l'offre de service actuelle 61

3.2.1 L'adaptation des compétences et des pratiques professionnelles à l'accompagnement des jeunes manifestant des troubles du comportement 61

3.2.2 La levée des confusions institutionnelles par la rédaction du projet d'établissement 68

3.3 L'adaptation structurelle de l'offre 70

3.3.1 Présentation générale du projet 70

3.3.2 Redéploiement des places d'urgence par transformation 73

3.3.3 La création d'un service innovant destiné aux jeunes souffrant de troubles du comportement 76

Conclusion 81

Bibliographie 83

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

AAI	Adjoint d'Accueil et d'Insertion
ALT	Aide au Logement Temporaire
ARS	Agences Régionales de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CA	Conseil d'Administration
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CES	Conseil Economique et Social
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CASVP	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CIM	Classification Internationale des Maladies
CVS	Conseil de la Vie Sociale
CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DASES	Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DULE	Direction de l'Urbanisme, du Logement et de l'Equipement
ETP	Equivalent Temps Plein
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
HCLPD	Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PARSA	Plan d'Action Renforcé en Direction des Personnes Sans Abri
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAHI	Schéma de l'Accueil de l'Hébergement et de l'Insertion

SDSLE	Sous-direction de la solidarité et de lutte contre l'exclusion

Introduction

«La pauvreté accompagne l'histoire de l'humanité, fait partie de la condition humaine, menace la condition humaine depuis toujours »[1].

La pauvreté est polymorphe, elle ne se réduit pas au seul élément monétaire. Il convient mieux de parler aujourd'hui de précarité. Elle se définit comme l' *« absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, de jouir de leurs droits fondamentaux »*[2]. Source d'insécurité, elle peut conduire à l'exclusion sociale si le processus n'est pas stoppé. La perte du toit en est un élément déclencheur. Les personnes sont alors en situation de rupture ou de danger. C'est pourquoi l'Etat a mis en place ces vingt dernières années un dispositif d'hébergement d'urgence, *« dernier filet de protection de la personne face à la rigueur des processus qui peuvent conduire à la rue »*[3] dont font partie les centres d'hébergement d'urgence (CHU). Leur objectif premier est d'offrir un gîte et un couvert aux personnes en détresse afin d'engager un parcours d'insertion ou d'inclusion pour reprendre la terminologie européenne.

Traditionnellement, la durée de séjour en CHU était limitée en moyenne à une semaine renouvelable deux fois seulement, conduisant de nouveau à la rue les personnes n'ayant pas trouvé de solutions alternatives, au risque de les chroniciser dans l'errance. L'article 4 de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (DALO) et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale marque une avancée incontestable. Il dispose que désormais *« toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure*

---

[1] Brosnilaw Gueremek (1932-2008), historien et ancien ministre des affaires étrangères de Pologne - Extrait de la conférence *« Tendances séculaires en Europe à l'égard des populations les plus pauvres : défis à relever »*, 24 et 25 Janvier 2002.
[2] WRESINSKI J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Avis du C.E.S., JO C.E.S. 28 fév. 1987
[3] Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées (HCLPD), Mars 2008. *Dérouler les implications du droit au logement opposable*, 13ème rapport, p.81

d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation ». A travers ce nouveau droit au maintien dans les hébergements d'urgence, un principe de continuité de l'hébergement est consacré.

Dans ce contexte, le directeur, *« chargé du pilotage stratégique des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales, de l'animation et de la coordination des actions, du management et de la gestion des ressources humaines et de l'évaluation des politiques et des actions conduites dans le cadre du projet d'établissement»*[4] est appelé à jouer un rôle majeur dans l'adaptation de son établissement à l'article 4 précité. D'autant plus qu'il pourra s'appuyer sur une forte volonté politique comme en témoigne les 250 millions d'euros débloqués pour l'hébergement dans le cadre du « grand chantier prioritaire 2008-2012 »[5] ou encore le plan d'action renforcé en direction des personne sans-abri (PARSA) qui vise à construire un dispositif nouveau composé de places d'hébergement restructurées, de solutions nouvelles d'hébergement et de logements exposé dans la circulaire relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri du 19 mars 2007 dite *"circulaire Vautrin"*. Cette dernière rappelle que le principe de continuité est d'application immédiate.

Cependant, le maintien des personnes en CHU jusqu'à ce qu'une orientation adaptée leur soit proposée ne doit pas se faire au détriment des personnes restées sans abri. Le rôle des CHU est d'être un sas de repos avant l'obtention d'une solution plus pérenne adaptée. Or, les places d'urgence sont malheureusement rapidement pourvues face à de nombreuses demandes et les orientations proposées sont la plupart du temps impossibles à court terme au regard de la crise du logement, de l'engorgement des hôpitaux et du manque d'hébergement et de logement intermédiaire.

Dès lors, quelle stratégie le directeur peut-il adopter pour garantir la mise en œuvre effective du principe de continuité de l'hébergement des personnes sans abri tout en préservant les missions du CHU ?

---

[4] Article 2 du nouveau décret du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière

[5] Circulaire n°5279/SG du 22 février relative à la mise en œuvre du grand chantier prioritaire 208-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri dite "*circulaire Fillon"*

Les sous-questions suivantes peuvent guider la recherche : quels sont les impacts réels de la mise en œuvre du droit au maintien dans le CHU ? L'adaptation de l'établissement en interne est-il suffisant au regard des contraintes externes ? L'application de la loi est-elle en l'espèce une contrainte ou un vecteur d'amélioration ?

Ayant pour fil rouge ma question de départ, j'ai procédé à divers investigations dans le cadre de mon stage de neuf mois au CHU George Sand à Paris auprès de cinq catégories d'acteurs majeurs : les directeurs de CHU, les « décideurs » (centre d'action sociale gestionnaire, direction des affaires sociales de Paris et cabinet du Maire), les différents professionnels et les usagers de mon lieu de stage, les partenaires (logement, emploi et santé). En premier lieu, l'entretien semi-directif auprès de trois directeurs m'a permis d'avoir une vision comparative de leur stratégie au regard des impératifs de l'article 4 de la loi DALO. Il a été très enrichissant, en second lieu, de confronter leur vision à celle des décideurs via l'observation participante aux réunions de directeurs avec la sous-direction de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion (SDSLE) du CASVP, à la défense du budget à la DASS de Paris et aux réunions informelles « Aide Transport logis Accueil et Soins » dite ATLAS relative aux dispositifs d'urgence animé par le directeur de la DASS. En outre, une de mes missions de stage était la conduite du projet de reconstruction du CHU prévu à l'horizon 2010. Financée par la Ville de Paris, j'ai pu avoir de riches échanges sur l'appréhension du principe de continuité par les élus municipaux lors des réunions relative l'élaboration du projet architectural. En troisième lieu, l'observation directe des professionnels au quotidien et lors de réunions des équipes sociale, d'accueil et administrative, consignée dans un cahier de bord, avait quant à elle pour objectif principal de mesurer leur adhésion et leur implication dans les changements induits par la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement. Les usagers étant les premiers concernés par ces changements, j'ai mené en quatrième lieu, des entretiens directifs auprès des résidents du CHU George Sand. L'avantage de ce type d'interview par rapport au questionnaire auquel j'avais initialement pensé est double. Il évite les difficultés liées à l'analphabétisme et permet aux résidents d'étayer leurs réponses dans une relation de confiance et de confidentialité. L'observation non participante au Conseil de la Vie Sociale (CVS) m'a également permis de vérifier l'adéquation de leurs attentes individuelles aux demandes collectives et aux besoins identifiés par les textes, les professionnels de l'établissement et nos partenaires. En cinquième lieu, le recueil d'information de ces derniers s'est fait par observation participante lors de réunion de travail en vue de la formalisation de partenariats. Parallèlement et en dernier lieu, il m'a fallu éclairer ces données de terrain par une bibliographie composée de trois éléments clefs : les textes relatifs à la loi DALO (textes normatifs, rapports divers et presse spécialisée), les essais consacrés à l'étude de la

pauvreté et les ouvrages relatifs à la sociologie des organisations et au métier de directeur.

Il ressort des investigations ainsi réalisées que toute action de direction s'appuie sur une solide connaissance du cadre historique, éthique, législatif, environnementale dans lequel s'inscrit l'établissement. C'est pourquoi je présenterai d'abord les CHU à l'aune de la loi DALO (1) avant d'analyser les incidences de la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement au CHU George Sand (2) pour proposer une stratégie d'adaptation de l'établissement aux nouveaux besoins mis en lumière (3).

1 Les centres d'hébergement d'urgence à l'aune du principe de continuité d'hébergement des personnes sans abri

La délimitation des missions des CHU, de l'accueil d'urgence à l'insertion, demeure incertaine (1.1) en raison de l'engorgement des dispositifs en aval. De plus, l'accueil d'une population protéiforme impose de développer des réponses adaptées parfois à la marge de leur mission (1.2). Face à l'embolie des dispositifs d'hébergement et de logement, la loi DALO pourrait constituer une amélioration majeure (1.3).

1.1 La délimitation incertaine des missions des CHU

Originairement créés pour répondre à la crise du logement, les CHU n'ont pas bénéficié d'un texte fondateur explicite. La loi 2002-2 les a ramenés dans le giron des établissements sociaux et médico-sociaux mais cela reste méconnu (1.1.1). Une triple mission d'hébergement d'urgence, d'observation et d'orientation leur est attribuée (1.1.2) mais l'engorgement du dispositif national « Accueil, hébergement, insertion » les obligent à assurer une mission d'aide à l'insertion (1.1.3).

1.1.1 Un statut d'établissement social et médico-social méconnu

Si la tradition asilaire est ancienne et renvoie à des initiatives très diverses (congrégations religieuses, hôpitaux généraux…), la création de l'aide sociale à l'hébergement date seulement du décret du 29 Novembre 1953. Il fixe un cadre administratif et budgétaire unique pour les structures d'urgence sociale financées par l'Etat. Face à la montée du chômage, de la précarité et de l'instabilité familiale, ce cadre contraint éclata en hiver 1984 avec la mise en place du premier plan *« Pauvreté-Précarité »* par le ministère des affaires sociales. Régulièrement reconduit, il a donné lieu à l'ouverture d'une ligne budgétaire spécifique[6] gérée de façon déconcentrée par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Ce financement a permis le développement d'actions innovantes aussi diverses que les nuitées d'hôtel, les accueils de nuit ou les centres d'hébergement. Couramment appelées CHU, ces structures sont administrativement désignées comme *« centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale »*. Il faut aujourd'hui souligner les limites de ce financement. Inscrits au

[6] Article 20 du chapitre 46-81 du budget tandis que les CHRS sont financés à l'article 30

programme 177 *« politique en faveur de l'inclusion sociale »* de la loi organique relative aux lois de finance (LOLF) au même titre que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les CHU ne bénéficient toujours pas de financements pérennes. Leur fonctionnement n'est pas assuré par une dotation globale comme pour les CHRS mais par une subvention annuelle de l'Etat. Ce financement incertain, rediscuté chaque année à la DDASS, s'avère souvent insuffisant. A Paris, le déficit des CHU publics est pris en charge par la ville à hauteur de 312 000 euros en 2006[7].

Aucun texte légiférant sur les établissements sociaux et médico-sociaux ne cite explicitement les CHU. Cet état de droit peut laisser subsister le doute quant à leur statut juridique. En matière d'hébergement, la loi du 9 janvier 1986[8] relative à la fonction publique hospitalière ne mentionne que les CHRS codifiés à l'article L 345-1 CASF. Ils ont longtemps été le seul cadre de l'hébergement social. Face aux besoins, certains ont dédié quelques places à l'hébergement d'urgence. En 2004, une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) dénombre 360 CHRS disposant d'une section d'urgence sur les 867 existants[9]. Un tournant a été opéré par l'emblématique loi du 2 janvier 2002[10] qui dresse une nomenclature rénovée et plus souple des établissements sociaux et médico-sociaux. L'objectif est clair : donner un fondement légal à des structures qui en étaient jusque là dépourvues et permettre d'en inclure de nouvelles le cas échéant. Ainsi, l'article L.312-1,I,8° précise que sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux *« les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse »*. A mon sens, le CHU entre pleinement dans cette catégorie au regard de ses missions et peut être considéré depuis 2002 comme un établissement social et médico-social. J'ai donc été surprise de relever que dans les trois entretiens menés auprès de directeurs, tous ont souligné qu'ils ont mis en place les outils de la loi 2002-2 sans y être légalement obligés. Certes, les CHU ne sont pas dotés de la personnalité morale mais rappelons que la notion d'établissement n'a pas de lien avec celle-ci. Il s'agit simplement

---

[7] Ville de Paris, *Communication sur l'effort de la collectivité parisienne en matière d'insertion et de lutte contre l'exclusion* – Bilan 2001- 2006 Perspectives 2007 dit bleu budgétaire – Février 2007

[8] Article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – version consolidée au 1er janvier 2008

[9] DRESS, *L'hébergement d'urgence dans les CHRS*, n°620 janvier 2008 – résultats de l'enquête ES 2004

[10] Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

d' *« une installation permettant d'assurer une fonction d'hébergement par opposition aux prestations de service qui peuvent être délivrées indépendamment de tout hébergement voire à l'extérieur d'un site»*[11] .

En tout état de cause, il est certain que les CHU doivent réaliser leurs missions d'accueil d'urgence, d'observation et d'orientation dans le respect des droits des usagers comme tout autre établissement social.

1.1.2 Une mission d'accueil en urgence, d'observation et d'orientation

A) Un accueil immédiat, inconditionnel et gratuit

Le CHU répond à une nécessité première de mise à l'abri. Il accueille, en urgence, des personnes ou des familles en difficultés sociales qui se retrouvent sans toit. Privées de leurs droits fondamentaux, elles sont en danger. Il s'agit d'empêcher la spirale de la désocialisation, la détérioration irréversible de la santé, la mort. A ce titre, l'accueil doit être immédiat, inconditionnel et gratuit. A la différence des CHRS, par exemple, l'admission n'est conditionnée à aucun entretien vérifiant l'adhésion à une démarche d'insertion. L'accueil est gratuit, aucune participation financière n'est demandée au résident pour le gîte, le couvert et les prestations proposées. L'objectif du séjour en CHU est, au contraire, d'accueillir la personne quelques soient ses difficultés afin de la sortir de l'urgence.

B) A la recherche rapide de l'orientation la plus adaptée aux besoins de la personne

Une fois sortis de la rue, les hébergés doivent être orientés de la façon la plus adaptée possible. Des rencontres individuelles avec les travailleurs sociaux sont organisées pour « *prendre en compte* »[12] leurs attentes et leurs besoins. Les CHU doivent disposer de personnels qualifiés et travailler en réseau avec les partenaires de l'insertion, de la santé pour élaborer un diagnostic sanitaire et social pertinent. Un temps "d'observation" éclaire l'évaluation de la situation. Elle porte notamment sur l'autonomie et le comportement en société à travers les actes de la vie quotidienne.

---

[11] Rap. Sen. n°37, 2001-2002, Blanc, p.49

[12] Concept développé par Saül KARSZ, « *Pourquoi le travail social ? Définitions, figures, clinique » ;* Dunod 2004

L'orientation est la plus rapide possible afin que le CHU ne demeure qu'un sas de repos avant l'accès à une structure plus pérenne d'insertion (CHRS dont les centre d'accueil de demandeurs d'asile, hôtel social), de soin ou au logement temporaire (résidence sociale) et, à la marge, logement autonome. Une enquête[13] réalisée auprès des résidents[14] de mon terrain de stage montre qu'il est difficile pour certains de demeurer dans un lieu d'urgence, les confrontant à un public aux problématiques divers dans lesquelles ils ne se retrouvent pas.

C) Une mission d'aide à l'insertion

La situation d'urgence implique une intervention d'urgence. Pour autant, à mon sens, la mission du CHU ne s'arrête pas à la mise hors de danger. Si l'on accepte que l'insertion recouvre à la fois l'acquisition de l'autonomie et l'accès aux droits, on ne peut priver une personne, quelque soit sa situation, de ses droits fondamentaux aussi court soit son passage en hébergement d'urgence. L'article premier de la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998[15] affirme que doit être garanti *« l'accès effectif à tous les droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture (…) »*.

Dès l'accueil, une aide est offerte en vue de la reconquête d'un statut social minimal. Pour beaucoup, elle passe par l'acquisition de papiers d'identité et l'ouverture des droits (couverture médicale universelle, revenu minimum d'insertion). Une attention particulière est portée sur la domiciliation nécessaire à leur obtention.
Les personnes prennent leurs repas, passent leurs soirées et dorment au CHU. Il est, de fait, un véritable lieu de vie, propice à l'action éducative, où les droits et les devoirs s'exercent. Ils sont les prémisses d'une insertion plus durable. Ce sont notamment les droits rappelés par la loi 2002-2 codifiée à l'article L.311-3 CASF tels que le respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité et de la sécurité des personnes, de l'accès à leur dossier social, des droits d'expression et de participation. Des moyens effectifs pour les exercer et y accéder sont mis en place : une présence de professionnels dans les lieux collectifs afin de garantir un cadre de vie rassurant, un CVS, des actions de prévention en matière

[13] Enquête menée auprès des résidents en vue de la restructuration du CHU George Sand
[14] Accepté comme homonyme de « résidant », qui réside, « résident » est également le terme consacré à un étranger vivant dans un autre pays que le sien. Symboliquement, je retiens cette orthographe pour les personnes hébergées en CHU dans la mesure où le CHU n'est qu'une plateforme et qu'elles ont vocation à être orientées plus conformément à leurs besoins.
[15] Loi n°1998-657, 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions

de santé et d'hygiène en interne ou en externe et des partenariats culturels. Ce sont autant d'occasions pour l'équipe sociale d'évaluer plus précisément les besoins de chacun et proposer une orientation adaptée.

Les bases du processus d'insertion sont posées en CHU mais il leur appartient d'orienter rapidement les personnes hébergées en urgence vers une solution adaptée plus pérenne sous peine d'engorger les places d'urgence. La disponibilité des places ne peut être garantie que par la fluidité entre l'urgence et l'insertion. Le CHU n'est qu'un maillon d'un dispositif coordonné.

1.1.3 Le CHU, maillon d'un dispositif national « Accueil, Hébergement, Insertion » engorgé

A) De la diversité des acteurs de l'urgence sociale à la logique de dispositif

Face à la complexité des prestations offertes, à la forte demande et à la difficulté des personnes démunies d'obtenir une réponse adaptée à leur situation, sont apparus des outils de veille sociale, destinés à assurer le recueil des besoins et à coordonner les réponses. La loi de lutte contre les exclusions de 1998 en a fixé le cadre. Elle constitue un tournant majeur en ce qu'elle passe d'une logique d'établissement à une logique de dispositif. Désormais, il appartient aux préfets d'organiser dans chaque département une veille sociale chargée, en vertu de l'article L345-2 du CASF *« d'informer et d'orienter les personnes en difficulté »*. Elle fonctionne en permanence tous les jours de l'année et peut être saisie par toute personne, organisme ou collectivité. Trois missions sont dévolues à ce dispositif de veille sociale : l'évaluation de l'urgence de la situation, la proposition d'une réponse immédiate en indiquant notamment l'établissement ou le service d'accueil et la tenue à jour des différentes disponibilités d'accueil dans le département. En 1999[16], le ministre de l'emploi et de la solidarité demande aux préfets de se doter d'un schéma de l'accueil de l'hébergement et de l'insertion (SAHI). Elaboré en concertation avec les acteurs pour une durée de trois à cinq ans, il précise la façon dont les divers services se coordonnent. A un échelon plus opérationnel, une ligne téléphonique d'accueil aux personnes sans abri et en grande difficulté, le « 115 », assure leur information et leur orientation notamment vers les CHU dont elle actualise les places disponibles.

[16] La circulaire du 10 septembre 1999 définie la démarche d'élaboration des schémas

B) Le CHU à la charnière de l'accueil et de l'insertion

En mars 2005, un référentiel national « *Accueil, hébergement, insertion* » a été présenté par la ministre déléguée à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion. Il a l'ambition de clarifier les missions du dispositif. Conçu comme un mode de prise en charge transitoire orienté vers la mise en place de solutions plus pérennes, il apporte une aide immédiate, dans le respect des droits des personnes, à travers deux types de prestations : les prestations de premier accueil puis les prestations d'insertion. Il distingue clairement les prestations d'urgence dont le CHU fait partie et de celles d'insertion. Selon le référentiel, celles-ci prennent la forme de prestations d'hébergement de stabilisation, d'orientation et d'accès à la vie autonome qui sont toutes complétées par les prestations d'accès aux droits, d'accompagnement vers le logement, d'insertion par le travail et par l'économie, de prévention et d'accès à la santé, à la vie sociale, à la citoyenneté, à l'alimentation et à la nutrition. L'objectif de l'hébergement d'urgence est bien d'être « *un sas d'attente et d'orientation* » dans des conditions adaptées « *à la diversité des publics accueillis et permettant d'engager un début seulement d'accompagnement de la personne* ». Bien que non normatif, il permet d'enrichir la réflexion et, si ce n'est de clarifier, au moins de confirmer cette difficile place des CHU dans un dispositif en recherche perpétuelle d'équilibre entre simple accueil et accompagnement vers l'insertion. La latitude laissée par les textes laisse ainsi au directeur de CHU une possibilité de s'adapter aux besoins du territoire concerné et de ses résidents mais aussi des contraintes structurelles liées au circuit AHI et logement.

C) L'exemple de la gestion du CHU George Sand par le CASVP dans la logique de dispositif

Selon l'étude de la DRESS de janvier 2008 précitées, les jeunes hommes sont surreprésentés en CHU. 69% des personnes nécessitant un hébergement d'urgence sont des hommes, sachant que les 18-24 ans représentent 33%. Or, les jeunes souffrent d'êtres mêlés à des populations plus âgées et ne relèvent pas des mêmes prises en charge. C'est pourquoi, le CHU George Sand est spécialisé dans l'accueil des hommes de 18 à 27 ans. Cette limite supérieure est l'héritage d'une aide financière parisienne, aujourd'hui obsolète. Il serait plus adéquat, au regard du RMI, de fixer la limite supérieure à 25 ans. L'établissement initialement dédié à l'insertion des femmes dite de "petite vertu" d'où son nom a ainsi été transformé dans les années 70. Il offre cinquante places et est aujourd'hui inscrit dans le dispositif parisien de lutte contre les exclusions des jeunes. Etablissement public non autonome, il est géré par le centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP). Son conseil d'administration est présidé par le maire de Paris. Ancien bureau de bienfaisance, le CASVP est régi par les articles R.123-39 et suivant CASF. Il

est divisé en plusieurs sous-directions dont celle de la solidarité et de la lutte contre les exclusions (SDSLE). Dans la logique du dispositif « *accueil, hébergement, insertion* », celle-ci dispose d'une part de services d'accueil et d'orientation, et d'autre part, de prestations d'urgence et d'insertion (trois CHU dont George Sand, cinq CHRS, des aides alimentaires, des hôtels sociaux). L'accueil est notamment assuré par les permanences sociales d'accueil (PSA) qui ont pour mission de procéder à une première évaluation sociale des personnes en difficulté afin de les orienter vers les services sociaux compétents. Elles sont au nombre de quatre : deux pour les hommes de plus de 28 ans, une pour les femmes seules ou avec enfant(s), les couples et une pour les jeunes de 18 à 28 ans. Outre leur fonction d'orientation, elles peuvent aussi assurer la domiciliation des personnes sans domicile fixe, leur permettant de bénéficier du RMI, constituent les dossiers administratifs pour l'obtention des aides légales et délivrent, après évaluation des besoins, des aides en espèces ou en nature (titres de transport, titres services…). Ces derniers permettent d'avoir accès à divers lieux de restauration et de faire l'acquisition de produits alimentaires ou d'hygiène de première nécessité. La distribution de bons et de tickets de repas permet l'accès aux restaurants du CASVP. En matière d'hébergement, c'est elle qui oriente les jeunes hommes vers George Sand lorsque l'urgence est avérée et que la situation de la personne nécessite d'être observée pour décider d'une orientation plus précise. Originalité parisienne, près de 65% de nos résidents sont orientés par la PSA.

D) Le manque de fluidité du dispositif ou la dérive des missions du CHU

Les besoins en hébergement d'urgence sont immenses. A Paris, l'urgence est criante. En 2006, le 115 a reçu plus d'un million d'appel dont 427000 de personnes différentes pour un nombre total de places d'hébergement d'urgence sur Paris de 4476 en 2007[17]. En amont, toutes les personnes en détresse ne peuvent donc pas être accueillies. Des dispositifs exceptionnels (gymnases, péniches, places *"grand froid"* dans les CHU-CHRS) sont mis en place lors des périodes de grand froid seulement. En aval, les structures d'hébergement stables sont insuffisantes. Les marges de manœuvre du directeur sont moindres : donner les moyens en interne de proposer une orientation adaptée à ses résidents en nouant le plus de partenariats possibles avec les hébergements d'insertion et les logements pour fluidifier les parcours mais les contraintes structurelles ne sont pas de

[17] Chiffres données lors d'une réunion DASS de Paris le 24 mai 2007 relative à l'urgence sociale

son ressort, si ce n'est sa responsabilité de communiquer aux décisionnaires une analyse des besoins précise.

