

**INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTÉ
LYON-BRON CH. LE VINATIER**

Promotion 2000 / 2001

Auteur : Evelyne Iehle

Titre : De la Précarité comme Invitation au Changement

<u>PROLOGUE</u>	1
<u>1 - INTRODUCTION</u>	3
1.1 - PROBLÉMATISATION	4
1.2 - POSITIONNEMENT	5
1.3 - ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE	6
1.4 - ACTUALITÉ DE LA RECHERCHE	7
1.5 - ORGANISATION DU DOCUMENT	8
<u>2 - METHODOLOGIE</u>	9
2.1 - MÉTHODOLOGIE D'INVESTIGATION	10
2.1.1 - Choix du terrain d'enquête	10
2.1.2 - Choix du mode d'investigation	11
2.2 - PRESENTATION DE LA METHODE D'ANALYSE	13
2.2.1 - Une représentation systémique	13
2.2.2 - Vers la complexité	15
2.3 - LIMITES ET AVANTAGES DE LA MÉTHODE	16
<u>3 - LA PRECARITE</u>	18
3.1 - LE CONTEXTE SOCIAL	19
3.1.1 - La partie qui nous concerne	21
3.2.2 - Les concepts en jeu	23
3.2 - LE CONTEXTE LEGISLATIF	30
3.2.1 - Rappel historique	30
3.2.2 - Les textes récents	31

4 - L'ENQUÊTE DE TERRAIN	36
4.1 - LA FINALITE	37
4.1.1 - Les motivations	37
4.1.2 - Nécessité de nouvelles structures	38
4.2 - LES FONCTIONS	39
4.2.1 - Connaissance du public	39
4.2.2 - Des pratiques mieux en rapport avec les objectifs	40
4.3 - L'ENVIRONNEMENT	44
4.3.1 - Les statuts	44
4.3.2 - Les partenaires	44
4.3.3 - Les articulations	45
4.4 - TRANSFORMATION	48
4.4.1 - La prévention	48
4.4.2 - Les satisfactions	50
4.4.3 - les difficultés	50
4.4.4 - La poursuite de l'action	52
4.5 - L'ORGANISATION	54
4.5.1 - L'éthique	54
4.5.2 - Le partenariat citoyen	54
4.5.3 - Le rôle du cadre	55
5 - LE CHANGEMENT	57
5.1 - LES OUTILS	58
5.1.1 - Le réseau	58
5.1.2 - L'interdisciplinarité	60
5.1.3 - L'alliance nécessaire	61
5.2 - LE PORTAGE DU CHANGEMENT	62
5.2.1 - L'organisation en "adhocratie"	63
5.2.2 - La nécessité de l'encadrement	65
5.2.3 - Le cadre comme facilitateur	66
6 - L'ERGOTHÉRAPIE "SOIN POLITIQUE" ?	69
6.1 - L'APPROCHE MÉDIATISÉE	70
6.1.1 - Objectiver sa douleur	70
6.1.2 - Devenir qui je suis	71
6.2 - LES COMPÉTENCES SOCIALES	72
6.2.1 - Développer ses relations	72
6.2.2 - Légitimité de l'ergothérapie	73
6.2.3 - Le cadre ergothérapeute	74
7 - CONCLUSION	78

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>82</u>
1 - OUVRAGES	82
2 - DOCUMENTS OFFICIELS	83
3 - RAPPORTS	83
4 - MEMOIRES	84
5 - ARTICLES	84
6 - REVUES (DOSSIERS)	85
7 - INTERNET	85
8 - DICTIONNAIRES	86
<u>ANNEXE I : LEGISLATION</u>	<u>I</u>
<u>ANNEXE II : PRE-ENQUETE</u>	<u>II</u>
<u>ANNEXE III : RECUEIL DE DONNEES</u>	<u>III</u>

Remerciements

A Joël pour sa patience

A Véronique sentinelle sans défaillance

A Laurette dont l'ampleur de pensée égale la générosité

A M. Bellan pour avoir su créer chez moi le conflit socio-cognitif indispensable

PROLOGUE

Chemin faisant

Ce travail de fin d'études adopte la forme d'une recherche exploratoire, dans une approche respectueuse d'un terrain fragile : celui de la précarité.

J'ai plusieurs fois remis en cause la porte d'accès, renonçant au fur et à mesure à des certitudes ou des hypothèses à courte vue, pour accepter en fin de compte d'enrichir cette représentation du monde par les informations remontées du terrain.

J'avais pourtant un début d'hypothèse, flairant une entrée possible par la question cruciale de l'identité, et en ce sens cette recherche aurait pu se construire comme hypothético-inductive. Mais au cours de ce travail, la question de l'identité a été replacée comme une simple notion dans un ensemble conceptuel plus fourni.

Peut-être suis-je tout simplement partie en « field researcher »¹, cherchant à intégrer les paramètres d'un problème dont la complexité interroge plusieurs champs sociaux.

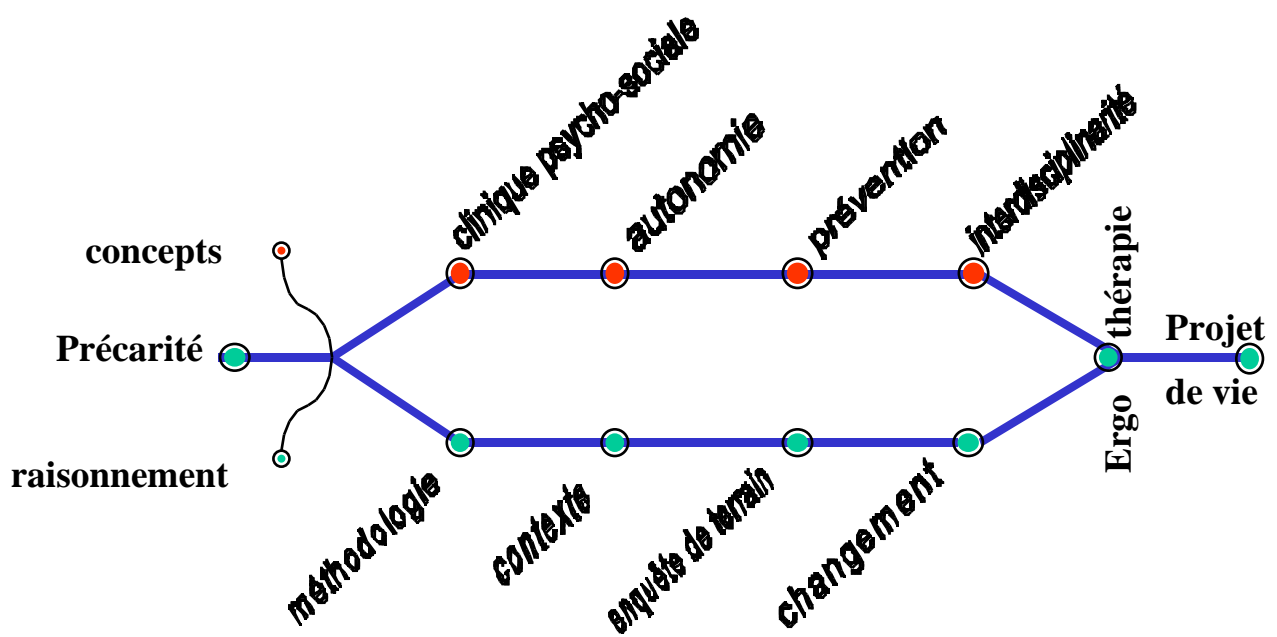
Le référentiel théorique n'a pas été construit avant de partir enquêter, mais il s'est élaboré à partir des rencontres et des entretiens.

C'est pourquoi un va et vient se maintiendra tout au long du document, entre les apprentissages permis par l'enquête de terrain, et les notions plus générales apportées par la lecture.

¹ R. QUIVY et L. VAN CAMPENHOUDT, *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, p. 238.

Par l'effet d'une boucle de rétroaction positive, la carte tracée par les acteurs rencontrés sur le chemin, me rend aujourd'hui auteur de cette action, dont le premier pas est maintenant de rendre compte du difficile "travail de la pensée" (H. Arendt).

1 - INTRODUCTION



Ce schéma matérialise l'ensemble du parcours auquel sont conviés les lecteurs de ce document.

Le cheminement conceptuel s'éclaire en rouge sur la ligne du haut.

Le fil du raisonnement se relie en vert sur la ligne inférieure.

J'espère clarifier ainsi mes intentions qui sont : à propos de précarité, suivre le chemin du changement, jusqu'au projet de vie qui s'adresse autant aux personnes PSP, qu'aux soignants institutionnels.

1.1 - PROBLÉMATISATION

Aucun de nous ne peut échapper à l'omniprésence de la précarité ; mais notre regard s'habitue à traverser les quémandeurs. Nous avons admis l'indifférence comme une sorte de nécessaire protection pour notre confort. Ne pas trop voir, blinder son esprit, puisqu'on ne peut pas réparer toute la misère, et qu'après tout nous ne sommes pas chargés de sauver le monde.

L'ensemble énorme d'une misère sociale organisée qui envahit nos vies, ne serait ce que par le canal médiatique, paraît si gigantesque que chacun de nous le constate avec une fatalité paralysante. L'omniprésence dérangeante de la précarité conduit à une indifférence protectrice de nos vies quotidiennes.

Mais le personnel soignant est confronté aux manifestations visibles de la souffrance psychique. Aujourd'hui la souffrance psychique déborde la clinique purement psychiatrique. Comment la prendre en compte, alors qu'elle s'exprime d'abord dans le champ social ?

La mission première de l'hôpital, au sens historique du terme, était et reste encore l'accueil de tous sans discrimination ou distinction. Elle est d'ailleurs réaffirmée sans ambiguïté dans la Charte du malade.

Pourtant les circonstances qui ont accompagné la promulgation de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, étaient celles de la mort d'une personne sans abri à la porte d'un hôpital parisien. (voir annexe)

La multiplicité des dispositifs de lutte n'a pas renforcé suffisamment leur efficacité et l'institution psychiatrique est interrogée dans son rapport de liaison avec la cité. Dans la chaîne des responsabilités, le soignant doit assumer la part qui lui revient, le tout étant d'en délimiter les frontières.

S'il a été nécessaire à l'aube du troisième millénaire de rappeler la vocation humaniste de l'hôpital, serait-ce que l'option du "tout technique" prenant le dessus, l'affectation des personnels se tournerait exclusivement vers la performance soignante ?

La légitimité de l'approche ergothérapique est précisément que, par définition, son action touche à ce qui fonde pour un individu l'appartenance à un groupe social : son identité.

En effet l'ergothérapie s'établit au croisement du social (ergon : action, oeuvre) et du thérapeutique (therapein : soigner).

1.2 - POSITIONNEMENT

La particularité de mon regard tient à ma double formation, puisque d'infirmière psychiatrique diplômée en 1971, je suis devenue ergothérapeute en 1982, toujours dans le champ psychiatrique.

L'ergothérapie se situe au croisement du monde sanitaire et du monde social, et adopte une vision globale de la personne handicapée. L'ergothérapeute est un acteur de soin dont la spécificité place la personne en tant qu'auteur du processus d'autonomisation rendu nécessaire par le handicap.

"Une des missions de l'ergothérapeute est d'adapter le milieu environnant au handicap, mais aussi d'autonomiser le patient, pour que sa situation soit la plus transitoire possible"².

Le Département de Psychiatrie sociale de l'hôpital de Saint Egrève (Isère), dont je suis issue, est un service intersectoriel. Dans ses multiples partenariats externes il a développé un axe d'ergothérapie communautaire. Il a ainsi noué des relations avec des associations d'aide aux chômeurs, puis d'aide aux exclus, participant de la sorte à un axe institutionnel de prévention. L'expérience la plus innovante a permis de mixer des personnes d'origines culturelles différentes, de générations différentes, et d'histoires différentes (malades et non malades, enfants et adultes, ethnies diverses). Les partenaires institutionnels étant ici : la Santé, l'Education, le Social.

J'ai eu la chance, grâce à la largeur d'esprit de mon encadrement, de pouvoir initier ces pratiques innovantes dans le domaine de la prévention, qui perdurent avec d'autres acteurs. Je suis donc convaincue, par la richesse de nos découvertes, de la possibilité d'actions préventives en direction de la population en situation précaire.

Ce travail de fin d'études m'offre l'opportunité d'agrandir mon champ de vision : m'interrogeant à la fois sur la précarité, la prévention, et la place des techniques ergothérapeutiques sur ce terrain. Sans prétention, et à son niveau, ce document cherche à faire le lien entre une pratique d'ergothérapeute et ma future position managériale de cadre de santé. Il cherche aussi à capitaliser les découvertes et à expliciter, au moins pour mon propre bénéfice, comment l'expérimentation peut constituer, pour l'organisation, une partie d'un processus d'apprentissage.

² Docteur Rigall, Médecin Directeur de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Lyon, conférence du 8 mars 2001.

1.3 - ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE

La rencontre coup sur coup de deux cadres infirmiers supérieurs absolument opposés à une quelconque prise en charge des personnes en situation de précarité par l'hôpital psychiatrique m'a particulièrement surprise.³

En effet les textes indiquent clairement que l'hôpital doit remplir sa mission sociale. Il ne semble pas y avoir de possibilité de choix parmi les missions générales de l'institution. Toutes doivent être remplies, au mieux, en tenant compte des difficultés inhérentes au manque cruel de moyens dont souffre l'hôpital.

L'enquête préliminaire se nourrit de ces réactions sans équivoque. Elle est formalisée par une grille d'entretien avec cinq questions ouvertes, pour poser les grandes interrogations du rapport de l'hôpital avec son volet social.

Cette grille a été soumise à trois acteurs hospitaliers du service ergothérapie centrale d'un établissement public d'une autre région : le cadre infirmier supérieur, le cadre ergothérapeute de proximité, et une infirmière du service travaillant en socio-thérapie.

Ces soignants ont pointé les grandes lignes d'une réflexion qui seront débattues plus tard par les interlocuteurs de l'enquête proprement dite :

- la reconnaissance d'une souffrance psychique
- le partenariat
- la législation avec le rappel des missions hospitalières
- l'inscription dans une chaîne de soins, et le problème de la nosographie
- la possibilité de prévention primaire et secondaire

L'ensemble « questions-réponses » se trouve situé en annexe, sous forme de tableau.

³ Ces positions seront explicitées par le retour sur l'histoire de l'hôpital.

1.4 - ACTUALITÉ DE LA RECHERCHE

Ces acteurs de soins sont tous partie prenante de l'ergothérapie à des titres divers. Ils y font référence plusieurs fois au cours des interviews, à propos de la prévention, comme possibilité d'aide à la verbalisation, et d'aide à l'autonomisation par l'activité (ergon).

Ils accordent une grande part de leurs réponses au problème de la souffrance psychique, et insistent sur la nécessité d'appartenance à un groupe. La difficulté d'intégration, la grande solitude, la désocialisation, et la souffrance de l'exclusion découleraient de la non appartenance au groupe.

Ils signalent que cette clinique se retrouve aussi chez les patients sortis de l'hôpital psychiatrique, qui ont du mal à se réinsérer.

Les grandes interrogations pré-citées (désocialisation, insertion, intégration, exclusion ...) constituent le socle des questionnements qui agitent le monde des praticiens de la santé mentale, au plus haut niveau de recherche comme à celui des acteurs de terrain ; ce qui en montre autant la prégnance que la pertinence.

A mon sens, le cadre de santé doit aiguïser sa conscience citoyenne et l'utiliser dans son orientation managériale, pour positionner l'équivalence du légitime par rapport au légal, comme le dira un Cadre Infirmier Supérieur, en réponse à l'enquête :

"Au-delà des textes qui définissent ce qui est légal, l'éthique soignante doit tendre vers ce qui est légitime pour répondre aux missions du service public"⁴

En marche vers un rôle institutionnel de cadre, qui comporte la responsabilité d'une équipe de soins pluridisciplinaire, j'adopterai donc un regard managérial, cherchant à impulser une dynamique de projet, dans le respect des orientations institutionnelles.

La question centrale de cette recherche s'énonce ainsi :

Dans quelle mesure le Cadre de Santé d'origine ergothérapique
peut-il contribuer, par son management,
à une meilleure prévention
sur le terrain de la précarité ?

⁴ E2, l'anonymat a été garanti aux participants à cette enquête : ils seront cités dans l'ordre des rencontres.

1.5 - ORGANISATION DU DOCUMENT

J'espère, avec cette première partie qui se termine, avoir présenté le fil conducteur de ce mémoire.

La deuxième partie méthodologique montrera la méthode choisie pour l'investigation et pour l'analyse des données, avec ses avantages et ses limites.

La troisième partie concernera le cadre contextuel, dans ses dimensions législatives. Après un bref rappel historique, une lecture du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale de Psychiatrie Rhône Alpes sera mise en rapport avec la loi de juillet 1998 contre les exclusions.

La quatrième partie se consacrera à l'étude du problème, en allant chercher la connaissance de ce public et des actions spécifiques de soins dans l'enquête de terrain.

Ce qui permettra de comprendre la nécessité d'innover à laquelle est invitée l'institution hospitalière publique.

La cinquième partie s'inspirera des théories de la complexité d'Edgar Morin et Dominique Genelot, dans un raisonnement analogique, proposant de capitaliser les découvertes faites par les acteurs, au cours des expérimentations, pour conduire et porter le changement.

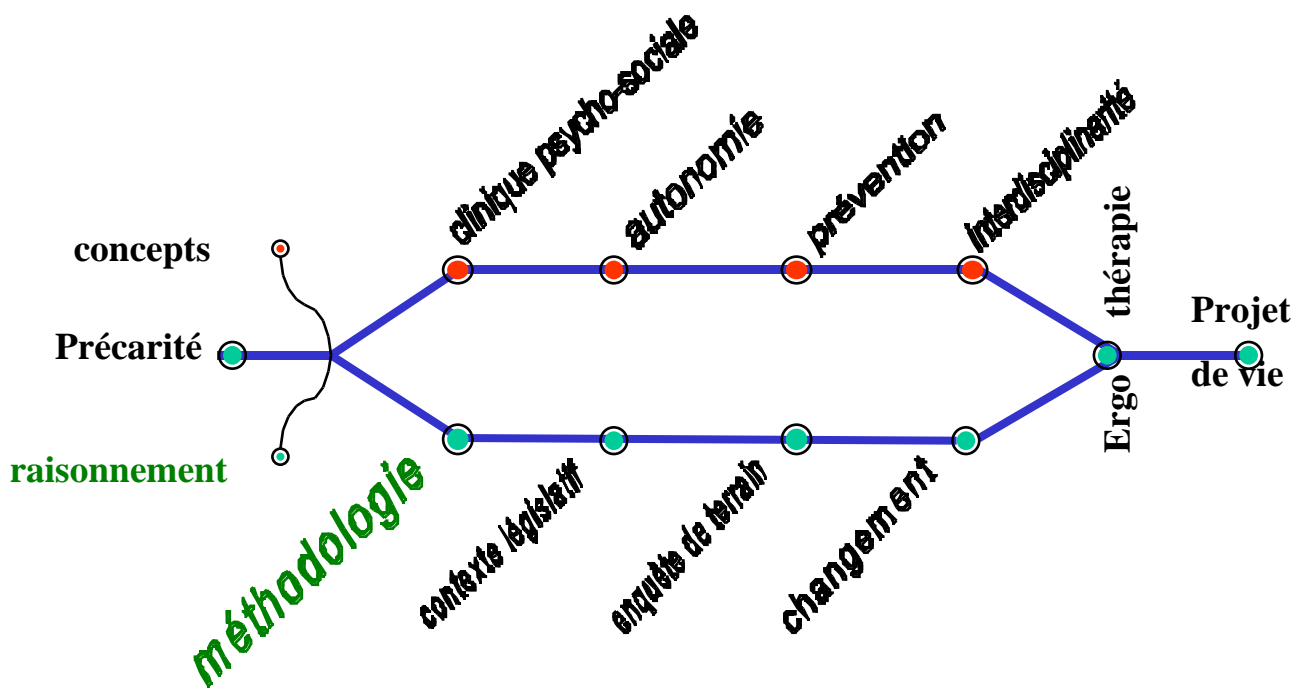
Les techniques ergothérapeutiques seront proposées dans la sixième partie comme partenaires de prévention.

Les apports théoriques nécessaires seront faits au fur et à mesure de leur nécessité pour la compréhension du raisonnement global, ils porteront sur :

- le concept de Clinique Psycho-Sociale,
- le concept d'autonomie, et la notion d'identité
- la prévention
- l'interdisciplinarité et le réseau.

La conclusion explicitera les choix faits au cours de ce mémoire et ouvrira sur la dimension éthique du soin.

2 - METHODOLOGIE



Ce chapitre est consacré à la présentation de la méthode utilisée.

2.1 - MÉTHODOLOGIE D'INVESTIGATION

Il s'agit d'une enquête qualitative dans six grandes régions de France.

2.1.1 - CHOIX DU TERRAIN D'ENQUÊTE

Les structures interrogées sont affiliées au Réseau National Souffrance Psychique et Précarité, (RNSPP). Ce réseau regroupe différentes équipes pluridisciplinaires, dont fait aussi partie l'Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion, de Lyon (ORSPERE), dirigé par le Docteur J. Furtos.

Dans sa déclaration d'intention, l'association RNSPP se donne au moins deux missions essentielles, (voir annexe) :

- 1 – Observation, recherche, évaluation des besoins, échanges et connaissances, réflexion théorique et formation.
- 2 – Reconnaissance et mise en valeur de réponses et d'initiatives innovantes, soutien des aidants, mise en réseau et coordination sanitaire, interpellation du politique.

Une première approche téléphonique a permis de savoir que deux structures seulement étaient encadrées par des cadres de santé. L'étonnement suscité par cette réponse s'augmente d'autant plus que certains des interlocuteurs ont paru surpris de la question, comme si elle était incongrue, comme si elle supposait une remise en cause de leur travail.

Cette constatation appelle une question :

Dans quel but l'institution hospitalière dont on connaît l'organisation pyramidale, laisse-t-elle certains de ses membres sans encadrement ?

Cette question conduit en filigrane le raisonnement concernant le changement.

2.1.2 - CHOIX DU MODE D'INVESTIGATION

Le recueil de données repose sur deux modes d'investigation : questionnaire, et entretiens "non directifs centrés"⁵. Comprenant que mes interlocuteurs ne partageaient pas ma vision du cadre manager, je n'ai posé aucune question concernant la fonction d'encadrement dans les questionnaires envoyés.

Mais j'ai cherché ensuite en dehors du réseau RNSPP d'autres structures dont les personnels comportaient des cadres.

De la sorte quatre "entretiens non directifs centrés" ont pu être réalisés.

Le questionnaire

J'ai construit, avec l'aide de mon directeur de mémoire, un questionnaire comportant dix questions ouvertes permettant de connaître les pratiques, les motivations, et les innovations de ces structures. Six réponses sont parvenues, dont une inutilisable, car ne répondant pas au questionnaire. Elles sont référencées par la lettre S comme source, et portent le numéro de leur ordre d'arrivée.

Les entretiens

J'ai réalisé quatre entretiens avec des cadres hospitaliers, dirigeant ou ayant dirigé, des programmes de prise en compte de la précarité. Ils sont répertoriés sous la lettre E pour entretien, accompagnés de leur numéro d'ordre.