Pour garantir la fluidité, les DDASS limitaient les durées de séjour mais les directeurs de CHU acceptaient alors de les renouveler pour éviter une exclusion sèche. Cependant, l'allongement du séjour ne peut se faire sans la mise en place d'un accompagnement. Or, les CHU ne possèdent pas les moyens humains et financiers d'assurer un suivi suffisamment individualisé. La tenue à jour de partenariats avec les services de droit commun ne suffisent pas à palier les manques. Le budget ne permet pas de recruter des professionnels du secteur tant social, médico-social que sanitaire, pourtant nécessaire aux défis de l'accueil d'une population très protéiforme.

1.2 Les défis du CHU au regard de l'accueil d'une population protéiforme

L'étude des travaux relatifs aux personnes sans abri, notamment ceux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) et de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) confirme qu'il existe une grande diversité des situations et des parcours menant en CHU. Il est pourtant indispensable d'identifier le processus qui mène à la rue afin de mettre en place les outils pertinents pour en sortir. Il est des causes sociétales (1.2.1) qui, lorsqu'elles sont conjuguées avec des variables individuelles (1.2.2) génèrent de l'exclusion. Les CHU, au-delà de la mise à l'abri, cherchent les réponses permettant d'en sortir durablement (1.2.3).

1.2.1 Les causes sociétales de l'exclusion

A) L'émergence de l'individualisme et de la société de consommation

Certains observateurs du XX^{ème} siècle mettent en exergue deux révolutions sociétales majeures : l'émergence de l'individualisme et de la société de consommation.

La primauté de l'individu dans l'ordre politique n'est pas une donnée nouvelle. Depuis 1789, il est entendu que l'organisation politique et sociale ne peut être conçue et développée que dans l'intérêt de l'individu. Mais tout ceci demeurait dans l'ordre de la sphère politique jusqu'à l'avènement d'une société hédoniste où les comportements sont désormais déterminés en fonction des préférences personnelles. Le drame de ce que Gilles Lipovetski appelle *« la seconde révolution individualiste »* est d'écarter nombreux de nos concitoyens. Ces conditions de vie modernes ont accru le sentiment de solitude.

Paradoxe d'une société où les modes de communication se multiplient, de plus en plus de personnes souffrent de l'isolement, accentué dans les grandes villes comme Paris où j'ai effectué mon stage. L'évolution de la famille a contribué à ces solitudes subies. Cette institution traditionnelle est marquée par l'éclatement géographique, la distension des liens familiaux ou les dissolutions de la cellule parentale. Toutes les catégories de personnes sont concernées mais les plus fragiles en souffrent.

Une autre révolution que Jean Fourastié a nommé, en guise de sous-titre de son ouvrage *les trente glorieuses*, *« la révolution silencieuse des modes de vie »* est celle de la société de consommation. La vie de nombreux français a bien été améliorée par ces nouvelles consommations qui concernent désormais un large éventail de la population. Au-delà du simple achat visant à satisfaire les besoins de chaque individu, Jean Baudrillard montre que la consommation est un élément structurant des relations sociales. Elle permet à chacun de se différencier non plus par ce qu'il est mais par ce qu'il possède. Dès lors, elle génère l'exclusion de ceux qui n'y ont pas accès, faute de moyens.

B) Chômage et précarité professionnelle

Dans le contexte économique de l'après-guerre, caractérisé par une pénurie de main-d'œuvre et une croissance forte de l'activité et du salariat, les mendiants, errants et « clochards » intéressent peu les politiques publiques, si ce n'est dans le cadre de la répression de la mendicité et du vagabondage. L'assistance privée - principalement le fait des associations - intervient dans les vides laissés par la sécurité sociale et l'aide sociale. Mais en février 1954, la France subie une grave crise du logement qui maintient les « sans-logis » dans l'extrême précarité. Cette situation suscite l'appel de l'Abbé Pierre et une prise de conscience collective. Dès la fin des années 60, en dépit de la croissance économique, la pauvreté subsiste. Le terme d'exclusion apparaît dans le débat public, avec une approche qui reste fondée, dans une large mesure, sur l'inadaptation des individus avant d'être reconnue comme une responsabilité de la société. Dans les années 70, la montée du chômage et de la précarité professionnelle met en exergue le rôle de la pénurie d'emplois et de la fragilisation des parcours professionnels dans la genèse de la précarité et dans l'exclusion de personnes. Robert Castel les nomme les *« inutiles au monde »* dans son ouvrage *les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*. L'emploi comme *« statut qui inclut des garanties non marchandes »*[18], n'est

[18] R.CASTEL, *L'insécurité sociale*, Seuil. 2003 p.30

plus un moyen efficace de protection sociale pour le plus grand nombre *« sur lequel le travailleur peut prendre appui pour maîtriser le présent et avoir prise sur l'avenir »*[19]. En 2007 encore, le chômage est estimé par l'INSEE à 2,3 millions de personnes. La fréquence des situations de chômage chez les sans abri est six fois plus élevée que dans la population générale en 2001. Ces personnes sont sans emploi depuis plus d'un an dans 50 % des cas, depuis plus de 5 ans dans 17 % des cas. Les inactifs (28 %) sont pour un tiers des étrangers non autorisés à travailler. Parmi ceux qui ne travaillent pas, 28% n'ont jamais travaillé plus de 6 mois de suite ; ce sont pour les deux tiers de jeunes adultes de moins de 30 ans, parfois chargés d'enfants en bas âge. Les politiques en matière d'emploi, parfois exposées au risque des dérives du travail précaire, du temps partiel, n'endiguent pas ce phénomène. Le développement de prestations de subsistance pour les personnes aptes à travailler mais rejetées durablement par le marché du travail ou de prestations non contributives de la sécurité sociale s'avèrent insuffisants. 60 % des personnes sans domicile reçoivent au moins une prestation sociale (y compris l'allocation chômage). Environ un tiers a reçu un des minima sociaux, notamment le RMI (23 %) ou l'allocation aux adultes handicapés (6 %).

Une autre problématique, moins visible mais tout aussi réelle, est celle des « travailleurs pauvres ». Selon l'INSEE, il faut avoir exercé un emploi pendant un mois sans interruption au cours des douze derniers mois pour être un travailleur pauvre. En réalité, 60% ont travaillé toute l'année. Malgré leur emploi, leur niveau de vie est très faible, souvent inférieur au seuil de pauvreté. Ils ne peuvent dès lors assumer leurs charges, s'endettent et se retrouvent finalement sans logement. Une enquête réalisée auprès des personnes hébergées en CHU d'Ile-de-France en 2003, affirme que 21% des personnes hébergées en CHU ont un emploi. En 2006 encore, le seuil de pauvreté fixé à 880 euros par mois correspond à 60% du niveau de vie médian mensuel. Celui des personnes sans abri vivant seules s'élève à 381 €, 25 % perçoivent moins de 183 €, et 75 % moins de 579 €.

Les causes structurelles ne sont cependant pas seules sources de l'exclusion. Elles sont cumulées à des causes individuelles. Par exemple, le risque de rupture dans un couple où il y a un chômeur longue-durée est supérieur de 40% à la moyenne.

---

[19] Ibid. p.31

1.2.2 Les variables individuelles

A) La rupture, facteur à l'origine de la demande d'hébergement

La rue n'est pas seulement le résultat d'une société incapable d'inclure tous les individus, elle est le fruit de souffrances propres à chaque histoire de vie. Les facteurs concourant au processus d'exclusion sont multiples, interdépendants et propres à chacun selon son degré de résilience, sa personnalité. La trajectoire de vie de chaque personne est donc unique même s'il existe des éléments récurrents chez les personnes sans abri : trois quart sont d'origine sociale populaire et la moitié est sans diplôme selon l'INSEE en 2001. Le facteur commun le plus significatif est celui de s'être retrouvé à la rue à la suite d'une ou plusieurs ruptures décisives. Elles peuvent être d'origine familiale. Il en va ainsi d'un deuil, de la fin de la vie commune parents-enfants, d'une séparation, d'un divorce ou des violences domestiques. Ainsi, 28 % des personnes hébergées en CHU déclarent avoir subi des mauvais traitements contre 8,5 % dans la population générale[20]. Le passage en institution peut également être constitutif d'une rupture : prison, hôpital, protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou aide sociale à l'enfance (ASE). 20 % des résidents ont été placées en institution ou en famille d'accueil contre 2 % dans la population générale[21]. La rupture avec un pays d'origine conduit à des épreuves difficiles : l'acculturation pour les personnes en situation régulières ou l'impossibilité d'obtenir un titre de séjour sans pouvoir revenir au pays pour les autres. Enfin, la maladie est un élément déclencheur du processus de désocialisation d'autant plus lorsque la maladie est invalidante ou stigmatisante.

Dans tous les cas, le passage en CHU correspond souvent à un moment de crise dans la vie de l'individu pendant lequel la souffrance psychologique s'avère importante.

B) De la souffrance psychique à une « psychiatrisation » de l'hébergement

Une des caractéristiques du public accueilli est l'isolement. Cet isolement manifeste se traduit par une pauvreté des réseaux tant familiaux qu'amicaux. Les personnes se rencontrent souvent dans les services d'urgence mais le lien est occasionnel et s'inscrit rarement dans la durée. Certains ont du mal à quitter les CHU de type collectif, en

[20] Haut Conseil de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rapport Février 1998 cité par M.Kugelstadt dans son mémoire ENSP 1998.
[21] Sources INSEE

particulier les jeunes hébergés au CHU George Sand car se retrouver seuls dans leur chambre leur fait peur. Pour certains, cet isolement est une réelle souffrance psychologique qui renforce les attitudes de repli sur soi. Ils sortent peu, communiquent peu et il leur devient difficile de se confronter au monde extérieur. Pour d'autres, des symptômes d'ordre psychiatriques apparaissent.

Tous les directeurs constatent une augmentation du nombre de personnes nécessitant un soutien psychologique voire psychiatrique. Toutefois, il faut se garder de qualifier ces symptômes de maladie mentale car il est très complexe de déterminer s'ils sont la cause ou la conséquence d'une souffrance sociale. Le rapport Lazarus[22] affirme simplement qu' *« une partie de la symptomatologie psychique se décrit comme une défaillance du lien social, une difficulté à le maintenir ou le restaurer sinon dans des formes souvent non acceptées socialement »*. La seule certitude est qu'il existe une souffrance forte à laquelle il faut apporter un soutien psychologique et social. La question est toutefois complexe car les enseignements cliniques montrent qu'il est très ardu de distinguer dépression et désespérance. Or, la première relève de la psychiatrie et la seconde du social, sans substitution possible. Ces deux secteurs doivent donc travailler en synergie pour garantir une orientation pertinente mais il faut éviter la *« psychiatrisation du social »*[23], c'est-à-dire la confusion des fonctions sociales (mise à l'abri, orientation) et psychiatriques (écoute et thérapie) qui relèvent de compétences professionnelles distinctes. Précisons toutefois que les usagers qui ne sont pas des malades mentaux mais ont des souffrances psychiques liées à leur situation nécessitent également des soins. Ces derniers relèvent plus alors de la psychologie à travers des méthodes de psychothérapie ou d'ergothérapie par exemple. Le rôle du CHU s'arrête donc à la mise en place de partenariats avec la psychiatrie et la psychologie.

Face aux problématiques diverses dont souffrent les personnes hébergées en CHU, ces derniers doivent proposer des réponses adaptées favorisant leur insertion.

---

[22] La documentation française, *« une souffrance qu'on ne peut plus cacher, rapport du groupe de travail : ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »* février 1995, p.29-58
[23] Ibid. p.34

1.2.3 Les CHU, à la recherche de réponses adaptées

A) Redonner l'envie aux personnes désabusées de s'insérer

Que les politiques publiques parlent de *« réinsertion »* ou d'*« inclusion »* sociale, l'objectif est de permettre aux personnes sans abri d'éviter l'exclusion et de rejoindre la société. Or, comme le souligne Marc Kugelstadt, directeur adjoint d'un CHRS et d'un CHU parisien, lors d'un entretien, *« la société ne fait plus rêver, nos résidents n'ont pas envie d'être réinsérés, ils sont désabusés ».* Dès lors, ils n'ont plus rien à perdre, même pas l'hébergement alors que souvent le respect des entretiens sociaux, des règles de vie en collectivité en CHU reposent, au début, sur la peur de ne plus avoir de toit. Cela impose aux structures de ne pas travailler uniquement sur la perspective d'une orientation vers la réinsertion par le logement ou l'emploi et d'offrir plus que le gîte et le couvert. Il faut travailler sur le désir et le goût de vivre dans la société pour redonner du sens, de la chaleur humaine. La thèse de Spinoza selon laquelle l'essence de l'homme est le désir[24] prend toute son ampleur. Preuve en est, le nombre considérable d'échecs du retour en appartement seul de personnes sans abri. Comme le montre le très juste documentaire *La vie sans toit* de Larbi Benchiha, journaliste ayant suivi pendant trois ans une personne sans abri, il ne suffit pas d'accéder au logement autonome et à l'emploi pour s'insérer. Serge Paugam montre dans *la disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté* que l'exclusion n'est pas un état, mais un processus résultant d'une spirale de ruptures dans la trajectoire de vie des personnes concernées. Ces épreuves usent peu à peu et affaiblissent le désir d'appartenir à la société. Si la situation persiste dans le temps, le risque de ce que les sociologues appellent la *« désaffiliation »* augmente, avec pour corollaire la perte d'estime et de confiance en soi, des repères traditionnels de vie en société (repères spatio-temporels, affectifs et relationnels, confiance en l'autre, soin et hygiène, santé physique et psychique) et l'incapacité d'accéder aux droits fondamentaux. Cela peut aller jusqu'à une extrême marginalisation. Sortir de cet état nécessite bien évidemment la satisfaction des besoins primaires dans la logique de la pyramide de Maslow mais pour en sortir durablement, elle impose la reconquête du désir de vivre. De nombreux sans abri refusent de recourir à l'hébergement d'urgence alors même que ce choix risque de les entraîner vers une exclusion quasi irréversible. La parole des

[24] SPINOZA B., *L'Ethique (livre III)*

usagers[25] permet de comprendre ces refus et de dégager des axes d'amélioration : renforcer la sécurité, éviter d'infantiliser les hébergés, améliorer les conditions d'hébergement, favoriser les regroupements par tranche d'âge. Il s'agit simplement de refléter en toute chose la commune humanité de chaque personne accueillie et dont elle n'a parfois plus conscience.

La promotion du respect de soi est un vecteur de reconquête du désir de vivre. Le CHU accorde une importance particulière à la convivialité et à la chaleur qui règne au centre lors de l'accueil, des repas et à chaque moment de partage. Les personnes accueillies en CHU portent les stigmates de leur parcours d'errance. L'établissement offre les prestations d'hygiène élémentaires : douche et blanchisserie. Des équipes médicales de prévention et de promotion de la santé interviennent. Des ateliers d'ergothérapie sont proposés afin de permettre aux résidents de recouvrer leur autonomie, d'appréhender leur corps dans les gestes de la vie quotidienne favorisant ainsi la confiance en soi[26]. Enfin, une place toute particulière est accordée à la culture, indispensable à la construction d'une identité individuelle et collective. Apportant un nouveau regard sur soi et son environnement, la culture contribue à enrayer la spirale négative chez les personnes en situation de précarité. L'accès aux théâtres, musées, cinéma, concerts est assuré à George Sand grâce à un partenariat avec l'association nationale *Culture du Cœur*[27].

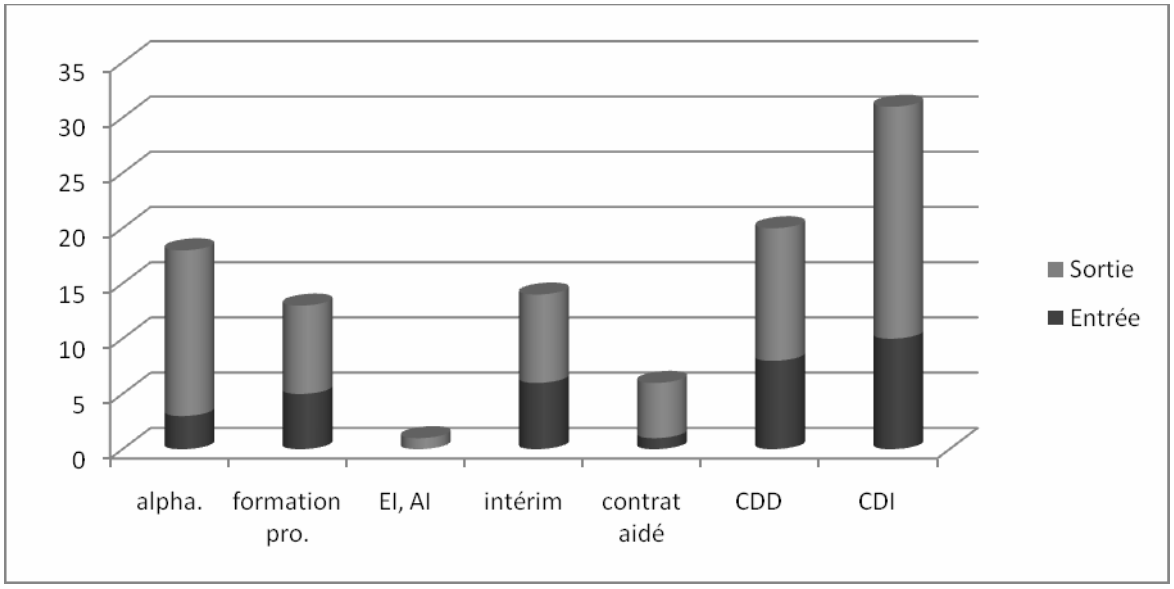
C'est à la seule condition de l'envie du de se réinsérer qu'un travail sur l'orientation vers une résidence plus pérenne peut-être mené. Cependant, l'accès au logement est conditionné par la situation professionnelle. Aussi, le CHU doit proposer un soutien à la recherche tant d'emploi que d'hébergement-logement.

B) Un réseau opérationnel en faveur des parcours résidentiels et professionnels : l'exemple du réseau *Relo-je* pour les jeunes du CHU George Sand

Le CHU George Sand est membre d'un réseau opérationnel de douze partenaires dont l'objectif commun est de développer de la synergie entre des structures complémentaires pour favoriser le parcours résidentiel et professionnel des jeunes. Les structures partenaires comprennent des CHU, des CHRS, des résidences sociales et des FJT. Le

[25] *La parole des sans abri* – conférence de consensus et paroles d'usagers de la cellule du boulevard Nez à Paris – janvier 2008
[26] Association nationale française des ergothérapeutes, Avril 2008. *Le livre blanc de l'ergothérapie.*
[27] www.culturesducoeur.org

dernier maillon, celui du logement autonome, fait défaut. De ce fait, de nombreux jeunes qui relèveraient d'un logement personnel stagnent en foyer. Le réseau a pour objectif de s'associer à des bailleurs sociaux, à la Préfecture et la mairie de Paris. Le réseau est piloté par une mission locale dont un quart des jeunes accueillis étant en situation précaire d'hébergement, l'insertion socioprofessionnelle ne peut être envisagée sans porter une attention particulière à ce volet. En matière d'emploi et de formation le recours au réseau favorise les bons résultats présentés sous le graphique ci-dessous :



*EI, AI = entreprise d'insertion et association intermédiaire

L'itinéraire résidentiel entre ces différentes structures d'hébergement est mené avec, à terme, la perspective d'un logement passerelle ou logement autonome. Le réseau permet un partage de savoirs, une meilleure connaissance des partenaires hébergement et donc des orientations plus justes et plus adaptées. Le but étant d'assurer une continuité de l'hébergement et d'éviter les ruptures. La mesure de la réussite du parcours d'insertion réside dans les chiffres des rapports d'activités. Parmi les 24%[28] des résidents quittent le CHU pour entrer dans un hébergement ou un logement plus pérenne (CHRS, FJT et location de droit commun), les trois quarts obtiennent une solution grâce au réseau. Lorsque l'orientation vers le logement de droit commun s'avère impossible dans l'immédiat en raison de souffrances psychiques trop importantes, des solutions tels que

[28] Les autres retournent en famille, chez des amis, en hôtel. Nous ignorons la destination de 30% des résidants. Leur sortie définitive est la conséquence soit d'infractions répétées au règlement de fonctionnement ou de violences impliquant une exclusion immédiate, soit d'un départ à leur initiative sans en informer le personnel.

l'hébergement de stabilisation, les résidences accueil type maisons relais ou l'hospitalisation sont envisagées. Malheureusement, les solutions d'hébergement-logement offertes sont encore insuffisantes au regard du nombre de demande.

La loi DALO constitue une véritable avancée en ce qu'elle devrait, à terme, permettre le désengorgement du dispositif.

1.3 Les améliorations apportées par la loi instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

Très médiatisée suite au mouvement des tentes du canal Saint Martin initié par l'association des Don Quichotte fin 2006, les apports de la loi DALO sont partiellement connus. Au delà du droit au logement opposable, elle consacre un droit à l'hébergement opposable. Il pourrait apparaitre comme un aveu d'impuissance (1.3.1) mais la loi affirme également un droit au maintien dans une structure d'hébergement d'urgence. Laconique, ce droit est-il un principe de continuité de l'hébergement seulement ou de prise en charge des personnes sans abri ? (1.3.2) La question est fondamentale pour les CHU qui devront le traduire dans l'accompagnement qu'ils proposent. Pour l'heure, des précisions ont été apportées quant à sa mise en œuvre (1.3.3) par la circulaire Vautrin.

1.3.1 La consécration attendue du droit au logement opposable minorée par celle droit à l'hébergement opposable ?

A) Une réforme attendue au regard des insuffisances du dispositif

Le droit au logement est un objectif à valeur constitutionnel. Plusieurs lois en faveur du logement se sont succédées : loi Besson du 31 mai 1990 renforcée par la loi de lutte contre les exclusions en 1998, loi de solidarité et de renouvellement urbains du 13 décembre 2000, loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et enfin la loi du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement, sans réel succès. Malgré cet arsenal juridique, seul 25% des logements construits sont destinés aux personnes en difficulté dont le nombre ne cesse de progresser faute d'offre accessible. La chaîne du logement est engorgée. Ce blocage a pour corollaire l'aggravation des phénomènes d'exclusion, la saturation des dispositifs d'hébergement et le développement du « mal logement » pour reprendre le titre du rapport annuel 2007 de la Fondation Abbé Pierre. Dès 2004, le HCPLD soulignait l'importance d'instituer un droit au logement

opposable pour lutter contre l'engorgement des structures d'hébergement d'urgence[29] malgré le recours à des solutions de fortune coûteuses comme l'hébergement hôtelier dans certains départements.

B) La consécration du droit au logement opposable mais aussi à l'hébergement opposable

De façon attendue, la loi du 5 mars 2007 instaure donc un droit au logement opposable. Mais de façon moins attendue, elle instaure également un droit à l'hébergement opposable. Dans son 12ème rapport remis au Premier Ministre sur l'expérimentation locale du droit au logement opposable, le HCPLD préconisait toutefois *« la mise en œuvre d'une obligation d'hébergement digne en faveur de toute personne en situation d'urgence »*[30] avant fin 2008. A l'instar du droit au logement, le droit à l'hébergement est opposable pour les personnes les plus défavorisées de façon régulière sur le territoire français. Celles qui demandent un accueil dans une structure d'hébergement temporaire ont la possibilité d'exercer un recours amiable devant la commission de médiation (article 7 de la loi DALO codifié à l'article L.441-2-3,III du code de la construction et de l'habitation) puis, en cas d'échec, un recours contentieux devant la juridiction administrative (art. L441-2-3-1, II du même code) afin que l'hébergement soit ordonné. La loi prévoit une mise en place progressive sur cinq ans. Il faut y voir la volonté de garantir un hébergement aux personnes en situation d'urgence qui ne peuvent accéder immédiatement au logement. Il est de la responsabilité du directeur de garantir l'information des résidents à cet égard. Le droit à l'hébergement tient compte d'un principe de réalité. La crise du logement est tel que le droit au logement ne sera pas effectif immédiatement. Cependant, le droit à l'hébergement ne doit pas devenir le bémol du droit au logement. Il doit demeurer une étape avant l'accès au logement.

C) Les moyens alloués

L'effectivité des droits récemment consacré dépend de l'offre. Quelques mesures concrètes devraient permettre aux CHU de garantir effectivement l'hébergement en continu.