Leurs explications permettent une esquisse de la place du cadre. J'en retire aussi la conviction de la nécessité d'une fonction cadre, pour centrer le travail des soignants dans les orientations générales de la politique de santé.

En effet les équipes font preuve, comme l'enquête le montrera, d'une inventivité et d'une implication remarquable. Mais pour valoriser ces découvertes, théoriser sur ces pratiques, les écrire, et positionner l'ensemble sur l'échiquier des partenaires, il paraît nécessaire de consacrer du temps managérial.

Ayant besoin de précisions sur les réponses apportées par une des structures du Réseau RNSPP, et sachant qu'un cadre de santé exerce là, j'ai réalisé avec lui un entretien téléphonique.

L'analyse se mènera donc à partir des données provenant de 9 structures différentes, sachant que pour l'une d'entre elles, nous disposons des deux modes d'investigation : questionnaire et entretien.

⁵ A. MUCHIELLI, *Les Méthodes qualitatives*, Paris, PUF, 1994.

L'ensemble des réponses est intégré dans le recueil de données, obtenu en retravaillant les entretiens à partir des thèmes abordés. Les informations complémentaires apportées par les entretiens ont été juxtaposées aux questionnaires.

Elles concernent : le rôle du cadre, les difficultés rencontrées, l'éthique, la définition de la population concernée.

Toutes les données brutes sont répertoriées sous forme de tableaux dans la partie annexe.

2.2 - PRESENTATION DE LA METHODE D'ANALYSE

2.2.1 - UNE REPRÉSENTATION SYSTÉMIQUE

Ce travail d'analyse doit beaucoup à Antoine Jung et Lionel Georges, tous deux professeurs à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du Vinatier, et consultants en psycho-sociologie, dont les cours m'ont fait comprendre l'organisation des systèmes.

Définition

"La systémique cherche à formuler différemment les problèmes dont on dit qu'ils résistent à la modélisation analytique. Son projet n'est pas de résoudre ou d'expliquer, mais de décrire. Selon la systémique, un système comporte de l'ordre, mais aussi du désordre : en ce sens un système n'est pas systématique" ⁶

La métaphore organique me permet de mieux penser mon propos : pour moi, l'ensemble de l'institution soignante devient à cet instant un système général, obligé de reconsidérer la perméabilité de sa frontière avec le système social.

L'ensemble des cellules précarité (ou cellules d'urgence, ou unités mobiles d'urgence, suivant les appellations différentes les concernant) forment un sous système, que j'appellerai **SCP** (Système Cellule Précarité). La mission de ce sous-système pourrait être de rapporter des expériences capitalisables en vue d'éventuels positionnements nouveaux.

Je pense que l'institution a initié un processus de changement en envoyant des micro-équipes sur le terrain mouvant de la précarité.

Le décodage de ce processus, et la capitalisation des expériences faites sont du ressort du manager.

Un positionnement managérial sera inclu à chaque partie de l'analyse.

Suivant la méthode décrite par J.L. Lemoigne⁷ je poserai donc cinq questions à propos de ce sous système :

- pour quoi ? renseigne sur les finalités
- il fait quoi ? permet d'en comprendre la fonction ou l'activité
- dans quoi ? permet de situer l'environnement
- devenant quoi ? envisage sa transformation et son évolution
- comment ? qui comprend l'organisation et la régulation de l'ensemble

⁶ S. DIEBOLT, *Petit lexique des termes de la complexité*, d'après J.W Lapierre et J.L Lemoigne <http://www.mcxapc.org>

⁷ Cité par D. GÉNELOT, in *Manager dans la complexité*, Paris, Insep éditions, [1992], 1998, p. 129, 363p.

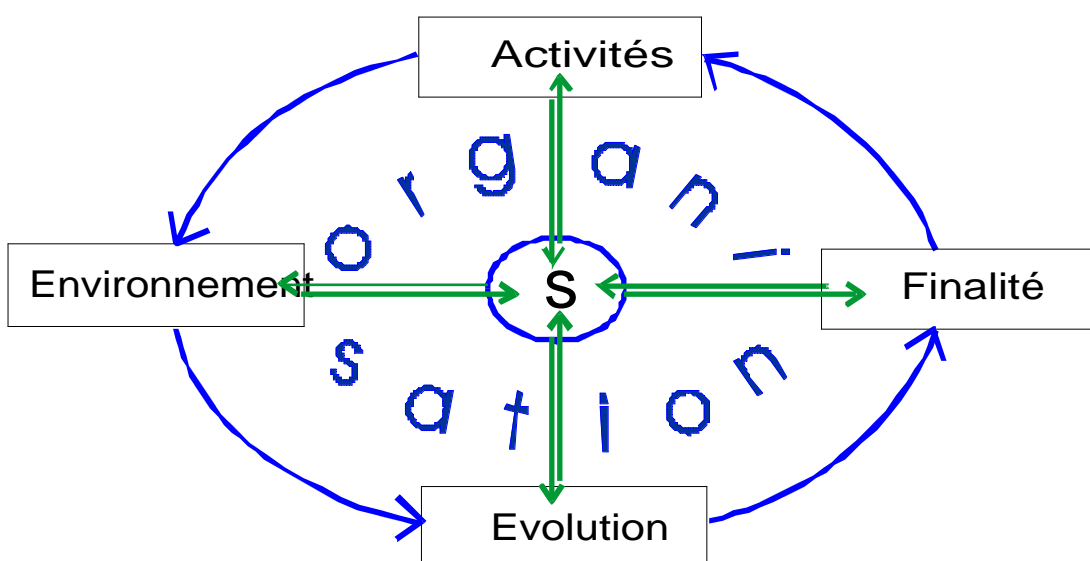
La finalité sera donnée par les réponses concernant les motivations des acteurs hospitaliers pour innover. (questions 2 / 3 du questionnaire) Cette partie permettra d'appréhender les logiques différentes et partenaires du secteur sanitaire et du secteur social.

Les fonctions ou activités apporte la compréhension du public et de ses besoins, d'une part, et d'autre part une connaissance des actions mises en place. (questions 1 / 7 / 8 et entretiens) Ce premier groupe de réponses sera utilisé pour cerner l'identité de la population à laquelle s'adressent ces pratiques.

L'environnement sera situé en fonction des partenariats entre professionnels d'une part, entre les institutions et ministères de tutelle d'autre part. Catalogue des propositions sur le terrain à propos des statuts, des budgets, des implications institutionnelles, il interroge les liens entre l'institution soignante et le domaine socio-politique de la vie quotidienne. (questions 4 / 5 / 6)

La transformation ou évolution, propose le positionnement préventif de l'acte soignant. Elle fera référence aux satisfactions et aux difficultés rencontrées. Les questions sur la poursuite de l'action seront abordées ici. (questions 9 / 10 et entretiens)

L'organisation sera renseignée par les réponses sur l'éthique, les relations partenaires, la place du cadre. Cette partie est alimentée uniquement par les réponses des cadres aux interviews.



Représentation d'un système, d'après S. Diebolt

2.2.2 - VERS LA COMPLEXITÉ

En référence à E. Morin⁸ et D. Génelot, j'ai utilisé un raisonnement analogique : je considère l'institution soignante comme un organisme vivant, confronté à une nécessité d'adaptation, impulsée par l'insatisfaction des acteurs de soin dont les valeurs fondamentales sont prises en défaut par l'inefficacité des réponses traditionnelles de l'institution, sur le point particulier de la précarité.

Cette partie montrera que les actions innovantes dont il aura été question dans l'analyse, sont le fait de personnels extrêmement impliqués.

Puisque le capital d'un service est d'abord la "poly-compétence"⁹ de ses membres, il est important que le cadre de santé manager repère les ressources humaines innovantes dont il dispose et permette le développement d'attitudes créatives.

Pour cela il est nécessaire que le sens général de l'action soit clair, même et surtout dans un système complexe.

Je souligne que complexe est différent de compliqué ; complexe permet d'intégrer à la réflexion un grand nombre de paramètres, dont il est impératif d'augmenter la lisibilité dans l'action.

A mon avis, le changement en marche dans les structures enquêtées est passé par les phases suivantes qui seront examinées dans l'analyse des données :

- 1 - Phase d'interpellation
- 2 - Phase d'implication
- 3 - Phase d'expérimentation
- 4 - Phase d'évaluation

Je crois qu'il est temps de s'approprier le savoir inclus dans ces différentes phases d'approche d'un nouveau positionnement en matière de préservation de la santé mentale.

Je me propose de montrer au cours de ce travail, que les acteurs ont fait preuve de leur implication, de leur capacité d'innovation et de leur compétence. Il est maintenant de la responsabilité institutionnelle de valoriser ces qualités pour pouvoir les utiliser au mieux dans le respect des textes législatifs et réglementaires.

⁸ Edgar MORIN, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF éditeur, 1990, 158p.

⁹ Idem

Selon Antoine Jung, professeur à l'IFCS du Vinatier, *"si le "marginal sécant" est un innovateur sur lequel le manager doit s'appuyer pour faire évoluer le système, le "déviant" par contre doit être éliminé car il met en cause le système tout entier."* ¹⁰

Il semble clair que la nécessaire capitalisation des découvertes de terrain passe par la réorganisation des équipes, incluant une fonction de coordination qui fait partie intégrante de la mission du cadre de santé. Un de ses savoir-faire étant justement de "recoller les morceaux", pour découvrir et rendre plus lisible le sens de l'action, en en reconstituant le puzzle.

2.3 - LIMITES ET AVANTAGES DE LA MÉTHODE

Les questionnaires ont rapporté des connaissances précises sur les actes. Je pense donc que ce choix s'est avéré judicieux ; mais il serait resté en dessous de mes attentes s'il n'avait pas été complété par des entretiens. En effet, les entretiens menés avec les cadres ont enrichi les données par leur diversité et ont contribué à élargir ma vision.

Le questionnaire est fait de questions ouvertes qui permettaient des réponses très diverses ; ceci augmente la richesse du recueil de données mais aussi la difficulté de dépouillement. Parfois j'aurais aimé des approfondissements, des précisions. L'éloignement des structures, et le peu de temps des acteurs de terrain, ne le permettait pas. Un des enseignements de l'enquête est que ces micro-équipes manquent absolument de temps.

J'ai choisi, en accord avec mon directeur de mémoire, comme terrain d'enquête des structures ayant toutes un point commun : l'adhésion aux principes du Réseau RNSPP. Ceci implique une sorte d'universalité sinon des pratiques, du moins de l'éthique et des méthodes prônées par le Réseau. Je suppose que les résultats auraient pu être différents si j'avais élargi l'enquête.

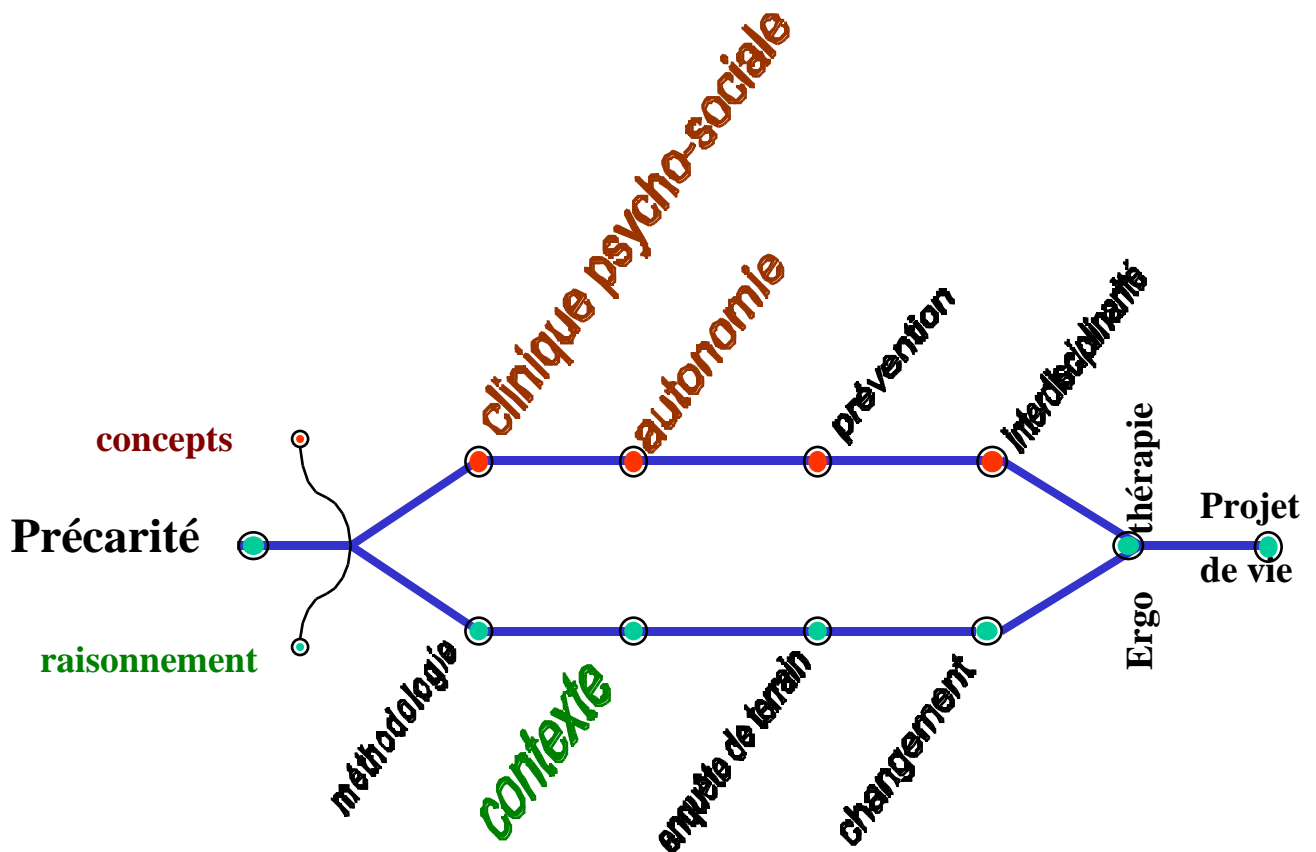
J'avais pensé recenser toutes les initiatives des régions, c'était mon ambition au départ de ce travail. L'ampleur de la tâche, associé au peu de temps consacré à ce mémoire ne l'a pas permis. Il serait pourtant très instructif d'entamer une collecte de chaque positionnement en régions.

J'avais, d'autre part, envisagé une double enquête, dont la deuxième partie aurait été menée à l'intérieur des murs de l'hôpital, pour comprendre comment le problème de la prise en charge des personnes en situation de précarité, est pris en compte. Ce travail n'a pas pu se faire. C'est regrettable, car la différence d'approche aurait permis d'ajouter un niveau supplémentaire de compréhension.

La représentation de la complexité oblige à considérer plusieurs niveaux logiques, et non pas simplement une linéarité cause/effet. Elle implique une transversalité des différents niveaux et donc une gymnastique d'esprit nouvelle. Une première approche, très sociologique, a enrichi ma réflexion, mais elle m'a aussi éloigné pendant un temps précieux d'un travail plus pragmatique.

¹⁰ Cours de Antoine Jung, le 1 / 12 / /2000, IFCS le Vinatier.

3 - LA PRECARITE



Sur le plan des concepts, il sera question de la clinique psycho-sociale et de l'autonomie.

Sur le plan du raisonnement on éclairera le contexte social puis le contexte législatif.

3.1 - LE CONTEXTE SOCIAL

Le contexte social général, même en ces temps tout neufs de reprise de l'activité économique, fait une part de plus en plus grande à la notion de précarité.

Priorité est donnée à la mobilité, à la flexibilité, à l'adaptabilité. Aujourd'hui les contrats de travail à durée déterminée sont de plus en plus fréquents. Il devient difficile d'être assuré d'un emploi pérenne pour une vie entière.

Liaisons sociales Magazine¹¹ de mars 2001 relate une conversation entre J. B. De Foucauld, S. Paugam, et X. Emmanuelli. Ils s'y montrent inquiets d'une possible "marginalisation de la lutte contre l'exclusion", d'une acceptation des "bads jobs" qui entérinent pour certains une situation durable de pauvreté, système que S. Paugam appelle "intégration disqualifiante".

L'emploi du terme "travailleurs pauvres" se généralise, et traduit l'importance du nombre d'emplois peu qualifiés. *"Le processus d'exclusion touche toutes les sphères de l'individu. On s'aperçoit que les personnes les moins intégrées professionnellement présentent à peu près les mêmes risques de désocialisation que les chômeurs."* (Paugam)

Monsieur Emmanuelli souligne que *"les personnes dont s'occupe le Samu social, se retrouvent au stade final de l'exclusion...Victimes d'une souffrance psychique qui les empêche de prendre des initiatives, ces personnes savent parfaitement qu'elles risquent d'aller d'échec en échec, ou d'occuper des petits boulots de pacotille. Je ne vois pas comment la croissance pourrait leur apporter quelque chose."*

Leurs chances d'en sortir sont liées à la possibilité d'un accompagnement personnalisé.

Tout le monde n'est pas concerné au même titre, *"... tous les salariés, qui à un moment ou un autre, devront accepter des formes de contrats de travail judiciairement précarisés ou seront licenciés, ne basculeront pas dans la précarité...Les trajectoires des individus s'infléchissent dès lors qu'une fragilisation dure et qu'elle se cumule avec d'autres fragilités..."*¹²

¹¹ "La croissance ne suffit pas à résorber l'exclusion", in Liaisons sociales/Magazine, mars 2001.

¹² Rapport du HCSP, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Paris, Ministère de l'emploi et de la Solidarité, secrétariat d'état à la santé, février 1998, 284 p, p. 27, et p.82

On peut souligner ici le risque inhérent à l'approche du problème par l'étude de la trajectoire, histoire de vie ou « carrière morale » (J. Lebas). Implicitement il semblerait que cette histoire singulière et pourtant répandue, aurait un rapport avec la personnalité voire le caractère de l'individu, qui serait ou non capable de rebondir. La tentation pourrait se faire jour de rendre responsable le chômeur de n'avoir pas de travail...

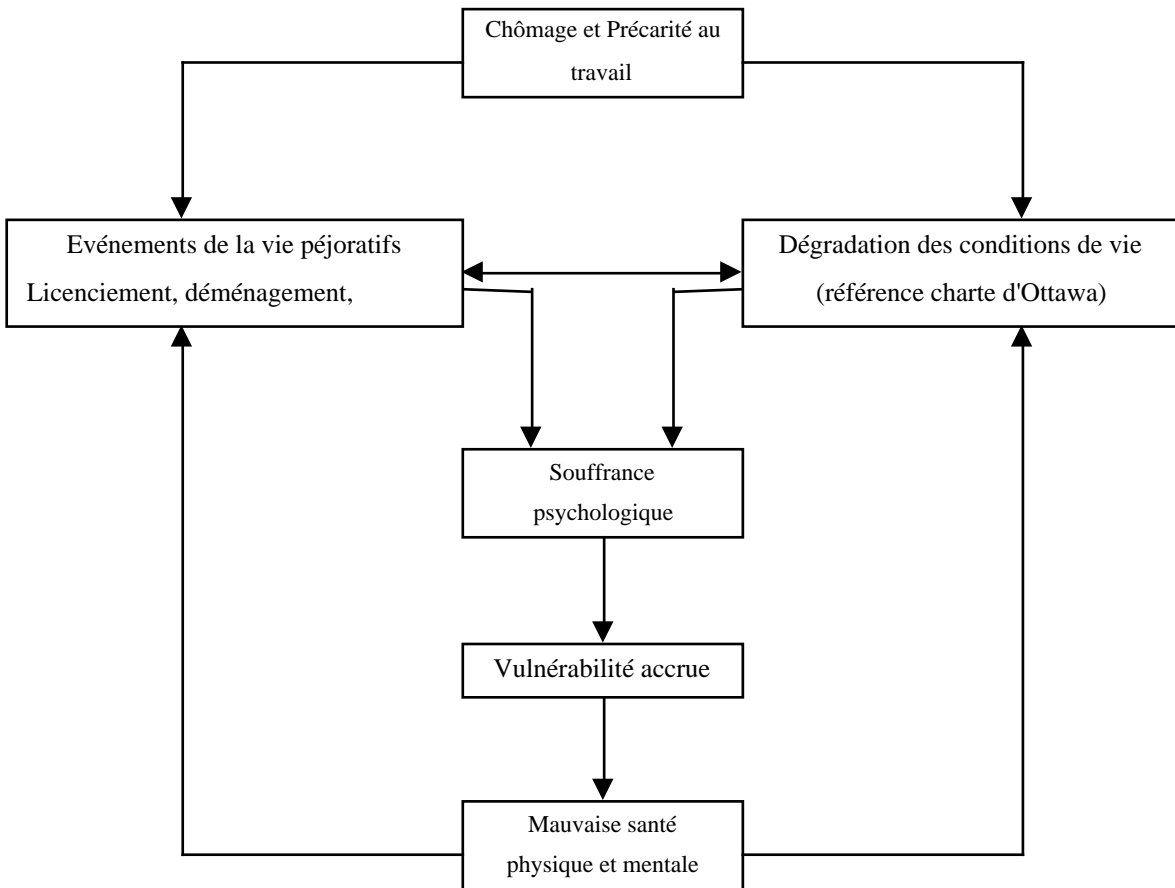


Schéma d'une possible entrée dans la précarité

Ce schéma provient du rapport du HCSP de février 1998, page 82. Il décrit un processus d'entrée possible dans l'exclusion. Il éclaire les zones de vulnérabilité, et les causalités.

Il montre aussi que les enchaînements de difficultés ne se font pas de manière linéaire, mais que chaque élément conforte l'autre dans une augmentation récursive de "malchance sociale".

De cette manière des moments de vulnérabilité sont identifiés.

Les textes législatifs ou réglementaires soulignent qu'il faut accroître la vigilance à ces moments précis.

"A observer d'un peu près le flot montant des gens malmenés par la société, il devient évident, pour qui est un peu honnête, que les difficultés psychiques liées à l'exclusion s'ajoutent à celles qui sont liées à la personnalité de l'exclu mais qu'elles ne se contentent pas de s'additionner. Elles s'étaient pour se renforcer mutuellement et multiplier les problèmes de l'exclu aussi bien dans le domaine social que dans le domaine psychique." J. Maisondieu.¹³

3.1.1 - LA PARTIE QUI NOUS CONCERNE

Dans ce travail le terme de précarité sera entendu comme inducteur de situations difficilement supportables, entraînant une pauvreté financière puis une misère sociale.

J. Wresinski a défini la précarité comme *"l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux...Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible."*¹⁴

Il paraît important de rappeler ici la définition de la santé, (droit fondamental garanti par la constitution française), donnée par la Charte d'Ottawa, adoptée en 1986 :

"La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé...La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable..."

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de dresser un panorama exhaustif de la question de la précarité. Son propos se concentrera sur la partie qui concerne la Psychiatrie, précisée par la loi de juillet 1998. Mais cette définition permet de comprendre, que la bonne santé dépend d'un minimum de conditions sociales et matérielles stables, et que sa promotion se pose en termes de santé publique.

¹³ J. MAISONDIEU, "De la détresse sociale à la souffrance psychique, quelle action pour la psychiatrie"?, dans Rapport HCSP, op. cit.

¹⁴ J. WRESINSKI, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Paris, Journal officiel, 1987

Le Guide du Service Infirmier¹⁵ définit ainsi sa conception de l'homme "*L'homme est un être unique, qui a des attentes et des besoins biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, et spirituels : un être en perpétuel devenir et en interaction avec son environnement, un être responsable, libre et capable de s'adapter, un tout indivisible*". (p. 39) Ce guide fait expressément référence à la prévention, en détaillant les trois niveaux, avec les actions infirmières qui y sont attachées. Ces actions précisent clairement la nécessité de relations avec la cité : "*mairies, écoles, établissements sociaux et sanitaires*". (p. 49)

Cette conception se retrouve dans l'ordonnance de 1996, qui indique très précisément la nécessité de poser des actes citoyens. L'ensemble de ce travail se situe sous l'égide du changement demandé par le Ministère.

Les personnes en situation de précarité (je les désignerai dorénavant, pour commodité de lecture par **PSP**) n'ont pas de demande de soin, comme cela se verra plus loin, elles ne peuvent donc pas être considérées comme des patients traditionnels. Elles ne dépendent pas au sens strict d'une intervention de secteur puisqu'elles n'ont pas de domicile stable. Le paradoxe est leur mode de relation le plus courant, avec un décalage dans les lieux d'expression de leur souffrance, qui génère des confusions de rôles.

Le public précaire donne d'une manière paradoxale l'occasion d'un repositionnement en faveur de la prévention en santé mentale. Mais les représentations soignantes doivent évoluer. Pour cela elles ont besoin d'être confortées dans le sens d'une éthique que le cadre doit éclaircir et dont il doit être garant.

Sur le plan des rapports entre santé mentale et précarité, il s'agira pour le Cadre de Santé de faire le lien entre le monde social et le monde sanitaire dans une nécessaire interdisciplinarité, pour une véritable approche globale, décrite clairement par le texte ci-dessus. Par rapport à une approche bio/psycho/sociale, ce Guide du Service Infirmier ajoute les besoins culturels et spirituels de l'humain, qu'il accompagne d'une remarque sur la responsabilité, et la liberté individuelle. Cette approche globale qui considère l'être dans toutes ses dimensions le perçoit aussi comme créateur de son devenir. Elle reste encore à promouvoir, et ce travail se place dans la perspective de cette promotion.

¹⁵ Le Guide du Service Infirmier, *L'évolution des orientations en santé mentale et la fonction infirmière*, Paris, Ministère des affaires sociales et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, Direction des Journaux Officiels.

3.2.2 - LES CONCEPTS EN JEU

L'ensemble de ce mémoire se réfère aux trois notions décrites ci-dessous.

La "**clinique psycho-sociale**" est un concept émergent, initiateur d'une démarche nosographique. Il contient la notion d'**identité** que nous utiliserons pour parler des relations de l'individu avec le monde. A propos de la personne souffrante d'une part, mais tout autant de l'individu soignant dans ses positions sociales.

Le concept d'**autonomie** sera regardé comme offrant la possibilité d'un projet de vie pour le sujet. Il servira aussi plus loin dans ce document pour comprendre l'implication des acteurs de terrain.

L'ensemble de ces trois concepts et notion se regroupe sous le terme général de socialisation, mais il ne sera utilisé que dans le schéma proposé page 75.

La clinique psycho-sociale

Le concept de "Clinique psycho-sociale" décrit par J. Furtos et C. Laval, de l'ORSPERE résume l'ensemble du processus de précarisation, de ses résonances psychiques et des symptômes d'auto-exclusion qui en découlent. La perte des objets sociaux en est une caractéristique principale. Les objets sociaux se définissent par la reconnaissance sociale qu'ils génèrent ; c'est le logement, le travail, l'argent, les diplômes, tout ce qui permet d'être quelqu'un parmi les autres individus de son groupe social d'appartenance.

Leur perte, alors qu'ils apportent les "sécurités de base"(Wresinski), peut se faire brutalement, par un effondrement du sujet incapable de faire face dans un moment de vulnérabilité.

J'aborderai ici les caractéristiques de ce concept et le mécanisme d'exclusion qui peut en découler.

L'absence de domicile

Ces populations en errance, ou qui vivent en CHRS, ou en squatts, rendent évidemment inefficace la politique de secteur fondée sur un découpage de la ville en quartiers. Il est vrai que chaque personne, en théorie, garde le libre choix de son médecin ; proposition qui contrebalance une application stricte de la sectorisation. Mais cet article ne joue pas ici, puisque ces personnes n'ont ni domicile ni demande.

L'absence de demande

L'enquête montre la créativité déployée par les équipes soignantes pour entrer en contact avec les **PSP**, par des actes innovants en terme de rencontre sur le terrain ; mettant de la sorte en pratique

une remarque faite par le docteur G. Darcourt¹⁶ *"Ce qui est commun à toutes les situations c'est qu'il faut inverser la situation habituelle : le soignant doit devenir demandeur."*

Mais il est important aussi de comprendre pourquoi cette demande de soins n'est pas formulée.

Citons à nouveau un passage de l'article du Dr. Darcourt :

"...Ce n'est pas par refus ou inconscience, c'est parce qu'il n'ose pas demander, ou ne sait pas comment demander. Il a peur de ne pas être reconnu comme malade, ou d'être mal accepté...Parfois il redoute cette humiliation et il ne tente pas de démarche..."

Pourtant, même en l'absence d'une demande formulée clairement, on peut légitimement intervenir en fonction de besoins de soins reconnus.

Citons à ce propos le rapport Lazarus¹⁷ *"...Il apparaît parfois comme un préalable à la mise en place d'une offre de soins spécifique pour des populations démunies, qu'elles soient identifiées comme souffrant de maladies mentales...Par contre, parce que l'offre de soins existante ne correspond pas à leurs besoins, leur est souvent inaccessible, soit économiquement, soit culturellement, il y a une mission particulière du service public à leur égard."*

Depuis la parution de ce rapport, un certain nombre des recommandations faites par le groupe de travail ont été mises en chantier. Le service public ayant reconnu sa mission particulière par la recherche d'une adaptation de son offre de soins.

Mon interlocuteur, E4 note d'une part : que les psychotiques non plus n'ont pas de demande de soins, et d'autre part : qu'il s'agit plutôt d'une demande décalée ou paradoxale, évitant l'intrusion des soignants ; ceux-ci se refusent pourtant à encombrer les PSP avec leurs représentations.

J'ai remarqué et je signalerai plus loin dans ce travail le respect et la délicatesse dont font preuve les soignants de ces équipes envers les **PSP**. Plusieurs fois reviennent les mots d'apprivoisement, de temps passé, pour arriver peut-être, seulement si nécessaire, à initier un processus de soins.

La souffrance psychique

Elle se révèle dans la crainte de l'humiliation dont il vient d'être question. Elle accompagne le processus de précarisation, de plus en plus douloureusement au fur et à mesure de la "dégringolade" ; jusqu'à arriver au syndrome de l'exclusion décrit par J. Maisondieu et caractérisé par le tryptique : honte, désespérance, inhibition affectivo-cognitive.

¹⁶ G. DARCOURT, "Précarité et psychopathologie : une proposition d'action", *Pratiques en Santé mentales*, 1, février 2000, p13.

¹⁷ A. LAZARUS (dir.), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, rapport décembre 1994.

Selon le Dr. Martine Miquel¹⁸, "*Dans les familles en situation de précarité, plus rien ne tient, les repères sont perdus, le désespoir est extrême, la souffrance psychique intense, même si elle ne se dit pas comme telle...*"

Le mécanisme de l'exclusion

Le paragraphe suivant est construit avec l'aide du document prêté par mon interlocuteur E1 : "Atelier thématique sur les conduites d'échec à répétition, intervention de C. Laval : zones de précarité et processus psychiques".

En écoutant les histoires de vie, ou les trajectoires des personnes en situation de précarité, on peut dégager des moments de fragilité où la vulnérabilité de la personne est en augmentation régulière.

- Quoi qu'il arrive, je m'en sortirai.

Aucun de nous ne vit seul, nous sommes tous reliés les uns aux autres, nous vivons en interaction, en interdépendance. Il est normal de vivre dans le changement et de s'adapter en permanence. Pour obtenir de nouveaux objets, il faut accepter de perdre les anciens. C'est le stade de précarité normale, l'exercice du libre arbitre, le choix.

- A quand mon tour ?

L'individu se sent fragile, il n'envisage l'avenir que d'une manière sombre, voire catastrophique. Il peut se sentir coupable de la non-réussite de son projet. Cela peut entraîner une dépression, avec éventuellement une décompensation physique ou psychique. Il arrive de suivre en ergothérapie des travailleurs sociaux, débordés par l'ampleur de leur tâche, qui perdent la distance nécessaire à son accomplissement.

- Perte des objets sociaux.

La perte du travail peut être vécue comme une catastrophe. Le sentiment de honte et de dévalorisation s'installe dans un processus de vulnérabilité. On a vu un certain nombre de chômeurs continuer à mener un rythme de travail, pour ne pas avouer leur disqualification. Par exemple des cadres supportant difficilement ce qu'ils vivent comme une mise au rebut. De là vient l'isolement / la solitude / l'impossibilité à demander... Cette zone de fragilité peut encore se retourner à l'avantage de la personne car rien n'est figé dans ce moment, si le désir est encore vivant. Il reste la possibilité d'entraide, de débrouillardise, de recours associatifs ...

- Tout est perdu.

L'exclusion est à l'œuvre, la souffrance envahit la personne qui ne se reconnaît plus comme tout à fait humaine. On ne peut plus imaginer, plus projeter l'avenir. On est pris dans l'immédiateté d'un réel contraignant (douleur physique / peur / terreur / angoisse de mort / effondrement...) Pour ne plus souffrir, on utilise le déni, qui coupe les sensations. On désinvestit le corps et l'esprit. Les liens

¹⁸ M. MIQUEL, "Epistémologie et actions de prévention", Pratiques en santé mentale, op. cit.

sociaux sont rompus, souvent la famille n'a pas résisté. La demande de soins se fait le plus souvent par le recours aux services d'urgence.

Les personnes prises en charge par les équipes des cellules précarité font partie de cette **clinique psycho-sociale**, à des degrés divers, et c'est à leur sujet que les travailleurs sociaux ont interpellé la psychiatrie dans son champ de compétence.

L'identité

L'Encyclopédia Universalis propose une définition de l'identité qui peut éclairer notre compréhension des problèmes identitaires des **PSP** : "*Le Soi est cette chose pensante, consciente qui est sensible au plaisir et à la peine, ou en est consciente ; qui est capable de bonheur ou de malheur et qui est ainsi concernée pour soi-même*".¹⁹

Le public **PSP**, qui utilise le déni, se coupe de son être profond.

A trop souffrir, et pour ne plus souffrir, il cherche à s'anesthésier, niant autant la douleur que le plaisir, dans la peur de la perte.

L'identité n'est pas un état ou un avoir, elle se construit et se maintient par la prise de parole, de position, prise en charge... Elle est un processus, toujours en changement et en adaptation. C'est une quête illusoire, continuelle et nécessaire tout au long de la vie. Elle trouve sans cesse appui sur de nouvelles identifications.

"L'identisation est l'histoire des identifications auxquelles il faudra toujours comme autant d'illusions se défaire pour se faire, ce qui occasionne parfois ces dysfonctionnements qu'on appelle troubles de l'identité." (Pierre Tap)²⁰.

Le sentiment d'identité fait que le sujet se perçoit identique et reste identique dans le temps. Le travail de la mémoire serait d'assurer dans le temps, futur et passé, une reconnaissance de l'image de soi, sensation interne d'identité.

L'individu se singularise par la mise en place de son système de représentations et de sentiments, en même temps qu'il se différencie des autres. C'est l'individuation.

Il semble que l'identité ontologique n'existe pas vraiment. Ce qui fait un individu en prise avec son environnement c'est la part active qu'il prend en le transformant, c'est l'affirmation d'une parole, d'un avis. Tout cela fait un être particulier, singulier, qui se définit intérieurement, et que l'extérieur reconnaît et valorise.

¹⁹ LOCKE, *Essai sur l'entendement humain*, II, XXVII, 17, Ed. Naert, Paris 1972, cité par Encyclopédia Universalis.

²⁰ Encyclopédia Universalis, article de Pierre Tap sur l'identité.

L'identité s'institue comme valeur et par des valeurs. Elle émerge et se développe dans des périodes critiques où la personne est passionnément impliquée dans sa relation à l'autre extérieur... Emmanuel Mounier (cité par Pierre Tap) renchérit en disant que *"la constance de soi ne consiste pas à maintenir une identité, mais à soutenir une tension dialectique et à maîtriser des crises périodiques"*.

L'être humain s'auto-produit au contact d'autrui, il s'élabore dans l'interdépendance, et ses stratégies d'échange avec le monde découleront des possibilités d'individuation que son environnement premier lui aura offert.

"Mais à une époque où l'on se heurte de plus en plus à une clinique de la disparition du sujet ; il est important de se souvenir que l'apparition sur la scène sociale se fait par l'action et par la parole".²¹

Le manque relationnel, l'isolement, la coupure d'avec le flot normal d'information, l'échange minimal avec le monde signeraient le début d'une perte d'identification. Si l'identité se construit en permanence, s'il s'agit d'un processus et non d'un état statique ou d'une qualité intrinsèque, alors la perte d'identité serait possible par l'arrêt des relations. On pourrait perdre son identité en arrêtant le processus.

Dans cette lumière conceptuelle, on comprend mieux les indices donnés par E1 : *"...des gens qui n'ont pas de moyens de défense...qui ne sont pas suffisamment construits pour pouvoir affronter les difficultés... qui sont offerts à la dureté de la vie."*

Le soignant chargé d'entrer en relation avec les personnes **PSP** se confronte, même sans le savoir, à l'ensemble des processus qui organisent le concept d'**identité** : la genèse, la mise en question, la perte ou la réappropriation.

²¹ J. FURTOS, "Epistémologie de la clinique psycho-sociale", Pratiques en Santé Mentale, op.cit., p23

L'autonomie

Le Grand Dictionnaire Terminologique ²², donne plusieurs définitions de l'autonomie suivant le domaine concerné. Celles qui sont retenues ici concernent les domaines sociologique et psychologique :

- en sociologie : l'autonomie est la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques, et de s'adapter à son environnement. L'autonomie sociale est l'ensemble des habiletés sociales permettant à une personne de s'adapter et de s'intégrer au niveau communautaire, résidentiel et professionnel.
- en psychologie : l'autonomie est l'ensemble des habiletés permettant à une personne de se gouverner par ses propres moyens, de s'administrer et de s'adapter à son environnement.

Ces deux définitions soulignent bien la notion forte d'adaptation. La compréhension de ce concept usité en ergothérapie est que l'autonomie se forme du résultat d'un mouvement dialectique entre appropriation et adaptation, qui permet de décider pour soi-même.

Est autonome celui qui régit lui-même son développement, qui choisit l'information à emmagasiner, et qui décide son action en fonction de cette information.

La réciprocité est nécessaire pour se construire, dans l'interdépendance, en relation avec le système humain. Un environnement bienveillant permettra la relation d'interdépendance, faite de transaction et de conciliation.

L'humain est un être communiquant ; sa parole produit du sens à intégrer dans une dynamique, dont la finalité à terme, est bien de devenir de plus en plus humain.

L'autre caractéristique humaine est l'action. Encore faut-il qu'elle permette une part d'adaptation ou de choix pour qu'elle participe à l'autonomisation. Une action aliénante sur laquelle il n'y a aucune prise possible, n'augmente pas la part de liberté de l'individu, ni la mise en route de ses capacités imaginatives.

Ce n'est pas l'activité qui est signe d'autonomie, c'est la partie ouverte, non finie, de l'activité qui appelle en chacun le désir de construire ; ce qui participe de l'individuation.

²² http://www.admi.net/village_français/dictionnaire_terminologique

L'Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale, dans son rapport 2000²³, utilise le concept d'autonomie, accompagné d'une mesure de l'indépendance acquise par les jeunes français : sont considérés comme autonomes

- Les jeunes qui sont indépendants avec un logement personnel et un travail stable.
- Ceux qui ont un travail stable mais pas de logement car ils vivent encore chez leurs parents.
- Ceux qui se sont installés chez eux mais qui ne disposent que d'un emploi précaire.

L'autonomie, on le voit ici, est en relation directe avec l'identité dans ses composantes personnelles et sociales. Elle ne se réduit pourtant ni à l'individualisme ni à l'indépendance, qui en sont pourtant des composantes.

Il s'agit d'un processus d'acquisition d'une liberté de choix qui s'exerce consciemment dans une inter-relation avec les contraintes environnementales.

L'autonomie s'appuie sur une individuation confortée par l'estime de soi et valorisée dans une bonne image de soi. A ce titre elle permet la projection dans un avenir qui constitue un ensemble de règles de conduite que la personne se donne pour se construire dans le temps.

Ainsi l'autonomie offre la possibilité du **projet de vie**. Loin d'enfermer la personne dans une destinée inéluctable, le projet de vie construit en autonomie permet de prendre en compte les aléas du hasard, et d'intégrer l'incertitude comme composante essentielle de toute vie humaine. De la sorte le changement peut s'accepter en tant que réponse possible aux contraintes externes, comme la perte d'emploi par exemple. Par conséquent le développement du potentiel d'autonomie individuelle participe à la capacité d'adaptation. Capacité qui peut être mobilisée dans une réponse à la précarisation globale de la société, car elle conserve le lien avec le sentiment de permanence individuelle.

La finalité de l'ergothérapie, dont il sera question plus loin, est d'aider la personne handicapée à augmenter son potentiel d'autonomie. Elle privilégie le double mouvement d'appropriation du monde à soi et d'adaptation de soi au monde, dans un mouvement dialectique continu.

²³ Rapport 2000, La Documentation Française, Paris, 2000, p. 80, 125p.

3.2 - LE CONTEXTE LEGISLATIF

3.2.1 - RAPPEL HISTORIQUE ²⁴

La transformation de l'hospice en hôpital tel qu'on le connaît aujourd'hui, s'est faite de manière progressive, dans l'histoire. La santé est un concept qui s'est forgé lentement. Un tableau général très rapidement brossé fera mieux comprendre certaines réticences par rapport à l'accueil de la population en situation précaire.

L'accueil des pauvres, vieillards, et vagabonds, depuis le Moyen Age, s'est fait dans des Hospices situés en périphérie des cités. A la campagne leur entretien coûtait peu, car les ordres religieux qui dirigeaient ces établissements possédaient des terres, reçues par donation, en reconnaissance de leur charité.

Parallèlement les Hôtels Dieu, tenus eux aussi par des ordres religieux, se consacraient à l'accueil des femmes, enfants et déshérités, dans les centres des cités.

La Révolution marque un tournant capital dans l'histoire de l'hôpital, autant que dans le développement de la médecine. Elle nationalise les établissements de soins dont elle confie la gestion aux communes, (loi du 7 octobre 1796). Aujourd'hui les communes sont toujours présentes au conseil d'administration de l'hôpital.

Après confiscation de leurs biens, les ordres religieux ont pu continuer à travailler dans les Hôtels Dieu, avec des médecins affectés à leurs côtés. A cette période, siècle des lumières, on s'est rendu compte que les personnes représentent une force de travail, et on commence à en prendre soin. Ce sont les débuts d'une véritable médecine.

Les Hospices restent en périphérie, avec la prise en charge des fous, des vieillards et des miséreux. Bonaparte impose une forte législation. Il structure les Hôtels Dieu en leur attribuant des médecins militaires. Bien soignés, les gens deviendront des combattants.

Le 19^e siècle voit l'état porter une réflexion sur la santé, et s'intéresser aux Hôtels Dieu, qu'il va transformer en Centres Hospitaliers, avec une gestion centralisée. Les Hospices restent sous la gestion communale, leur mission n'est pas changée.

La médecine se développe grâce aux prémices d'assurance que sont les différentes cagnottes solidaires. Il y a de nombreux accidents du travail. C'est le début d'une médecine préventive, qui invente des vaccins, et promeut l'hygiène.

²⁴ Chapitre construit à partir des données du *Guide de l'administrateur d'hôpital et d'établissement médico-social*, Editions de la Fédération Hospitalière de France, 2000, 254 p.

Les idées avancent dans le même temps et ce qui prévaut c'est que pour avoir une nation saine, il faut y maintenir des personnes saines.

Le développement de la fiscalité permet aux communes de s'enrichir, ce qui entraîne pour les Hospices une modernisation. C'est le début de la médecine psychiatrique avec Pinel.

La loi du 21 décembre 1941 ouvre l'hôpital à l'ensemble des citoyens et fait de l'activité de soins sa mission particulière, tout en consacrant juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social.

En 1945, la Sécurité Sociale voit le jour, elle permet le véritable développement de la santé pour tous. Dans les Centres Hospitaliers, l'abandon de la mission sociale de base s'est fait petit à petit par développement de l'option technique, grâce aux progrès technologiques.

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 porte réforme hospitalière. Elle détermine précisément les missions du service public, en nommant les personnes qui peuvent recourir à ses services : les malades, blessés et femmes enceintes. (article 2, chapitre Ier, section I).

Même si dans son article 3, elle stipule que "*les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services*", elle consacre le changement d'affectation des hôpitaux. Ils perdent leur caractère social, pour se consacrer exclusivement à la prise en charge des malades.

3.2.2 - LES TEXTES RÉCENTS

Circulaire du 14 mars 1990

Relative aux orientations de la politique de santé mentale, elle affirme la place prépondérante du dispositif de secteur, en insistant sur son rôle de prévention. Elle dirige l'effort de transformation du dispositif de soins psychiatriques vers l'objectif d'augmenter les facteurs de santé mentale. Elle ouvre le champ d'action en proposant des partenariats avec les collectivités territoriales et les associations. Elle incite à la créativité autant qu'à la persévérance pour remplir "*ces missions qui ne sont pas aisées à remplir*".

Ce texte, tout en réaffirmant la nécessité de la prévention, n'offre pas de moyen supplémentaire (il préconise le redéploiement des effectifs), donne la priorité aux soins en amont de l'hospitalisation, et place le partenariat comme indispensable à la poursuite de l'objectif du maintien de la santé mentale.

Il reconnaît que la psychiatrie publique a en charge une population extrêmement démunie, et que les "*prestations rendues par les équipes pluridisciplinaires peuvent avoir une importante composante sociale*"

A propos de cette population, la circulaire précise que l'hôpital ne doit plus être un refuge pour une population en difficulté sociale, l'hospitalisation étant réservée à des soins prescrits par nécessité et non pas par défaut. En replaçant l'évolution du dispositif psychiatrique en parallèle de l'évolution des pratiques sociales, le texte renvoie d'une certaine façon la prise en charge des plus démunis au secteur social.

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Elle donne au Préfet de région la responsabilité de la carte sanitaire de psychiatrie ainsi que le découpage des secteurs et groupes de secteurs. Elle instaure le Schéma régional de psychiatrie (SROSS) qui fixe les orientations générales, déclinées ensuite au niveau du département.

Ordonnances du 25 avril 1996

Dans son rapport au Président de la République, le Premier Ministre donne les grandes orientations de la réforme proposée : il fait référence très précisément à la coopération Ville-Hôpital afin de considérer l'offre de soins de manière globale.

Il affirme la nécessité d'un lien fort à préserver et à développer entre les établissements de santé et l'ensemble des dispositifs sociaux.

La troisième ordonnance qui "porte réforme de l'hospitalisation publique et privée" favorise l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement, en renforçant leur participation à une réponse globale aux besoins de santé de la population.