---

[29] HCPLD, Décembre 2004. *L'hébergement d'urgence : un devoir d'assistance à personnes en danger*. 10ème rapport, p.85

[30] HCLPD, Octobre 2006. *Rapport au Premier Ministre sur l'expérimentation locale du droit au logement opposable*. p.27

En premier lieu, le dispositif en aval de l'urgence est intensifié. Ainsi, le PARSA prévoit la restructuration de l'offre avec l'ouverture de 6 000 places de stabilisation et de 4000 places de CHRS notamment par la transformation de d'hébergement d'urgence, de 9000 places de maisons relais ainsi que la mises à disposition de 1 600 places sur le programme *LogiRelais* et de 3 000 logements du parc social public prioritairement proposés aux publics sortant de CHRS. 4000 logements dans le parc privé conventionné essentiellement au profit de personnes sortant de CHRS. Cela correspond à un total de 27100 places de solutions pérennes, dont majoritairement des places nouvelles et 10 500 places d'urgence transformées. Le PARSA s'insère en outre dans une politique de relance du logement entamée par le plan de cohésion social (article 21, 28 et 87 de la loi n°2005-32 du 18 janvier 2005).

En deuxième lieu, le Premier ministre, suivant la recommandation du rapport d'Etienne Pinte[31], a nommé un préfet, délégué général à la coordination de l'hébergement et de l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées afin d'assurer un pilotage clair des politiques afin de les rendre plus lisibles et donc accessibles.

En troisième lieu, une mesure concernant directement les CHU est à mettre en exergue. Le 22 février 2008, le premier ministre a annoncé le déblocage d'une enveloppe de 250 millions d'euros dont une partie sera dévolue à *« l'humanisation et la rénovation des centres d'hébergement »* après diagnostic. Lors des conférences de consensus de la FNARS[32], les acteurs du secteur ont en effet souligné la nécessité d'offrir des conditions d'hébergement dignes n'infantilisant pas les personnes par des règles trop strictes, assurant la sécurité et l'intimité.

En dernier lieu, les évolutions d'ampleur ne sont peut-être pas achevées. Il est possible que la gestion des établissements d'hébergement soit un jour décentralisée dans un souci de cohérence de l'action sociale dont les compétences sont actuellement très éclatées. Divers rapports vont en ce sens : le rapport Lambert préconise un transfert de l'hébergement d'urgence aux conseils généraux[33], la mission d'information du Sénat sur les politiques de lutte contre l'exclusion rendue publique le 7 juillet 2008 souligne la

---

[31] PINTE E. *Propositions pour une relance de la politique de l'hébergement et de l'accès au logement*. Mission parlementaire. 29 janvier 2008

[32] Conférence de consensus *« sortir de la rue »*, rapport du jury 5 décembre 2007 recommandations p.33-34

[33] Révision générale des politiques publiques. *Les relations entre l'Etat et les collectivités locales*. Rapport du groupe de travail présidé par Alain Lambert, décembre 2007. P.6 et 35

complexité excessive de la gouvernance en la matière qui requiert selon elle l'approfondissement de la décentralisation et la mise en place d'une gouvernance territoriale efficace. Etant donné la prochaine mise en place des agences régionales de santé (ARS), les compétences de la région pourraient également être renforcées. Une telle réforme impliquerait un transfert au profit d'une collectivité territoriale des autorisations, du contrôle et du financement. La logique territoriale est pertinente mais pas sans risque : l'accueil inconditionnel en CHU implique l'hébergement de personnes issues d'autres départements ou régions, dès lors les collectivités compétentes pourraient renvoyer le financement à la collectivité d'origine et celle-ci à celle d'implantation du centre…

En tout état de cause, entre l'hébergement et le logement, les personnes doivent avoir un toit. Le législateur a donc consacré un droit au maintien dans les structures d'urgence afin de garantir la continuité de l'abri.

1.3.2 La consécration du droit au maintien dans une structure d'hébergement d'urgence : un principe de continuité de l'hébergement ou dans la prise en charge des personnes sans abri ?

A) La consécration laconique d'un principe de continuité de l'hébergement

Il est utile de rapprocher l'article 4[34] du relevé de décisions signé le 8 janvier 2007 par le Ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement afin de préciser ce que peut-être un *« hébergement stable »*. Il avait annoncé ce changement radical en posant le principe suivant : *« Toute personne accueillie dans un centre d'hébergement d'urgence devra se voir proposer, en fonction de sa situation, une solution pérenne, adaptée et accompagnée si nécessaire, dans le parc public social, dans le parc privé conventionné, dans un CHRS, un CADA, un LogiRelais (résidence hôtelière à vocation sociale), une maison relais ou un hébergement de stabilisation. »*

[34] Pour mémoire : l'article 4 dispose que *« toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation »*.

B) Le glissement terminologique opéré par la circulaire de mise en œuvre

La circulaire Vautrin opère un glissement terminologique. Alors que la loi garantie la continuité de l'hébergement, désormais opposable, induit par le maintien en CHU jusqu'à la proposition d'une orientation, elle concerne *« la prise en charge des personnes sans abri »*. Sans entrer dans la question technique de la nature juridique des circulaires, il convient de rappeler que leur valeur juridique est très inférieure à celle des lois. Dès lors que la loi consacre un principe de continuité de l'hébergement, il prévaut. Or, parler de *« prise en charge »* renvoie à des pratiques sociales proches du paternalisme. Ces pratiques conduisent à conditionner, en CHRS par exemple, l'admission à l'adhésion des résidents à un accompagnement social. L'idée sous-jacente est que le professionnel discerne les besoins réels de la personne au delà des attentes qu'elle formule, même si la loi 2002-2 a conduit les travailleurs sociaux à plus associer les usagers. Or, un directeur adjoint de CHRS, Jean-Jacques Deluchey, remarque que *« dans le cadre d'un recours amiable, le dossier relatif aux demandes d'hébergement ne fait pas mention de l'obligation d'adhésion à un quelconque soutien social. Par ailleurs, les commissions de médiation n'ont pas subordonné leurs décisions à une condition particulière relative à l'accompagnement social»*[35]. Il souligne enfin que certains préfets envisagent d'utiliser leur droit d'admission à l'aide sociale pour imposer l'accueil d'un ménage en CHU. Je ne dispose pas d'assez de recul et d'éléments de jurisprudence à ce jour pour trancher le débat. Certes théorique, il appartient au directeur de ne pas éluder la question, complexe au regard de l'importance de l'accompagnement social aujourd'hui, afin d'apporter son analyse de terrain pour éclairer la loi.

L'essentiel pour l'heure est de garantir la mise en œuvre effective du principe dans les CHU. La circulaire Vautrin en donne des modalités précises.

[35] JJ.DELUCHEY, tribune libre – ASH n°2562 13 juin 2008 p.35-36

1.3.3 Les précisions apportées par la circulaire du 19 mars 2007 relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri

A) L'organisation systématique d'un entretien d'évaluation/orientation

Le respect du principe de continuité de prise en charge implique qu'un *« entretien d'évaluation/orientation »* soit mené. L'objectif est l'orientation vers une solution d'hébergement stable, un logement ou vers une structure de soin adaptée à la situation. Il est conseillé que l'évaluation et l'orientation résultent d'un travail en équipe pluridisciplinaire notamment pour prendre en compte la situation de santé de la personne. Il pourra être complété par des examens propres à détecter les problèmes de santé spécifiques. Le souhait de la personne prime, elle doit pouvoir l'exprimer lors de l'entretien.

« L'accompagnement engagé lors de cet entretien peut utilement être concrétisé dans un document écrit – sous une forme approprié » La formulation est un peu énigmatique. Est-ce une allusion au contrat de séjour en référence à la loi 2002-2 ou au contraire l'invitation à élaborer une autre forme d'écrit visant plus l'engagement de l'établissement à remplir sa mission d'orientation ? La place est laissée à l'interprétation constructive de chaque établissement.

B) Un suivi social consenti assuré jusqu'à orientation effective

Avec l'accord de l'hébergé, un suivi social doit être assuré pour toute orientation. Dans la logique de la loi 2002-2, l'usager est considéré dans sa dimension d'acteur rationnel capable de décider. La circulaire précise les conditions permettant de susciter son adhésion éclairée. Une attention particulière doit être portée pour garantir l'objectivité des entretiens. En aucun cas ils ne doivent être dissuasifs et l'orientation présentée peut toujours être discutée. Ils n'ont de plus du sens que dans la mesure où un laps de temps existe entre deux entretiens. Le temps de séjour doit être suffisant pour ce faire. La fixation d'une durée de séjour trop courte, même reconductible, est donc contraire au principe. L'idée selon laquelle une orientation pertinente, c'est-à-dire adaptée aux besoins de la personne, ne peut être proposée qu'après un temps suffisant d'observation semble être reconnue. Toutefois, dans la mesure du possible, une orientation est proposée dès le premier entretien. L'accompagnement et le suivi doivent se poursuivre jusqu'à ce que l'orientation soit effective. Le souci d'inclusion dans la société est affirmé puisque le suivi social interne, s'il existe, doit être coordonné avec le suivi social de droit commun. En

l'absence de suivi interne, une coopération doit être formalisée en externe de préférence avec des services de droit commun. Dans les deux cas, des partenariats sont organisés avec le dispositif d'accueil, hébergement et d'insertion ainsi qu'avec la psychiatrie si nécessaire. La logique de dispositif prévaut afin d'éviter les parcours itératifs sans autre perspective que la mise à l'abri.

C) Le maintien en CHU et ses dérogations

Tant que la personne n'a pas été orientée, elle peut rester de droit dans le même centre. La circulaire insiste : *« dans le même lit »*. Dès lors, soit le CHU ne fixe aucune durée de séjour, soit le renouvellement est automatique en l'absence d'une proposition d'orientation dans les conditions impliquées par la loi.

Toutefois, il peut être mis fin à son séjour en cas de *« comportement dangereux envers les personnes accueillies ou le personnel »*. Pour les CHU parisiens, le directeur des affaires sanitaires et sociales de Paris a interprété largement la circulaire dans une note du 3 Avril 2007. Il autorise la cessation de l'hébergement, dans les conditions fixées par le règlement de fonctionnement afin que les règles soient connues des usagers, en cas d'absences non concertées ou encore pour les personnes refusant les entretiens ou l'orientation adaptée à sa situation proposée.

A l'analyse de la loi DALO, de son contexte et en m'inspirant du 13ème rapport du HCLPD, il m'est possible de proposer une synthèse des obligations qui pèsent désormais sur les CHU et qu'il appartient au directeur de garantir. Elle leur impose maintenant d'aller au bout des missions en leurs conférant quatre obligations :

- accueillir toutes les personnes en situation d'urgence de façon immédiate et inconditionnelle dans la limites des places disponibles : les demandeurs d'hébergement non accueillis peuvent désormais ester en justice ;
- offrir des conditions d'hébergement dignes tant en terme de fonctionnement que de condition matérielle.
- ne pas remettre à la rue les personnes accueillies en urgence : assurer un suivi social interne et externe, élargir les horaires d'accueil et les orienter, en concertation avec elles, sinon vers le logement, du moins vers un hébergement durable adapté, y compris de soin, en cohérence avec le dispositif existant.
- Poser les bases de l'insertion par le logement, acquisition de l'autonomie, lien avec les services de droit commun : elles disposent d'un droit opposable au logement.

Dans ce contexte, il appartient au directeur d'assurer la traduction institutionnelle de ces nouvelles missions. A la lumière de mon expérience de terrain, il convient d'analyser la mise en œuvre de l'article 4 au CHU George Sand.

2 L'adaptation du CHU George Sand au principe de continuité de l'hébergement : de l'évaluation des incidences à l'élaboration d'un diagnostic

S'il est de la responsabilité du directeur de mettre en œuvre l'article 4 dans son établissement (2.1), il lui revient d'en évaluer les incidences (2.2) afin d'élaborer un diagnostic (2.3) qui lui permettra de définir les ajustements nécessaires.

2.1 La mise en œuvre du droit au maintien dans le CHU George Sand

La circulaire dite Vautrin donne des instructions générales de mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement qu'il convient de traduire en stratégie opérationnelle au sein de l'établissement (2.1.1). Le plan d'action qui en découle se découpe en deux grandes phases : l'adaptation partielle du fonctionnement du CHU (2.1.2) et des espaces collectifs (2.1.3).

2.1.1 La stratégie opérationnelle

A) Le directeur, chef d'orchestre d'une mise en conformité réussie

Lors de mon stage, j'ai participé à l'adaptation de l'établissement aux nouveaux impératifs légaux, toutefois, n'étant pas encore là au moment de la promulgation de la loi DALO, ma mission principale était de procéder à l'évaluation de sa mise en œuvre. Un préalable était de comprendre les choix opérés en amont. Je me suis entretenue avec la directrice puis l'équipe sociale et ai recouru à l'analyse des documents sur site dans le but d'étudier la stratégie opérationnelle ayant mené à la mise en conformité du CHU avec les dispositions de la loi relatives à l'hébergement d'urgence.

Elle comporte deux dimensions : une managériale et une gestionnaire.

La première renvoie à la définition par le directeur d'objectifs stratégiques. Elle impose une phase préparatoire lors de laquelle il prend d'abord connaissance de la loi et des éventuels textes d'application, des enjeux pour le secteur et anticipe les évolutions potentielles. Ensuite, il analyse les opportunités qu'elle procure pour améliorer les

prestations offertes par l'établissement tout en déterminant les risques et les contraintes qu'elle fait naitre. Enfin, il détermine les moyens financiers, matériels et humains nécessaires à la mise en œuvre de la loi et les confronte à ceux disponibles en interne afin d'éclairer ses décisions et de négocier auprès du gestionnaire et des financeurs des moyens supplémentaires le cas échéant. Si la vision doit être ambitieuse et prospective, elle doit être réaliste.

La dimension gestionnaire permet quant à elle de traduire les objectifs stratégiques en plan d'action concret, c'est-à-dire l'organisation méthodologique de la mise en œuvre de la loi en interne. Aussi contraignant puisse-t-il paraitre, il est un atout permettant à tous les acteurs de mener conjointement une action organisée selon des règles clairement exprimées. La définition de ses grands axes appartient au directeur qui s'appuie sur l'expertise des agents concernés et valide les options choisies avec les décisionnaires. Tel un chef d'orchestre, le directeur coordonne les différents acteurs en vue d'obtenir un résultat harmonieux. En externe, il informe les décideurs de son plan d'action. Le directeur doit parfaitement connaître sa partition, en l'occurrence la loi et ses implications dans l'établissement pour traiter leurs objections éventuelles. Il faut éluder toute décision idéaliste ou réfutable. Le réalisme des décisions prises est seul garant de leur mise en œuvre effective. L'objectif est de s'assurer de leur soutien afin de ne pas prendre de vaines décisions en interne qui entameraient sa crédibilité. Quant à eux, les professionnels ont souligné en entretien qu'ils n'attendent pas du directeur qu'il agisse à leur place mais qu'il les guide à travers un plan d'action clair, compris de tous et qu'il apporte les éclairages ou réajustements nécessaires lors de son exécution. C'est à cette seule condition que d'une part il inspire la confiance indispensable à l'adhésion de son équipe et que d'autre part il ne perd pas de vue ses objectifs au fil des décisions qu'il est amené à prendre au regard des nouveaux éléments qui font jour lors de la mise en œuvre.

B) Présentation de la stratégie opérationnelle définie à George Sand

L'objectif évident de l'adaptation du CHU au nouveau principe de continuité de l'hébergement est son respect effectif. Toutefois, en interne, ce dernier doit être accompagné d'objectifs stratégiques garantissant la qualité des prestations offertes. Deux objectifs principaux se dégagent de mes investigations.

D'un côté, la mise en œuvre du principe est donc sous-tendue par la volonté de ne pas bouleverser le fonctionnement du CHU et notamment la démarche contractuelle sur laquelle repose la relation avec l'usager qui garantie la fluidité de l'accueil en soutenant l'avancement du parcours d'insertion des jeunes hébergés. En effet, la prolongation du

séjour est soumise au respect de deux conditions : le respect du règlement de fonctionnement et l'inscription dans une démarche de recherche d'orientation adaptée formalisée par un contrat de séjour. La directrice s'est associée aux directeurs de CHU publics parisien pour éclaircir les implications de la loi à cet égard. En effet, dès la parution de la loi, les directeurs des CHU publics gérés par le CASVP ont écrit une note datée du 7 mars 2008 au directeur des affaires sanitaires et sociales de Paris. La communication d'un seul directeur, a fortiori de structure aussi petite que George Sand a moins d'écho que l'action conjointe de plusieurs acteurs. L'objet de cette note est double : la demande d'éclaircissement sur des points précis de mise en œuvre du principe tels que le maintien du suivi social et les raisons de fin de séjour mais aussi est surtout l'information pour validation des options choisies par le directeur à la lumière de son expertise en interne. Sans tirer de conclusions hâtives, je soulignerais simplement le parallélisme tant sur le fond que sur la forme entre cette note et la circulaire relative à la mise en œuvre du principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans abri qui laisse à penser que l'analyse opérationnelle des directeurs a été prise en compte. Le 3 avril 2008 DASS de Paris a finalement transmis un courrier aux gestionnaires des structures d'hébergement rappelant simplement l'application immédiate de la circulaire précitée.

De l'autre, l'objectif est d'améliorer les conditions d'accueil à trois égards : le bâti, les horaires d'ouverture et le taux d'encadrement. Si les conditions matérielles d'hébergement ont été récemment améliorées grâce à une diminution de la capacité d'accueil de 60 à 50 places et que cette baisse a permis d'augmenter le nombre de box simples favorisant ainsi l'intimité des résidents, les conditions demeurent encore précaires. Les box, de six mètres carrés à peine, ne bénéficient pas de lumière individuelle. Leurs murs, en préfabriqué, ne vont pas jusqu'au plafond laissant ainsi circuler bruits et odeurs. L'établissement dispose seulement d'une grande salle polyvalente qui fait office de salle à manger, d'animation, de bibliothèque et de salle de télévision. L'établissement héberge en effet les résidents de 17h00 à 9H00 conformément à l'élargissement des horaires encouragée par le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement[36]. De plus, les travailleurs de nuit peuvent rester 10 heures dans le CHU à compter de leur retour. Faute de moyens, le CHU ne peut procéder à une extension horaire le week-end et fonctionne comme en semaine en dépit du souhait de nombreux résidents de pouvoir se reposer le dimanche. La fermeture des CHU la journée

[36] Relevés de décisions, le 08/01/07 p.3

pousse les hébergés, souvent encore fatigués, dehors. Or, l'errance qu'ils vivent dans la journée est propice à accentuer ou aggraver le processus de désocialisation et à les ancrer dans une précarité psychique. Ce qui va à l'encontre de notre mission première : les sortir de l'urgence. La loi DALO constitue ainsi une opportunité indéniable d'amélioration. Une rénovation de l'offre d'hébergement est d'abord envisageable. Compte tenu de la vétusté et de l'inadaptation des centres à la mise en œuvre d'un projet social de qualité, la Ville de Paris soutient les travaux visant à sortir de la logique des dortoirs et à offrir une qualité d'accueil et d'hébergement respectueuse de la dignité et l'intimité des résidents. Par ailleurs, le CASVP mobilise des sources de financement diverses (communales, régionales notamment) pour renforcer l'effort de la collectivité. Depuis 2001, la plupart des CHU parisien ont bénéficié de ces dispositions. Le CHU George Sand est aujourd'hui prioritaire. Une étude de la direction de l'urbanisme, du logement et de l'équipement (DULE) a montré l'impossibilité d'adapter le bâtiment aux normes actuellement en vigueur. Une partie du bâtiment est actuellement occupé par la PSA et par un service de la ville. La première vient d'emménager dans de nouveaux locaux et le second a prévu son déménagement en 2010 ce qui permet une extension du CHU. Le Cabinet du maire prévoit sa reconstruction totale à l'horizon 2011. Les études de faisabilité ont été lancées. La rationalité budgétaire voudrait qu'aucun travaux d'envergure ne soient lancés avant cette date. Cependant, l'allongement de la durée de séjour induite par la mise en œuvre de la loi impose de repenser le bâti actuel en agrandissant les locaux d'ores et déjà sur l'espace anciennement occupé par la PSA. Cela permet l'extension des horaires d'ouverture le week-end. Enfin, la directrice soucieuse de ne pas laisser les jeunes hébergés livrés à eux-mêmes le week-end prône la nécessité d'augmenter les moyens humains. L'équipe d'accueil est notamment constituée de quatorze adjoints d'accueil et d'insertion (AAI). Ce corps professionnel, créé en 1994, est propre à la ville de Paris. Peu diplômés, ils sont toutefois le pilier de l'établissement assurant une présence 24 heures sur 24. Ils s'occupent de l'accueil le soir et de la sortie des jeunes le matin, du service des repas et de la surveillance de l'établissement. Au contact permanent des jeunes, leurs observations relatives à la faculté des personnes à vivre en collectivité, à respecter les règles ou à se réveiller seules le matin, à exprimer leurs besoins sont très utiles pour éclairer l'orientation proposée. Confrontée depuis plusieurs années à l'inadéquation de la formation des AAI aux des besoins des résidents, la directrice voit une opportunité de renforcer son équipe par le recrutement de nouveaux professionnels : animateurs et aide-médico-psychologique (AMP). Elle souhaite en outre le recrutement d'un infirmier à mi-temps pour palier les difficultés à conventionner avec des dispensaires, des hôpitaux ou des infirmiers libéraux.

Pour être réalisable, cette stratégie doit être soutenue par des moyens financiers. Le budget prévisionnel 2008 validé par la DASS de Paris prend en compte le coût engendré par les mesures nouvelles liées à l'ouverture le week-end. S'élevant à un total brut de 187 280 euros, elles sont essentiellement dues à la superficie supplémentaire, à l'acquisition de matériel à la mise en place d'ateliers, des repas du midi le week-end et au recrutement d'un animateur. Cependant, le recrutement de trois AMP et d'un infirmier a été refusé. Le financement des travaux de restructuration pour 2008 est quant à lui supporté par le CASVP à hauteur de 300 000 euros.

Le plan d'action qui en découle se découpe en deux grandes phases : l'adaptation immédiate du fonctionnement du CHU et l'adaptation du bâti dans les plus brefs délais.

2.1.2 L'adaptation partielle du fonctionnement faute de moyens

A) Le règlement de fonctionnement, référence de l'action institutionnelle…

Le CHU n'est pas à ce jour doté de projet d'établissement. En son absence, le règlement de fonctionnement constitue, tant pour les résidents que pour les agents, le document de référence de l'action institutionnelle[37]. Il définit les droits des personnes accueillies mais aussi les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de la structure, les sanctions existantes en cas de non respect, les modalités d'organisation de l'offre de service. La rapidité de son adaptation à l'inverse de la rédaction du projet d'établissement explique pourquoi il a été choisi de procéder en priorité à la réécriture du règlement de fonctionnement.

Avant la loi, les modalités d'accueil étaient les suivantes :

- La personne était accueillie pour une durée de 8 jours renouvelables jusqu' à 2 mois maximum en fonction de la réalisation des objectifs inscrits dans son contrat de séjour. Un deuxième séjour pouvait être envisagé à un intervalle minimum de six mois avec le premier.
- La personne était reçue à raison d'une fois par semaine pour faire le point sur sa situation. Les engagements réciproques de l'équipe et du étaient formalisés dans un contrat de séjours et des avenants.

[37] Le décret du 14 novembre 2003 liste les dispositions obligatoires qu'il doit contenir.

- Une fin de séjour pouvait être prononcée pour les raisons suivantes en application du respect du règlement de fonctionnement de l'établissement : violence, plus de deux jours d'absence dans une période de 7 jours, manquement de plus de deux rendez-vous avec le travailleur social.

B) … intégrant les modifications introduites par la loi du 5 mars 2007

Compte tenu de ce mode de fonctionnement, l'application des nouvelles dispositions législatives précitées soulève des obstacles à une application immédiate. Un groupe a travaillé à la mise en conformité du règlement de fonctionnement avec la circulaire Vautrin. Ce groupe était constitué de la directrice, des deux travailleurs sociaux, de la psychologue et du responsable de l'équipe d'accueil. Il s'est attaché à réécrire le règlement de fonctionnement.

Il ressort des travaux préparatoires que tous les agents s'accordent à penser que la suppression de toute notion de durée maximale de séjour en CHU est une avancée incontestable. Les travailleurs sociaux souffraient de voir leurs suivis interrompus par une remise à la rue avant qu'une solution soit trouvée et les AAI jouaient le rôle d'éléments tampons face à l'incompréhension des hébergés. C'est donc sans mal que le règlement de fonctionnement a été adapté à cet égard. En revanche, les conditions de fin de séjour ont été revues.