Loi du 29 juillet 1998

La loi contre les exclusions est une loi transversale qui concerne tous les secteurs de l'exclusion et réaffirme le libre accès aux droits fondamentaux pour chaque personne.

Dans le domaine de la santé, cette loi redonne à l'hôpital l'obligation d'un rôle social que les textes précédents lui avaient retiré. (Chapitre III, Articles 67 à 76).

Le droit à la santé passe par le soutien aux personnes les plus démunies. Chaque établissement hospitalier doit concourir à la lutte contre l'exclusion sociale en lien avec les Associations, les autres professions ou institutions compétentes.

Ces dispositions étaient déjà contenues dans la loi de 1991 portant réforme hospitalière, évoquée plus haut. Les difficultés sociales ont nécessité une réaffirmation d'un rôle pourtant traditionnel dans l'hôpital, mais qui avait été dévolu au secteur social ou médico-social par la loi de 1970 puis celle de 1975.

Cette loi met en place des dispositifs pour organiser la lutte contre les exclusions. (**PRAPS** et **PASS**)

Les **PASS** (permanence d'accès aux soins de santé) sont des cellules de prise en charge médico-sociale. Installées dans chaque établissement, elles proposent des horaires de consultation élargis, des conseils sanitaires et sociaux, des actions de dépistage et de prévention. Elles ne sont pas des filières de soins au rabais, spécifiques aux patients les plus démunis.

Les **PRAPS** (programme régional d'action sanitaire et social) sont coordonnés par le Préfet de Région, et déclinés au niveau du département (conseil général).

Ils définissent : les actions de prévention (éducation / réinsertion), puis les partenariats (santé / scolaire / PMI / hôpital), et l'aide au développement du réseau santé / social.

La particularité de cette loi est d'être très éclectique, en touchant les différents axes de vie de la personne : éducation, logement, emploi, santé. Elle préconise la lutte contre les exclusion dans un effort commun de tous les secteurs concernés.

Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999

Elle organise les réseaux de soins, préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux. Ils ont pour objectifs de mobiliser sur un territoire donné l'ensemble des ressources autour des besoins de la personne. C'est la prise en charge globale, qui détermine la prévention comme complément naturel de l'action du réseau.

Loi du 27 juillet 1999

Création de la CMU : couverture maladie universelle, qui a pour objectif d'assurer à tous une protection contre la maladie. La CMU s'applique sous condition de domiciliation, et de demande.

Ce regard rapide sur les textes réglementaires récents, n'a pour but que de tirer le fil des recommandations et obligations faites à l'hôpital pour assurer son rôle social.

En analysant ci-dessous le SROSS de Psychiatrie et le PRAPS de la région Rhône-Alpes, une compréhension des pratiques innovantes rencontrées sur le terrain d'enquête devrait se préciser. Il ne s'agit pas d'une analyse exhaustive, mais simplement d'une recherche focalisée sur la prise en charge des **PSP**.

Le SROSS de Psychiatrie Rhône-Alpes.

Les principes :

Instaurer une politique de santé mentale, dans une préoccupation éthique constante, considérant l'individu comme acteur de sa santé et non pas comme objet de soins.

Les priorités :

La prévention est une fois de plus notée comme partie intégrante du soin, à laquelle est ajoutée ici le dépistage. On insiste sur la possibilité de prise en charge en amont de l'hospitalisation par le développement de liens de partenariat avec les acteurs de la vie sociale. On note l'indispensable articulation entre soin et resocialisation.

Les principes organisationnels :

Affirmation de la nécessaire amélioration de l'articulation entre secteur sanitaire et secteur social ou médico-social. Le texte renvoie au PRAPS, tout en demandant une association plus étroite avec les réflexions menées dans le cadre de la politique de la ville. Il est précisé ici que la psychiatrie ne doit pas être un simple prestataire de service, mais au contraire doit pouvoir participer à l'élaboration de ces politiques.

Actions opposables dans les cinq ans :

- Pour les patients en situation de précarité : amélioration de l'accès aux structures de soins psychiatriques et de leur accueil aux urgences, en partenariat avec les secteur social. Mise en place d'actions coordonnées.
- Travail en réseau et complémentarité : pour la prévention, le dépistage, et le suivi de certaines populations, notamment dans les quartiers dits "sensibles".

Le PRAPS Rhône Alpes

Il détermine 6 grands axes d'intervention, dont le développement de la prévention en santé mentale, la prise en compte de la souffrance psychique, et le développement du travail en réseau.

Ces priorités se déclinent en objectifs, puis en actions proposées à la mise en œuvre départementale et locale. Un certain nombre de ces actions sont les mêmes que celles initiées dans leur région par les acteurs rencontrés sur le terrain d'enquête :

- Promouvoir la mise en place d'équipes mobiles, de consultations délocalisées dans les lieux d'accueil ou lieux de vie...
- Améliorer le suivi en particulier pour les personnes vivant dans des contextes défavorables...
- Réduire les délais de réponses des différents services de psychiatrie...
- Promouvoir des actions de repérage précoce de la souffrance psychique, de la maladie mentale...
- Soutenir le développement des possibilités d'écoute offertes aux populations par des associations, dans des lieux d'accueil et d'insertion...

Commentaire

Après ce bref survol historique et cette exploration rapide des textes qui régissent les pratiques de soin, on sent mieux le poids de ce passé : il est fait d'allers-retours constants entre l'hospice et l'hôpital, la mission sociale et la mission sanitaire, et les changements d'appellation de l'hôpital chargé de la psychiatrie.

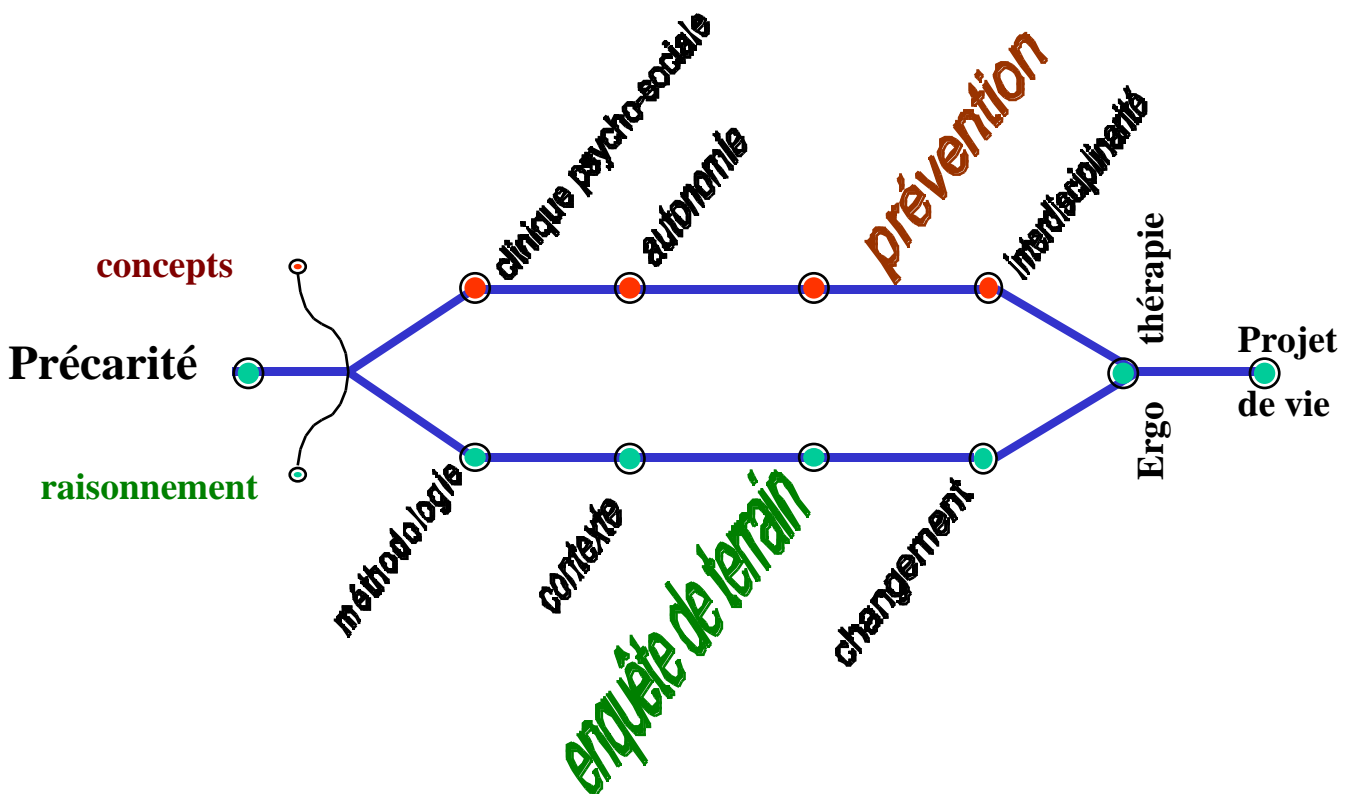
De l'hospice au centre hospitalier, la prise en charge de la psychiatrie s'était progressivement affranchie de son rôle charitable, et la loi de juillet 1998 rétablit l'obligation de s'occuper des personnes en situation précaire.

On comprend mieux les réactions de certains acteurs hospitaliers.

Comme l'enquête le montrera plus loin, c'est l'ensemble institutionnel des dispositifs de psychiatrie qui doit se mobiliser pour être au plus près des personnes en situation de précarité. Chercher à inventer de nouvelles pratiques, les actants le diront, ce n'est pas facile.

Les recommandations des textes se mettent en place avec une lenteur prudente...

4 - L'ENQUÊTE DE TERRAIN



Sur le plan des concepts on discutera de la prévention.

Sur le plan du raisonnement ce chapitre est consacré à l'enquête.

Les réponses des actants sont regroupées par thèmes reprenant les cinq questions de la méthode de représentation systémique.

Le recueil de données brutes organisé en tableau est placé en annexe.

L'abréviation (SCP) est utilisée pour système cellule précarité, et l'abréviation PSP pour personne en situation de précarité.

4.1 - LA FINALITE

La finalité du système est donnée par les réponses aux questions 2 et 3 du questionnaire situé en annexe, et qui concernent la motivation des actants et la nécessité d'innovation.

4.1.1 - LES MOTIVATIONS

Les réponses des acteurs à la question des motivations sont regroupées en trois catégories :

Le rapport à la société

- Refuser la fatalité de la misère, dénoncer le scandale d'une exclusion des soins, agir pour la restitution des droits des plus démunis. Lutter contre la stigmatisation et l'objectivation des personnes, lutter contre le processus de précarisation, puis d'exclusion.

Le rapport à la personne

- Accompagner la personne, refuser la progression de l'isolement, permettre l'intégration au système de soin de droit commun. Pouvoir être prêt à accueillir, puis à entendre, lutter contre les tropismes vers les grandes villes, améliorer la prise en charge psychiatrique des adultes PSP.

Le rapport au métier

- Promouvoir l'action de la psychiatrie dans la ville, travailler dans l'échange avec la cité, tisser le réseau, faire comprendre et connaître les missions, fonctions, et représentations des partenaires, pour instaurer le dialogue entre le social et la psychiatrie.

Phase d'interpellation

C'est la première phase du processus de changement : le social intervient pour questionner le monde de la santé. Les acteurs interpellés, se mettent en marche sous la pression de l'environnement. Il y a une prise de conscience du déséquilibre entre les prises en charge réelles et les besoins des personnes PSP. En effet celles ci ne peuvent pas utiliser le système de soins qui n'est pas fait pour elles, et qui ne tient pas compte de leurs particularités. Les soignants sont bousculés dans leurs valeurs d'humanisme, de respect de l'égalité, d'efficacité, de participation citoyenne.

4.1.2 - NÉCESSITÉ DE NOUVELLES STRUCTURES

La naissance de ces nouvelles structures s'appuie sur le constat que les particularités des **PSP** les excluent de fait de la prise en charge psychiatrique normale.

Prendre en compte le nomadisme des personnes

- Reconnaissance d'une population errante, fréquentant les Centres d'Accueil d'Urgence, ou autres structures d'urgence sociale, qui échappe à l'accès traditionnel des soins ; ce public présente un clinique particulière nécessitant un travail sur le temps et l'espace si on doit lui offrir une prise en charge globale. Les instructions ministérielles sur cette prise en charge globale sont rendues inopérantes pour ces personnes, dans le cadre des pratiques traditionnelles de secteur.

Inventer de nouvelles réponses

- Lutte contre le cloisonnement des territoires, des dispositifs et des pratiques professionnelles. Amélioration des contacts avec la psychiatrie, et de la prise en charge que l'inadaptation des pratiques de soin rend difficile : les délais de rendez vous sont beaucoup trop longs, les démarches de soins ne sont pas formalisées, et ces personnes ont des difficultés d'approche relationnelle.

Appliquer les directives ministérielles

- Nécessité de répondre à la demande du ministère, et à l'interpellation du secteur social dont les équipes sont mises en difficulté. Orientation vers une nouvelle mission de prise en compte des manifestations de souffrance psychique exprimées dans le champ social. Nécessité d'une charte participative, d'une interdisciplinarité, d'une innovation dans le partenariat, pour répondre aux besoins. Saisir l'opportunité des attributions financières DDASS.

Phase d'implication.

La reconnaissance de l'inadaptation des méthodes traditionnelles, pousse à organiser de nouvelles réponses qui permettent à nouveau d'affirmer les valeurs fondamentales de l'identité sociale soignante.

Les acteurs se positionnent fortement en tant que responsables, ils se portent volontaires à l'innovation. Le changement est impulsé par la base, sous la pression d'un autre plan de réalité, le plan social représentant les besoins des personnes **PSP**.

4.2 - LES FONCTIONS

Les réponses aux questions 1 / 7 / 8, augmentées des informations provenant des interviews des cadres, permettent une description de ce nouveau public et de ses besoins spécifiques. On tente ici de comprendre si la mise en place de ces nouvelles formes de soins est vraiment essentielle.

4.2.1 - CONNAISSANCE DU PUBLIC

L'errance

- Ce sont des gens qui voyagent, en transit, qui partent on ne sait où, des SDF, des errants, qui vivent dans des squats ou des CHRS (centre d'hébergement et de réadaptation sociale). Ils sont complètement désarrimés, sans liens, sans attaches aucune. *"Ils refusent d'appartenir"*, ils souffrent d'une déficience du lien. Ils sont de plus en plus jeunes, et *"c'est avec les plus jeunes que c'est plus difficile, car ils n'ont jamais été socialisés dans leur enfance"* (E2). D'autre part beaucoup de ces errants, plus jeunes, *"... viennent par le train sur la réputation d'accueil de la ville, et se retrouvent aux urgences psychiatriques"*. (E4)

Rapports avec la psychiatrie

- Ce sont des gens fragiles, qui ont souvent eu des histoires très difficiles, *"des proies directes à la difficulté de la vie"*. (E1) Ils ont souvent connus déjà la psychiatrie, parfois dans leur enfance avec des familles d'accueil. Ils sont rebutés par la psychiatrie, leurs pathologies ne sont pas clairement définies par la nosographie, mais quelquefois ce sont de grands délirants en errance.

Le besoin de soins

- Le plus souvent, ils n'ont pas de demande et ne sont pas en état de formuler un projet. Ils ont recours aux Urgences pour mettre un symptôme devant eux. Ils utilisent le paradoxe, leurs demandes sont décalées. Ils ne disent pas qu'ils refusent, ils ne demandent rien. Ce sont des personnes clochardisées en simple survie immédiate ; ils ne savent plus qui ils sont, se mettent en échec, et pourtant ils ont de plus en plus de besoins.

Commentaire

Les besoins de soins des **PSP** ne s'expriment pas en terme de **demande**, ou alors il peut s'agir d'une demande mal localisée : sur le terrain social une demande de soins et sur le terrain psychiatrique

une demande sociale. L'absence de domicile, ou la précarité de l'hébergement, la déficience du lien, et la désocialisation qui peut aller pour les plus jeunes jusqu'à l'absence totale de socialisation, participent du concept de clinique psychosociale.

Il faut comprendre qu'une évolution et une adaptation sont nécessaires : le besoin de soin doit être considéré.

Pour cela il est nécessaire de rassurer les soignants sur la légitimité d'une intervention, dans le respect de la personne. L'inconfort de la position délicate entre l'intervention et l'attente d'une demande de soins formulée, revient au cadre qui doit en assumer la responsabilité.

C'est le rôle du Cadre de Santé de repérer le moment de cette demande non formulée, ou mal formulée. Il est de sa responsabilité d'impulser la prise en compte du paradoxe dans son étrangeté de forme et de temporalité.

4.2.2 - DES PRATIQUES MIEUX EN RAPPORT AVEC LES OBJECTIFS

Le contact

- Avant tout, il faut atteindre cette population, être au plus près d'elle. Pour cela il est nécessaire d'augmenter l'offre de soins en étant plus sur le terrain, aller vers les usagers, leur proposer des contacts dans la rue, ou dans les lieux d'accueil. Parfois le contact se fera avec des personnes qui sont ressources pour eux. On doit s'appliquer à les connaître, reconnaître et faire avec eux, en recherchant leur participation. On développe alors les tournées de nuit avec le SAMU social, les permanences infirmières dans des lieux comme les CHR, les restaurants sociaux, ou les lieux associatifs.

La prévention

- Ensuite on peut favoriser l'expression de la souffrance psychique, dédramatiser, offrir un espace de parole, faire émerger la demande si nécessaire, prendre en compte la demande paradoxale, et prendre en charge la souffrance psychique liée à la précarité et à l'exclusion. Pour favoriser, permettre, faciliter l'accès aux soins psychiatriques de droit commun. Le but étant d'appivoiser et d'approcher la personne pour se rapprocher du soin, par exemple au cours d'autres activités, l'accompagner, lui offrir un soutien psychologique, une contenance psychique, essayer de réintroduire du

lien avec soi et peut-être avec l'autre, l'aider à vivre et à s'inscrire dans une dynamique.

Le soin

- De la sorte il est possible d'amener vers les soins sans rebuter, d'initier un processus de soins, pour orienter vers les structures de soin, puis faire entrer les personnes dans le dispositif de soins de droit commun. L'entretien est infirmier, médical (domaine somatique et psychique), social avec rencontre d'assistant social, psychologique de soutien ou psychothérapique. La présence des psychiatres ou psychologues rattachés à l'équipe accélère les procédures de rendez vous qui peuvent être demandés par un tiers. Certains entretiens peuvent être menés éventuellement en présence d'une personne ressource.

Le travail partenaire

- Développer le travail en réseau et les consultations spécialisées d'urgence, a comme résultat de permettre, favoriser et améliorer le développement de la prévention de la souffrance psychique. L'accueil peut se faire au café pour des groupes de parole, on offrira des pratiques associatives permettant de recréer du lien, de se ré-appropriier son autonomie, de s'affilier et de s'exprimer par des ateliers d'expression.²⁵

La demande

- Ces actions permettent d'entendre la demande particulière, paradoxale, qu'avec du temps on peut faire émerger, si on admet que c'est juste le bon moment de s'en occuper. On travaillera autour de cette demande, ou de cette non-demande, avec souplesse, dans une volonté d'adapter l'offre de soins aux usagers, et de travailler sur la **construction identitaire**.²⁶

Le suivi

- Le suivi s'adapte à la question de la demande, en cherchant plutôt un passage de relais, une orientation, une cohérence des professionnels, pour des projets personnalisés en concertation avec les intéressés et les professionnels proches. Mais avec les grands délirants SDF, c'est dur d'accrocher quelque chose du soin, les liens avec les CMP ne sont pas faciles. Alors, si nécessaire, la prise en charge se fera au long cours.

²⁵ Une seule structure parle d'ateliers d'expression ou de pratiques associatives.

Commentaire

Les acteurs de soins partis sur le terrain, hors des sentiers balisés d'une pratique soignante traditionnelle, sont des gens extrêmement motivés.

La multiplicité des verbes d'action montre qu'ils sont actifs, entreprenants et très respectueux des **PSP**, à la fois dans leurs **droits** (accès au droit commun, demande si nécessaire), et dans leurs **difficultés** (sans rebuter, initier un processus). En somme il s'agit de se hâter puisque l'urgence est là, mais dans la douceur, et pour cela il faut du **temps**.

L'implication de ces acteurs représente une richesse pour le service, qui pourra compter sur un désir de formation, et sur une capacité à se mobiliser, si le projet est suffisamment lisible.

Je relève ici la question des liens avec les CMP qui ne sont pas faciles.

Les **PSP**, en effet, ne respectent pas les rituels organisationnels traditionnels. Leur relation au temps est très perturbée, il est hors de question de leur donner des rendez vous différés, auxquels ils ne viendront pas. Monsieur Emmanuelli le disait dans l'entretien cité plus haut, la relation au temps est la caractéristique la plus vite disparue et la plus longue à revenir. Seulement, nous ne pouvons pas espérer d'autre entrée en relation que celle que ces personnes nous autorisent.

En somme il s'agit **d'innover** dans la rencontre des usagers, par des réponses rapides, souples, **adaptables**, plutôt que dans les techniques de soins. Le CIS (E2) dira très clairement "*qu'il faut garder des dispositifs souples, adaptables, travailler dans la marge..*"

Si l'on suit les expériences de nos interlocuteurs, il faudra adapter les pratiques des Centres Médico-Psychologiques, ou alors envisager de pérenniser l'action des (**SCP**).

Travailler dans la marge suppose d'une part, d'avoir une identité professionnelle forte pour se reconnaître comme soignant même hors des murs de l'institution, d'autre part d'avoir une grande confiance dans les autres intervenants, et enfin de s'accepter différent des représentations des collègues restés dans les pratiques traditionnelles.

A mon sens l'enthousiasme d'une implication personnelle aussi importante ne peut se garder opérationnel que s'il est valorisé en équipe. Ce qui suppose l'organisation de temps de parole, de temps de réflexion, en dehors des moments de partage avec les acteurs des autres organisations.

²⁶ C'est moi qui souligne

On augmentera la lisibilité du projet par des communications de service, et des bilans annuels.

Sachant qu'il ne suffit pas d'écrire ces bilans, il faut les présenter, les commenter, les faire valider en s'assurant qu'ils soient lus.

Rien ne remplacera d'autre part l'écriture de textes permettant de référencer ces actions dans un cadre élargi de participation à la vie citoyenne.

Faute de quoi, l'usure pourrait bien s'installer, voire l'amertume, de ne pas se sentir reconnu.

C'est pourquoi il faut insister sur la valorisation des expériences, et déboucher sur une véritable prise de position en Prévention.

Phase d'expérimentation

Le processus de changement entre dans sa phase d'expérimentation à propos de la clinique.

Ces équipes rassemblent plusieurs approches soignantes : médecin / psychologues / Assistants sociaux / infirmiers. Elles sont envoyées au contact avec les **PSP**, pour essayer de mettre en place d'autres moyens. Si le soin psychiatrique reste essentiellement de type entretien, les équipes déclinent différentes façons d'un dispositif "Aller Vers", dans une approche personnalisée, sur les lieux fréquentés habituellement par ces personnes en difficulté.

Une seule parle de reconstruction du lien social par des activités associatives et culturelles. Pourtant, dans un esprit de prévention, ces activités permettraient d'aider à la réhabilitation des personnes, en renouant avec l'estime de soi avant qu'elle ne soit trop difficile à mobiliser.