Les premières conditions dont il a été question sont relatives à la sécurité et au bien-être des personnes accueillies dont le directeur est responsable. Les motifs d'exclusion immédiate ont donc été précisés. Ce sont les suivants :

- violence physique ou verbale
- introduction dans l'établissement d'armes ou de substances illicites
- nouvelle infraction au règlement après deux avertissements

Les secondes sont relatives à l'accompagnement proposé. Comme je l'évoquais précédemment, le débat sur le contenu du principe de continuité de l'hébergement : n'est pas tranché. Le groupe de travail, dans la logique de la circulaire de mise en œuvre du principe, a opté pour un maintien d'un accompagnement social. La notion *« d'entretien d'évaluation/orientation »* est ajoutée à celle de suivi social hebdomadaire. Le document écrit d'accompagnement évoqué par Madame Vautrin est un véritable contrat de séjour à George Sand. Ces choix sont justifiés par les spécificités de la population accueillie. Leur jeune âge nécessite un soutien social régulier et contenant. Au-delà de l'hébergement, le CHU George Sand affirme sa mission d'orientation des personnes dont la qualité dépend du suivi. Le refus de l'accompagnement pluridisciplinaire (notamment socio-éducatif et

médical) est un nouveau motif d'interruption de séjour inscrit au règlement de fonctionnement. Le manquement à deux rendez-vous sans raison constitue toujours un motif d'exclusion. Il en va de pour le dépassement des deux nuits d'absence autorisées du lundi à la nuit du dimanche au lundi suivant, toujours passible d'une exclusion. Cette condition est dictée par la pénurie de places. Une personne ayant une solution d'hébergement ne saurait priver un jeune dans le besoin d'un toit.

Le nouveau règlement de fonctionnement est remis et expliqué à chaque nouvel arrivant. Il est également affiché dans le hall d'accueil sous forme de panneau didactique composé de dessin afin d'être compris de tous. Il est a noté cependant, que la notion de droit à l'hébergement opposable n'a pas encore fait l'objet d'une communication formalisée aux résidents. Il convient de le prévoir.

C) … malgré une ouverture « H24 » en attente de moyens : de la responsabilité du directeur de désobéir à celle de trouver une alternative

L'extension des horaires, effective en semaine, a été intégrée dans le règlement de fonctionnement. Désormais les résidents peuvent demeurer dans l'établissement de 17H30 à 8H30. Une dérogation est accordée pour les travailleurs de nuit qui peuvent rester dix heures au centre à compté de leur entrée.

En revanche, l'ouverture toute la journée le week-end voulu par le Ministre l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement n'est pas actuellement mise en place. La directrice refuse d'appliquer ces dispositions en temps que les moyens humains et architecturaux ne sont pas adaptés. Cependant, des ateliers d'ergothérapie et de théâtre, financés par la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES) à hauteur de 23 100 euros, sont proposés le samedi. Ils sont animés par deux associations avec lesquelles l'établissement a passé une convention de partenariat. Ils permettent aux jeunes qui ne travaillent pas le week-end et qui ne peuvent pas de démarches administratives en raison de la fermeture des services de ne pas errer. Plus encore, il s'agit de leur permettre d'oublier leur situation précaire et de valoriser leurs potentialités, d'exprimer leurs envies, d'avoir une meilleure image d'eux-mêmes, mener à bout un projet.

Il n'en demeure pas moins qu'un besoin criant pour la plupart des personnes hébergées est le sommeil. Il ressort de l'enquête réalisée auprès des résidents que 86,7% estiment que les horaires ne sont pas adaptées au travail et recherche emploi et souhaitent pouvoir se reposer les jours de repos. Le point est systématiquement mis à l'ordre du jour du CVS. C'est pourquoi, la direction accepte de recourir au paiement d'heures

supplémentaires afin d'assurer la présence d'AAI un peu plus tard le dimanche matin une fois par mois dans l'attente de création de postes.

Enfin, l'extension horaire ne peut être envisagée de façon pérenne qu'après *« l'humanisation[38] »* des locaux. La question de l'espace est primordiale pour assurer un climat institutionnel stable. Dans la configuration des locaux avant la loi DALO, la promiscuité était inévitable.

2.1.3 L'adaptation partielle des moyens architecturaux : la priorité aux espaces collectifs

A) Le CASVP maitre d'ouvrage...

Les acteurs d'une opération de travaux sont au nombre de trois : le maitre d'ouvrage, le maitre d'ouvre et les entreprises. La définition fonctionnelle du maitre d'ouvrage donnée par la loi dite du 12 juillet 1985 loi MOP[39] est la suivante : « *Le maitre d'ouvrage est la personne morale, mentionnée à l'article premier, pour laquelle l'ouvrage est construit. Responsable principal de l'ouvrage, il remplit dans ce rôle une fonction d'intérêt général dont il ne peut se démettre. »* Ses missions sont au nombre de huit : *« Il lui appartient, après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure, avec les maîtres d'œuvre et entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux (…)* ».

Le CHU George Sand ne dispose pas de ressources internes suffisantes pour assumer une telle charge de travail. Le CASVP est le maitre d'ouvrage. L'avantage majeur de cette gestion est de ne pas faire peser sur l'établissement la lourdeur de l'organisation des

---

[38] Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

[39] Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 modifiée relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée

opérations de travaux. D'autant plus que la faiblesse du maitre d'ouvrage est un facteur d'échec. Cependant, les établissements autonomes ne disposent pas non plus en pratique de tous les moyens nécessaires en interne pour l'exercice de la programmation, du suivi des études de conception et de travaux ou de la conduite des opérations. Dès lors, les articles 2 et 6[40] de la loi MOP admet le recours à des compétences extérieures. La réussite du projet repose sur la pertinence de la programmation. L'article 2 alinéa 4 dispose que *« le maître d'ouvrage définit dans le programme les objectifs de l'opération et les besoins qu'elle doit satisfaire (…) »*. Le programme, outre les aspects techniques qui peuvent utilement être sous-traités, doit clairement présenter la genèse et les enjeux du projet. Celui-ci est éclairé par l'exposé de ses missions et des usagers concernés. La détermination des espaces nécessaires en découle. Qui mieux que les professionnels du CHU peuvent faire état des contraintes du terrain ? La programmation, clef de voute de la conception, permet au maitre d'œuvre de traduire en bâti le projet social du CHU. C'est pourquoi la directrice doit mener un travail de programmation en interne et communiquer au gestionnaire le fruit des réflexions en l'y associant au maximum. L'objectif est de convaincre le maitre d'ouvrage de la qualité du programme définit afin qu'il dialogue le cas échéant avec le maitre d'ouvre.

B) ... s'appuie sur la définition du programme en interne…

La méthode retenue pour élaborer la programmation en interne est de recueillir l'avis des professionnels mais également des usagers. L'adjoint des cadres hospitaliers en charge de suivi des travaux a dirigé un groupe de travail avec les agents du CHU tandis que j'ai élaboré l'enquête[41] menée auprès des hébergés afin d'élaborer un projet d'extension respectueux de leurs attentes. Elle est conçue de façon large en vue de recueillir leur opinion sur l'aménagement idéal du CHU. L'objectif est de pouvoir s'appuyer sur cette enquête tant dans la perspective de l'agrandissement que dans celle d'une restructuration totale.

Le programme est contraint à deux égards :

- Le projet doit tenir compte du bâti existant puisqu'il ne s'agit pas d'une construction mais d'une restructuration par extension. Le CHU récupère les locaux mitoyens après déménagement de la PSA. Sa superficie est doublée ce qui ouvre de nombreux possibles.

[40] Article 6 revu par l'ordonnance du 17 juin 2004 n°2004-566
[41] Enquête en annexe 1

- Le montant des travaux s'élève à un maximum de 300 000 euros, aussi, tout l'établissement n'est pas restructuré. La priorité absolue est la mise aux normes de sécurité incendie des box. Pour le reste, il convient d'établir des priorités entre la rénovation des espaces individuels, collectifs et professionnels.

Les professionnels, forts des nouvelles orientations formalisées dans le règlement de fonctionnement, ont d'abord travaillé sur le sens de la restructuration dans le respect des contraintes précitées. Selon eux, l'enjeu est de conserver une dimension collective tout en préservant des espaces individuels et d'inscrire les jeunes dans une dynamique de projet d'insertion. La tranquillité n'est pas synonyme de solitude. Divers visites dans d'autres structures ont permis de stimuler l'imaginaire des agents. Le résultat de l'enquête réalisée auprès des résidents est venu éclairer les choix des professionnels. Il corrobore en grande partie leurs propositions. Cela tend à montrer que l'équipe a su analyser finement les besoins des usagers d'autant plus que je me suis assurée de l'objectivité, de la représentativité et de la pertinence du questionnaire auprès de Madame Isabelle Parizot, sociologue au CNRS. Les entretiens ont été menés par deux stagiaires éducateurs spécialisés au tout début de leur stage. Ils peuvent être considérés comme extérieurs à l'établissement. Ils n'ont reçu aucune consigne de la part de la direction, du personnel du CHU ou de moi-même. Le taux de participation a été de 73,5%.

C) …pour décider de la programmation définitive

Sans entrer dans le détail des surfaces, des formes et des aménagements, le programme proposé présente cinq axes principaux d'amélioration :

- *Priorité à l'amélioration des espaces collectifs* : plus de 80% des usagers interrogés affirment que les lieux collectifs sont des espaces privilégiés de solidarité, d'échanges et d'entraide. Ils souhaitent en outre que la salle commune actuelle soit divisée en trois espaces distinct : salle à manger, bibliothèque et salle télévision afin de ne pas imposer la télévision à ceux qui ne souhaitent pas la regarder. Une forte demande de création d'une salle de sport et d'un espace internet est à noter. Cette demande est tout à fait réalisable au regard des contraintes financières et architecturales.

- *Des espaces conviviaux et sécurisés* : 15% des jeunes interrogés soulignent spontanément être gênés par le sas d'entrée sécurisé, les caméras et les barreaux aux fenêtres qui évoquent l'univers carcéral et leur renvoie une image négative d'eux-mêmes. Il est important de créer une ambiance chaleureuse

permettant d'instaurer un climat de sécurité et de restaurer l'estime de soi. Les professionnels souhaitent des couleurs chaudes dans les lieux de convivialité et douces dans les espaces telles que la bibliothèque. En termes de sécurité, un désaccord s'est instauré au sujet de l'installation de caméras. L'établissement devenant deux fois plus vaste et plus alambiqué du fait de la création de plusieurs salles collectives, les AAI chargés de la surveillance craignent une hausse des tensions voire des violences dans cette nouvelle configuration. Habitués à n'avoir que la salle à manger à surveiller, leurs craintes sont légitimes. La direction a tranché en faveur de l'installation de nombreuses caméras sans doute en raison des courts délais impartis pour la définition du programme. Il peut être souhaitable de former un groupe de travail spécifique avec tous les AAI qui auraient pu être l'occasion de les accompagner dans le changement des pratiques à travers des visites d'établissements pour se projeter.

- *Le maintien des bureaux sociaux et médico-sociaux au cœur du collectif* : la priorité n'est pas donnée à la rénovation des bureaux mais l'agencement est pensé de façon à regrouper les bureaux administratifs, à créer une salle de réunion jusqu'alors inexistante et à répartir les bureaux de la psychologue, des travailleurs sociaux et du cabinet médical au cœur des espaces collectifs renforçant la présence sécurisante de professionnels. L'accueil est quant à lui repensé de façon plus ouverte. Les bureaux de l'animateur et du responsable de l'équipe y sont accolés.

- *L'indispensable création d'une buanderie* : L'actuelle buanderie est installé dans un sous-sol peut conforme aux normes CHSCT. La rénovation des locaux est l'occasion de la mettre en conformité en l'installant au rez-de-chaussée.

- *Des chambres individuelles et des petits blocs sanitaires :* Il ressort indiscutablement que la majorité des personnes interrogées préfèrent des espaces individuels calmes afin de trouver un sommeil récupérateur. Il peut toutefois être utile de disposer de quelques chambres doubles pour les plus jeunes, les fratries ou les personnes nécessitant une transition avant la chambre individuelle qui impose de se retrouver seul face à soi-même, ce à quoi tous ne sont pas prêts immédiatement soit qu'ils aient longtemps vécu en groupe dans la rue soit qu'ils soient issus de cultures privilégiant la vie en collectivité. Par ailleurs, 30% des personnes hébergées affirment être gênées par le bruit, 15% par les odeurs et 20% pensent que de vrais murs pourraient réduire ces gênes Les éléments suivants sont souhaitables : un grand casier sécurisé et spacieux, une prise

électrique et une lumière individuelle. Enfin, les sanitaires communs à quelques chambres seulement permettraient de favoriser l'intimité tout en évitant une trop grande solitude. Par ailleurs, le maintien de la propreté des toilettes souvent soulignée dans l'enquête serait ainsi facilité. Il convient là encore de développer le sentiment de sécurité en prévoyant des espaces pour déposer les affaires dans les douches.

Le CASVP a suivi la quasi-totalité de cette programmation mais les contraintes budgétaires et la perspective d'une reconstruction totale en 2011 l'ont conduit à ne pas prévoir l'amélioration des espaces individuels mais seulement leur mise en conformité. Leur *humanisation* sera ultérieure.

La réalisation des travaux implique de penser leur déroulement au regard des contraintes de fonctionnement du CHU. Le CASVP a exigé de la directrice de ne pas fermer l'établissement lors des travaux afin de pouvoir maintenir les places d'urgence et l'activité des professionnels. Le choix s'est fait en faveur de travaux en site occupé pour la rénovation des espaces collectifs. Une première phase de rénovation de l'ancienne PSA, fermée au public puis une organisation temporaire dans les locaux rénovés afin de restructurer le CHU. Cela implique une forte mobilisation des agents pendant toute la durée des travaux (trois mois) afin de veiller aux respects de la sécurité des personnes. Seulement la troisième et dernière phase de mise aux normes du dortoir nécessite sa fermeture. La solution choisie est la délocalisation de l'hébergement dans un autre CHU en utilisant ses places « grand froid ». Cela implique une diminution de la capacité de 15 places mais permet le maintien des agents. Là encore, cette phase a reposé sur la capacité d'adaptation des AAI devant investir pour un mois un nouveau CHU accueillant près de 300 personnes.

Une fois le règlement de fonctionnement adapté et la livraison des espaces collectifs effective parachevant la mise en œuvre immédiate à l'article 4, le temps de l'évaluation des incidences commence alors.

2.2 Evaluations des incidences de la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement

Une conséquence attendue de la loi est l'allongement des durées de séjour mais l'impact sur le profil des personnes accueillies a été sous-estimé. Force est de reconnaitre le bouleversement de l'homéostasie du groupe de résidents qui désarme les professionnels (2.2.1). Pour palier ces effets, la directrice a mis en place - temporairement - un entretien de pré-admission qui met en échec l'inconditionnalité de l'accueil (2.2.2) en l'attente de l'élaboration de solutions plus pérennes.

2.2.1 Des professionnels désarmés face au bouleversement de l'homéostasie du groupe de résidents

A) Une application inégale de la loi par les autres CHU…

Un élément fondamental a été oublié dans l'analyse prospective de la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement : l'attitude des autres CHU. Supposer que l'application de la loi serait homogène et immédiate était une erreur.

La commission d'admission hebdomadaire du CHRS Pixerécourt[42], à laquelle je participais durant mon stage, constitue un laboratoire de recueil de preuves incontestables. En effet, il est fréquent de recevoir des demandes issues de CHU, justifiées par le motif suivant : *« contrat de séjour arrivant à terme »*. Afin de ne pas pénaliser les jeunes concernés, un entretien d'admission pour le CHRS est proposé lorsque les conditions d'admission sont réunies. Outre la procédure classique visant à s'assurer de l'adéquation des besoins et des attentes du jeune à l'offre proposée par le CHRS, il est d'un part l'occasion d'informer les usagers que la fin de séjour en CHU au motif de l'arrivée du terme prévu par le contrat est désormais illégal en vertu de la loi du 5 mars 2007 et que des possibilités de recours sont ouvertes, et d'autre part, de constater

[42] La directrice du CHU George Sand est chargée de la direction commune du CHRS Pixérécourt. Il héberge également des jeunes hommes de 18 à 27 ans.

que souvent, les personnes concernées présentent des troubles du comportement rendant la vie en collectivité difficile.

Ainsi, pour anticiper les conséquences de l'allongement probable des durées de séjour lié au principe de continuité de l'hébergement, certaines structures d'hébergement d'urgence refusent d'admettre les personnes susceptibles de mettre en péril l'équilibre institutionnel du fait de manifestations de violences.

A défaut d'avoir assuré une communication en amont, il convient de téléphoner ou d'en rencontrer les directeurs au plus vite pour susciter un dialogue constructif. Par ailleurs, il est aujourd'hui impératif de renvoyer aux établissements concernés une réponse négative motivée. Si les situations individuelles des usagers doivent être prises en considération, il ne faut pas palier les insuffisances des autres acteurs, au risque de les déresponsabiliser. Enfin, si de telles attitudes devaient persister, une information de la DDASS s'imposerait.

B) …entraînant une hausse de l'accueil de populations difficiles à George Sand mettant en danger les résidents les plus fragiles…

Parallèlement au constat précédent, les professionnels ressentent des tensions dans le collectif plus importantes depuis la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement. Ils le décrivent ainsi en réunion d'équipe sociale : *« L'intégration du règlement de fonctionnement chez certains jeunes n'est pas faite. Iles estiment que tout leur est dû. La conséquence directe la plus grave de ce phénomène est l'intolérance à toute frustration venue de l'extérieur. Lorsqu'elles n'obtiennent pas immédiatement ce qu'elles veulent, où sont en situation de conflit ces personnes entrent dans un état aigu de tension psychique. Faute de possibilité d'élaboration notamment à travers le langage, elles résolvent trop souvent leurs conflits sur le mode du passage à l'acte violent »*[43]. Les AAI sont contraints de procéder à des exclusions immédiates qui suscitent une forme de culpabilité et de mal aise dans l'équipe sociale comme le montre les propos de l'éducateur spécialisé : *« on commence un suivi alors même que l'on sait qu'on ne peut pas aller jusqu'au bout. On réitère les ruptures déjà connues, on reproduit indéfiniment le schéma auquel le jeune s'attend. Il faut mettre en place quelque chose pour limiter ça»*[44].

[43] Réunion d'équipe sociale le 1er Avril 2008
[44] Réunion d'équipe sociale le 8 Avril 2008

Ce ressenti est confirmé par des éléments statistiques objectifs grâce à une procédure permettant de quantifier et qualifier les atteintes aux personnes, aux biens et à la tranquillité publique auxquels les professionnels, les usagers et les équipements sont confrontés. Les incidents sont systématiquement recensés par des fiches d'évènement. Il en ressort de leur analyse une hausse significative d'évènements indésirables déstabilisant l'homéostasie des résidents :

- Une hausse de 10% de vols commis au sein de l'établissement entre résidents insécurise les usagers, crée un climat suspicieux source de tensions.
- L'introduction de drogues et d'alcool en progression de 30% suite à l'entrée en vigueur du principe de continuité de l'hébergement entraine la constitution de groupes de résidents sous le dénominateur commun de l'addiction enfreignant le règlement de fonctionnement.
- Des manifestations racistes et homophobes sont survenues pour la première fois avec une telle persistance mettent en danger les victimes.
- Les violences verbales mais également physiques à l'encontre des AAI ont augmenté de 52%.

Corrélativement, les interventions de la police, des pompiers (notamment suite à des tentatives de suicide) et les hospitalisations à la demande d'un tiers[45] sont en augmentation.

Cette évolution est due à l'augmentation de l'accueil de jeunes souffrant de troubles du comportement. Selon la classification internationale[46], les plus fréquemment rencontrés à George Sand sont les suivants :

- Les troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives qui peuvent entraîner des troubles psychotiques caractérisés *« par la présence d'hallucinations, d'une distorsion des perceptions, d'idées délirantes, de perturbations psychomotrices, et d'un affect anormal, pouvant aller d'une peur intense à l'extase. Les fonctions élémentaires ne sont habituellement pas touchées, mais il peut exister un certain degré d'obnubilation de la conscience, n'atteignant toutefois jamais le caractère d'une confusion grave »*. Les agents ont notamment été confrontés à des cas de paranoïa alcoolique.

---

[45] Le CHU ayant qualité de tiers.
[46] Cette classification est contenue dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) 10 Chapitre V de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

- Les troubles des conduites définis comme *« un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales (…) »*. Ce type de troubles spécifiques des enfants et les adolescents est récurrent chez les jeunes du CHU. Ce constat est logique puisque beaucoup de psychologues considèrent que l'adolescence va jusqu'à 23 ans.
- Les troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels qui se traduisent par de l'agressivité mais aussi par des signes de dépression et d'anxiété.
- Les troubles hyperkinésiques, moins déséquilibrant pour le collectif mais tout aussi handicapant pour l'individu, sont *« un manque de persévérance dans les activités (…) associés à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive »*.

Les jeunes présentant des troubles du comportement monopolisent l'attention des professionnels au détriment des plus discrets et fragiles. Sur une période de deux mois, onze des cinquante hébergés étaient concernés. Bien que minoritaire, ils suffisent à déstabiliser l'ensemble du groupe de résidents. J'ai ainsi tenu la liste des jeunes dont la situation a été abordée en réunion d'équipe durant les mois de février et mars. Il en ressort que seuls les jeunes présentant des troubles du comportement sont abordés. Or, huit des onze personnes concernées n'étaient plus hébergés par le CHU à la suite d'exclusion ou d'orientation en psychiatrie fin Avril. La direction a donc instauré le recours systématique à la liste intégrale des résidents afin de garantir un point régulier sur toutes les situations.

Une attention particulière doit être portée à la prévention des actes qui mettent en cause le bien-être et la sécurité des résidents car il s'agit d'un élément fondamental de la qualité de leur séjour. Malheureusement, la recrudescence notable de la violence au sein de George Sand, liée notamment, à la présence d'une proportion importante de personnes rencontrant des difficultés sérieuses à avoir un comportement adapté à la vie en collectivité dégrade la capacité de la structure à offrir à ses résidents un cadre rassurant, préalable à une démarche d'insertion réussie. Malgré les efforts des professionnels, certains actes peuvent tout de même survenir et on ne peut agir que sur leur traitement. Les résidents qui se plaignent d'actes délictueux sont invités et accompagnés dans leur démarche auprès des services compétents. Des signalements directs au procureur et à la DDASS sont effectués par la directrice en cas de survenues de cas de maltraitance. Par

ailleurs, la promotion de la bientraitance qui *« vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance »*[47], repose incontestablement sur la capacité des professionnels à être présent à tous les usagers, s'inscrivant dans *« un mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation* »[48].

Divers mesures sont alors mises en œuvre pour favoriser le retour à un collectif serein allant de la proposition d'ateliers de sensibilisation et de discussion autour de thème tels que le respect de l'autre, le racisme, l'homophobie animés par la ligue des droit de l'Homme au sein de l'établissement à l'initiative du CVS aux avertissements et exclusions pour non respect du règlement de fonctionnement. Elles s'avèrent insuffisantes.

C) …qui impacte le personnel déjà usé par la restructuration

A travailler avec les professionnels du pôle d'accueil, j'ai pu apprécier leurs qualités humaines au service d'une forte implication professionnelle. La fiche de poste des AAI dispose que *« l'équipe d'accueil veille à ce que règne dans l'établissement un climat social rassurant »* et que *« l'agent dans la relation d'accompagnement au quotidien lui apporte toute son écoute»*. Dans cette logique, les agents conçoivent leur mission non pas comme une surveillance stricte mais comme une présence rassurante.

Dans le contexte actuel, cet idéal professionnel est confronté à une réalité tout autre, face aux provocations de certains résidents, le maintien de la sécurité passe par une surveillance de chaque instant. La psychologue qui anime trois réunions hebdomadaires auprès des différentes équipes de nuit et d'après-midi relève les signes de l'épuisement professionnel pouvant conduire au "*burnout*" si les tensions persistent. Le *burnout* est un terme emprunté au vocabulaire aérospatial. Il désigne le risque d'échauffement brutal, voire destruction, d'une fusée, provoqué par l'épuisement de son carburant. En 1974, un psychiatre américain, Herbert Freudenberger[49], alors directeur d'un centre de jour accueillant des toxicomanes, a transposé le concept au domaine social. Cela implique l'idée de combustion interne des professionnels, et ici particulièrement l'équipe d'accueil,

---

[47] ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. p.14.
[48] Ibid.
[49] FREUDENBERGER H. *Staff burnout*, Journal of Social issues, 30, p.159-165

confrontés à la frustration de ne rien pouvoir faire contre toute *« la misère du monde »*[50] que les usagers manifestent à travers leurs violences. Les conséquences du *burnout* sont de nuire à la santé de l'agent et à la qualité de son travail. Pour se protéger, les professionnels peuvent se désinvestir du travail ou établir une relation teintée d'agressivité envers les usagers. Il est donc indispensable d'agir sur les causes du *burnout*, en l'espèce l'impuissance des agents face à la montée des comportements violents, afin de le prévenir ou tout du moins d'y remédier.

Face à ces difficultés, la directrice a signalé au gestionnaire les difficultés afin de trouver une réponse institutionnelle rapide et a été autorisée à mettre en place un entretien de pré-admission mettant temporairement l'inconditionnalité de l'accueil en échec.

2.2.2 La mise en échec de l'inconditionnalité de l'accueil

A) La mise en place temporaire d'un entretien de pré-admission…

Face aux difficultés liées à l'évolution des profils des personnes accueillies conjuguée à l'allongement des durées de séjour, la directrice a décidé, avec le soutien du gestionnaire, de mettre en place une procédure d'admission. L'objectif premier étant de permettre un retour à l'équilibre institutionnel, elle est seulement provisoire.

Il s'agit d'une décision forte de soutien aux équipes pour ne pas les laisser dans la désespérance, la culpabilité et leur rappeler que la responsabilité est partagée. Le CHU George Sand ne peut à lui seul résorber le flot de personne ne trouvant plus d'hébergement en raison de leur comportement, expression de leur souffrance, au risque de déresponsabiliser les autres acteurs (autres CHU, partenaires santé mentale, financeurs parfois éloignés des réalités du terrain).

La procédure est la suivante : une demande est transmise par un travailleur social par téléphone, fax, mail ou courrier. Si l'établissement a une place disponible ou susceptible de l'être à très court terme, la candidature est examinée. Le travailleur social doit communiquer une fiche de liaison comportant les informations relatives à la situation du demandeur dont il a connaissance, nécessaires au bon accompagnement de la personne. Il est alors convenu d'une date d'entretien de pré-admission. Les entretiens ont lieu du

[50] BOURDIEU P., *La misère du monde*. Points, Paris : Seuil, 1993. 1460p.

lundi au vendredi. Les demandes sont traitées sous 48 Heures. Ils sont réalisés, par les travailleurs sociaux de George Sand et incluent une visite de l'établissement et une présentation du règlement de fonctionnement. Si les travailleurs sociaux le juge nécessaire, un entretien avec la psychologue de George Sand, peut être demandé avant la décision d'admission afin de disposer d'un point de vue professionnel différent, en particulier pour les jeunes pour lesquels une pathologie psychiatrique est identifiée ou probable, dans ce cas le traitement de la demande peut excéder les 48 heures en fonction des disponibilités du professionnel. La réponse est donnée par l'établissement dans un délai maximum de 24 heures après l'entretien, sauf dans le cas ou un entretien complémentaire est jugé utile. Dans le respect de la liberté des usagers, il appartient au jeune de confirmer sa demande et l'établissement fait connaître la décision au travailleur social de la PSA qui l'a adressée. La décision d'admission est donnée oralement si elle positive et par écrit à la personne et au travailleur social qui a envoyé le dossier si elle est négative. Les refus d'admission font l'objet d'une réponse écrite motivée.

B) …qui met à mal l'immédiateté, l'inconditionnalité de l'accueil, le droit à l'hébergement opposable, la qualité des relations avec les partenaires…

Il a été constaté une forte augmentation des personnes renonçant à leur place en CHU après cette présentation. Le principe du libre choix figurant à l'article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie impose de lui présenter très précisément le règlement de fonctionnement, les prestations du CHU et de l'associer à une visite des locaux qui permettent à la personne de prendre la mesure de l'offre. Dans la nouvelle procédure, il est prévu de présenter ce règlement lors de l'entretien de pré-admission alors que jusqu'à présent il a lieu au moment de l'admission. Les refus laissent à penser que les conditions ne leurs conviennent pas et qu'ils préfèrent donc rester à la rue, à moins qu'ils trouvent une autre solution, ce qui est difficilement vérifiable. Il n'y aurait donc plus réellement d'urgence. Pour valider cette thèse, il faudrait toutefois s'assurer que la personne n'est pas dans le déni et a effectivement *« le choix entre les prestations adaptées »* comme le dispose l'article précité. La rue ou un hébergement insalubre n'en sont sans doute pas une. Il me semble en définitive que la présentation des prestations offertes à l'admission permet à la personne de choisir en connaissance de cause, dépassant la peur de la première visite. A mon sens, l'urgence existe toujours.

En outre, les caractéristiques même de l'urgence sont mises à mal. L'accueil n'est plus immédiat puisqu'un délai d'au moins quarante huit heures est instauré entre la demande et l'admission. Il est en outre conditionné à la capacité présumée au regard de l'entretien de pré-admission du jeune à ne pas se mettre en danger ou nuire à l'équilibre collectif. Compréhensible dès lors qu'il reste limité dans le temps, cette procédure ne saurait être

soutenue en vertu du principe de l'inconditionnalité de l'accueil. Le droit à l'hébergement opposable lui-même est mis à mal par le refus d'accueillir une personne suite à un entretien de pré-admission dès lors qu'elle n'a pas d'autre alternative.

Enfin, cette procédure a été transmise par mail à notre partenaire historique du CHU, la PSA. Conséquence attendue, elle a été vécue comme une remise en cause de la qualité de leur orientation. De plus, le CHU constitue une proportion importante des solutions d'hébergement pour les jeunes qui apprécient particulièrement d'être accueillis avec d'autres jeunes. La PSA a exprimé sa peur de ne pas savoir où orienter certains jeunes. Malgré cela, la permanence a marqué son vif mécontentement par un boycott des orientations faisant chuter le taux d'occupation du CHU brutalement. Certes, cela libère autant de places pour le 115. Cependant, le travail en synergie avec la PSA est un facteur de qualité du service rendu. A défaut d'avoir communiqué en amont, une réunion en aval a permis d'échanger de vive voie sur les difficultés et de désamorcer le conflit. Cette réaction souligne encore l'importance de penser un établissement dans son environnement.

Toute proportion gardée, le directeur confronté à une sorte d'état d'urgence[51], peut prendre, de façon temporaire, des mesures exceptionnelles pour sortir de la crise à condition de réfléchir en parallèle à des solutions plus pérennes sous peine de mettre en péril des missions mêmes de son établissement.

C) …et met en exergue la confusion au sein de l'établissement quant aux missions du CHU

Chargée d'assurer la rédaction d'une plaquette d'information relative à la mise en place d'un entretien de pré-admission temporaire en vue d'en informer qui de droit (partenaires, financeurs, usagers), j'ai procédé à une réunion avec l'équipe sociale et la psychologue pour m'assurer de l'application homogène et partagée par tous. J'ai demandé aux professionnels de rédiger un texte préparatoire qui m'a permis de mesurer l'écart entre l'objectif initial et l'interprétation par les équipes.

Leur travail indiquait que les entretiens de pré-admission *« ont pour but d'assurer l'orientation la plus adaptée et d'évaluer, à partir de la problématique du jeune, si le CHU*

[51] Loi n°55-385 du 3 avril 1955 instituant un état d'urgence et en déclarant l'application en Algérie

est en mesure de lui proposer un accompagnement adapté ». La formulation est antimonique avec la mission d'accueil d'urgence, d'observation et d'orientation du CHU. "*L'orientation la plus adaptée*" doit être garantie en aval du CHU. La raison de mise en place de l'entretien de pré-admission est l'incapacité du centre à proposer un accompagnement et même, un encadrement, adaptés aux jeunes souffrant de troubles du comportement. Bien qu'identifiés par l'équipe, elle n'en a pas fait explicitement état dans la plaquette préparatoire alors même que l'objectif premier de l'entretien de pré-admission est de vérifier que le jeune peut vivre dans la collectivité telle qu'elle est organisée sans se mettre en danger ou mettre en danger les autres résidents. L'idée est sous-jacente. Ils insistent par exemple sur la nécessité de la transmission d'une fiche de liaison. Cela revoit à la question délicate du secret partagée. Les professionnels de George Sand, se gardant de toute conclusion stigmatisante, souhaitent *« avoir plus d'informations sur le parcours du jeune pour anticiper des comportements déstabilisants le collectif »* [52]. Ce critère découle d'une situation particulière : quelques temps auparavant, un jeune hébergé était diagnostiqué psychopathe, le référent l'ayant adressé au CHU n'avait pas transmis cet élément dont il avait connaissance ce qui avait été mal vécu par les équipes suite à un passage à l'acte du résident. Si cette question du secret partagé est incontournable, elle doit faire l'objet d'une réflexion plus poussée. Il est dangereux de prendre une décision à portée générale à partir d'un cas particulier. D'autant plus qu'en l'espèce, la frontière entre connaissance des problématiques de chacun, dans le respect des règles du secret professionnel, permettant un accompagnement et une vigilance adaptés et la sélection à l'entrée est ténue.

Le bilan de la mise en place de cette procédure est mitigé. Elle a réellement permis de rassurer les AAI qui se sont sentis écoutés et de garantir la sécurité et le bien-être de tous. Consciente que la critique est facile, je me permets toutefois de remarquer, faute d'accompagner d'une communication suffisante la mise en place de l'entretien de pré-admission pour bien en fixer les limites temporaires et les raisons, le risque que l'équipe intériorise l'idée selon laquelle le CHU George Sand n'a pas pour mission d'accueillir les personnes dont le comportement est incompatible avec la vie en collectivité. Elles n'ont certes pas vocation à y demeurer mais où peuvent-elles être hébergées en urgence? Un glissement s'opère du fonctionnement de CHU à celui de CHRS à mon sens. Cette mesure organisationnelle déplace le problème qui est profondément structurel : le

[52] Propos d'un travailleur social lors de la réunion de validation de la procédure d'admission provisoire le 17 Avril 2008

manque de places spécialisées et de professionnels formés. Les personnes souffrant de troubles du comportement les empêchant d'avoir un projet d'insertion par le logement et l'emploi à court terme, ne trouve aucune orientation adaptée. Contraintes de rester en CHU, leur accueil fait souvent imploser le cadre offert.

La procédure de pré-admission provisoire doit remplir son objectif de mesure temporaire dans l'attente d'élaborer des solutions plus pérennes et rien que son objectif, il ne faut pas le détourner, au risque de ne pas se poser les bonnes questions : quelles réponses apporter aux nouveaux besoins mis en exergue par la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement ? Quelle stratégie adopter ? L'élaboration d'un diagnostic éclaire la prise de décisions.

2.3 Elaboration d'un diagnostic d'aide à la décision

A l'issue de l'analyse des incidences de la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement sur le CHU, il m'est possible de présenter une synthèse des besoins mis en exergue (2.3.1) afin de trouver les réponses adaptées. Il n'existe pas une solution unique, plusieurs sont possibles. De l'étude des possibilités offertes, il convient cependant de définir une stratégie opérationnelle (2.3.2).

2.3.1 Synthèse des besoins mis en exergue par la mise en œuvre du principe de continuité

A) Réaffirmer la mission d'hébergement inconditionnel du CHU

Le CHU étant le dernier filet de sécurité avant la rue, le maintien de l'accueil en urgence de façon inconditionnelle doit être réaffirmé pour toute personne sans abri. Ce ne sont pas les usagers qui doivent s'adapter à l'institution mais l'inverse. L'adaptation des compétences et des pratiques des professionnels aux nouvelles manifestations de violence est la condition sine qua non pour garantir un accompagnement de qualité à tous les résidents. Confronté à des personnes dont les souffrances sont visibles, les professionnels doivent développer des compétences et lutter contre l'usure professionnelle.

L'inadéquation des prestations proposées au CHU au regard des besoins de certains jeunes orientés est mise en exergue depuis la mise en œuvre du principe de continuité d'hébergement. Elle impose une adaptation profonde en interne mais également sur le territoire. Historiquement, le CHU George Sand accueille des jeunes hommes seuls de 18 à 27 ans. L'ambition n'est pas nécessairement de répondre à toutes ces problématiques

mais de les prendre en considération avant de se prononcer. Ainsi, les besoins repérés peuvent ainsi être synthétisés :

- Déficit des dispositifs destinés aux jeunes de 18 à 25 ans : Avant 18 ans, les mineurs en grande difficulté familiale ou sociale relèvent de l'ASE qui assure une prise en charge obligatoire. A partir de 25 ans, les plus démunis ont droit au RMI[53] qui leur assure les ressources de la survie. Mais entre ces deux âges, les revenus sont moindres.
- Déficit de structures adaptées aux jeunes en situation de rupture sociale ayant des troubles du comportement. Ces troubles sont souvent liés à une lourde problématique d'addiction (alcool, cannabis). Parfois, un passage en hôpital psychiatrique est nécessaire, sans qu'aucun pronostic ne puisse pour autant être posé dans l'immédiat.
- Déficit de places jeunes proposant un accompagnement soutenu et spécialisé en prolongement des méthodes de l'ASE et de la PJJ pour les personnes ayant bénéficié de tel suivi, souvent étayant et parfois jusqu'à 21 ans dans le cas des contrats jeune-majeur.
- Déficit de places couples : en moyenne, un arrondissement parisien ne dispose que de 38 logements couples, et a reçu 217 demandes en 2007. Ils ne peuvent donc satisfaire que 8,7% des 2485 demandes couples[54]. En moyenne, six jeunes sur cinquante accueillis à George Sand souhaiteraient être accueillis en couple. Or, le centre ne peut apporter de réponse adaptée à cette demande dans la configuration actuelle des locaux.
- Déficit de places pour les jeunes filles : notre partenaire historique, la PSA Belleville souligne seules 20 % des demandes de jeunes filles sont satisfaites.
- Déficit de places permettant l'accueil de personnes avec un animal : un nombre important d'usagers, en particulier les jeunes, sont écartés des dispositifs d'hébergement du fait de leur souhait de conserver leur animal de compagnie, souvent un chien. Dans la mesure où l'accueil des chiens est encadré par un projet pensé en équipe[55], des protocoles précis (notamment sur le plan sanitaire[56]), il

[53] Le Revenu de Solidarité Active (RSA) sera également attribué seulement à partir de 25 ans.
[54] Chiffres transmis par l'ALJT, association qui gère les FJT parisiens.
[55]VERNAY D., *le chien partenaire de vies, applications et perspectives en santé humaine*, éditions Erès 154p.

est possible de réserver des places pour des personnes souhaitant garder leur animal, y compris la nuit.

B) Faire du CHU un « sas de repos » en attente d'une orientation personnalisée pertinente

Le CHU est un sas de repos permettant aux personnes de se poser et de se reposer. Les conditions d'hébergement doivent favoriser la tranquillité et la convivialité. Les espaces collectifs sont importants. Ils nécessitent une présence suffisante pour garantir la sécurité. A terme, l'amélioration des espaces individuels est incontournable.

Les résidents pourront alors formuler un projet de vie qui permettra de définir une orientation personnalisée. L'objectif en entrant à George Sand est d'en sortir grandi. Comme le disait un lors de l'enquête d'opinion relative à la restructuration du centre, *« GS donne du courage, des idées, motive et permet de connaître des gens. C'est le début de quelque chose. Comme un escalier, on commence par la première marche… »*. Le CHU s'inscrit dans une logique de parcours, certes personnalisée, mais toujours vertueuse. Dès lors, les CHU ne rempliront bien leurs missions qu'à une double condition : l'orientation doit résulter d'une expertise fine et les dispositifs vers lesquels ils orientent les personnes doivent êtres réactifs et fluides. La diversité des situations impose un décloisonnement des secteurs d'activités étanches que sont devenus le sanitaire, le social et le médico-social.

C) Dépasser les contraintes liées à la petite taille de l'établissement

Partisane des établissements à dimension humaine, je suis forcée de constater que le CHU George Sand est en dessous de la taille critique. L'absence d'une personne déstabilise le fonctionnement, la mutualisation des moyens étant extrêmement limitée. L'actuel CHU accueille cinquante jeunes. Il est composé de 21,5 équivalents temps plein (ETP) ainsi répartis : quatorze AAI dont un responsable accueil-hébergement, deux travailleurs sociaux, une psychologue à mi-temps sur le CHRS, un agent d'entretien, deux agents administratifs et une directrice à mi-temps. Comme je le soulignais précédemment, l'extension de la superficie du centre du simple au double n'a pas été suivie d'une augmentation du personnel en raison de la capacité d'accueil constante. La stratégie de

---

[56] Présentation de protocole lors de la conférence *« l'Animal familier dans le projet social, éducatif ou thérapeutique »,* Association la CASA sis Avignon – 25 Janvier 2008

renforcement des équipes par le recrutement d'AMP, d'animateurs est impossible tant que le CHU ne dépasse pas cette taille critique et couteuse. L'impossibilité de nommer des cadres intermédiaires rend difficile la gestion des équipes ; la stratégie budgétaire est quasi inexistante en raison de la petite taille de l'établissement et la faiblesse des moyens alloués. Les marchés passés sont enfin extrêmement couteux du fait des petites quantités nécessaires.

A la lumière de ce diagnostic, il convient de rechercher quelles améliorations l'établissement peut mener.

2.3.2 De l'étude des possibilités à la définition d'une stratégie opérationnelle réaliste

A) Un préalable : avoir conscience de la rationalité relative des décisions

Il n'y a pas une décision juste pour chaque problème mais un processus de décision qui permet de maintenir l'équilibre du système social. Ayant moi-même participé à ce processus, il me semble important de souligner que la décision parfaite n'existe pas et que leur rationalité demeure toute relative. La peur de prendre une mauvaise décision au risque de perdre toute légitimité peut conduire à une certaine inertie. Or, il est de la responsabilité du directeur d'agir. Il faut faire un détour par la sociologie des organisations pour relativiser la décision prise et la décision à prendre. Un ajustement dans le temps conduit à l'élaboration d'une décision réaliste et acceptable pour tous.

Dans *Organization*, Simon s'intéresse à la manière dont les acteurs agissent en invoquant une logique, alors qu'en réalité, la rationalité du processus de décision est relative. Il présente deux modèles :

- La « rationalité absolue » est une décision rationnelle optimale. Les décideurs sont dans un univers de transparence totale, n'ont pas de contraintes de temps, d'idéologie ou d'affects. Le calcul coût/opportunités est parfait pour tous les acteurs.
- La « rationalité limitée » est beaucoup plus réaliste. Elle met en avant un phénomène d'interactions qu'aucun acteur ne peut tout à fait contrôler : l'information est partielle, inscrite dans le temps ou peu exploitable, les préférences des décideurs sont subjectives et variables au cours du processus de décision, les critères de décisions sont difficilement objectifs car il existe toujours des rapports de force. Les travaux de Mintzberg complètent cette théorie en montrant qu'il existe en outre des contingences structurelles qui pèse sur la

décision en ce qu'elles ne sont pas toujours maîtrisables. Le sociologue distingue les facteurs de contingences interne et externe. Les premiers sont les effets de routine issue de l'histoire de l'établissement, les biais cognitifs (représentation, croyance) qui structurent la vision des acteurs et les entretiennent dans l'inertie, les routines défensives pour conserver des acquis. Les seconds sont encore plus difficilement influençables puisqu'ils sont extérieurs à l'établissement. Il s'agit de son environnement relationnel ou des écarts institutionnels et légaux.

La direction doit avoir conscience de la rationalité limitée de ses décisions et en l'espèce de celle de l'organisme gestionnaire. Cela implique d'accepter qu'une décision ne détermine pas tout et ne suffise pas. Des réajustements sont possibles et nécessaires au fur et à mesure que se révèlent les informations, les difficultés.

Dans tous les cas, un élément clef facilitant la prise de décision est l'éthique. Bien qu'issue du grec *ηθική* qui renvoie à la science morale, on la distingue aujourd'hui de la morale. Cette dernière est généralement rattachée à une tradition idéaliste de type kantienne qui distingue entre ce qui est et ce qui doit être, alors que l'éthique est liée à une tradition matérialiste de type spinoziste qui cherche seulement à améliorer le réel par une attitude raisonnable de recherche du bonheur de tous. Si la perception philosophique de l'homme est propre à chaque personne, selon son histoire, ses origines et évolue dans le temps, le directeur doit agir en conscience selon une éthique « objective ». Je recours pour ma part à une pondération entre les intérêts parfois contraires de quatre catégories de personnes : les usagers, les professionnels, mes partenaires et mon employeur. Mes décisions sont justifiées par les devoirs qui m'incombent envers chacun d'eux et celui d'être juste, équitable et impartiale.

B) Des choix prospectifs : un bâti modélisable

La décision de n'améliorer que les espaces collectifs n'est pas satisfaisante mais pourra être ajustée dans la perspective de la reconstruction du CHU. Il est dès lors possible d'envisager des évolutions significatives du projet social qui pourra être traduit en projet architectural.

Le premier choix à opérer concerne le public hébergé car il définit l'organisation, les prestations de l'établissement. Il n'est pas question d'abandonner l'accueil de jeunes en raison des besoins incontestables et de l'expertise, du réseau développés en la matière. En revanche, la question de l'accueil de jeunes femmes et de couples est pertinente. Il convient de mesurer les évolutions que cela implique dans l'accompagnement et l'offre de service.

Des arguments pèsent en la faveur de cette évolution. Les partenaires et le territoire soutiennent cette double diversification car elle répond à un besoin fort et il constitue une amélioration de l'offre pour les usagers concernés. Cependant, si un tel choix est acté, il faut s'assurer que le nombre de places pour les hommes sera sinon augmentée, constante et que le changement ne sera pas immédiat afin d'adapter les compétences des professionnels en poste et de les faire adhérer.

En tout état de cause, il est fortement souhaitable de réaliser un bâti pouvant répondre à diverses options afin de permettre les évolutions. Ainsi, la possibilité de séparer les sanitaires hommes-femmes, de définir des circuits de circulation pour les animaux respectueux des règles d'hygiène et de sécurité doivent être pensés quand bien même leur accueil ne serait pas immédiat.

C) Des choix ambitieux mais réalistes

L'usure des professionnels est liée à l'incapacité de répondre aux besoins de certains jeunes. Il s'agit essentiellement de ceux souffrant de troublent du comportement, à la frontière d'une prise en charge sociale, médico-sociale et sanitaire et des jeunes sortant de l'ASE nécessitant un accompagnement étayé impossible en CHU du fait du faible taux d'encadrement. Le décloisonnement des secteurs qui s'impose peut passer par différentes modalités, du recrutement de professionnels du secteur sanitaire à la création de structures innovantes en passant par le partenariat. Les décisions se font en deux temps : avant et après la reconstruction du CHU. Avant, les seuls vecteurs d'ouverture, à défaut de pouvoir recruter, sont le développement du partenariat et la formation des professionnels. En revanche, deux solutions majeures s'offrent à l'établissement dans le cadre de la future reconstruction :

- Une extension du CHU
- Un redéploiement de l'offre en portant notamment un projet de création associant des acteurs de différents secteurs.

Si les deux possibilités permettent de dépasser la taille critique, la seconde a l'avantage majeure de permettre une diversification de l'offre et de ce fait des financements. Le choix doit être ambitieux mais réaliste. La juste évaluation du potentiel humain, des possibilités architecturales et financières est incontournable. Les moyens mobilisés pour la loi DALO conjugué avec la nécessaire reconstruction du CHU à l'horizon 2011 constitue un vecteur d'amélioration incontestable à condition de pouvoir en assurer la conception en même temps que le fonctionnement normal du CHU. Toutefois, le directeur ne doit pas tomber

dans l'écueil qui consiste à ne se préoccuper que du changement au détriment de l'activité quotidienne. La conduite du changement nécessite beaucoup d'énergie pour assurer l'obtention de moyens humains et financiers pour mener à bien la relance. Le directeur peut être plus absent que d'habitude et la tentation est parfois grande de privilégier des réunions extérieures avec les financeurs aux réunions internes. Or, mobiliser les équipes face aux nouvelles perspectives impose d'être présent et à leur écoute. En outre, en matière de qualité du service rendu, il n'y a pas de dichotomie entre l'animation quotidienne des équipes et l'impulsion d'un projet. Le changement n'est pas une fin mais seulement un moyen de l'action. L'idée de changement est trop souvent associée à l'utopie selon laquelle il permettrait d'atteindre un état idéal. A ce propos, j'ai constaté l'augmentation des demandes de réunions de la part des équipes dont j'étais référente sentant mon implication croissante dans la préparation du changement.

A l'issue de l'évaluation des incidences de la mise en œuvre du droit au maintien dans le CHU et des possibilités d'adaptation, ma conviction s'est forgée de faire de la loi DALO un vecteur puissant d'amélioration des prestations offertes.

3 Proposition d'une stratégie d'adaptation du CHU aux besoins mis en exergue par l'application du principe de continuité de l'hébergement

Le directeur doit garantir la permanence des prestations offertes, c'est pourquoi mes premières propositions concernent la poursuite de l'adaptation de l'existant (3.2). Cependant, ces améliorations ne sauraient suffire au regard des contraintes structurelles. Je préconise donc de mener un projet de restructuration d'ampleur (3.3). Tous ces changements sont sous-tendus par quelques préalables (3.1) qu'il conviendra de garder à l'esprit tout au long de l'action.

3.1 Remarques préalables à l'action

Les préconisations que je formule aujourd'hui résultent à la fois d'une analyse de l'existent et des évolutions prévisibles. Elles sont susceptibles d'ajustement au regard d'éventuelles éléments juridiques ou tendances du secteur nouveaux. Il convient de continuer à veiller pour anticiper les ajustements nécessaires (3.1.1) et de communiquer pour les préparer (3.1.2). En outre, les préconisations impliquent des changements dont la réussite dépendra de l'accompagnement des professionnels (3.1.3).