Ma formation d'ergothérapeute me permet d'affirmer l'importance de l'activité comme composante fondamentale de l'identité humaine, au même titre que la parole. Chercher à développer l'autonomie est une finalité essentielle de l'ergothérapie. Je proposerai dans la partie finale de ce travail l'intervention des techniques d'ergothérapie comme moyen privilégié d'intervention dans le champ social.

4.3 - L'ENVIRONNEMENT

Ce paragraphe, en regroupant les réponses aux questions 4 / 5 / 6, situe le sous-système (SCP) dans son réseau de partenaires, apportant des informations sur les coopérations des acteurs de terrain et des institutions.

4.3.1 - LES STATUTS

- Dans tous les cas recueillis, le service public de santé même s'il n'est pas à l'origine de l'action, en est toujours partie prenante, en fournissant des personnels et souvent des locaux.
- Les secteurs psychiatriques peuvent s'être fédérés officiellement pour ces actions intersectorielles.
- Une seule structure très particulière dépend à la fois de l'hôpital et de la Préfecture puisqu'elle s'inscrit dans les ressources départementales comme Centre d'Accueil de nuit médicalisé.
- Les fonctionnements sont assurés par des comités de pilotages paritaires, les institutions sanitaires et sociales ayant parfois contractualisé leur partenariat par convention.
- Il faut noter les budgets DDASS, ou enveloppes budgétaires distribuées aux Centres Hospitaliers Spécialisés (nous dirons dorénavant CHS) pour ces missions particulières, parfois avec obligation de comptabilité spécifique.

4.3.2 - LES PARTENAIRES

Les partenaires institutionnels

- L'ensemble du monde institutionnel est concerné dans une participation avec les structures de soins : l'état et le ministère de tutelle en ayant fixé les grandes orientations par la loi de juillet 1998, les Régions par l'intermédiaire des PRAPS, les Départements avec les budgets DDASS, couplés souvent avec les missions RMI, les municipalités par l'intermédiaire des CCAS en organisant partenariats et Veilles Sociales.
- Les partenaires d'action sont inscrits dans le tissu urbain et parfaitement identifiés depuis longtemps : missions locales, ANPE, mission RMI, PAIO... Ces dispositifs n'ont pas été créés dernièrement, par contre ils peuvent avoir été renforcés. De

même les accueils de nuit, les foyers Sonacotra, les CHRS, les centres d'accueil de jour font partie des dispositifs sociaux mis en place dans le cadre de la loi de 1975.

- Les Boutiques Solidarité, l'accompagnement social mobile du CHU, le SAMU Social sont d'existence plus récente et découlent directement de cette augmentation de la "nouvelle pauvreté".

Les partenaires du domaine privé

- Les médecins généralistes, les professionnels libéraux organisés en réseau, (signataires dans un cas d'une charte réseau autour de la personne).
- Les associations humanitaires, ou caritatives.
- Les organisations diocésaines

4.3.3 - LES ARTICULATIONS

- Elles sont nombreuses avec les travailleurs sociaux et les associations, ainsi qu'avec les médecins généralistes privés, qui participent au quotidien de ces prises en charge. Elles sont d'ailleurs décrites comme enrichissantes, imaginatives, solidaires.
- A noter qu'une structure allant dans le sens de la santé communautaire englobe les usagers comme membres de l'association.
- Par contre avec les services de Psychiatrie sectorisés, les relations peuvent être plus rares, parfois difficiles, quand des notions de concurrence administrative se font jour.
- Les relations avec les Centres Médico Psychologiques ou Centres d'Adaptation Thérapeutique à Temps Partiel ne sont facilitées que quand la cellule précarité y est domiciliée. Mais souvent les liens sont décrits comme difficiles et distants.

Commentaire

Cette troisième partie de l'enquête nous rapporte des informations sur les partenariats instaurés de manière efficace par les acteurs de terrain.

Il se rencontrent pour réfléchir sur la compréhension des phénomènes d'exclusion, et mettent en place des temps d'analyse des pratiques. Les premières rencontres n'ont pas toujours été faciles, car les logiques de travail sont différentes. Ils ont donc pris du temps pour apprendre à se connaître dans le but d'installer entre eux une confiance réciproque, à laquelle font référence les cadres que nous avons interviewés :

E1 : *"Ce qui a existé, c'est que les premières réunions ont été assez difficiles, pour que chacun se comprenne...et que comme toujours tombent les craintes, peut-être aussi du secteur de psychiatrie d'être happé par le social...il faut respecter les champs d'intervention des uns et des autres..."*

E2 : *"Ca fonctionne pas mal, ça fonctionne bien avec les associations, c'est bien aussi qu'il y ait cette souplesse, on se connaît, on se téléphone, on se rencontre, mais c'est bien aussi qu'il y ait cette souplesse, parce que plus le dispositif sera souple, plus on aura de possibilités de répondre aux besoins..."*

Ils ont mis en place de cette façon des relations de partenaires, dont ils soulignent l'utilité.

Les Associations humanitaires ou caritatives n'ont pas attendu le feu vert du ministère pour intervenir au quotidien de la misère. Mais la loi de 1991 et les ordonnances de 1996, en précisant les interférences possibles entre public et privé, ont multiplié les recours au monde associatif par le domaine public.

Quelques structures interrogées se sont elles-mêmes constituées en association. Il faut reconnaître que la structure associative offre une légèreté de gestion et permet une rapidité de réponse avec laquelle le service public ne peut pas rivaliser.

Faut-il demander au service public d'utiliser le système associatif pour des projets particuliers, comme cela se fait fréquemment dans certains CHS ? Il semblerait plus juste d'inscrire ces pratiques de soins préventifs dans le budget général de l'institution.

Toutes les structures dont les réponses ont été recueillies par questionnaires, consacrent une part de leurs activités à "l'aide aux aidants" :

- organisations d'ateliers thématiques, de colloques, de journées de réflexion, actions de formation...
- rencontres de soutien aux équipes accompagnant les gens du voyage
- guidance et aide aux professionnels du social, réunions formalisées de réflexion sur les pratiques...

En récapitulant toutes ces réponses, on comprend que la nouveauté, le changement, réside dans la mise en œuvre de partenariats multiples et contextualisés.

La mutualisation des compétences et des moyens, s'inscrit dans un maillage plus ou moins efficient, mais présent dans chacune des villes concernées.

L'origine historique de la participation de la Psychiatrie vient de l'interpellation des acteurs sociaux. Elle se comprend justement dans le sens d'une circulation en réseau des compétences.

En somme l'injonction faite au soin de venir tenir son rôle dans le jeu social, revient à reconnaître à la fois la nécessité de son intervention et le savoir faire qui y est lié.

Je citerai ici mon interlocuteur E4 *"au début les psy croyaient qu'ils ne savaient pas faire, alors que les travailleurs sociaux croyaient qu'ils ne voulaient pas faire"...*

Phase d'expérimentation

Si les essais d'inter-institutionnalité faits par ces structures sont tout à fait opérants, il est clair que des questions légitimes se posent encore à propos de définition des rôles, de secret médical partagé, de crainte de perdre une prépondérance supposée.

Ces questions semblent surtout des résistances au changement de regard demandé par l'instauration de ce mode participatif de travail. Mais le travail de réseau instauré par les textes et recommandations ministérielles, emmène vers l'interprofessionnalité.

Rappelons que le secret médical, s'il est évidemment à préserver, n'existe pas entre professionnels de même obédience s'occupant du même patient. Il est donc tout à fait possible de transmettre des informations au service libéral de santé, par exemple, sous forme de "fiches de liaison", qui pourraient faciliter grandement la poursuite des soins à l'extérieur.

Il est de même possible, sans révéler le moindre diagnostic médical, d'aborder le cas de tel ou tel personne passée par les services de psychiatrie, dans le cadre d'une réunion multi partenariale des acteurs d'un quartier par exemple.

Il faut prendre en compte, comme le Guide du Service Infirmier nous y invite, l'ensemble des composantes de la personne. Ce qui, au passage, inclut forcément le logement ; qu'il soit de CHRS, de rue, ou de quartier.

Il semble important aussi de concilier rapidement les actions sectorielles et intersectorielles. Comment penser à des structures concurrentes, alors qu'il **est évidemment urgent d'allier les dispositifs dans une compréhension de la place de chacun au service d'une même cause ?**

4.4 - TRANSFORMATION

Ce paragraphe rapporte un changement des pratiques traditionnelles de soins, avec un positionnement sur le terrain de la prévention. Les réponses aux questions 9 / 10, augmentées des informations venues des interviews, permettent d'aborder les difficultés rencontrées. Les interrogations sur la poursuite de l'action seront notées ici.

4.4.1 - LA PRÉVENTION

Le soin préventif

L'aspect préventif est énorme et en augmentation d'une façon générale, même dans les CMP ou en Psychiatrie de liaison à l'hôpital général. (E1)

- Par la Pédagogie : l'organisation de groupes de parole sur la santé mentale en CHRS permet de donner des informations sur la santé mentale, et autorise d'envisager la dimension psychique avec un recours possible.
- Par l'Ecoute : écouter la souffrance, l'évaluer, l'orienter, pour qu'elle n'envahisse pas la personne.
- Par l'Action : favoriser la participation et la réaffiliation, freiner la dégringolade, arrêter les dégâts, prévenir l'aggravation des symptômes, éviter l'addiction et l'exclusion.

En direction des aidants

Mais la prévention vient aussi du travail fait avec les aidants, en mettant des mots sur les souffrances, en analysant les pratiques, en cherchant à comprendre, et cet apport est très important tout en nécessitant souplesse, mobilité, disponibilité et pluridisciplinarité.

- Par le pôle de recherche pluridisciplinaire : organisation de colloques, journées d'études, ateliers à thèmes... Toutes les structures développent l'aide aux aidants.
- Par la coordination des actions psychologiques et sociales.
- Par les actions de formation envers les équipes sociales, en leur offrant un soutien psychologique pour ne pas psychiatriser des conduites qui sont inadaptées sur le plan social.

Si toutes les structures (sauf une) disent qu'elles s'occupent de prévention, toutes ne s'accordent pas sur le même plan de prévention : soit primaire, secondaire ou tertiaire. La prévention semble plutôt générale, et globale, sans distinction. Même pour les plus jeunes, dira le CIS E2, il s'agit de

prévention tertiaire, alors que d'autres intervenants situent la même intervention en prévention primaire.

De ce dernier point je retiens que la **prévention** en santé mentale est une préoccupation majeure pour les acteurs de soins, et qu'elle s'envisage même au dernier degré de souffrance, pour éviter **l'exclusion**.

Commentaire

S'il est si difficile de demander à quelqu'un des nouvelles de sa santé mentale comme on le fait naturellement de sa santé physique, c'est que questionner la santé mentale ouvre à la maladie mentale, et pourquoi pas à la folie. Cette folie qui fait peur, qu'on ne connaît pas, qu'on croirait volontiers contagieuse, et qui serait peut-être une punition.

C'est pourquoi encore aujourd'hui, chacun s'imagine que la santé mentale est une donnée figée, un état immuable, dont il vaut mieux ne pas s'occuper. Dans ces circonstances la demande de soins psychiques est difficile à faire, il s'agit presque d'avouer une faute. On l'a vu, la précarité agit sur la santé mentale, et ces personnes **PSP** qui ont besoin d'aide, en trouvent difficilement dans leur quotidien.

Le tabou n'est pas encore levé.

La psychiatrie, garante de la santé mentale, se heurte à un problème éthique autre que ceux que nous avons déjà évoqués, comme la question de la demande. Mais qui n'en est finalement pas si éloigné : c'est la crainte d'être accusée de vouloir contrôler les comportements sociaux.

Les interlocuteurs insistent tout particulièrement sur le fait de ne pas "*pister la personne*", "*ne pas psychiatriser la misère*", "*préserver la liberté du sujet*"...

Je n'ai que peu cité mon interlocuteur E3. Il a pourtant apporté un regard extrêmement fécond sur une organisation simple du partenariat citoyen. J'ai retenu de son expérience la possibilité d'organiser un tissu de solidarité autour de la personne, dans une confiance professionnelle basée sur une connaissance du rôle et de la compétence de chacun.

Avec son accord, je propose le terme de "Vigilance Solidaire", en référence au principe canadien de "Vigilance Councillor". Chacun veille sur son voisin, dans un regard fraternel. (J. Maisondieu rappelle dans son livre "La fabrique des exclus", que la fraternité n'est pas une émotion généreuse, mais une réalité biologique).

Il est clair que le danger viendrait du fait d'épier l'autre, de stigmatiser d'éventuels comportements déviants. Les logiques des acteurs ne sont pas les mêmes, cela a déjà été dit. Mais si la confiance professionnelle est basée en plus sur l'adhésion à une éthique commune centrée sur la personne, je pense que ce travail vraiment interdisciplinaire pourra aider à l'efficacité d'une prise en charge globale. D'ailleurs l'émergence de nouveaux métiers sociaux comme "médiateur de quartier" me semble faire référence à ce concept canadien.

Fixer le cap en permanence sur l'éthique soignante, c'est aussi le travail du CDS...

4.4.2 - LES SATISFACTIONS

La clinique

- Sur le plan clinique les résultats sont encourageants : on note une légère amélioration de l'accès aux soins, une réponse satisfaisante à la souffrance psychique, et une bonne réponse au besoin. L'identification des troubles mentaux est plus claire, et l'analyse des troubles comportementaux est meilleure.

La file active

- Sur le plan de l'évolution, on enregistre une forte augmentation des actes et de la file active.

Le partenariat

- Sur le plan du partenariat, on prend conscience que la collaboration est essentielle et bénéfique pour les usagers. La localisation facilite les échanges. Les Comités de Pilotage gèrent les interactions avec les partenaires sociaux.

4.4.3 - LES DIFFICULTES

Les craintes

- Certains médecins psychiatres hospitaliers craignent de ne pas pouvoir répondre aux demandes du service social. C'est la peur d'être envahi, de devoir faire plus avec de moins en moins de moyens. La psychiatrie est de plus en plus sollicitée pour des missions nouvelles sans avoir de moyens supplémentaires. L'émergence du concept de Clinique psychosociale permettra peut-être de faire reculer les problèmes dus à l'absence de répertoire nosographique.

Les incompréhensions

- Les logiques sanitaires et sociales sont différentes, il peut en découler une obligation pour les soignants de préciser les limites d'interpénétration des acteurs. La qualification de "malade mental" est faite parfois un peu trop rapidement par les travailleurs sociaux qui attendent une prise en charge psychiatrique pour éloigner la personne problème. Il est donc nécessaire de rappeler que le diagnostic n'appartient qu'au médecin. *"Tout le travail, c'est de rapprocher un peu, de travailler en complémentarité"* E2. Cette question de la vigilance nécessaire est rapportée par plusieurs des cadres interviewés. La prudence est de rigueur, dans le respect des attributions de chacun.

Le manque de formation

- Le manque de formation de certains travailleurs sociaux : dans les CHRS, certains n'ont pas de qualifications suffisantes ; ils peuvent se trouver débordés par certaines situations, comme la violence, par exemple.

Les injonctions paradoxales

- Pour l'institution hospitalière, les prises en charge doivent être courtes, puis suivies à l'extérieur par un recours au CMP, si nécessaire. Mais les patients sortent parfois très vite, avant la mise en place d'une structure efficace à l'extérieur. Il arrive à certains d'être accueillis dans les Centres d'Accueil d'Urgence. Ils font alors partie de la population dont nous parlons ici (cf. E1).

Comment concilier l'obligation d'hospitalisations courtes et la nécessité d'assurer au mieux le rôle social de l'hôpital ?

- Pour les travailleurs sociaux, le paradoxe est le même : ils ne doivent pas sédentariser les personnes. Les temps d'accueil en CHRS dépendent des habitudes régionales, puisque certains peuvent aller jusqu'à plusieurs mois dans certaines conditions, alors que d'autres ont des durées autorisées très courtes. Les **PSP** sont donc sollicitées fortement pour monter des projets, s'impliquer dans des recherches d'emploi, trouver des appartements...

Comment demander aux personnes d'être actives alors que certaines sont concernées uniquement par la survie immédiate ?

Le manque de temps

- Les équipes sur le terrain sont sollicitées par de nombreux acteurs sociaux, ce qui montre l'importance de la demande. Le petit nombre d'effectif ne permet pas de répondre à toutes. Il est nécessaire de prioriser les actions : les approches cliniques prennent beaucoup de temps, elles sont pourtant à continuer, comme on l'a vu, dans un appivoisement respectueux. N'oublions pas que les approches cliniques sont la finalité de l'action. Mais ce manque de temps explique qu'il n'y ait encore que peu d'écrits.

Une des fonctions du CDS sera de s'occuper de la communication autant en interne qu'en externe. Il faut faire connaître ces expérimentations.

Les difficultés de collaboration

- Il reste trop de lourdeurs administratives, de corporatismes, de cloisonnements des territoires, cela gêne considérablement les articulations avec les secteurs psychiatriques et avec l'hôpital. Il manque le soutien des autres acteurs, pour une réelle efficacité des prises en compte de ces personnes particulières, qui ne sont pas toujours les bienvenues dans les services médicaux.

Au CDS encore d'intervenir pour plus de coordination, pour instaurer des relations de coopération avec les acteurs soignants de l'institution.

4.4.4 - LA POURSUITE DE L'ACTION

La pérennisation

- Les acteurs désirent poursuivre une action qui selon eux, n'en est qu'au début, et qui s'ouvre sur un immense champ d'exploration. Pour cela il faut consolider le réseau. Si ils manquent encore de recul, ils sont convaincus de la pertinence d'un long travail à la fois envers la PSP et envers la structure de prise en charge future, dans un esprit de collaboration.

La recherche

- Ils posent leur pratique comme expérimentation de partenariat, pouvant devenir un pôle de recherche pluridisciplinaire.

Le questionnement

- Les questions fondamentales sont abordées par les acteurs de soins, dans l'inquiétude d'un éventuel rôle social de caution d'une société à deux vitesses. Ils se demandent quelle véritable action ils ont sur le psychisme de l'usager, s'ils l'aident vraiment, et à quoi ils aident ? Certains reprennent à leur compte la formule de J. Maisondieu, et s'inquiètent de participer à la "fabrique des exclus".

Phase d'évaluation

Les bilans permettent d'entrer dans la phase d'évaluation.

La pérennisation de ces actions doit-elle se faire, et sous quelle forme?

Mon interlocuteur E2, dont la structure n'ouvre que l'hiver, disait que *"ces gens ne souffrent pas que l'hiver, pas que de froid..."*

Ces dispositifs ont fait semble-t-il preuve de leur efficacité, ils répondent en tous cas à certains besoins des personnes en état de précarité, et aussi aux demandes des acteurs sociaux.

Comment l'évaluation de ces structures sera-t-elle faite ? Elles ne sont pas constituées en réseaux officiels, sauf si l'on considère l'adhésion de certaines au RNSPP. Elles ne sont pas toutes des Fédérations. Elles ne font pas toutes partie de régions ayant mis la lutte contre la précarité en tête de leurs préoccupations.

Quelle que soit la méthode d'évaluation, il semble que le processus d'expérimentation du changement, que nous supposons organisé de cette manière par l'institution, a donné des exemples positifs : en effet il montre que l'interdisciplinarité est possible, que les services sanitaires et sociaux, obligés à nouveau de retravailler ensemble par décision ministérielle, y trouvent de l'intérêt. Il est temps de capitaliser ces expériences, pour les intégrer au changement global des pratiques soignantes.

4.5 - L'ORGANISATION

Il sera question ici de l'éthique soignante, des relations partenaires avec la cité, et de la place du cadre. Cette partie se fonde uniquement sur les apports des cadres interviewés.

4.5.1 - L'ETHIQUE

Le contrôle social

- Les acteurs sont inquiets des dérives possibles, sous la pression sociale qui ferait jouer à la psychiatrie un rôle de normalisation des comportements. Pour lutter contre cette tendance possible, il s'agit de rechercher une cohérence sereine, de rappeler les missions soignantes, d'être vigilant sur les logiques, et de dédramatiser les situations.

La qualité des soins

- Les cadres gardent très présente à l'esprit la notion de qualité de prise en charge : pas question de faire des soins au rabais, ou des "*unités de sous-soin*". Ils soulignent la nécessité d'avoir des réponses rapides, des positionnements clairs, de respecter le choix des personnes PSP, tout en laissant la place à l'imprévu.

4.5.2 - LE PARTENARIAT CITOYEN

- Pour promouvoir l'action de la psychiatrie dans la ville, travailler au cœur de la ville, il vaut mieux connaître personnellement les instances municipales et élus locaux. (E4) L'entrelacs de relations personnelles aide à connaître le tissu social, pour cela il est bon de tisser des liens personnels dans le réseau. Il faut arriver à inclure la psychiatrie dans l'échange avec la cité, en gardant le souci de la permanence du réseau en dehors des questions de personnes. En effet, en cas de changement de poste, il faut assurer la pérennité du rôle. (E1) Ce qui suppose pour la personne qui part, de présenter son successeur. Pourtant, si on ne s'implique pas personnellement, cela ne marche pas.

4.5.3 - LE RÔLE DU CADRE

Encadrement des équipes

- Faire passer le message au quotidien dans le travail infirmier, en affirmant la nécessaire autonomie infirmière pourtant difficile. Garantir le travail des équipes, dont il doit être le référent. Inciter au travail de prévention et de psychiatrie de liaison.
- Mettre en place les analyses de pratiques et les temps de supervision. Il est très important pour des soignants au contact direct avec la souffrance de l'exclusion d'avoir des temps de verbalisation.
- Rassurer les équipes qui "*n'ont jamais l'impression de faire ce qu'il faut*". (E 4, une seule information à ce sujet, mais je la note car je pense qu'inventer la prise en charge est une lourde responsabilité). Rassurer encore, pour des équipes aux prises avec les injonctions paradoxales, qui ne savent pas toujours comment se positionner.

Conceptualisation

- Théoriser la pratique et l'écrire. Conceptualiser les projets en partenariat avec les infirmiers. Organiser et participer aux réunions des Comités de pilotage, des fédérations, des associations. Fixer l'éthique et la rappeler sous peine de perdre l'identité soignante. Faire la différence entre le légal et le légitime. Assurer le rôle pédagogique envers son équipe. Organiser la formation des soignants et des aidants. Participer à la recherche.

Questionnement

Je voudrais clore cette enquête de terrain par quelques réflexions générales sur le mouvement de balancier de l'ordre et du désordre..

Certains de nos interlocuteurs craignent l'institutionnalisation de ces propositions innovantes. Ils ont peur d'y perdre la souplesse, la rapidité de réponse, l'efficacité même.

En même temps ils demandent le renforcement des équipes, la pérennisation des actions, la mobilisation d'un plus grand nombre d'acteurs.

En supposant que de la capitalisation des expériences se construise un nouveau mode de collaboration avec la vie de la cité, la sclérose ne le guettera-t-il pas à terme ? Ne risque-t-il pas, à son tour, de rejoindre le vestiaire des bonnes intentions, pour être remis en cause par une crise organisationnelle et culturelle future ?

En d'autres termes, l'apprentissage terminé, la maîtrise ne contient-elle pas en elle-même le germe de l'usure et de l'inadéquation au but recherché ?

Comment maintenir en état d'alerte la vivacité nécessaire à une innovation permanente ?