3.1.1 Veiller pour anticiper

Quelque soit le plan d'action défini, la veille en continue permet d'anticiper les évolutions nouvelles. Le directeur se doit de ne pas être en permanence dans l'action afin de discerner les évolutions nécessaires et d'éclairer ses choix. Il surveille l'environnement global de l'établissement en vue d'anticiper les changements et les opportunités par une veille interne, une veille des tendances du secteur et une veille juridique.

La veille interne s'appuie sur les données internes. Elles doivent être objectives pour être significatives. Ces données concernent tant les dossiers sociaux que la gestion de l'établissement (financière, ressources humaines et organisation) et nécessitent des logiciels performants d'extraction de données.

Ensuite, le directeur doit assurer une veille des tendances du secteur par la participation à des réunions formelles ou informelles impliquant différents acteurs. Le secteur de l'insertion, plus encore que le secteur du handicap, est largement dominé par le secteur associatif (80% selon M.BORGETTO et R.LAFORE). Il est donc important de participer à

des associations de directeurs réunissant des acteurs publics et privés et de se tenir informer des publications de la FNARS.

Enfin, la veille juridique, c'est-à-dire le traitement et la diffusion de renseignements relatifs à la législation et la réglementation, doit être assurée. Le temps et les moyens manquent souvent en interne, il est donc indispensable de compléter la veille par une veille externe (gestionnaire, association de directeurs…).

Pour autant, le directeur prend garde de ne pas tirer de conclusions hâtives de cette veille stratégique. Une mauvaise anticipation peut conduire à des choix erronés induisant l'interruption d'une adaptation au changement lancée en interne qui décourage les énergies mobilisées. L'anticipation permet d'être réactif lorsque les scénarii envisagés se concrétisent. En conclusion, *« le veilleur repère la trajectoire réalisée, impose les chemins de traverse, les espaces à conquérir. Il prévient des risques futurs et anticipe les changement »*[57]. La veille juridique est d'une certaine façon la plus importante dans la mesure où le signal de changement ne provient pas de la gestion mais du politique et il faut du temps pour déterminer si ce signal va se maintenir ou disparaître. Nombre de rapports porteurs d'évolutions significatives remis aux ministres n'ont pas de suite. Dès lors, le directeur attend que le changement soit inscrit dans la loi afin de connaître les balises à l'intérieur desquelles il devra inscrire son organisation.

Pour autant, il ne saurait être un simple exécutant et doit communiquer son expertise pour préparer, voire influencer le changement.

3.1.2 Communiquer pour influencer

La communication est un art dont il convient de maîtriser les temps et les formes. Une information aussi intéressante soit-elle, n'a d'impact que si elle est donnée à la bonne personne et au bon moment.

La DASS a besoin d'avoir des données chiffrées sur les besoins de la population au niveau territorial. Un soin tout particulier doit être apporté au rapport d'activité et à leurs demandes de renseignements tels que les rapports annuels de performance relatifs à

[57] MIRAMON JM., *Le métier de directeur, techniques et fictions.* Rennes : Editions ENSP 2005. P.91

l'hébergement demandé par le ministère. Les données chiffrées doivent toujours être mises en lumière par la réalité du terrain : une durée de séjour moyenne de deux mois ne montre pas qu'en pratique certains résidents restent près d'un an. Une note de la DGAS relative à l'entretien d'évaluation des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, suite à la récente réforme statutaire, donne quelques critères au rang desquels : l'analyse du contexte. La DGAS reconnaît bien le rôle du directeur et attend de lui une évaluation des besoins. Il faut saisir les temps de la communication. A titre d'exemple, le montant des mesures nouvelles, nécessaires pour l'application effective de la loi DALO, indiqué dans le budget prévisionnel à plus de chance d'être autorisé par la DDASS si en amont le directeur a communiqué les besoins de façon étayée. Le gestionnaire et les instances s'appuient quant à eux plus sur le quotidien de l'établissement et réfléchissent en relation avec les moyens disponibles en interne. L'analyse détaillée d'incidents internes à travers des fiches d'événement est par exemple est attendu.

En interne, si l'écrit, comme les notes de services ou le règlement de fonctionnement favorisent l'application de la stratégie définie, les réunions institutionnelles et l'accompagnement au quotidien rendent la communication plus effective car interactive et permet de donner du sens à l'action. D'autant plus que la communication interne permet une synergie vertueuse entre les informations que donne le directeur et qu'il reçoit de ses agents. Ainsi, plusieurs moyens de communication externe que j'ai évoqué sont le fruits du travail des équipes. Le rapport d'activité n'est pertinent que si chaque agent renseigne les différents logiciels de suivi et réfléchi à ses pratiques. Les réunions institutionnelles sont des lieux privilégiés de l'interface entre la stratégie et l'action.

A tous les niveaux, l'écrit demeure un outil fort de communication pour le directeur en ce qu'il est réfléchi et pérenne. Tous les écrits sont importants et doivent être nécessaires, trop d'écrit le dénature. En ce sens, il faut apporter un soin particulier aux mails. Pour autant, il ne faut pas négliger l'impact, bien que difficilement mesurable de la communication oral, plus informelle, à la pause d'une réunion, aux moments festifs de l'année…

3.1.3 Accompagner les professionnels dans le changement

A) Le CHU, un système vivant, le changement dans la continuité

Jean-Marie Miramon[58] distingue quatre phases dans le cycle de vie des organisations : la création, la croissance, la stabilisation et la relance. Cette dernière intervient souvent après une période de crise qui doit être mise à profit pour améliorer l'existant. Dans le cas du CHU George Sand, la relance a été déclenchée par l'opportunité politique de la loi DALO. Au-delà des difficultés de mise en œuvre, elle permet d'améliorer les prestations offertes aux usagers. Le changement imposé par la loi n'a pas pour objectif d'atteindre un état permanent idéal d'organisation et de fonctionnement. Au contraire, il s'inscrit dans la dynamique qui mue l'établissement, comme un éternel renouvellement aux fins d'ajustements, pour atteindre les finalités qui donne sens à son action : l'hébergement de jeunes hommes en vue de leur mise hors de danger et de leur orientation personnalisée. Cette mission est à la fois présente et future. Dès lors, Cela n'empêche pas pour autant les peurs des agents matérialisées par des résistances inévitables.

B) La prise en compte des résistances légitimes des professionnels

Le changement provoque toujours des résistances dont il convient d'envisager les raisons pour les dépasser. Michel Crozier et E Friedberg expliquent que l'organisation de l'institution crée un équilibre dans lequel les individus trouvent en principe une satisfaction minimum, un compromis entre leurs objectifs personnels et ceux de l'entreprise. Ce raisonnement est sans conteste transposable aux établissements sociaux et médico-sociaux dans la mesure où leur bon fonctionnement repose sur une hiérarchie, un bâti, des procédures, des règles par lequel le personnel trouve un cadre de travail structurant les intérêts de chacun. Changer cette organisation revient à modifier l'équilibre acquis. Chacun peut alors craindre de ne pas trouver sa place et d'être remis en cause. Ainsi, la perspective d'étendre les horaires d'ouverture du CHU peut faire craindre aux adjoints d'accueil et d'insertion une révision des plannings alors que certains, notamment les agents de nuit sont en général très attachés à leurs avantages financiers et à leur rythme de vie. A l'inverse, certains agents d'après-midi (15H30-23H00) qui souffrent dans leur vie privée de ne pas avoir beaucoup de soirées libres y voient une opportunité. Les projets architecturaux peuvent quant à eux entraîner de fortes contraintes dans l'organisation du travail ou une fermeture temporaire impliquant un redéploiement des agents. Il est humain

[58] JM.MIRAMON, manager le changement dans l'action sociale – éditions ENSP 2001, p.94

de tout faire pour se protéger aux mieux des risques qu'une telle redistribution représente pour eux. C'est l'origine des résistances au changement.

Celles-ci peuvent être vaincues ou du moins amoindries en tenant compte des craintes légitimes. Cela revient à faire participer les agents à l'élaboration des décisions qui les concernent tout en les mettant en perspectives avec le sens du changement au regard des missions du CHU et de leur responsabilité de professionnels.

C) Une démarche participative visant l'implication du personnel

L'objectif est de transformer une obligation légale, contrainte externe, en projet interne, vecteur d'amélioration, suscitant la motivation des agents.

Un projet est l'expression d'une volonté, d'un besoin. En établissement social et médico-social, l'objectif est de répondre aux besoins des usagers. L'originalité des projets menés concomitamment à l'adoption du principe de continuité de l'hébergement est précisément de ne pas être le fruit d'une volonté interne. Tout l'enjeu pour le directeur est donc de susciter l'adhésion des agents. La mobilisation des énergies passe par la recherche collective de solutions. Ainsi, la réussite de l'adaptation dépend de la pertinence des options choisies mais surtout de la mobilisation des acteurs.
Les vecteurs de motivation sont, nous l'avons vu, à la fois personnel et professionnel. Chacun doit y trouver son intérêt.

Synthétiquement, le déroulement plan d'action préalablement défini par le directeur peut être découpé en trois phases principales : la présentation, la réalisation et l'évaluation. A chacune correspondent des enjeux et des objectifs précis pour le directeur.

Lors de la phase de présentation, le directeur explicite le projet aux agents pour éviter toute confusion. Cette phase vise à expliquer le pourquoi et le comment. L'objectif final pour la structure légitime l'effort qui est demandé aux professionnels. La façon de procéder quant à elle les rassure en offrant un cadre pour la mise en œuvre et des limites temporelles. Tout l'enjeu est de fédérer le personnel autour de ce plan d'action. La réussite de cette phase réside dans la bonne anticipation qui a permis au directeur d'évoquer peu à peu le changement qu'implique la loi. Les réticences exprimées doivent absolument être entendues et traitées à ce moment. Cette écoute permet de repérer rapidement ce qui mue chaque agent.

La phase de réalisation est une phase opérationnelle. Elle suppose que soient définies les étapes auxquelles correspondent des tâches, des délais et des personnes chargées du suivi. L'intérêt de désigner des référents est double : d'une part, si le directeur reste responsable de la bonne exécution du plan d'action, il en délègue le suivi car seul il ne peut tout faire et d'autre part, il responsabilise les agents qui deviennent acteurs du projet et les valorise en leur accordant une confiance a priori. Ce suivi régulier permet de repérer et de s'adapter aux nouvelles contraintes dues aux aléas non prévus initialement. Le diagramme de GANTT est un outil permettant de modéliser la planification des tâches nécessaires à la réalisation d'un projet. Il s'agit d'un outil inventé en 1917 par Henry L. GANTT. Dans un diagramme de GANTT chaque tâche est représentée par une ligne, tandis que les colonnes représentent les jours, semaines ou mois du calendrier selon la durée du projet. Le temps estimé pour une tâche se modélise par une barre horizontale dont l'extrémité gauche est positionnée sur la date prévue de démarrage et l'extrémité droite sur la date prévue de fin de réalisation. Les tâches peuvent s'enchaîner séquentiellement ou bien être exécutées en parallèle. Etant donné la facilité de lecture des diagrammes GANTT, cet outil est utilisé par la quasi-totalité des chefs de projet dans tous les secteurs. Le diagramme GANTT permet de représenter graphiquement l'avancement du projet. Il est en outre utile d'y faire figurer les personnes référentes pour le suivi des différentes étapes. C'est également un bon moyen de communication entre les différents acteurs d'un projet. Il en découle, la détermination de la participation de chacun. La condition pour une bonne participation est double :

- La définition des responsabilités et leur acceptation par les intéressés : la condition sine qua non pour qu'une personne assume ses responsabilités est qu'elle les accepte. Un écueil à éviter est de s'appuyer systématiquement les mêmes personnes. Il est tentant de solliciter les personnes les plus compétentes et volontaires, cependant, cela risque de dévaloriser, décourager et finalement déresponsabiliser les autres agents, sans compter l'usure des personnes ressources. Au manque de compétence doit être pensé un plan de formation qui fera émerger la motivation.
- L'identification des zones conflictuelles pour les éviter ou les remédier. Les peurs se cristallisent souvent autour des conditions de travail (modification des horaires, des espaces de travail), il est pertinent d'utiliser le dialogue social comme moyen de communication.

La dernière phase d'évaluation permet de déceler les distorsions entre les objectifs fixés et leur mise en œuvre afin de définir des projets d'amélioration.

Le CHU a procédé à une adaptation de son fonctionnement dans un espace élargi. Cependant, l'évaluation de cette première phase a montré que ces dispositions ne suffisent pas à maintenir la qualité des prestations offertes. Mes préconisations visent en priorité le service actuel.

3.2 Une priorité : maintenir la qualité de l'offre de service actuelle

Avant l'entrée en vigueur du principe de continuité de l'hébergement, le CHU George Sand offrait un service de qualité. Les bouleversements engendrés mettent en péril ses missions. En vertu du principe de mutabilité du service public, face à la montée des violences qui monopolisent autant qu'elles démobilisent les professionnels, l'adaptation des compétences et des pratiques professionnelles à l'accueil de jeune manifestant des troubles du comportement (3.2.1) est prioritaire. Cependant, faute d'être restitués dans un projet, les efforts quotidiens entraînent l'usure des professionnels et la dérive des missions précédemment analysée. La levée des confusions institutionnelles passe donc par la rédaction du projet d'établissement (3.2.2) afin de redonner un sens et un cadre à l'action.

3.2.1 L'adaptation des compétences et des pratiques professionnelles à l'accompagnement des jeunes manifestant des troubles du comportement

A) Les mesures organisationnelles de prévention et de traitement des violences

Les fiches d'évènement déjà en place répertorient les évènements survenus. Elle constitue seulement un outil statistique dont aucune analyse a posteriori n'est organisée. Il convient d'élaborer un système simple de suivi[59] - en continu – des incidents et des évènements pouvant conduire à des violences. L'objectif est d'en comprendre la logique, d'endiguer la montée de violence et finalement de les prévenir.

Un groupe de travail se chargera de sa création. Quatre types d'acteurs seront sollicités pour le composer :

[59] Il s'agit d'une recommandation de l'ANESM. Ibid p.11

- Les professionnels du CHU, en groupe pluridisciplinaire, afin d'identifier notamment les risques professionnels propres à la structure, leur impact sur le climat de *« socio-émotionnel »*[60], leur perception de l'organisation du travail.
- Les professionnels des autres CHU en vue de mutualiser les intelligences et les moyens (matériels et financiers) pour la mise en place du groupe de travail et la création de l'outil.
- Les résidents, en ce qu'ils offrent une vision complémentaire des formes de violences pouvant exister et de leur ressenti.
- Les partenaires actuels et potentiels, au premier rang desquels les services de l'ASE et du sanitaire (psychiatrie et addictologie) en raison du jeune âge des résidents et des problématiques rencontrées qui nécessitent une expertise.

La qualité de l'outil de suivi impose de concevoir la violence de façon globale. Deux postulats guident sa création. D'une part, toute violence est contextuelle. L'ANESM rappelle que *« la violence n'est pas considérée comme un acte individuel et isolé ; en conséquence, la prévention est centrée sur l'acte situé dans son contexte »* [61]. Il en découle la prise en considération, lors de l'analyse des incidents survenues, d'éléments de contexte aussi divers que la composition des chambres, l'architecture, la saison, la situation individuelle de chaque jeune, leurs convictions respectives, les données relatives au climat social (qualité des relations entre les agents, absences). Ces dernières peuvent utilement entrer dans l'analyse dans la mesure où ils traduisent une usure professionnelle, elle-même source potentielle de violence (de l'agacement à l'agression). D'autre part, la violence revêt diverses formes. Les évènements de violence survenus à George Sand sont manifestes : agressions verbales ou physiques entre résidents, à l'encontre d'agents ou des biens. Il ne faut pas pour autant les réduire la violence à ces seuls surgissements brutaux et exceptionnels. Au contraire, une attention particulière doit être portée aux violences psychologiques (petites vexations, mise à l'écart) moins visibles ainsi qu'aux actes de violence des jeunes dirigés contre eux-mêmes. Les violences que Paul Durning qualifie de *« durables, chroniques, endémiques »*[62] participent à la quotidienneté de la vie des résidents. Elles sont tout aussi graves au regard de la dignité de chacun et souvent le signe précurseur de passage à des violences extrêmes. Dès

---

[60] DURNING P. *La violence des adultes en internat : une réaction révélatrice d'une perturbation du climat socio-émotionnel*. *Vie sociale et traitements*, Décembre 1983, n°149.
[61] ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses*. p.6.
[62] DURNING P. *Conditions psychosociales de l'émergence des violences dans les institutions éducatives résidentielles*. *Sauvegarde de l'Enfance*, n° 3-4, pp 288-305

lors, l'établissement d'une hiérarchie dans la gravité des actes de violence n'est pertinent que du point de vu pénal. L'analyse des violences en interne en vue de leur traitement et de leur prévention repose sur le souci de n'en oublier aucune forme et de considérer ces actes comme un processus contextualisé.

L'idéal serait d'élaborer un outil permettant d'empêcher toute forme de violence. Une telle approche est utopique, il existe toujours une part incompressible de violence. Dès lors, la création d'un système de suivi en continu des évènements précurseurs de violence passe par une analyse des évènements déjà survenus. *« Le traitement n'a pas pour finalité d'empêcher toutes violences, mais d'éviter la reproduction des conditions qui ont conduit à une situation de violence. En cela le traitement participe aussi à la prévention, car il permet d'analyser et de comprendre la situation de violence afin de dégager des perspectives d'action »*[63]. Il a pour finalité de conduire à la mise en place de mesures de prévention, à leur actualisation ou à la vérification de leur pertinence le cas échéant. Elles passent notamment par des mesures organisationnelles imposant la mobilisation de moyens humains, matériels ou financiers. A titre d'exemple, l'exégèse de l'agression physique d'un agent par un résident survenu au CHU au mois de mai dernier permet d'identifier des éléments d'organisation du travail indispensable qui aurait permis de la prévenir :

- La bonne transmission des informations par des outils adaptés et complémentaires (cahier de liaison, réunion d'équipe) assure la cohésion des professionnels et ne permet pas aux résidents d'utiliser les dissensions à leur profit. Une liste actualisée des résidents est établie pour garantir qu'un point régulier sur chaque situation soit fait.
- Le travail en binôme d'AAI garantie la sécurité des agents.
- L'existence de protocoles de prévention et de traitement des violences connus de tous (élaboration en interne garant pertinence et appropriation par les équipes), accessibles et actualisés assure une réaction adaptée à toute situation. Il développe les conduites à tenir, les dispositifs existants tels que la cellule psychologique, le recours aux d'astreintes clairement définie.
- l'organisation matérielle du travail favorise la création d'un climat chaleureux et sécurisant : l'entrée est aménagé de façon à être accueillante tout en étant séparée des espaces collectifs ce qui permet de traiter les situations conflictuelles

[63] Ibid.

à l'écart. Tout en préservant l'ouverture de l'accueil qui met en confiance, il convient peut-être de mettre en place un comptoir d'accueil plus élevé et veiller à ce qu'aucun objet dangereux ne soit accessible.

- La bonne organisation de la prise en charge est également un élément fondamental de prévention des violences en ce qu'elle favorise les conditions apaisantes de séjour. La qualité de l'accueil des premiers jours (visite du CHU, écoute bienveillante), de la désignation d'une personne référente et de l'explication précise de la prise en charge (objectifs, règlement de fonctionnement) permet aux résidents de se situer. A ces aspects individuels s'ajoute la dimension collective. L'objectif est d'assurer l'équilibre du groupe à travers la composition des chambres, la proposition d'activités canalisant les énergies et l'apprentissage de la vie en collectivité.

La direction est responsable de la politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance des usagers mais également du personnel qui constitue la force essentielle de la mise en œuvre des prestations. Ainsi, le positionnement de la direction doit être fort à plusieurs égards :

- La directrice est garante de sa mise en place et de son bon fonctionnement.
- Elle participe activement à la définition de la stratégie de prévention et de traitement des situations de violence. Sa présence n'est pas souhaitée à tous les groupes de travail dont elle délègue la conduite afin de favoriser l'appropriation par les professionnels. En revanche, elle valide tous les travaux et garantie les moyens de leur mise en œuvre.
- En cas de violence, elle les reconnait, arbitre les conflits si nécessaire, prend les décisions d'exclusion des résidents et garantie l'information des personnes quant à leur droit (dépôt de plainte, soutien psychologique).

Les mesures organisationnelles s'appuient sur les compétences des professionnels clefs de voûte du fonctionnement du CHU. La formation initiale ne saurait suffire pour répondre aux besoins évolutifs des usagers et du secteur. Quels sont dès lors les leviers de formations auxquels le directeur peut avoir recours ?

B) L'élaboration d'un plan pluriannuel de formation

Le levier le plus évident pour adapter les compétences aux évolutions des emplois et actualiser les pratiques est le plan de formation. Il crée le lien entre les besoins du CHU et des personnes. La conception du plan de formation est une équation entre les attentes des personnels (connus à travers les entretiens d'évaluations notamment) et les enjeux institutionnels.

Si le plan de formation ne doit pas négliger les besoins constants telles que l'hygiène et la sécurité (incendie, habilitation électrique, attestation de formation aux premiers secours) ou le développement de compétences techniques (utilisation de logiciel), sans oublier bien évidemment les formations diplômantes, un soin tout particulier est apporté à la mise en place d'une formation relative à l'accueil d'un public jeune difficile et fragile dans un contexte d'allongement des durées de séjour.

Actuellement, l'objectif premier au CHU George Sand est de donner les outils pratiques aux professionnels pour faire face aux comportements violents. Ces outils, nombreux, imposent de déterminer les besoins de chaque agent en fonction de divers indicateurs tels que leur fiche de poste, de leur formation, de leur ancienneté. Les AAI de nuits ne sont pas confrontés aux mêmes problématiques que l'équipe d'après-midi ou que les travailleurs sociaux, pas plus qu'un AAI récemment recruté n'a les mêmes besoins qu'un adjoint en poste depuis plusieurs année. Plusieurs axes de formation me semblent pertinents :

- Comprendre les souffrances des jeunes hébergés à travers des formations relatives comme *« Alcoolisme, dépression et précarité »*, *« santé mentale et précarité »*
- Gérer les publics difficiles : « *accueil du public difficile, gestion des comportements agressifs et pathologiques* », « *gestion du stress »* [64].

En outre, pour se doter des outils d'identification, d'analyse, de traitement et de prévention précités, il est indispensable de repérer les agents ressources sur lesquels s'appuyer et de leur permettre de développer des compétences techniques (utilisation de logiciels informatiques) et managériales (encadrement, animation de réunion, évaluation interne, conduite de projet).

Malheureusement le plan de formation idéal, faute de financements, d'existence de formation adaptée ou de la possibilité de dégager un temps suffisant pour les professionnels dont l'effectif est parfois réduit, ne peut que rarement être mise en œuvre dans son intégralité. Il convient dès lors de prioriser les formations à l'aide de critères objectifs (s'assurer que ce ne sont pas toujours les mêmes agents qui en bénéficient, déterminer les priorités pour l'établissement).

[64] Formation proposées par des organismes de formation reconnus des professionnels.

Le plan de formation est annuel. Je préconise désormais le recours à la pluriannualité. Cale permet une réflexion sur l'investissement en matière de formation. La prise en compte du temps est un élément fort de la gestion du plan de formation qui peut être raisonnablement planifié jusqu'à trois ans. Cela permet à court terme de consolider l'existant, à moyen terme de faciliter le changement et à long terme de favoriser des changements fondamentaux par anticipation. La notion de projection dans le temps permet de sortir d'une vision mécaniciste de la démarche formative et oblige à des réflexions internes sur le devenir de l'établissement et sur les actes de développement des services ou encore de la technicité et des compétences.

Une fois les besoins identifiés, le personnel mobilisé, il faut élaborer un cahier des charges précis afin de trouver l'organisme de formation le plus adapté. Il me semble que le choix du dispositif pédagogique doit répondre aux objectifs suivants :

- Une formation ancrée dans la réalité du terrain (population et établissement)
- Une implication de tous les professionnels mais dans un premier temps des agents d'accueil et des travailleurs sociaux, directement en relation avec les usagers
- Une approche globale des comportements de violences et des différentes dimensions en jeu dans la relation avec la population accompagnée
- L'opérationnalité professionnelle de la formation

Il en découle des caractéristiques méthodologiques en conséquence qui sont respectivement :

- Les formations sur site et inter-CHU sont en prise directe avec la réalité du terrain. Outre les économies budgétaires qu'elles induisent, ce type de démarche a l'avantage de conjuguer l'intérêt de l'établissement et de chaque agent contrairement aux formations externalisées et individualisées.
- Les méthodes actives et participantes facilitent l'expression des personnels, la compréhension de leurs préoccupations et de ce fait leur implication.
- Le recours à des sessions de formations et à des prestataires variés.
- Une évaluation est organisée dans le but de mesurer la satisfaction des agents, la qualité pédagogique et la *"transférabilité"* des éléments théoriques. Elle participera à l'amélioration des formations et des choix futurs.

Le plan de formation suppose d'entrer au préalable dans une pédagogie d'information, d'explication et d'adhésion du personnel. La formation passe indéniablement par l'information et le management d'équipe d'autant plus que ce sont des leviers de formation facilement mis en place et peu coûteux.

C) La formation par l'information en interne et par le management d'équipe

Les réflexions sur la nécessité d'adaptation suite à la mise en œuvre du principe de continuité de l'hébergement sont abordées et révélées tout au long de la vie institutionnelle et pas seulement lors de moments formels de formation.

Il serait bénéfique de consacrer un temps formel en réunion d'équipe à la une mise à jour des connaissances pour garantir une information commune. Celle-ci passe par un point sur les évolutions probables et effectives des textes législatifs et réglementaires de référence ainsi que des schémas d'organisation territoriaux et des politiques publiques. Leurs conséquences en interne sont alors discutées. Il apparait indispensable de favoriser les échanges pluridisciplinaires contribuant à une connaissance réciproque et à une approche complète de l'établissement. C'est à cette condition que chacun peut se situer et se positionner justement.

L'information se trouve également dans le travail en réseau. Il faut encourager les professionnels à participer par exemple à des journées d'études proposées par d'autres établissements, des colloques ou à des associations du secteur.

Le management d'équipe a pour but d'assurer l'écoute active, la régulation en vue d'ajuster les pratiques et d'en faire comprendre les enjeux. Ce rôle est assuré en général par l'encadrement de proximité. A George Sand, la petite taille du CHU ne permet la mise en place d'un encadrement intermédiaire uniquement pour l'équipe des AAI. La directrice joue dès lors ce rôle auprès des travailleurs sociaux et de l'équipe administrative. Elle doit faire preuve de disponibilité. Enfin, l'analyse des pratiques est un cadre privilégié pour penser les implications des évolutions du secteur.

L'adaptation à l'emploi des compétences est une priorité en raison du bouleversement introduit par la loi DALO. Dans l'absolue, toute action menée est un non sens en l'absence de projet d'établissement. L'information sur les politiques sociales, les textes réglementaires, les évolutions du métier sont autant de moyens qui assurent l'adaptation de l'institution à la mouvance de l'action sociale et médico-sociale. Ainsi, la démarche est formative, elle favorise le développement de l'institution apprenante. Un axe d'amélioration toute aussi prioritaire est la rédaction du projet d'établissement du CHU.

3.2.2 La levée des confusions institutionnelles par la rédaction du projet d'établissement

A) Le projet d'établissement, fédérateur de l'identité du CHU

Depuis le 1er juillet 2003, un projet d'établissement ou de service doit être élaboré dans chaque établissement ou service social et médico-social. Au-delà de l'obligation légale, le projet d'établissement constitue une réponse aux turbulences et aux mutations de l'environnement, car il marque des éléments de stabilité pour contourner, orienter des influences. Il est la référence institutionnelle qui définit une plate-forme contractuelle. Il revêt un caractère de normalisation tant du point de vue des missions conduites que du public accueilli, ou encore de l'infrastructure physique, administrative et gestionnaire. Les éléments techniques optimisent le fonctionnement de la structure mais ce qui en fait un outil fédérateur est sa dimension symbolique et humaine, en ce qu'il accorde un sens à l'action, autour de valeurs communes suscitant un sentiment d'appartenance à une culture professionnelle. Cet aspect quasi existentiel est générateur de dynamisme.

Placé sous l'autorité du directeur, il doit être une œuvre collective. Il ne peut être l'acte d'écriture d'une seule personne. Il est l'expression de la pluralité des acteurs et met l'institution en mouvement, en position d'apprendre. Il oblige à des recadrages et se révèle être un outil de formation efficace. Son élaboration est l'occasion de réflexions qui conduisent à réinterroger les évidences soit en validant l'existant soit en imaginant de nouvelles formes d'intervention par un enrichissement mutuel des connaissances des différents professionnels. La démarche de projet peut drainer une créativité. Les équipes sont parfois ancrées dans leurs certitudes et n'ont plus le recul pour constater à quel point elles sont dans une reproduction constante de comportements professionnels qui induit une faible efficience et une démotivation.

Le projet d'établissement est en outre un outil projectif. Du latin *projicere*, se projeter, le concept de projet est tendu vers l'avenir. Il doit permettre d'entrevoir et d'identifier les directions à prendre. En cela, il est directement lié à la fonction de direction car il oblige à anticiper, prévoir et planifier. Etabli pour une durée maximale de cinq ans, le projet d'établissement est donne des orientations générales à moyen et long terme. Elles permettent à l'équipe de se situer dans une dynamique de changement. La pertinence des perspectives dépend de la qualité de l'évaluation des besoins. Elle implique la mesure des écarts entre les objectifs fixés et les résultats observables. De cette distorsion découle des projets d'amélioration. Le projet d'établissement devra prévoir la mise en

place de la démarche d'évaluation en interne. Chantier immense s'ajoutant aux autres, elle est toutefois indispensable.

Outil de communication interne mais également externe, un soin tout particulier doit être apporté à son élaboration.

B) Proposition d'une méthode d'élaboration du projet d'établissement à George Sand

Je préconise de débuter la réalisation en Janvier 2009 et de l'achever selon un calendrier contraint, en Janvier 2010. L'idée est de laisser aux équipes le temps de retrouver un quotidien stable dans le CHU rénové mais de ne pas tarder à recadrer leur mission. Etaler la rédaction sur plus d'un an n'est pas souhaitable d'une part pour ne pas lasser les professionnels et d'autre par pour ne pas chevaucher le lancement de la reconstruction.

Les étapes de réalisation sont, à mon sens, au nombre de cinq :

- Janvier et février : Phase de cadrage et de diagnostic par la directrice en lien avec le CASVP dont il découle la définition des champs à explorer au rang desquels les références institutionnelles (cadre juridique et territorial, histoire et valeurs de l'établissement), l'offre de service (le public accueilli, les prestations offertes et les moyens humains, matériels et financiers dévolus), le système d'évaluation interne et les perspectives et projet d'amélioration. Cette trame peut servir d'ossature lors de la rédaction du projet d'établissement.
- Mars : Phase de lancement de la démarche par le directeur. Ce moment est primordial. De la capacité de la directrice à fédérer et à montrer que la rédaction du projet d'établissement, au-delà de l'obligation légale, est primordiale et produira un mieux-être, dépend la réussite. Cette étape s'accompagne d'une programmation précise (moyens mobilisés, délais, organisation) afin de rassurer les professionnels.
- Avril à Septembre : Phase de consultations et de réflexion. Elle est assurée par des groupes de travail pluridisciplinaires et thématiques composés essentiellement des professionnels de l'établissement et le cas échéant de partenaires ou d'experts. La taille réduite de l'établissement peut au premier abord apparaitre comme un élément de communication facilitant, favorable à une réalisation rapide. En réalité, le petit nombre d'agents rend difficile l'organisation car les éléments moteurs sont souvent les mêmes, au risque de s'épuiser et il est complexe de dégager un temps de travail dédié au projet d'établissement sans nuire aux missions du CHU. Je préconise le recours à un consultant externe. Il ne doit en

- Octobre et Novembre : Phase est la formalisation du projet. Le consultant remettra un pré-projet résultant des travaux des groupes à chaque professionnel qui aura quinze jours pour le lire. A l'issue de ce délai, une réunion plénière animée par la directrice permettra de procéder aux derniers ajustements. Une demi-journée y sera consacrée. La directrice se chargera de la rédaction finale et le consultant de la mise en forme de supports de communication.
- Décembre : Phase de validation du projet. Elle suppose une communication au comité technique d'établissement (CTE) pour avis puis au conseil d'administration (CA). Si des ajustements sont nécessaires, la directrice s'en charge et procède à une information explicative en interne. Le document validé sera remis à chaque professionnel de l'établissement et consultable pour les résidents et des partenaires. Pour respecter les délais, cela suppose d'avoir demandé au gestionnaire la tenue d'un CTE et d'un CA bien en amont.

La formation et le cadrage des missions du CHU devraient permettre aux professionnels d'appréhender les nouvelles difficultés avec plus de sérénité. Toutefois, les causes structurelles demeurent. Il est possible de s'appuyer sur la dynamique de changement dans laquelle l'équipe est lancée pour procéder à une adaptation en profondeur de l'offre.

3.3 L'adaptation structurelle de l'offre

Face à l'inadéquation des prestations proposées au CHU au regard des besoins de certains jeunes hébergés, l'établissement propose aux autorités de contrôle, via le gestionnaire, dans le droit fil du SAHI parisien, de redéployer l'offre d'hébergement pour les jeunes en situation de rupture, lors de l'extension du CHU.

3.3.1 Présentation générale du projet

A) Proposer une orientation personnalisée aux jeunes hébergés en urgence

L'hébergement d'urgence doit maintenir toute sa spécificité d'accueil immédiat, inconditionnel et gratuit visant à mettre la personne hors de danger en lui offrant un gite et un couvert, favorisant son rôle d'observation en vue d'une orientation personnalisée. L'absence de services adaptés les jeunes à demeurer en CHU alors même que l'accompagnement proposé est inadéquat. Pour lutter contre l'embolie, en aval de la plateforme d'urgence, quatre services doivent être proposés[65] :

- Un service à destination de jeunes pouvant formuler un projet d'insertion par la formation, l'emploi et le logement : le CHRS. L'actuel CHRS Pixerécourt offre en ce sens trente cinq places
- Un service d'accueil séquentiel de jeunes majeurs à titre expérimental peut être pensé au sein des places d'urgence
- Un hébergement de stabilisation permettant aux jeunes *« désabusés »* de se poser peut être ouvert par transformation de places de l'actuel CHU
- Un service innovant pour les jeunes souffrant de troubles du comportement est à créer.

En matière de public accueilli, je propose d'opter pour une double évolution. D'un côté, la diversification du public permet d'accepter les jeunes filles et les couples afin de prendre en compte les besoins du territoire relayés par nos partenaires. Partenaires sur lesquels il conviendra de s'appuyer pour garantir la connaissance de ce nouveau type de population. Cette option ne sera pas effective immédiatement, ce qui permet aux professionnels de se familiariser avec cette perspective. Nombreux y sont favorables dans la mesure où le besoins et réel et que cela leur permet de diversifier leur activité. De l'autre, la diminution de la tranche d'âge de 18 à 25 ans est plus conforme aux besoins et permet, dans une certaine mesure, de compenser l'augmentation induite par l'ouverture aux jeunes filles. Ce choix est symboliquement fort car il est contraire à la logique gestionnaire selon laquelle les jeunes de 26 et 27 ans bénéficient de revenus plus important ce qui pourrait compenser la faible participation des plus jeunes dans le CHS[66] notamment.

---

[65] Voir schéma en annexe 2

[66] Si le CHU est gratuit, le décret n° 2001-576 du 3 juillet 2001 relatif aux conditions de fonctionnement et de financement des CHRS consacre et encadre le principe de la participation financière des résidents aux frais d'hébergement. Il institue un barème mis en œuvre par arrêté préfectoral. Le CHS ayant statut de CHRS est soumis aux mêmes conditions.

B) Les agréments et les financements

Les structures qui pratiquent l'hébergement de stabilisation ont le statut juridique de CHRS. Le CHS devra donc faire l'objet d'un avis du comité régional de l'organisation social et médico-social (CROSMS). Financé par l'Etat sous la forme d'une dotation globale[67], il est autorisé par le préfet de département.

Les services à caractère expérimental sont soumis à un régime particulier d'autorisation. Sans préjudice des dispositions du code de la sécurité sociale qui les organisent[68], ils sont autorisés par le préfet de département, par le président du conseil général ou conjointement par ces deux dernières autorités, après avis du CROMS. L'accueil séquentiel recevra un financement du département au titre de l'ASE sous forme de prix de journée[69], autorisé par le président du Conseil Général. Le service à destination des jeunes souffrant de troubles du comportement recevra quant à lui une subvention de l'assurance maladie.

En vertu du décret du 22 octobre 2003 qui a refondu les règles budgétaires et tarifaires, lorsqu'un même établissement poursuit plusieurs activités qui font l'objet de modalités de tarification ou de sources de financements distincts, l'exploitation de chacune d'entre elles est retracée séparément dans la section d'exploitation du budget général de l'établissement. La présentation sous forme de budgets annexes est également possible, à la demande ou avec l'accord de l'autorité de tarification, pour les activités justifiant que soient connues leurs conditions particulières d'exploitation. L'établissement n'étant pas autonome, le choix de la présentation budgétaire, nonobstant les directives des financeurs, appartient au CASVP. Pour plus de clarté, les services innovants relèvent à mon sens d'un budget annexe dans la mesure où ils sont expérimentaux et à ce titre non pérennes. Il est fort probable qu'ils fassent l'objet d'une subvention rediscutée annuellement. Ils sont autorisés pour une durée de cinq ans maximum au regard de leur évaluation interne. Il en va de même pour le CHU qui bénéficie historiquement d'une subvention annuelle malgré tous les désavantages que cela implique.

[67] Décret n°2003-1010, 22 Octobre 2003, articles 111, 155 à 162
[68] Articles L162-31 et L162-31-1 du code de la sécurité sociale
[69] Décret n°2003-1010, 22 Octobre 2003, articles 114 à 118

C) La mutualisation des moyens matériel et humains

Les différents projets présentés s'appuient tous sur la réalisation d'un bâti neuf suite à la reconstruction du CHU George Sand actuel. La reconstruction aura lieu sur une parcelle de trois fois supérieure à la surface actuelle. Les architectes programmistes ont en outre élaboré un projet architectural sur quatre niveaux permettant d'obtenir une superficie totale d'environ 3000m². Il est possible de penser les différents services à travers un projet architectural adapté.

La mutualisation du personnel administratif devrait permettre le recrutement d'une secrétaire médicale ayant une expérience du secteur sanitaire, social et médico-social. Elle assurera le secrétariat des différents services et sera notamment chargée de la gestion administrative des dossiers des résidants. L'acquisition d'un logiciel performant de suivi des dossiers et d'extraction des données, fondamentale pour l'obtention de données objectives en vue de l'évaluation interne, sera également rendue possible par la mutualisation des moyens financiers.

La promotion de la santé et de la culture sera aussi favorisée.

Enfin, des partenariats plus informels, en partie assis sur l'expérience du CHU George Sand et du CHRS Pixérécourt, seront tissés en matière d'emploi (Centre d'aide à la vie active), de formation et de logement.

3.3.2 Redéploiement des places d'urgence par transformation

A) Le maintien de trente places d'hébergement d'urgence, plateforme d'orientation personnalisée

La rédaction du projet d'établissement et l'adaptation des compétences et des pratiques professionnelles, auront normalement permis au CHU George Sand de recentrer l'activité sur sa mission initiale, redonnant tout son sens à l'existence d'un hébergement d'urgence. Les besoins d'accueil immédiat pour mise hors de danger et observation sont incompressibles. Cependant, une analyse des rapports d'activité sur trois ans fait ressortir qu'en moyenne, vingt des places actuelles ne répondent pas à un hébergement d'urgence mais sont embolisées par des jeunes dont l'orientation est déjà déterminée. C'est pourquoi, il convient de maintenir le CHU tout en procédant à une diminution du nombre de places. Le projet d'établissement du CHU deviendra, dans le cadre du projet de redéploiement, un projet de service.

B) La transformation de cinq places d'urgence en accueil séquentiel de jeunes en situation de rupture avec l'aide sociale à l'enfance, un service à caractère expérimental

Le CHU accueille chaque année une quinzaine de jeunes dont le contrat jeune majeur a été rompu avant les 21 ans ou à qui un contrat jeune majeur n'a pas été proposé bien qu'ils aient bénéficié d'une prise en charge par l'ASE précédemment. Les raisons de la rupture du contrat ou de la non proposition de contrats sont multiples mais peuvent être classées en trois catégories : « ras le bol » de la prise en charge éducative, refus de respecter le cadre, déni de la réalité. Le passage du statut de mineur ou de jeune majeur protégé à celui d'exclu est violent : ils ne prennent conscience des conséquences de leurs actes qu'au moment où ils appellent le 115 et découvrent l'inconfort et les contraintes de l'accueil d'urgence. Malheureusement la rupture, dans la mesure où elle n'a pas été pensée, entraîne parfois des conséquences irrémédiables et il est complexe de réintégrer le dispositif jeune majeur même si l'épreuve de la réalité a été suffisante pour leur faire prendre conscience de l'intérêt pour eux du dispositif jeune majeur.

Cinq places d'urgence, au sein du CHU, seraient donc réservées à des jeunes entre 18 et 21 ans qui n'ont pas obtenu de contrat jeune majeur ou qui risquent la fin du contrat en raison de leur comportement. Ils continueraient à bénéficier d'une admission à l'aide sociale à l'enfance mais ne seraient plus hébergés dans le dispositif de l'ASE. Les admissions se feraient sur demande des associations dans lesquelles ils ont été placés pour une durée non définie. Le principe est de leur faire réaliser ce que signifie concrètement la rupture du contrat jeune majeur en termes de conditions de vie tout en leur laissant une chance de réintégrer le dispositif ASE s'ils respectent le règlement du CHU. Ils continueraient pendant cette période d'être suivis par leur référent de l'ASE. Dés réunions de synthèses seront organisés régulièrement pour évaluer s'il y a lieu de rompre définitivement le contrat jeune majeur ou si cette épreuve de la réalité a eu l'action éducative attendue et qu'ils ont désormais acquis la maturité nécessaire pour respecter les engagements du contrat jeunes majeurs.

En raison du jeune âge de nos résidents, les équipes du CHU George Sand travaillent en lien étroit avec des associations ayant un agrément ASE ou des services de l'ASE ayant un suivi de jeunes en FJT. Le réseau *Relo-je* m'a permis de les rencontrer à plusieurs reprise et j'ai pu mesurer combien les ruptures anticipées des contrats qui se terminent par une entrée dans le dispositif 115 sont toujours un échec sans possibilité de retour dans la mesure où le jeune est alors sorti du dispositif ASE. C'est pourquoi, le projet porté

par le CHU George Sand a obtenu leur adhésion. Il convient maintenant de fixer les modalités de partenariat précisément.

Il ne s'agit pas de création de places mais d'une transformation de places dans l'optique de mieux accueillir ces jeunes que de toute manière le CHU accueille déjà.

C) Quinze places d'hébergement de stabilisation pour travailler sur le désir de réinsertion

Le PARSA prévoit la mise en place d'un nouveau type d'accueil pour les personnes à la rue : l'hébergement de stabilisation. L'objectif est de proposer *« une offre alternative de durée moyenne, à haut seuil de tolérance, conçue autour d'un séjour souple et individualisée»* en vue *« de se ressourcer et de reconstruire un projet d'insertion en direction des dispositifs de droit commun de l'insertion et du logement »*[70].

Destiné aux jeunes déjà chronicisés dans l'urgence, la stabilisation est conçue comme une période pendant laquelle les personnes peuvent enfin se « poser » après une succession de ruptures caractérisées par de l'errance et des passages dans le secteur de l'urgence. L'idée du bas seuil de tolérance est de donner le temps aux jeunes dont le désir de s'insérer n'est plus là, de redonner un sens à la vie en société. L'objectif n'est pas de proposer rapidement une réponse d'insertion par le logement et l'emploi, mais de permettre au jeune de retrouver la confiance en lui suffisante pour poser les bases d'un projet de vie qui se fondent sur ses désirs tout en prenant en compte la réalité. Le temps peut varier selon la durée précédente d'errance.

Les modalités d'accompagnement en stabilisation s'appuieront sur le concept de « prise en compte » développé par Saül Karsz[71]. Il permet de rendre à chaque personne, dans le respect de sa dignité et quelle que soit sa détresse, sa liberté de choisir son quotidien, la vie institutionnelle et son avenir. Cela implique une part d'auto organisation et donc de participation des hébergés dont la situation le permet dans la gestion quotidienne de l'établissement (repas, activités le week-end…). Dans ce « sas » que constitue dans le parcours de la personne le passage en stabilisation, il importe de créer des moments de

---

[70] Instruction DGAS du 17 Janvier 2007, annexe 4 – fiche descriptive *« hébergement de stabilisation »* adressé aux DDASS pour qu'elles lancent des appels à projet.
[71] KARSZ S., *Pourquoi le travail social ? Définitions, figures, clinique,* Paris : Dunod 2004

retour sur le vécu. De ce point de vue, la démarche qui privilégie les temps communs en partageant toutes les tâches : nettoyage, préparation des repas, me semble utilement adaptée. Ce principe nécessite toutefois encore une réflexion de l'équipe et une adaptation constante aux résidents. L'implication des usagers dans la vie de l'institution est primordiale. Au delà du cadre légal et notamment de la loi 2002-2, l'établissement favorisera les modes de participation et d'expression des usagers les plus divers (groupes d'expression, de réflexion).

Les jeunes seront hébergés en chambres individuelles composés d'un lit, d'une lumière individuelle, d'un casier sécurisé et d'un petit bloc sanitaire. Il sera important de maintenir quelques chambres doubles afin de prendre en compte les besoins de jeunes ayant l'habitude de vivre à plusieurs du fait de leur culture ou de leur passage à la rue. Dans ce dernier cas, un accompagnement spécifique leur sera proposé afin qu'il puisse affronter la solitude et apprendre à vivre en chambre individuelle progressivement. Dans la logique d'autogestion, le service sera doté de cuisines collectives toute équipée.

Le redéploiement des places d'urgence, s'il est nécessaire, ne répond pas à la difficulté majeure mise en lumière par l'application de l'article 4 : l'absence de structure vers lesquelles orienter les jeunes majeurs souffrant de troubles du comportement. Soutenue par l'équipe et les partenaires, le projet de création d'une structure innovante est une dimension fondamentale du projet d'extension du bâti.

3.3.3 La création d'un service innovant destiné aux jeunes souffrant de troubles du comportement

"Les situations des personnes vulnérables étant diverses et complexes, des alternatives aux dispositifs existants doivent être envisagées pour répondre aux besoins de tous."[72]
Actuellement, aucune structure juridique existente n'est satisfaisante au regard des besoins des jeunes souffrant de troubles du comportement tel que je les ai décrit précedemment. La raison essentielle est que les troubles du comportement sont appréhendés plus à travers des symptômes que d'un diagnostic et ne représentent pas une entité classique permettant une comparaison directe avec d'autres diagnostics

[72] Fiche n°9 : programmation de dispositifs innovants - Conférence régionale sur l'hébergement, pré-rapport Avril 2008

permettant l'orientation vers un établissement sanitaire. Or, il convient de ne pas détourner les dispositifs existants[73], la création d'un nouveau type s'impose. La plu value de ce service innovant sur les autres formes d'hébergement est d'être un véritable lieu de vie favorable à l'apprentissage de l'autonomie tout en soutenant le jeune dans la reconnaissance de ses troubles du comportement par une présence de professionnelle sécurisante et des partenariats avec des lieux de soins externes.

A) Un lieu de vie sécurisant pour l'acquisition de l'autonomie

Une présence sera assurée *"24 heures sur 24 et 7 jours sur 7"*. afin d'offrir un cadre rassurant et sécurisant. L'équipe sociale et médico-sociale sera constituée de sept ETP ainsi répartie :

- Deux ETP travailleurs sociaux : ils assureront chacun dix références éducatives et seront garant de l'avancement des projets personnalisés. En lien avec les AMP et l'animateur, ils gèreront les difficultés rencontrées au quotidien par les résidants et les éventuels conflits de voisinage. Ils entretiendront des partenariats divers (emploi/formation, hébergement/logement). Le recrutement d'une conseillère en économie sociale et familiale (CESF) permettra un travaille particulier sur l'autonomie budgétaire des résidents.
- Deux ETP AMP : A la frontière de l'éducatif et du soin, ils joueront un rôle primordial de régulation de la vie quotidienne en les accompagnant tant dans les actes essentiels de ce quotidien (courses, ménage) que dans les activités de vie sociale et de loisirs. Tout en respectant l'autonomie des résidants, leur présence permettra de les rassurer dans leur parcours personnel et de les impliquer dans les projets collectifs en prévention de la rupture ou en faveur de la réactivation du lien social par la lutte contre l'isolement.
- Un ETP animateur qui aidera quotidiennement à instaurer, restaurer ou préserver l'adaptation sociale et l'autonomie des personnes. Il participera à l'observation du résidant, au soutien de l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie quotidienne en liaison avec les travailleurs sociaux. Portant une attention et un soutien, il veillera au développement des capacités d'adaptation des résidents à leur environnement à travers la mise en place d'activités divers et les aidera à accomplir les gestes de la vie quotidienne.

[73] Voir en annexe 3 la nomenclature non exhaustive des dispositifs d'hébergement/logement existants exclus pour l'accueil de jeunes souffrant de troubles du comportement invalidants

- Un ETP infirmier diplômé d'Etat rencontrera tous les résidents à leur arrivée. Il orientera et se mettra en relation avec les partenaires santé. Il assurera notamment la délivrance de traitement et les soins infirmiers nécessaires.
- Un ETP psychologue rencontrera chaque nouveau et se mettra en relation avec les partenaires santé (CMP, hôpitaux…). Il guidera l'équipe quant à la conduite à tenir pour chaque personne en fonction de son éventuelle pathologie. Il désamorcera les situations de crise et accompagnera les équipes dans les conduites à tenir au regard des besoins des s, partant notamment des observations du terrain.