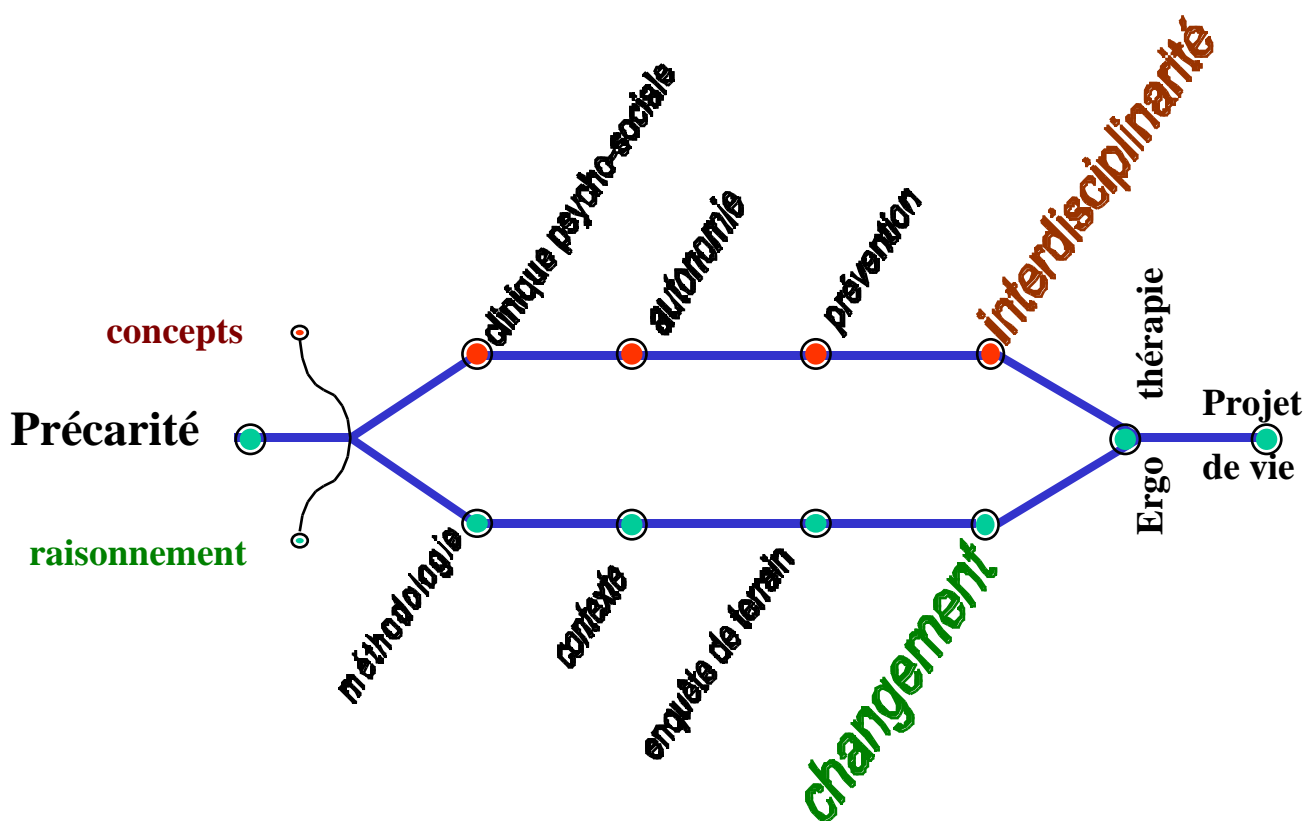
L'administration peut-elle faire sienne et avec quels moyens, les principes de l'entreprise privée qui s'adapte plus facilement aux besoins de son marché, sans perdre ses valeurs fondamentales de service public ?

Les deux tendances contradictoires ordre et désordre peuvent-elles se concilier ? Edgar Morin les considère comme indispensables l'une à l'autre :

"...ce que j'ai dit de l'ordre et du désordre peut être conçu en termes dialogiques. L'ordre et le désordre sont deux ennemis : l'un supprime l'autre, mais en même temps, dans certains cas ils collaborent et produisent de l'organisation et de la complexité. Le principe dialogique nous permet de maintenir la dualité au sein de l'unité. Il associe deux termes à la fois complémentaires et antagonistes..."²⁷

²⁷ E. MORIN, op.cit., p. 99

5 - LE CHANGEMENT



Sur le plan des concepts on s'intéressera ici au réseau et à l'interdisciplinarité.

Sur le plan du raisonnement ce chapitre est consacré au changement.

5.1 - LES OUTILS

Participer à la vie sociale suppose de ne pas rester dans de confortables pratiques institutionnelles, alors que la société est en pleine transformation. La psychiatrie doit s'adapter, et faire la preuve de son efficacité, dans le contexte difficile d'interpellations multiples et diversifiées, accompagné par une pénurie de moyens.

Malgré la pénurie, l'institution n'est pourtant pas démunie. Les instructions ministérielles mettent en avant l'efficacité du travail en réseau. Nous allons réfléchir sur cette notion, puis sur l'interdisciplinarité qui est de mon point de vue une condition de réussite de ce travail.

5.1.1 - LE RÉSEAU

J' emprunterai à Monsieur Legris²⁸ ses réflexions sur ce concept parce qu'elles me paraissent très éclairantes, et je les commenterai à mesure : " *Le réseau c'est poser des objectifs communs et s'entendre sur les nécessaires interactions entre activités et structures pour réaliser ces objectifs...*

Dans le cas de la prise en charge de la précarité, des objectifs communs sont effectivement partagés par des partenaires divers ; les interactions se réalisent, avec parfois de belles réussites. Je prendrai comme exemple un cas qui m'est proche, d'une personne SDF qui après avoir selon ses propres termes "touché le fond", a décidé de profiter du réseau de compétences bienveillantes qui l'entouraient, ce qui l'a aidé à retrouver une vie décente.

Le réseau vise donc le caractère collectif de l'organisation...Il tend à favoriser celle des connaissances et permettre ainsi l'apprentissage et le développement des compétences,...surtout collectives...

L'utilisation des compétences s'est organisé, à l'appel du secteur social, et il donne des preuves de son efficacité, comme le montrent les bilans.

A ces conditions, le réseau constitue un processus d'acquisition de connaissances et une source possible d'apprentissage...parce que celui ci permet à la fois : une accumulation d'expériences individuelles contextualisées, une réflexion collective décontextualisée sur la façon de traiter les problèmes, la fabrication consensuelle de routines.."

Les analyses de pratiques en commun, les recours des uns aux autres en interaction, les colloques et journées de réflexion...constituent un processus d'acquisition de connaissances nouvelles. L'apprentissage ici se fait dans l'expérimentation. Les acteurs posent désormais comme actuelle la nécessité d'une "réflexion collective décontextualisée".

Le contexte en psychiatrie

"Cette intervention de professionnels implique un travail en réseau des différents intervenants, chacun assurant son rôle, rien que son rôle, et tout son rôle, c'est à dire offrant à l'usager une prestation identifiée et adaptée. Mais le réseau n'est pas qu'un carnet d'adresse, il est aussi la recherche commune par des professionnels remplissant des fonctions différentes d'une cohérence de démarche."

Ce court passage du rapport Lazarus, me semble expliciter d'une manière claire et nuancée la nécessité d'un travail de partenariat. Il ne fait d'ailleurs que décrire ainsi le constat du travail réalisé par certaines équipes de secteur.

Les notions de continuité des soins, de complémentarité de l'offre de soins et de coordination entre acteurs sont contenus dans les intentions premières du secteur psychiatrique. La circulaire du 15 mars 1960, *"même si elle ne cite pas le mot, jette les bases d'un réseau sectoriel sensé s'articuler au sein du dispositif de soins, dans son environnement"*.²⁹

Le Conseil économique et social et son rapporteur Monsieur Pierre Joly appuient sur la nécessité *"d'ouvrir la psychiatrie institutionnelle à d'autres horizons"*. La sectorisation montre *ses limites en matière de prévention et de prise en charge des personnes qui ne sont pas à proprement parler des malades mentaux mais souffrent de troubles psychiques parfois graves...L'efficacité du secteur passe par la constitution du réseau avec les autres acteurs sanitaires et sociaux"*.³⁰

De nombreux textes évoquent ou organisent le travail en partenariat, qui ne seront pas examinés ici car ce n'est pas le propos. Citons pourtant la circulaire n°99-648 du 26 nov. 1999 que j'évoquais plus haut, et qui formalise l'organisation des réseaux. En insistant sur la fonction essentielle de la coordination des professionnels entre eux, elle invite à une réflexion stratégique vis à vis de l'environnement.

Dans cet éclairage il est évident que le travail en réseau suppose : partage du sens global, capitalisation des expériences, et mise en pratique d'interactions, pour arriver à une meilleure efficacité.

Ce qui permet d'avancer l'interdisciplinarité comme pratique nécessaire, d'ailleurs utilisée par les acteurs de terrain dans les structures enquêtées.

²⁸ JR LEGRIS "Note de réflexion sur le concept de réseau", CEDIP, Ministère de l'Équipement, du Transport et du Logement, Avril 1999, [http:// www.3ct.com](http://www.3ct.com)

²⁹ C. MULLER, "Réseaux de soins et santé mentale", Santé mentale, 44, janvier 2000, p 20

²⁸ cité par Pluriels, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, 11, oct. 1997.

5.1.2 - L'INTERDISCIPLINARITÉ

La vision sanitaire, culturellement psychanalytique, met le sujet au centre du monde qui l'environne. De cette manière elle lui subordonne le monde en lui donnant une place prépondérante, et donc responsable.

Alors que la vision sociale, celle des sociologues, des travailleurs sociaux, cherche à interroger l'impact du monde sur le sujet. De cette façon on pourrait dire que le sujet devient agi par le monde et jouet d'influences dont il n'est pas maître.

Ces deux logiques ne sont pas forcément antagonistes, quoi qu'il y paraisse. C'est à une conciliation que nous sommes invités à la fois par les personnes en difficulté et par les acteurs de terrain.

Mettant en scène le paradoxe d'une demande mal localisée, les PSP nous poussent à reconsidérer le confort moral qui découle d'une tranquille efficacité. Ils nous rappellent que ni la vie, ni la personne n'est une théorie, et qu'on ne peut réduire l'humain à une succession de prises en charges spécialisées.

Mais la prise en charge globale ne se satisfait pas de quelques mots sur un rapport. Il s'agit de comprendre la vie dans sa dimension complexe, et d'utiliser des méthodes interactives, dans une confiance réciproque, dont l'importance est soulignée par l'enquête de terrain.

André Bourguignon³¹ donne une définition simple de l'interdisciplinarité : pour lui il s'agit d'une coopération entre plusieurs disciplines qui veulent atteindre un objectif commun.

Edgar Morin espère un "*au-delà des disciplines*" qui en briserait l'isolement, par la circulation des concepts, les interférences, leur complexification en champs *polycompétents*...³² Pour lui l'interdisciplinarité peut vouloir dire échange et coopération, ce qui fait que l'interdisciplinarité peut devenir quelque chose d'organique.

P. Meyer-Bisch³³ ajoute à la pratique interdisciplinaire des chercheurs, l'interinstitutionnalité, c'est à dire le partenariat avec des institutions diverses ; estimant que l'interaction est nécessaire à l'efficacité et à l'impact de toute recherche. (Et aussi de toute relation d'aide.)

Edgar Morin donne en exemple la recherche sur le processus d'hominisation, menée par la science de la Préhistoire. Cette recherche alliant un regard sur la biologie / la technologie / l'éthologie / la psychologie / la sociologie / la mythologie, le préhistorien devient un chercheur "*polycompétent*" et "*polydisciplinaire*".

Dans le cas qui nous occupe, si je me permets une métaphore musicale, il nous est simplement demandé de jouer notre ligne de la partition. Mais ceci suppose d'avoir l'oreille attentive à la ligne

³¹ A. BOURGUIGNON, "De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité", mai 1997, Congrès de Locarno, Annexe au document de synthèse Ciret-Unesco <http://perso.club-internet.fr>

³² Edgar MORIN, "Sur l'interdisciplinarité", <http://www.mcxape.org>

³³ P. MEYER-BISCH, "L'interdisciplinarité comme rigueur ajoutée", <http://www.unifr.ch/spc>

mélodique des autres joueurs. Et aussi d'intégrer l'ensemble instrumental pour tenir notre place juste, dans le chœur. Comprenons par là que les autres joueurs comptent sur l'apport compétent que nous allons faire, et dont l'ensemble ne peut se passer.

La question qui se pose est de déterminer cette place. C'est une préoccupation forte de mes correspondants : "*ne pas tout mélanger*", "*avoir des positionnements clairs*", "*respecter les champs d'intervention des uns et des autres*"... Et pourtant E2 nous dit "*on ne peut pas séparer les problèmes sociaux des problèmes de santé*".

Le dilemme n'est pas mince. C'est là que se joue le choix entre pluri et interdisciplinarité.

La pluridisciplinarité, simple juxtaposition de compétences, cherche à maintenir le système en état d'homéostasie. Mais sur le point précis de la précarité ce principe est mis en défaut, comme le dénonce les interlocuteurs : "*on devrait répondre à tout, mais il se trouve qu'on ne répond pas à tout*".

L'interdisciplinarité suppose de prendre le risque d'interférence entre les disciplines, et pour cela il faut définir ensemble des concepts et des perspectives.

Ceci peut expliquer le temps passé à se comprendre, à confronter les logiques, temps qui pourrait paraître improductif, mais qui n'en est pas moins essentiel. (Pour autant il ne doit pas se dissoudre dans un attentisme prudent).

5.1.3 - L'ALLIANCE NÉCESSAIRE

Alors que l'équilibre stable aboutit à l'immobilité, (le principe d'homéostasie, à terme devient infécond), l'équilibre dynamique, lui, en intégrant l'incertitude, entraîne une recherche continue de l'amélioration qui nécessite une énergie perpétuellement en devenir.

La notion de projet est fondamentale, elle implique la nécessité d'apprentissage, la conscience claire de la finalité, une prise en considération de l'extérieur, et par là le développement d'une capacité d'initiative pour des réponses adaptées.

Plus que de monter des projets en totale indépendance, ce qu'on peut demander aux acteurs de terrain c'est de développer une "attitude projet", fondée sur une aptitude à l'adaptation : prise en compte de l'environnement, négociation avec la finalité du projet, et inflexibilité de la mise en œuvre du projet. Il s'agit de s'impliquer avec autonomie dans des relations d'interdépendance en rapport avec les projets d'établissement. On retrouve ici le concept d'autonomie, qui positionne l'actant comme participant d'une œuvre collective.

Pour admettre quelque chose de nouveau il faut accepter de perdre l'ancienne forme ou l'ancien statut, ou quoi que ce soit de dépassé. Ce qui confronte à la douleur de la perte, faite sans que l'existence du sujet soit mise à mal.

Cela n'est pas facile, mais il y a des exemples qu'il est possible de survivre au fait d'avoir perdu ce qui était cher. Et finalement ce qui semble à perdre, c'est une place irréaliste en haut de la pyramide (hospitalo-centrisme). Par contre, ce qui est à gagner dans l'échange, c'est la participation fructueuse à l'œuvre de Santé Publique.

Il faut admettre que l'institution hospitalière ne décide que pour elle-même. Il faut admettre que les partenaires sont équivalents sinon égaux. En effet, l'hôpital pèse plus lourd que d'autres organisations. Mais la ville ne s'est pas construite autour du découpage sectoriel de l'hôpital ; ce qui fait que quelque soient les volontés, certaines personnes restent à l'écart des soins, tout simplement parce que leur domicile se situe en dehors des territoires constitués pour les réseaux de soins.

La transformation à laquelle nous tous, acteurs de soins institutionnels, sommes conviés ne devrait pas tellement nous surprendre, puisque d'une certaine façon, nous sommes en train de redécouvrir les valeurs politiques fondamentales portées en son temps par l'ouverture de la Psychiatrie sur le secteur. Comme cela a déjà été dit, les notions d'échange avec la cité, de partenariat, de mutualisation des moyens étaient contenues dans la volonté d'alors.

Il suffirait d'appliquer ces principes, si les données étaient identiques, ce que bien sûr, elles ne sont pas. En effet l'institution confrontée aujourd'hui à une réduction des moyens ne peut se permettre de déployer ses effectifs sans prioriser leur nécessité. C'est pourquoi je pense que le processus de changement initié avec les acteurs de prévention doit être capitalisé et réfléchi pour permettre un repositionnement juste sur la scène sociale, dans l'intérêt d'une politique de santé publique.

N'oublions pas que "*le service public est d'abord un service à rendre au public*".³⁴

5.2 - LE PORTAGE DU CHANGEMENT

Selon D. Génelot "*l'imprévisible, le non-maîtrisable doivent être saisis comme une opportunité, une chance...L'incertitude est donc une grande chance à saisir. En même temps c'est un défi.*"³⁵

³⁴ J.J LEGRAND, "Stratégie de changement d'une administration publique", dans Management des systèmes complexes, (coll.), Bruxelles, Ed. De Boeck Université, 1996 [1993], p174.

³⁵ "Comment piloter le changement dans l'administration" ?, compte-rendu de la Journée d'étude de la DGAFP-DIRE du 27 nov. 1998, <http://www.fonction-publique.gouv.fr>

5.2.1 - L'ORGANISATION EN "ADHOCRATIE"³⁶

L'organisation des (SCP) est de type "adhocratie": les participants se sont portés volontaires, ils se reconnaissent dans une finalité commune basée sur un intérêt individuel.

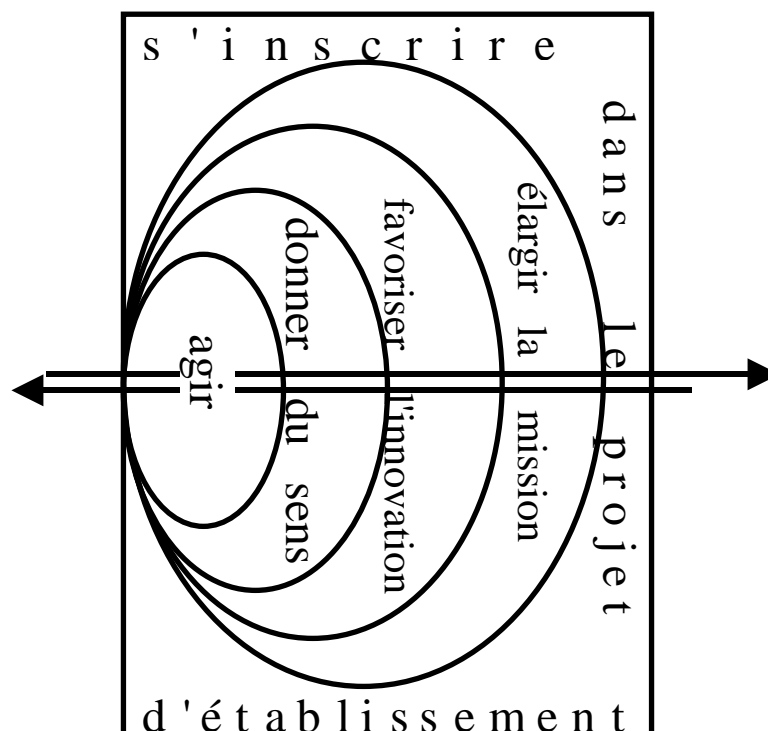
Ils sont conscients d'être des novateurs, et ils se sont donnés les moyens de travailler en autonomie.

La part de créativité qu'ils développent leur permet de découvrir de nouvelles attitudes, entraînant de nouveaux comportements.

En faisant évoluer les pratiques inadéquates de l'organisation traditionnelle, ils appartiennent au petit groupe des acteurs-auteurs, ce dont ils pourraient légitimement retirer de la fierté.

D'autant plus que, les bilans satisfaisants le montrent, ils distinguent déjà les fruits de leur travail.

Ils ont aussi la possibilité d'ouvrir leur champ d'action sur d'autres logiques (voir schéma ci-dessous).



Ce schéma que D. Génelot propose dans son livre *Manager dans la complexité*, est ici réorienté pour s'intégrer plus facilement à ma représentation du système.

Chaque niveau est en constante interaction avec ceux qui l'entourent. Pour la réussite du projet il faut pouvoir ouvrir la réflexion sur un élargissement du niveau dans lequel on se trouve, par la coordination de tous les acteurs, cadre compris.

La fluidité naturelle d'un niveau logique à l'autre est transversale et non hiérarchique. Il importe que chacun utilise la possibilité de se mouvoir à l'intérieur de ce système.

³⁶ Henry MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Editions d'organisation, 1982, 434p, p375.

Cette transversalité doit s'accompagner d'un éclaircissement sur les finalités différentes de chaque niveau, qui complète et pilote le niveau inférieur. Sans oublier, qu'au bout de l'entreprise, il s'agit bien pour les soignants de produire le soin le mieux adapté au besoin de la population concernée.

Un tel type d'organisation ne peut fonctionner que par "ajustement mutuel".

Ceci suppose que chacun fasse une confiance totale dans les compétences professionnelles de l'équipe dont il fait partie.

Le professionnalisme se développe par la formation : chacun se doit d'augmenter en permanence sa compétence dans une démarche volontaire d'élargissement de ses acquis.

Grâce à cet ajustement mutuel, c'est le système (**SCP**) qui peut s'adapter, apprendre, et se montrer performant. L'ajustement mutuel suppose une forte participation individuelle à l'œuvre collective. Mais, selon P. Bernoux,³⁷ il n'y a d'œuvre collective que dans la mesure où les individus se sentent intégrés dans un ensemble, ou porteurs de valeurs communes...

Ici, la valeur commune est celle de l'adéquation de la production de soin à la demande nouvelle de l'usager, permettant de retrouver la finalité générale du système de santé, qui est de garantir à tous et à chacun l'accès au soin de droit commun, sans discrimination.

³⁷ P. BERNOUX, *La sociologie des organisations*, Paris, Editions du Seuil, 1985, 382 p., p.198.

5.2.2 - LA NÉCESSITÉ DE L'ENCADREMENT

Un réseau d'intelligence

Tout se passe comme si ces micro-équipes éclairées, interrogées au cours de notre enquête, pouvaient offrir à l'ensemble de l'organisation hospitalière leur savoir faire découvert, non dans leurs pratiques qui ne sont transférables qu'entre elles, mais sur leur mode relationnel.

Ce qu'elles ont mis en place pourrait s'identifier comme des "réseaux d'intelligence" : la transversalité y joue comme principe de travail, la coopération s'y pratique entre les acteurs mais aussi entre les institutions différentes. Les échanges d'idées sont prolifiques sous forme de réflexions communes et ouvertes sur l'extérieur. Au final l'expérience est capitalisée en rapport avec l'adhésion au Réseau RNSPP.

Cet exemple peut servir à l'ensemble de l'institution soignante par une opération de modélisation, pour concilier la recherche d'opérationnalité de l'institution toute entière et de ses services extériorisés.

La question de fond

Plusieurs équipes (SCP), nous l'avons vu, ne sont pas encadrées. La fonction essentielle de coordination y est exercée par un médecin, un psychologue, ou un assistant social.

Les personnes qui composent ces équipes pilotes ont toutes en commun une forte implication personnelle, de type militante. Elles ont développé leurs zones d'autonomie dans l'espace d'expérimentation que leur a offert l'administration.

Mais j'aurai du mal à croire que l'ensemble des acteurs fera montre d'une telle motivation. Et je suis sûre que la motivation personnelle n'est pas suffisante pour entraîner un changement de mentalité dans la durée. De mon point de vue, si l'implication des acteurs est à encourager, elle doit être relayée par une valorisation en équipe, par un développement conscient de la poly-compétence au sens de E. Morin dont il a déjà été question dans ce mémoire.

En somme il s'agit bien d'un repositionnement institutionnel global, et non simplement d'un volontariat individuel.

Si le cadre reste en position hiérarchique de type pyramidale, il ne participera que peu à la transformation à laquelle nous sommes tous conviés.

Par contre s'il tient son rôle d'animation de l'équipe, de coordination des différents partenaires, d'accueil de nouveaux intervenants, de gestion facilitatrice, d'évaluation des actions, et d'organisation des formations ; alors il jouera un rôle important dans le portage du changement.

Considérer l'implication des acteurs / Affirmer le sens des actions / Rechercher la qualité du soin en favorisant l'innovation / Re-situer le service dans le scénario institutionnel.

Tels sont les axes à envisager pour permettre la participation effective de l'équipe au changement.

Dans le processus de changement la valeur d'implication des équipes est un gage de réussite, qui gagnera en efficacité si le cadre joue son rôle de valorisation du projet : par la capitalisation de l'expérience, la communication interne et externe, le développement des compétences, le partage du savoir, l'évaluation des actions, l'affirmation du sens.

C'est maintenant une banalité de dire que le changement ne se réalise pleinement que si il est voulu par les acteurs de terrain, mais il faut encore que ceux-ci puissent se référer à un "responsable porteur de sens".(V. Lenhardt)³⁸

5.2.3 - LE CADRE COMME FACILITATEUR

Le travail du cadre de santé, avec une équipe de collaborateurs aussi motivés et impliqués que le sont les acteurs rencontrés au cours de l'enquête, n'est pas de type traditionnel. Bien sur il doit remplir sa fonction hiérarchique attendue de gestion des personnels.

L'implication

Mais il a à maintenir et augmenter l'efficacité de l'équipe dans le long terme. A mon avis, se maintenir en haute énergie sur sa seule motivation personnelle ne paraît pas fiable à long terme. Aucune institution ne peut se contenter de l'appel aux volontaires pour accomplir sa mission de service public. Il s'agit ici d'obtenir l'adhésion à une autonomie professionnelle intégrée.

Reprenant le sens de la phrase fameuse de Paul Valéry, je dirais que celui qui casse des cailloux le fait soit pour gagner sa vie, soit pour bâtir une cathédrale.

Celui qui bâtit la cathédrale possède une forte implication mais aussi une lisibilité du projet qui lui permet d'œuvrer en conscience à l'ensemble, même en y tenant une place minime.

La motivation

Selon V. Lenhardt, le sens a trois acceptations courantes qui trouvent leur parallèle dans l'entreprise :

- Le sens comme direction qui correspond pour l'entreprise aux objectifs
- Le sens comme signification correspond aux valeurs
- Le sens comme expérience qui correspond à la motivation.

³⁸ Vincent LENHARDT, *les responsables porteurs de sens*, Paris, Insep éditions, 1992.

Le développement de la motivation permet une cohérence optimale entre les trois niveaux de sens. Le cadre sera un "responsable porteur de sens" dans la mesure où il permettra aux individus qui forment son équipe de négocier la place de leur projet de vie individuel (valeurs et objectifs personnels) avec le projet de l'entreprise (valeurs et objectifs institutionnels).

Appartenir à une organisation, participer à une finalité commune, partager une identité professionnelle forte comme celle de soignant, permet de se sentir motivé par le sens donné. Cela contribue à renforcer la cohérence de l'équipe dans une vision claire de la finalité du service qui reste la prise en charge globale de l'utilisateur.

Pour moi, le changement ne peut se concevoir que dans une vision globale, chaque transformation ayant un impact sur l'ensemble des tâches du service.

Le projet

Il n'est pourtant pas question de vouloir bousculer les habitudes de l'équipe ; la patience et la progressivité de la démarche permettront, mieux qu'un bouleversement, d'obtenir l'adhésion des soignants. D'ailleurs le cadre de proximité dans l'administration n'a pas la tâche de réorganiser au delà de son unité ; c'est plutôt le rôle du Cadre Supérieur de définir l'organisation et de déterminer le projet global du service. Par contre il est bien du ressort du cadre de proximité de travailler à la mise en œuvre des projets en collaboration avec sa hiérarchie, et en cohésion avec l'équipe.

"Un projet c'est une démarche explicitée dans un écrit".³⁹

On retrouve ici l'importance de la mise en sens des actions du service.

En tant que Cadre de santé je m'efforcerai de repérer les ressources de chacun pour créer une synergie. Je chercherai à relier les savoirs faire pour que chacun contribue à la réussite de l'ensemble.

La valorisation

Pour cela je m'appuierai sur ma capacité d'observation, pour repérer le leader et m'en faire un allié. Par un management participatif (ou "ménagement" comme dit le professeur Lionel Georges), je chercherai à intéresser le marginal sécant au projet, et m'appuierai sur la bonne volonté de celui qui sait faire et veut bien faire. L'idée étant de leur donner des responsabilités pour garantir leur adhésion au projet global. La délégation de tâches leur permettra de se sentir reconnus, tout en permettant au service de fonctionner normalement pendant l'absence du cadre, reliant ainsi l'intérêt individuel à l'intérêt commun.

³⁹ AMIEL / BONNET / JACOBS, Management de l'administration, Bruxelles, Deboeck Université, 1993, 288p, p196.

Il faudra assurer la convergence des efforts, pour que tous comprennent qu'ils travaillent ensemble à une réalisation commune. Une bonne visibilité des objectifs repris et commentés en réunion d'équipe permettra de fédérer des efforts qui parfois, en toute bonne foi, s'ignorent.

Je crois qu'il faut insister sur la valorisation des actions, la reconnaissance des compétences mises en œuvre, pour offrir de la considération aux membres de l'équipe.

La formation

La "polycompétence" du service se construit par la formation et dans l'échange des savoirs. Le plan de formation donne la possibilité d'augmenter l'efficacité du service. En retour l'échange en groupe permettra que plusieurs membres du service bénéficient au moins d'une approche de cette formation sinon de la même compétence.

C'est le retour sur expérience que je voudrais favoriser. Pour cela je placerais la communication interne au service sous l'égide de la transparence, pour instaurer une relation de confiance. Une recherche ensemble des valeurs portées par le projet de service pourra développer la conscience de l'objectif commun.

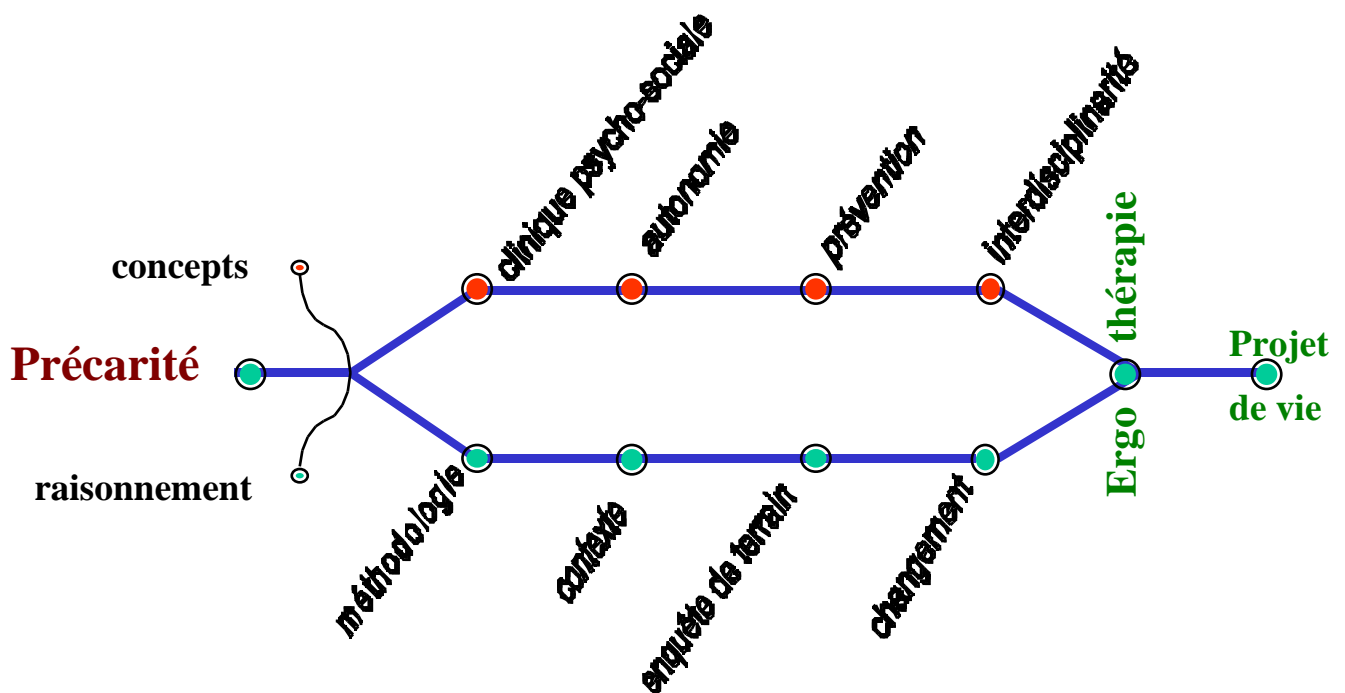
La prise en charge des étudiants est une fonction essentielle du cadre de santé. Mais s'il doit organiser leur accueil, il n'a pas à former lui-même. La mise en œuvre d'un système de tutorat responsable sur la base d'une aptitude à la pédagogie devrait pouvoir apporter au service une satisfaction et une valorisation secondaire forte. En effet la transmission des savoirs (savoir, savoir faire, savoir être), particulièrement dans un service de psychiatrie, permet de conforter l'identité soignante, et de soutenir la finalité du service : la prise en charge de l'utilisateur.

Pour résumer je dirai que le cadre de santé est d'abord un gestionnaire.

La fonction managériale donne la gestion de personnes humaines dont il faut obtenir l'adhésion, en interaction vers une finalité clairement perceptible. Je privilégierai les relations de confiance pour augmenter la "polycompétence" de l'équipe.

Développer des relations humaines de qualité paraît être un gage de réussite dans ce domaine. Cela peut servir aussi d'indicateur : le rire, la circulation de la parole, la production d'idées nouvelles est un signe de la bonne santé d'une équipe.

6 - L'ERGOTHÉRAPIE "SOIN POLITIQUE"⁴⁰ ?



Dans cette partie on parlera de la légitimité de l'ergothérapie comme apport sur le plan citoyen. Il sera question du projet de vie à construire ou reconstruire pour les personnes PSP.

J'emprunte ce titre à J.P. Guilhard, cadre supérieur d'origine ergothérapeutique, dont les prises de positions sur l'avenir de l'ergothérapie sont tout à fait éclairantes.

⁴⁰ JP GUILHARD, "Et si l'ergothérapie était un soin politique ? ", <http://www.multimania/JPG>

6.1 - L'APPROCHE MÉDIATISÉE

Bien que dans l'enquête menée, les pratiques de soins médiatisés n'aient été que peu abordées, il est temps de faire ici une proposition dans le sens de leur utilisation. L'ergothérapie qui se fait de ergon (action) et thérapie, et dont la finalité est d'augmenter le potentiel d'autonomie de chacun, trouve naturellement sa place entre le social pur et le sanitaire pur.

6.1.1 - OBJECTIVER SA DOULEUR

Quelle que soit la difficulté d'être, l'atelier d'expression en permettra la concrétisation grâce à une matière, une forme, une sensation, dans le temps de la prise en charge. Peinture, sculpture, écriture, collage, les techniques à disposition de l'ergothérapeute n'ont comme limite que son désir d'oser, d'inventer, de projeter une utilisation thérapeutique.

L'objet créé, trouvé, fabriqué ou détruit possède la grande force de placer son auteur en position dominante par rapport à lui. L'objet s'installe dans une relation dialectique avec son auteur par rapport au regard des autres. Ici s'instaure une relation ternaire : l'objet, l'auteur de l'objet, le spectateur de l'acte créateur.

Ce spectateur privilégié est d'abord le thérapeute ; c'est parce qu'il est là que la personne peut oser cette relation engageante avec elle-même. Il est le garant de la non dangerosité de l'acte. Il permet le dialogue qui va libérer la douleur, le fantasme, ou le conflit. Il cherchera ensuite, quelquefois, pas toujours, doucement, à mettre des mots sur l'objet pour que la personne auteur s'approprie l'impressionnante réalité qu'elle a réussi à sortir du profond de son être, un objet inconnu, médiateur entre elle, sa douleur, et le réel.

C'est la fonction de l'atelier d'expression de chercher à dire les conflits internes, mais aussi de permettre la revalorisation narcissique. Il offre la chance de prendre conscience de sa valeur personnelle aux yeux des autres à travers une réalisation échangeable, visible, tangible, réelle, qui pèse le poids symbolique de l'objectivation.

Souvent l'auteur est étonné de la réalisation, parfois cette réalisation est inacceptable parce qu'elle place son auteur devant une image inconnue. L'objet symbolique a une fonction encore possible de souffrir de douleur. Cette chose appartient à son créateur, il a tout pouvoir sur elle, il peut la détruire d'un coup de poing, la transformer à sa guise, il en est le maître.

Quelques fois la relation à l'objet ou à la matière renvoie au plaisir oublié ou peut être jamais rencontré, de la forme qui prend naissance facilement dans la main, qui s'exprime naturellement. Alors le regard admiratif de l'autre offre une valorisation exceptionnelle. Nombre de personnes

sentent une autorité leur revenir, accompagné d'un étonnement : « je n'aurai pas cru pouvoir faire ça », signe du positionnement hiérarchique du fabricant sur l'objet fabriqué, sur l'outil utilisé, sur la matière choisie.

La fabrication de l'objet permet donc de se situer en tant que sujet.

6.1.2 - DEVENIR QUI JE SUIS

Cette relation privilégiée du créateur et de son œuvre s'exerce dans une dialectique singulière qui met en œuvre un processus vivifiant, au contraire de l'acharnement mortifère de l'exclusion. Eros au lieu de Thanatos. Nous avons vu déjà que si le désir reste vivant, les relations peuvent reprendre avec l'environnement, et les mécanismes de destruction identitaires seraient alors réversibles.

Les activités d'expression sont pour la personne une chance de se rencontrer d'une manière nouvelle, imaginative, fantaisiste, valorisante. C'est un bonheur de se sentir autorisé, ou sollicité pour une activité de création.

Le regard porté sur la chose créée permet de se reconnaître compétent dans un domaine que certains considèrent comme ne faisant pas partie de leur monde. Pourquoi tant de jeunes en difficulté font-ils de la musique (rap), de la danse (hip hop), de la peinture (tags), sinon pour se découvrir (ou se rêver) capable d'actes enfin valorisés.

C'est pourquoi les ateliers d'expression s'organisent plus facilement en groupe. De ce fait ils sont plus stimulants, le regard critique des autres participants offre le miroir qui fait si souvent défaut : la PSP n'a devant elle que des absences de regard, des refus de considération. Elle entre en non-existence par manque de réponses.

L'apprentissage aussi se fait au fur et à mesure de la découverte de ses capacités. On devient compétent d'avoir osé montrer ses balbutiements.

L'exemplarité de l'acte créateur permissif autorise ainsi de tenter d'autres aventures comme l'apprentissage plus dirigé ou plus utilitaire. Nombre de formations pour adultes contiennent dans leurs programmes des modules dédiés à la créativité, qui peuvent réconcilier avec l'estime de soi : « Si j'ai fait ça, je peux faire plus ».

6.2 - LES COMPÉTENCES SOCIALES

6.2.1 - DÉVELOPPER SES RELATIONS

On l'a vu plus haut, la participation à des activités créatives et culturelles permet de renouer les fils d'une expression symbolique de soi. C'est aussi l'occasion d'exercer sa capacité de choix puisque c'est bien l'auteur qui dicte sa loi à la matière. Ainsi on ne se situe plus dans la perte, mais dans le gain du sens. D'autre part la mise en action, l'agir créatif, fait appel à des éléments encore inutilisés dans la situation de disqualification sociale qu'entraîne la situation subie de précarité.

Un autre gain possible et particulièrement réparateur est la participation à une œuvre collective d'envergure. La fierté de la mise en œuvre se nourrit des échanges nécessaires à sa construction. Si il est possible d'organiser un public pour cette œuvre, alors le gain personnel est encore plus grand. Il se construit de la reconnaissance de sa propre importance individuelle au sein d'un groupe : « si je n'étais pas là, ça ne marcherait pas ».

Pour fabriquer cette chose à plusieurs il faut se parler, entrer en contact, oser se montrer, et cela peut se faire plus facilement du fait du partage d'un but commun. La confiance trouvée ensemble peut permettre de verbaliser la douleur ou le plaisir, et d'avoir l'assurance d'être entendu. Ce projet commun qui n'est pas dangereux dans le sens où il n'entraîne pas de conséquences néfastes immédiates, suppose aussi que chacun puisse donner une directive à l'autre. Cela n'est possible que par le biais du projet, sinon l'intrusion insupportable ne serait pas supportée.

Le groupe est un bon régulateur à condition d'être mené dans un cadre déterminé, précis, connu et respecté.

L'OCDE (organisation du commerce et de l'économie) recherche dans son programme DeSeCo la définition et la sélection des compétences qui seront utiles pour vivre au XXI^e siècle. Le chercheur P. Perrenoud⁴¹ détermine, entre autres, comme compétences indispensables le fait de :

- Savoir défendre et faire respecter ses droits
- Savoir mener un projet individuellement ou à plusieurs
- Savoir coopérer, participer à un collectif
- Savoir jouer avec les règles, s'en servir, en élaborer.

Si la participation à des ateliers collectifs d'expression permet de mettre en œuvre un projet, elle nécessite de se faire respecter, de coopérer, et d'inventer les règles communes nécessaires à la

⁴¹ P. PERRENOUD, "La clé des champs : essai sur les compétences d'un acteur autonome", non publié, contribution au programme DeSeCo de l'OCDE,

réalisation du projet. On est là dans la possibilité de devenir l'auteur de sa vie, et non plus l'acteur d'un film écrit par d'autres dans lequel, n'étant que figurant, on n'aurait pas d'autonomie.

6.2.2 - LÉGITIMITÉ DE L'ERGOTHÉRAPIE

Dans les programmes de réinsertion, on voit peu d'ergothérapeutes. Les personnes encadrant ce type d'activités sont plutôt artistes ou animatrices socioculturelles.

Pourtant les personnes en situation de précarité dont nous parlons dans ce document ont besoin d'un accompagnement thérapeutique.

Les références théoriques permettent de ramener le symptôme et son expression à une mesure acceptable pour la personne souffrante. L'écoute active d'une relation d'aide doit pouvoir se faire jour, de sorte que la personne n'ait pas le sentiment d'être abandonnée face à son objet transitionnel. Seul un soignant peut garantir ce cadre à la fois thérapeutique, éducatif, contenant, et apaisant.

Serait-il possible, dans cette optique, de penser l'offre de soin de prévention en développant des relations entre acteurs sanitaires et sociaux, sur le terrain de la précarité. L'ergothérapie, discipline au croisement de la technique hospitalière et du cheminement social, y est de fait légitimée par son champ de compétences.

"Passeur de relais vers l'autonomie", l'ergothérapeute est aussi un bricoleur au plus près des besoins singuliers de la personne. Il est donc bien placé pour l'accompagner dans ses tentatives de renouer les fils d'un dialogue avec le monde, constructeur d'une identité mise à mal.

Le partenariat devrait pouvoir s'installer avec les élus dans les contrats ville, dans les centres sociaux où sont accueillies ces personnes, voire même dans les programmes de réinsertion pour les plus jeunes.

La question cruciale de la précarité est posée aux ergothérapeutes en tant qu'acteurs soignants porteurs de techniques de santé originales. Il leur faut y répondre avec leurs moyens particuliers, dans une relation citoyenne avec la cité.

J'ai tenté de schématiser, page 75, le parallèle possible entre une identité socialement intégrée et un parcours d'exclusion. J'y ai formalisé mon point de vue sur les rapports de l'individu avec lui même et avec la scène sociale. Ce schéma résume visuellement le parallèle possible entre socialisation réussie et socialisation pathologique, en montrant la place envisageable pour les techniques ergothérapeutiques comme partenaires de prévention.

Pour moi, le mode relationnel paradoxal des PSP, pourrait se comprendre comme une manifestation désespérée d'autonomie. C'est en tous cas une réaction qui s'inscrit dans le champ de la cité, et je pense que les techniques de l'ergothérapie peuvent y jouer un rôle de construction ou reconstruction identitaire, comme j'espère l'avoir montré.

6.2.3 - LE CADRE ERGOTHÉRAPEUTE

Le cadre ergothérapeute a les mêmes missions que les autres cadres de proximité dans l'institution.

Faire valoir la spécificité du service

Le service d'ergothérapie centrale de l'hôpital doit engager des relations d'échanges dynamiques avec son environnement, faute de quoi il risque de se trouver uniquement cantonné à la prise en charge de patients chroniques ou déficitaires.

Sans ignorer ce type de patients, le service d'ergothérapie peut rendre à l'institution un grand nombre de services dont l'émergence va de pair avec les nouveaux besoins de santé de la population.

J'ai placé ce mémoire sous l'égide de la prévention car je crois que l'ergothérapie a sa place dans le développement citoyen d'une rééducation à la santé.

J'espère l'avoir montré, les techniques de resocialisation, de revalorisation narcissique, de réadaptation peuvent aider les usagers à se maintenir en santé ou à recouvrer une partie de leur bien être.

C'est au cadre de faire valoir les savoirs contenus dans le service. Là aussi chacun des acteurs a donné de lui-même pour apprendre des techniques supplémentaires. Là aussi l'implication est grande. Là aussi les membres des équipes sont fortement motivés. Sont-ils suffisamment valorisés et reconnus dans leurs spécificité ?

Entretenir la motivation

C'est la responsabilité du manager d'entretenir des conditions de travail motivantes. Cela passe par la considération interne et externe qui assure le rayonnement du service grâce à une meilleure connaissance de la compétence développée pour le bien être de l'utilisateur.

Très concrètement les bilans d'ergothérapie, les évaluations pratiquées dans le service, doivent être systématiquement joints au dossier de soin. Le dossier de soins informatisé pourra participer à une meilleure collaboration entre services. Les relations doivent s'intensifier entre soignants de métiers différents, dans une appréciation mutuelle non concurrentielle.

Cela passe aussi par des conditions de travail décentes. J'ai vu, ici ou là, des services délabrés. L'implication des acteurs de soins qui leur permet de supporter des conditions de travail aussi difficiles est admirable. Mais je pense qu'une véritable politique de revalorisation des techniques d'ergothérapie est à faire dans l'institution psychiatrique. Elle devrait passer par un relationnel de qualité assurant des liaisons nombreuses avec l'ensemble des partenaires, autant en interne qu'en externe.

Eclairer le sens commun

Cela passe encore par un projet de service fort, cohérent, qui ait remporté l'adhésion. La finalité du soin ergothérapeutique est d'accompagner l'utilisateur vers son autonomie. Ce but doit être constamment mis en oeuvre dans les pratiques de soins d'une manière consciente.