B) Un projet architectural, expression du projet social

A la vue des troubles dont souffrent les résidants, il convient de créer une structure ne dépassant pas vingt places.
L'objectif est de rapprocher le plus possible les conditions de vie de la vie ordinaires, les résidants seront donc logés en appartement répartis comme il suit : 4 studios d'environ 20m² composés d'une pièce principale équipée d'une kitchenette et d'une salle de bain, 13 studios d'environ 30m² composés d'une pièce principale avec une cuisine séparée et d'une salle de bain dont 2 pour personnes à mobilité réduite, 3 appartements d'environ 46 m² composés de deux pièces et d'une cuisine séparée et d'une salle de bain. Ces logements ne seront pas meublés afin de permettre aux personnes accueillies d'acquérir petit à petit leur propre mobilier lorsqu'une sortie vers un logement autonome se dessinera. Un matériel de dépannage pourra toutefois leur être prêté dans un premier temps. Ces appartements ne sont pas, comme en CHU ou CHS, un simple hébergement mais un logement. Le locataire signera un contrat de bail et pourra bénéficier d'allocations personnalisée au logement. Il s'agit d'une logique proche de celle des maisons relais. L'objectif est de permettre au jeune de vivre au plus proche d'une situation autonome. La forme juridique de structure innovante permet une telle d'expérimentation.

Les résidents pourront par ailleurs se retrouver dans des espaces collectifs conviviaux : une cuisine collective toute équipée, une salle polyvalente pour les animations, les actions collectives ou les réunions (CVS etc…). Les locaux comprendront enfin une buanderie et les bureaux dédiés au suivi psychologique, social et administratif.

C) Des conventions de partenariats avec des lieux de soins mais aussi les prémisses d'une réflexion sur les handicaps associés aux troubles du comportement

L'objectif étant de permettre aux jeunes de se saisir pleinement de leur démarche de soin, il est important d'externaliser ce suivi. Un partenariat fort sera donc noué avec le secteur de la santé (addiction et santé mentale). Pour les résidants dont le diagnostic s'orientera vers un handicap psychique, l'établissement assurera le lien, plus informel, avec la MDPH, des résidences accueil, des services d'accompagnement à la vie sociale ou encore les dispositifs d'emplois protégés tels que les centre d'aide à la vie active. L'éthique, en France, rend toujours difficile de considérer des manifestations psychiques hors normes de la maladie mentale ou de la déficience comme relevant du handicap. Pourtant, les jeunes souffrant de troubles du comportement sont, dans leur vie quotidienne, personnelle et professionnelle, gêné par des symptômes invalidants. La structure innovante pourra être l'occasion de systématiser les invalidités afin de les reconnaitre.

En matière d'emploi et de logement adaptés, le CHRS Pixérécourt a déjà en partie constitué ce réseau sur lequel il convient de s'appuyer. Le partenariat permet un décloisonnement des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Un des principes fort est de développer des partenariats pérennes. Il sera effectif à travers des conventions de partenariat. Des places réservataires pour chaque partenaire santé sont garanties en l'échange du suivi des jeunes de l'établissement. Le service reste le lieu de vie, toutefois, la convention avec l'hôpital psychiatrique du secteur prévoir une possibilité d'accueil séquentiel en cas de crise afin de préserver le jeune, le collectif et de ne pas laisser les professionnels désœuvrés. Un comité de pilotage réunissant tous les partenaires se réunissant trois fois pas an pour assurer la pertinence des orientations et évaluer l'activité (avis sur le projet de service, l'évaluation interne et le rapport d'activité), une commission d'admission réunissant les partenaires pour statuer sur les admissions, les prolongations ou les fins de contrat. La décision finale appartiendra toutefois au directeur. Des réunions de synthèse pour chaque jeune peuvent être tenues à la demande de l'un des partenaires. Enfin, une communication régulière sera assurée par tous moyens (mail, téléphone, courrier) afin d'assurer la cohérence de l'accompagnement et le soutien des partenaires. Une charte définissant les valeurs et les pratiques professionnelles communes sera annexée à la convention de partenariat.

Conclusion

La loi DALO constitue une avancée juridique remarquable. Pour être effective, elle nécessite cependant que des moyens soient mobilisés. A l'échelon de l'hébergement d'urgence, le droit au maintien récemment consacré met fin à des fins de séjour non respectueuses de la dignité des personnes mais sa mise en œuvre a eu pour corollaire un allongement des durées de séjours. Or, l'urgence, pour remplir ses missions doit rester une plateforme d'accueil en vue d'une orientation rapide vers une structure adaptée aux besoins des usagers. Le processus qui conduit à la rue est complexe et ne saurait être réduit à l'absence de logement. L'accueil en urgence est un premier pas vers une réinsertion. Pour être pérenne, elle doit être personnalisée pour chaque usager. L'engorgement a mis en lumière la nécessité d'adapter l'offre aux besoins d'une population protéiforme, tel est l'origine des améliorations du CHU George Sand.

«Aucun acte professionnel ne se répète jamais, chacun est une création singulière en réponse à une situation singulière. Il faut donc abandonner l'illusion de réponses prêtes à servir qui tiendraient dans l'application rigoureuse de procédures attestées. Non que les procédures soient inutiles, mais les instruments ne valent que par la personne qui les emploie et la réflexion qui anime la découverte de chaque situation dans sa singularité »[74]. Ainsi, la réponse apportée par le CHU George Sand, si elle mobilise des leviers de direction classiques, n'est ni transposable et ni éternelle. Elle est née de l'interaction des besoins de nos résidents, des personnalités des professionnels et du contexte législatif et politique porteur d'amélioration à un moment donné.

L'adaptation aboutie, le cheminement ne s'arrêtera pas là. La qualité des prestations offertes ne sera garantie que par l'évaluation régulière de leur mise en œuvre. Si elle met en exergue un dysfonctionnement gênant la réalisation des objectifs fixés, elle doit permettre d'en identifier les causes afin de les enrayer, conduisant à des ajustements plus ou moins d'ampleur.

---

[74] DUBREUIL B. Le travail de directeur en établissement social et médico-social – analyse de la pratique DUNOD 2004. pXI

Bibliographie

Ouvrages

- BAUDRILLARD J., *La société de consommation*. Folio Essais, Paris : Gallimard, 1970. 318p.
- BORGETTO M. et LAFORE M., *Droit de l'aide et de l'action sociales*. Domat droit public, Paris : Montchrestien, 2004. 653p.
- BOURDIEU P., *La misère du monde*. Points, Paris : Seuil, 1993. 1460p.
- CASTEL R., *L'insécurité sociale, qu'est-ce qu'être protégé.* La République des idées, Paris : Seuil, 2003. 95p.
- CASTEL R., *les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat.* Folio Essais, Paris : Gallimard, 1999. 813p.
- CHAUVIERE M., *Trop de gestion tue le social – essai sur une discrète chalandisation*. Alternatives Sociales, Paris : Editions La Découverte, 2007. 211p.
- DECLERCK P., *Les Naufragés – avec les clochards de Paris*. Terre Humaine, Paris : Plon, 2001. 448p.
- DECLERCK P., *Le sang nouveau est arrivé*. Folio Gallimard, 2005. 129p.
- DUBREUIL B., *Le travail de directeur en établissement social et médico-social – analyse de la pratique*. Paris : Dunod, 2004. 226p.
- FOURASTIER J., *Les Trente Glorieuses*. Pluriel, Paris : Hachette, 1979. 288p.
- FREUDENBERGER H., *Staff burnout*, Journal of Social issues, 30. p.221
- KARSZ S., *L'exclusion définir pour en finir.* Les pratiques sociales, Paris : Dunod, 2004. 168p.
- KARSZ S., *Pourquoi le travail social ? Définitions, figures, clinique,* Paris : Dunod, 2004. 160p
- LEFEVRE P., *Le guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social,* Paris : Dunod, 1999. 305p.
- LEVI P., *Si c'est un homme.* Pocket, Turin, 1987. 315p.
- LIPOVETSKY G., *L'ère du vide : Essai sur l'individualisme contemporain*. Folio Essai, Paris : Gallimard, 1983. 327p.
- LOUCHE C., *Psychologie sociale des organisations.* Cursus, Paris : Armand Colin, 2007. 210p.
- MINTZBERG H., *Structures des organisations.* Les références, Editions des organisations, 1978. 434p.

- MIRAMON JM., *Manager le changement dans l'action sociale*. Editions ENSP, Rennes, 2001. 99p.
- MIRAMON JM., *Le métier de directeur – techniques et fictions*. Editions ENSP, Rennes, 2005. 270p.
- PAUGAM S., *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Le lien social, Paris : PUF, 2005. 255p.
- VERDES-LEROUX J., *Le travail social*. Les éditions de minuit, Paris, 1978. 273p.
- WACJMAN C., *Adolescence et troubles du comportement en institution*, Paris : DUNOD, 2007. 276 p.

Articles de périodiques

- BAUDET-CAILLE V., "La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale". *Supplément ASH* Octobre 2004. 49 p.
- DE SAINT JUST J.-L., *La transmission du savoir professionnel dans la formation au métier d'éducateur spécialisé : l'exemple des groupes d'analyse de pratique*. In Forum Revue de la recherche en travail social, 2002, n°100, pp. 21-34.
- DELUCHEY JJ., tribune libre – ASH n°2562 13 juin 2008 p.35-36
- DERREZ P. "Le logement des personnes défavorisées". *Supplément ASH*, Octobre 2007 132p.
- DURNING P. "La violence des adultes en internat : une réaction révélatrice d'une perturbation du climat socio-émotionnel". *Vie sociale et traitements*, Décembre 1983, n°149.
- KERVELLA J.-P., Formation professionnelle et lutte contre l'exclusion. In Espace social, mars 2000, n° 11, pp. 61-64.
- LE BRIS M., *Hébergement de stabilisation – Au cœur des haltes, priorité au temps de la reconstruction*. ASH n°2532 23 novembre 2007 p.35-38
- PAQUET M., *Une prise en charge par-delà les clivages sanitaires et sociaux*. ASH n°2530 p.19-21
- ROUSSILLON R., *La logique du plus faible*, Les cahiers de Rhizome. 2008. p.16-18
- SCHALLER J-J., L'accompagnement des personnes déficitaires : Vers l'acquisition d'une compétence collective. In VST : revue du champ social et de la santé mentale, 2006, n°92.
- SOCHARD L., Quand les plus pauvres forment les professionnels. In TESS, janvier 2006, n°25, pp.33-35.

Rapports

- DASES, Février 2007, *Communication sur l'effort de la collectivité parisienne en matière d'insertion et de lutte contre l'exclusion – Bilan 2001- 2006 Perspectives 2007 (bleu budgétaire)*. 56p.
- ANESM, Juillet 2008 - *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées.* 32p
- ANESM, Juillet 2008 - *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. 47p.
- ANESM, Juillet 2008. - *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* - 38p.
- HCPLD, Décembre 2004 - *L'hébergement d'urgence : un devoir d'assistance à personnes en danger*, 10ème rapport. 107p.
- HCLPD, Octobre 2006. - Rapport au Premier Ministre sur l'expérimentation locale du droit au logement opposable - 47p. Disponible sur Internet : http://www.hclpd.gouv.fr
- HCLPD, Mars 2008 - *Dérouler les implications du droit au logement opposable*, 13ème rapport, p. 81. Disponible sur Internet : http://www.hclpd.gouv.fr
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE, Mars 2005. – Référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement, insertion, p.37
- FONDATION L'ABBE PIERRE POUR LE LOGEMENT, Février 2008 – Rapport sur l'Etat du mal logement en France, Chapitre 2 p.60-105. Disponible sur Internet : http://www.fondation-abbe-pierre.fr
- CONFERENCE REGIONALE SUR L'HEBERGEMENT DES PERSONNES SANS ABRI EN ILE DE France, Avril 2008 – Copie du pré-rapport remis par le CASVP aux directeurs de CHU.
- PINTE E., *Propositions pour une relance de la politique de l'hébergement et de l'accès au logement*, mardi 29 janvier 2008. 14p.
- FNARS, *Conférence de consensus « sortir de la rue »*, rapport du jury 5 décembre 2007 recommandations. 51p.
- LAMBERT A., *Révision générale des politiques publiques – Les relations entre l'Etat et les collectivités locales*, décembre 2007. 42p.
- DRESS, Janvier 2008, *L'hébergement d'urgence dans les CHRS - résultats de l'enquête ES 2004*, n°620. 7p.

Mémoires D3S

- KUGELSTADT M., Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale : évolutions actuelles et enjeux futurs. D'un accueil asilaire à une prestation de service ?. 2005
- SANSON J., *L'architecture au service de la mission éducative : une stratégie de direction – l'exemple du foyer départemental de l'Enfance et de la famille de la Loire.* 2007

Texte de loi *(consultables sur* http://www.legifrance.gouv.fr*)*

- Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – version consolidée au 1er janvier 2008
- Loi n°1998-657, 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale
- Décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Circulaire DGAS/1A/LCE/2007/90 du 19 mars 2007 relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri
- Circulaire n°5279/SG du 22 février relative à la mise en œuvre du grand chantier prioritaire 208-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri

Sites internet

http://www.anesm.sante.gouv.fr/

http://www.assemblee-nationale.fr/

http://www.hclpd.gouv.fr

http://www.insee.fr/fr

http://www.legifrance.gouv.fr/
http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/
http://www.senat.fr/

Liste des annexes

ANNEXE 1 – Trame des entretiens menés auprès des résidents en vue de la restructuration du CHU

ANNEXE 2 – Projet d'extension du CHU par redéploiement et création

ANNEXE 3 – Nomenclature des dispositifs d'hébergement/logement existants exclus pour l'accueil de jeunes souffrant de troubles du comportement invalidants.

ANNEXE 1

Date de réalisation du questionnaire : ------/------/2007

Enquêteur : ----------

Code du questionnaire : ----------

ENQUETE AUPRES DES RESIDENTS

Rappeler que dans le cadre d'un projet de restructuration du centre d'hébergement d'urgence (CHU) George Sand nous souhaiterions avoir leur avis sur les prestations actuelles en matière d'hébergement. Bien souligner que ce questionnaire est strictement anonyme et confidentiel.

QUESTIONS GENERALES

- Quel âge avez-vous ? ----------
- Où résidez vous? (cochez la bonne case)
- ❑ CHU George Sand
- ❑ CHRS Pixerécourt
- ❑ Autres, précisez : ----------
- Depuis combien de temps ? ----------
- Où viviez-vous avant d'être là ? ----------
- Pendant combien de temps ? ----------
- Avez-vous des objectifs particuliers ?
- ❑ Aucun objectif particulier
- ❑ vous reposer
- ❑ trouver un logement
- ❑ trouver un emploi
- ❑ rencontrer des gens
- ❑ vous soigner
- ❑ Autres, précisez : ----------

CHAMBRE

- Quelle type de chambre avez-vous connu dans les différents centres d'hébergement où vous avez vécu ? (plusieurs réponses possibles)
- ❑ box
- ❑ dortoir
- ❑ chambre double
- ❑ chambre individuelle

- Que pensez-vous du confort général de votre chambre à George Sand ?

(Une seule réponse possible)

- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

- Que pensez-vous des éléments suivants de votre chambre à George Sand ?

(une seule réponse possible)

1. Taille de la chambre

- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

2. Intimité
- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

3. Tranquillité
- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

4. Sécurité
- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

5. Lumière
- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

6. Lit
- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

7. Propreté
- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

➢ Pour vous, personnellement, qu'est-ce qui vous semble le plus important dans une chambre en centre d'hébergement d'urgence ? (plusieurs réponses possibles)
- ❑ Bureau
- ❑ Lumière individuelle
- ❑ Lavabo
- ❑ Prise électrique
- ❑ Casier sécurisé
- ❑ Autres, précisez : ----------

Autres remarques, critiques ou suggestions pour améliorer les chambres : ----------

----

REPAS

➢ Pour vous personnellement, préférez-vous :

1. petit-déjeuner
- ❑ seul
- ❑ en collectivité
- ❑ indifférent

2. déjeuner
- ❑ seul
- ❑ en collectivité
- ❑ indifférent

3. dîner
- ❑ seul
- ❑ en collectivité
- ❑ indifférent

➢ Que pensez-vous de la qualité des repas à George Sand ?

1. Quantité
- ❑ Tout à fait suffisant
- ❑ Plutôt suffisant
- ❑ Plutôt pas suffisant
- ❑ Pas de tout suffisant

2. Goût
- ❑ Tout à fait bon
- ❑ Plutôt bon
- ❑ Plutôt pas bon
- ❑ Pas bon du tout

3. Variété
- ❑ Très satisfaisante
- ❑ Plutôt satisfaisante
- ❑ Plutôt pas satisfaisante
- ❑ Pas de tout satisfaisante

4. Apport énergétique
- ❑ Tout à fait suffisant
- ❑ Plutôt suffisant
- ❑ Plutôt pas suffisant
- ❑ Pas de tout suffisant

Autres remarques, critiques ou suggestions concernant les repas----------

---

ESPACES COLLECTIFS

➢ Que pensez-vous de l'aménagement des espaces collectifs du CHU George Sand ?

1. salle à manger
- ❑ Tout à fait satisfaisante
- ❑ Plutôt satisfaisante
- ❑ Plutôt pas satisfaisante
- ❑ Pas de tout satisfaisante

2. espace TV
- ❑ Tout à fait satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

3. Bibliothèque

- ❑ Tout à fait satisfaisante
- ❑ Plutôt satisfaisante
- ❑ Plutôt pas satisfaisante
- ❑ Pas de tout satisfaisante

4. Jardin

- ❑ Tout à fait satisfaisant
- ❑ Plutôt satisfaisant
- ❑ Plutôt pas satisfaisant
- ❑ Pas de tout satisfaisant

Autres remarques, critiques ou suggestions concernant les espaces collectifs : ----------

---

➢ Pensez-vous qu'il est important ou pas important d'avoir des espaces collectifs dans un centre d'hébergement d'urgence ?

- ❑ Tout à fait important
- ❑ Plutôt important
- ❑ Plutôt pas important
- ❑ Pas de tout important

➢ Quels espaces vous semblent indispensables ?

- ❑ Salle à manger
- ❑ Espace de détente
- ❑ Bibliothèque
- ❑ Salle Internet / Wifi
- ❑ Salle de sport
- ❑ Lieu de culte
- ❑ Aucun

Autres, précisez : ----------

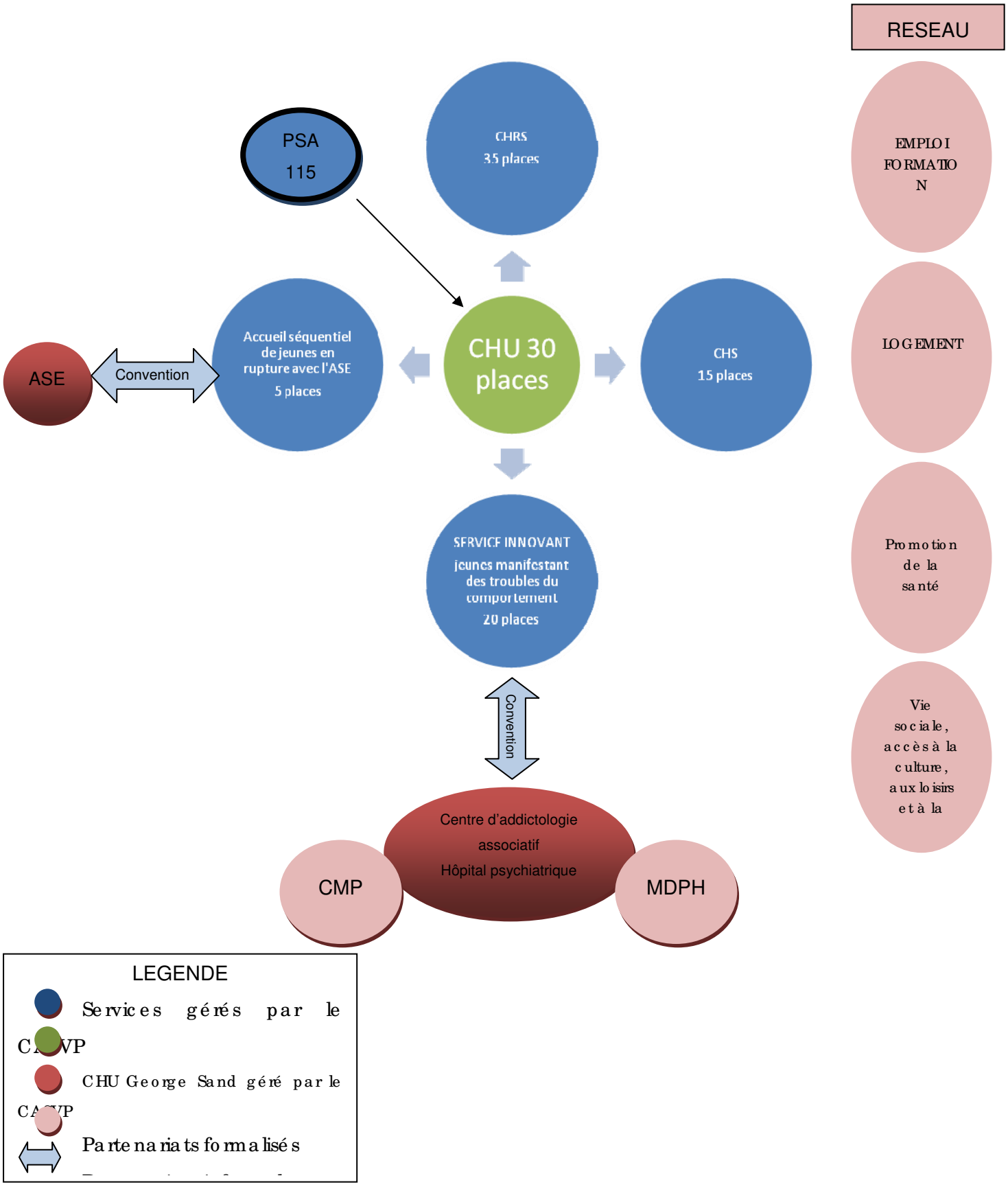
➢ Quelles autres idées en vue de la reconstruction du CHU George Sand souhaitez-vous nous soumettre ?

➢ Comment décririez-vous le CHU idéal ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

ANNEXE 2

Projet d'extension du CHU par redéploiement et création



ANNEXE 3 – Nomenclature non exhaustive des dispositifs d'hébergement/logement existants exclus pour l'accueil de jeunes souffrant de troubles du comportement invalidants

NOMENCLATURE ET TEXTES APPLICABLES	PERSONNES VISEES	ORIENTATION
Foyer de vie Décret n°77-1547 du 31/12/1977	Personnes ne pouvant travailler, ne disposant pas de réquisit minimum des actes quotidiens et nécessitant une surveillance médicale	Orientation MDPH
Maison d'accueil spécialisée Décret n°78-1211 du 26/12/1986 Circulaire n°62/AS du 28/12/1978	Personne manifestant des troubles psychiques et du comportement non autonomes vis-à-vis des actes quotidiens	Orientation MDPH
Foyer d'accueil médicalisé Circulaire n°86-6 du 14/02/1986	Personnes nécessitant une surveillance médicale et des soins quotidiens	Orientation MDPH
Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés Loi n°86-17 du 06/011986 Décret n°77-1547 et 1548 du 31/12/1977	Personnes travaillant en ESAT	Orientation MDPH
Maison Relais Circulaire DGAS/SDA/2002/595 du 10/12/2002	Personnes en situation de grande exclusion	Orientation services sociaux
Résidence accueil Circulaire 2006-13 UHC/IUH2 du 01/03/06 Note d'information et cahiers des charges DGAS/PIA/PHAN 2006/523 du 16/11/2006	Personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours, en capacité de vivre seules en appartement	Orientation services sociaux

NOMENCLATURE ET TEXTES APPLICABLES	PERSONNES VISEES	ORIENTATION
Lieux de vie Décret n°2004-1444 du 23/12/2004 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des lieux de vie et d'accueil	Personnes présentant des troubles psychiques, des personnes handicapées ou en situation de précarité ou d'exclusion sociale (5 à 9 personnes accueillies)	Orientation services sociaux
Résidences sociales Décret 94-1128 à 1130 du 23/12/1994	Personnes et familles en difficultés de logement, en voie d'insertion sociale (assimilés aux foyers logements)	Orientation services sociaux
Service d'accompagnement à la vie active Décret n°2005-223 du 11/03/2005	Personnes handicapées	Orientation MDPH
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés Décret n°2005-223 du 11 mars 2005	Personnes handicapées	Orientation MDPH
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005, Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007	Enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages	Orientation aide sociale à l'enfance