Le manque de lisibilité du projet de service peut entraîner une démotivation de ses agents, une souffrance de l'équipe, qui aboutira à un déficit de reconnaissance du service par l'institution. Le risque sera de conduire certains de ses membres à des positions très individualistes.

Mais un service, pour efficient qu'il soit, ne travaille pas tout seul. Au contraire il doit s'inscrire dans une politique générale de l'établissement avec la conscience de son importance dans la réalisation globale. L'idéal étant d'impulser un désir de participation, pour un partenariat riche d'individualités, chacun devenant le garant de l'augmentation des compétences du service en rapport avec le projet.

En insistant sur le sens commun, le cadre, porteur de sens, montrera la cathédrale déjà contenue dans le tas de cailloux qu'il reste à casser ensemble.

Anticiper

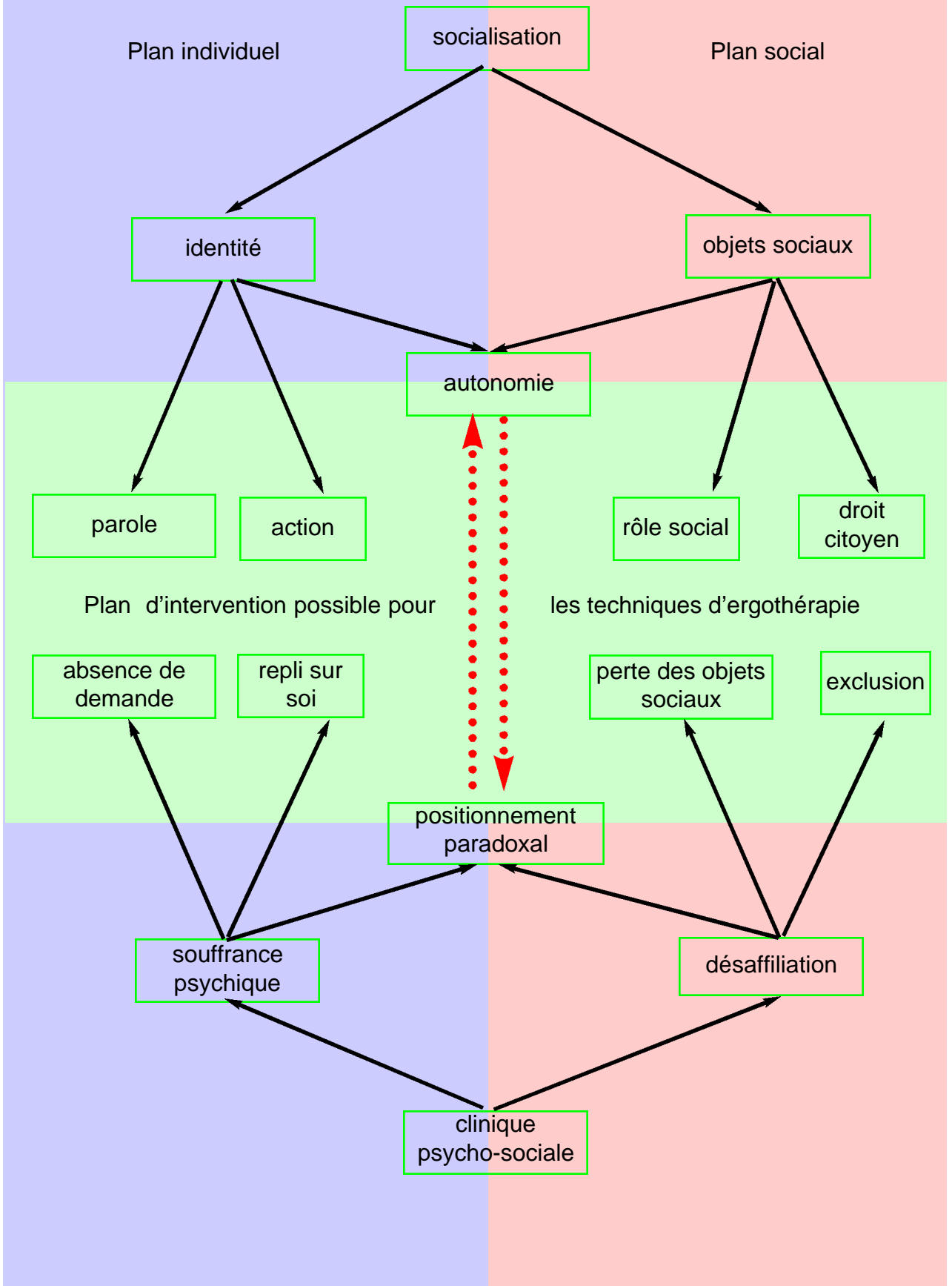
Les Instituts de Formation d'Ergothérapie ont reçu du Ministère l'autorisation d'augmenter les quotas d'étudiants dans une forte mesure. De la sorte un certain nombre de professionnels seront sur le marché du travail dans trois ans. On peut espérer des recrutements de cette catégorie de personnel pour développer les projets ambitieux de réadaptation qui sont à l'ordre du jour : les ergothérapeutes peuvent apporter leur spécificité et leurs compétences aux services de soins de suite ou de prévention.

Bientôt les étudiants seront plus nombreux et il leur faudra des terrains de stage. L'institution aura à remplir son rôle d'accueil et à développer des relations de qualité avec les Instituts de Formation.

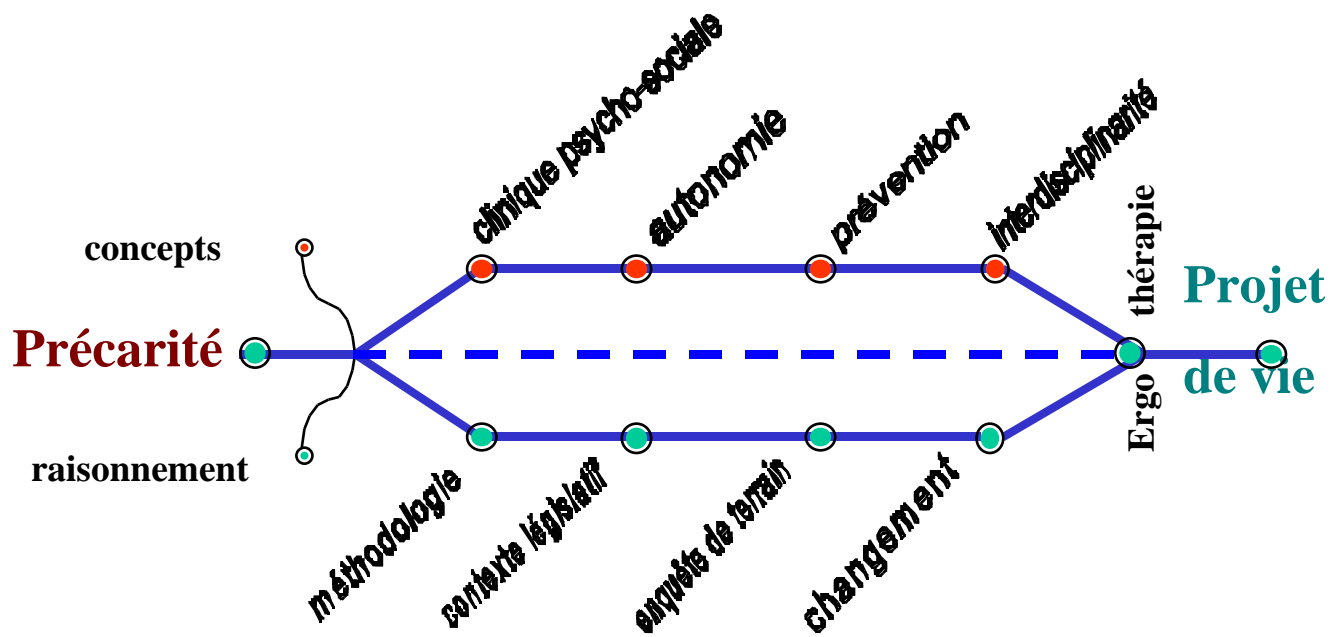
Si l'intérêt se développe autour des soins, en amont et en aval de l'hospitalisation, et si le nombre des personnels de rééducation se développe, on peut imaginer un pôle d'encadrement des personnels de rééducation dans l'hôpital.

Même si le diplôme de Cadre de Santé est généraliste, il reste que posséder la compétence de référence de l'équipe, devrait contribuer largement au succès du management et assurer une meilleure efficacité du service.

Schéma interprétatif des rapports entre socialisation intégrée et clinique psycho-sociale



7 - CONCLUSION



Les choix faits au cours de ce travail

Cette réflexion depuis la situation de précarité jusqu'à l'espoir du projet de vie s'est menée en parallèle avec le raisonnement sur le changement institutionnel.

Il est clair que des développements supplémentaires auraient enrichi ce travail.

- A propos de la précarité :

La piste identitaire, envisagée au départ, menant de l'identité pour soi à l'identité pour les autres (Dubar), conduirait probablement à une meilleure compréhension des trajectoires des personnes en situation de précarité. Elle aurait pu se nourrir d'une recherche sur le nom patronymique délaissé au profit d'un nom totémique signant l'appartenance à la catégorie générique du Sans Domicile Fixe. Une réflexion particulièrement intéressante aurait pu être menée ensuite sur l'identification acceptable ou non par les soignants.

- A propos du changement :

La notion de management par projet aurait pu être développée, ainsi que d'autres concepts qui n'ont été qu'effleurés : comme la motivation, l'implication, la formation...

L'effort a été, pour moi, de concentrer mon propos et d'en choisir le cadrage, tout en gardant une distance focale suffisante pour intégrer un certain nombre de paramètres.

Le fonctionnement circulaire de la pensée complexe, dans sa représentation systémique, m'a paru indiqué pour aborder ce problème difficile de la prise en charge de la souffrance psychique par la psychiatrie.

Sur le plan de la vie sociale

J'ai privilégié ce cheminement en miroir au vu de la finalité de ce travail, tout d'abord ; mais aussi parce que la précarisation de la société touche chacun de nous, même celui ou celle qui se croit le mieux protégé. Il n'est que de s'intéresser aujourd'hui aux problèmes des licenciements pour comprendre que l'alternance des périodes de travail et des temps de chômage, semble guetter de nombreuses carrières.

Les valeurs de fluidité, de mobilité, de performance, conduisent nos vies.

Comment dès lors peut-on, sans s'exclure, sans rester à la traîne, amplifier les valeurs d'éthique, de fraternité, de partage ?

N'est-il pas question de mettre en mouvement l'autonomie dont chacun dispose, pour en agrandir la zone dans une recherche de l'interdépendance citoyenne ?

Chercher l'alliance entre ces deux pôles, performance et partage, paraît être le chemin d'une "économie solidaire", vers plus d'humanisation.

Sur le plan de l'institution

A l'hôpital, comme partout, l'exigence de qualité soutenue par le développement des technologies de pointe, ne saurait être remise en cause : chacun de nous exigeant l'accès à une médecine qui guérit, qui répare, ou qui prévient.

Mais la Psychiatrie est le lieu où s'entendent, parmi d'autres, les souffrances psychiques causées par la déshumanisation du quotidien.

N'y a-t-il pas un défi à relever pour que les professionnels de la relation que nous sommes contribuons à l'adaptation nécessaire entre un projet de vie personnel et les réalités sociales incontournables ?

Nous avons vu que la frontière perméable du système général de l'institution soignante peut laisser une part active au "marginal sécant", porteur d'innovation.

Il est important de récupérer ces innovations au bénéfice du plus grand nombre. Pour cela il faut capitaliser les expériences et en tirer l'enseignement du sens de l'action.

C'est le propre de toute organisation de reproduire un système qui va vers une sclérose, c'est aussi le propre de tout système de sécréter la contestation d'où vient l'innovation vitale pour le système lui-même.

Chercher l'alliance entre ces deux pôles, innovation et institutionnalisation, paraît le gage d'un développement des actions dans la durée.

Sur le plan managérial

Chercher l'alliance entre les deux pôles de la performance et de la solidarité :

- C'est développer dans l'équipe la notion de "polycompétence" au sens d'Edgar Morin.
- C'est clarifier la conscience de la participation de l'unité au projet global institutionnel.
- C'est obtenir l'adhésion de chacun dans une juste mesure d'implication.

Ainsi seront réunies les conditions d'un management situationnel qui ménage autant qu'il conduit.

La question centrale

Au terme de ce document, il me semble que la question centrale de cette recherche :

"Dans quelle mesure le Cadre de Santé d'origine ergothérapeutique peut-il contribuer par son management, à une meilleure efficacité de la prévention sur le terrain de la précarité",
pourrait se compléter par :

"Dans quelles conditions le Cadre de Santé peut-il développer le positionnement éthique de son équipe, pour un soin citoyen ?"

Pour conclure je voudrais partager avec mes lecteurs une citation que m'a fait découvrir l'un de mes interlocuteurs, et qui est tirée de l'ouvrage "Soigner l'autre."⁴²

"Revendiquer une pratique et une éthique visant des soins citoyens, c'est d'abord et avant tout accueillir sans discrimination. Si, comme il semble que ce soit, hélas le fait accompli, l'hôpital est devenu l'ultime recours des faiblesses sociales les plus dramatiques, alors, l'institution hospitalière doit être grande ouverte sur cette cité qui fragilise et exclue. Dans son personnel, comme dans ses structures, dans la pensée même de sa fonction et bien évidemment dans sa gestion économique, elle doit se donner les moyens de cette éthique qui revendique la dignité de l'homme, quel qu'il soit, dans son intégrité physique et morale, et simplement parce qu'il est un humain parmi nous. Ainsi la pratique vivante d'une éthique des soins sera-t-elle capable de répondre aux attentes de ceux qui ont le courage de s'engager dans cette voie ; faire de la solidarité la réalité d'une vie sociale, faire de la vie sociale l'espoir de la vie humaine. Et pas son contraire."

⁴² E. HIRSCH, Soigner l'autre, Paris, Belfond, 1997

BIBLIOGRAPHIE

1 - OUVRAGES

- ANFE, *Ergothérapie : guide de pratique*, Techni Media Services, 2000, 229p.
- H. ARENDT, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, [1961], 1983, 406p.
- P. BERNOUX, *La Sociologie des organisations*, Paris, Ed. du seuil, 1985, 382p.
- BONAMI, DE HENIN, BOQUE, LEGRAND, *Management des systèmes complexes*, Bruxelles, De Boeck Université, [1993], 1996.
- C. DUBAR, *La Socialisation*, Paris, Armand Colin, [1998], 1999, 276p.
- D. DURAND, *La Systémique*, Paris, PUF, [1979], 1998, QSJ n° 1795.
- D. GENELOT, *Manager dans la complexité*, Paris, Insep éditions, [1992], 1998, 363p.
- Le Guide de l'administrateur d'hôpital et d'établissement médico-social, Editions de la Fédération Hospitalière de France, 2000, 254 p.
- E. HIRSH, *Soigner l'autre*, Paris, Belfond, 1997.
- C.G. JUNG, *L'Energétique psychique*, Paris, Georg édition, [1956], 1993, 285p.
- F. LAPLANTINE, A. NOUSS, *Le Métissage*, Evreux, Flammarion, 1997, 119 p.
- V. LENHARDT, *Les Responsables porteurs de sens*, Paris, Insep éditions, 1992, 302p.
- J. MAISONDIEU, *La Fabrique des exclus*, Paris, Bayard Editions, 1997, 261 p.
- P.MANNONI, *La Malchance sociale*, Paris, Odile Jacob, 2000, 240p.
- H. MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Editions d'organisation, 1982, 434p, p375.
- E. MORIN, *Introduction à la pensée complexe*, Paris ESF éditeur, 1990, 158p.
- A. MUCHIELLI, *La Psychologie sociale*, Paris, Hachette, [1994], 1999, 158 p.
- P. TAP dir., *Identités collectives et changements sociaux*, Toulouse, Editions Privat, 1980, 456p.
- R. QUIVY et L. CAMPENHOUDT, *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995, 287p.

2 - DOCUMENTS OFFICIELS

- Loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière.
- Loi N° 85-1468 du 31 décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique.
- Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.
- Loi N° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
- Circulaire du 14 mars 1990, parue au Journal officiel le 3 avril 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 996648 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.
- Le Guide du service infirmier, *l'évolution des orientations en santé mentale et la fonction infirmière*, Paris, Ministère des affaires sociales et de la solidarité, Direction des hôpitaux, Direction des Journaux Officiels.
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins Rhône-Alpes 2000-2003, DRASS Rhône-Alpes, 2000.
- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de Psychiatrie de Rhône-Alpes 1999-2004, ARHA, 66 pages.

3 - RAPPORTS

- A. LAZARUS (dir), groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport décembre 1994, 57 p.
- "Points de vue et rôle des acteurs de la clinique psychosociale", Lyon, Orspere, 1999, 134p.
- "Etude Précar", sous la direction de J. Lebas, Ed. Institut de l'humanitaire, Paris, document non publié, <http://www.ccr-jussieu.fr>
- Rapport du HCSP, "La Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé", Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'état à la santé, février 1998, 284p.

4 - MEMOIRES

- B. GOULLET de RUGY, "*L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social*", mémoire pour le DESS Certificat d'aptitude à L'administration des Entreprises, sous la direction de Mme S. Descq, 2000, Institut d'administration des entreprises, Université Montpellier II.
- J-PH GUILHARD, "*L'interprofessionnalité au risque du C.H.S.*", mémoire pour le diplôme de cadre de santé et la licence en sciences de l'éducation, sous la direction de P. Vaur, 1999, Université de Provence Aix Marseille 1.
- S. VANNIER, G. DURAND, A. VIGNE, "*Le grand écart de la prise en charge en psychiatrie confronté à la rupture du lien social*", mémoire pour le diplôme de maîtrise en management des systèmes de santé, sous la direction de JP. Claveranne, 1997, IUP Santé, Lyon.

5 - ARTICLES

- G. DARCOURT, "Précarité et psychopathologie : une proposition d'action", *Pratiques en santé mentale*, 1, février 2000.
- J.FURTOS, "Epistémologie de la clinique psycho-sociale", *Pratiques en santé mentale*, 1, février 2000.
- "La croissance ne suffit pas à résorber l'exclusion", *Liaisons Sociales/Magazine*, mars 2001.
- C. MULLER, "Réseaux de soins et santé mentale", *Santé mentale*, 44, janvier 2000.
- E. MIQUEL, "Epistémologie et actions de prévention", *Pratiques en santé mentale*, 1, février 2000.
- E. PIEL, "La précarité et la psychiatrie", dans : *Les Actualités en Psychiatrie*, mars 2000, n°3, vol.17, p.63.
- J.L. ROELANDT, "Accès aux soins et précarité : une urgence pour la Psychiatrie publique française ", dans : *Nervure*, tome XII, n°9, décembre 1999/janvier 2000.
- D. TERROLLE, "Anonymisation et défense collective", dans : *Ethnologie française*, XXVI, 1996, 3, Mélanges, Ivry, CNRS, Laboratoire d'anthropologie urbaine.

6 - REVUES (DOSSIERS)

- Espace Ethique, printemps/été 97, n°2-3, « Décisions et responsabilité : les enjeux de l'éthique ».
- Espace Ethique, printemps/été 97, n° 2-3, « Autour de la précarité : les enjeux de l'éthique ».
- Gestions Hospitalières, n° 341, décembre 1994, « L'hôpital et les exclus ».
- Nervure tome XIII, n° 6, septembre 2000, « La Psychiatrie de liaison, de ses définitions à la diversité de ses pratiques, Quelles perspectives ? ».
- Pluriels, lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, 11, octobre 1997.
- Rhizome, bulletin national santé mentale et précarité, n° 1, 2,3. Ed. Orspère, Lyon.
- Pratiques en santé mentales, n° 1, février 2000, "Précarité et Troubles Psychiques".
- Santé mentale n° 44, janvier 2000, « Réseaux de soins ».
- Sciences humaines n° 110, Novembre 2000, « Construction des identités ».
- Sciences humaines n° 112, janvier 2001, « Pouvoir, Identité et Rôle ».
- Soins psychiatrie, n° 204, septembre/octobre 1999, « souffrance sociale et précarité, un réseau plurisectoriel ».

7 - INTERNET

- A. BOURGUIGNON, "De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité", Congrès deLocarno, Annexe au document de synthèse Ciret-Unesco, mai 1997, <http://www.perso.club-internet.fr>
- "Comment piloter le changement dans l'administration ?", compte rendu de la Journée d'étude de la DGAFP-DIRE, du 27 novembre 1998, <http://www.fonction-publique.gouv.fr>
- A. DAÏM, "Exclusion, précarité, marginalité et autres vulnérabilités" <Http://www.Resomed.net/fiches/daim.html>
- S. DIEBOLT, petit lexique des termes de la complexité, d'après J.W. Lapierre et J.L Lemoigne, <http://www.mcxapc.org>
- P. DURET, "A propos de l'exclusion" – dans : Revue EPS, n° 265, mai 1997. <http://www.guetali.fr>
- JP GUILHARD, "Et si l'ergothérapie était un soin politique ?", <http://www.multimania/JPG>
- JR. LEGRIS, "Note de réflexion sur le concept de réseau", CEDIP, Ministère de l'Equipement, du Transport et du Logement, Avril 1999, <http://www.3ct.com>

- JP. MARTIN, "Ecoute de la précarité ", <Http://www.serpsy.org/précarité1.html>
- P. MEYER-BISCH, "L'interdisciplinarité comme rigueur ajoutée", <http://www.unifr.ch/spc>
- E. MORIN, "Sur l'interdisciplinarité", <http://www.mexape.org>
- P. PERRENOUD, "La clé des champs : essai sur les compétences d'un acteur autonome", Contribution au programme DeSeCo de l'OCDE, non publié, http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_04.html

8 - DICTIONNAIRES

- P. RIPERT, *Dictionnaire des Synonymes de la langue française*, Manchecourt, Maxi-Livres, 2000, 309p.
- Le grand dictionnaire terminologique, http://www.admi.net/village_français/

ANNEXE I : LEGISLATION

ANNEXE II : PRE-ENQUETE

ANNEXE III : RECUEIL DE DONNEES

Question centrale : Comment le cadre de santé d'origine ergothérapique peut-il contribuer par son management à une meilleure prévention sur le terrain de la précarité?

Mots clefs : Autonomie / Changement / Clinique Psycho-Sociale / Complexité / Ethique / Interdisciplinarité / Management / Prévention / Précarité / Réseau.

Résumé : Ce travail de fin d'études prend la forme d'une recherche exploratoire à propos des nouvelles pratiques de soins développées par des équipes innovantes sur la prise en charge de la précarité.

L'utilisation d'une méthode d'analyse basée sur une représentation systémique de la complexité permet d'avoir une bonne compréhension de l'implication des acteurs, de leurs actions, et des conditions nécessaires au changement.

Le management situationnel auquel se réfère ce mémoire favorise le développement de l'autonomie professionnelle intégrée à la valeur institutionnelle du sens partagé.

L'interdisciplinarité et la mutualisation des moyens peuvent se faire par la mise en réseau des compétences pour une meilleure efficacité du service, développant la "polycompétence" de ses membres.

L'éthique constamment rappelée, est la condition de base, pour une alliance efficiente du projet de vie individuel et du projet de l'institution. La finalité est de mettre au service de l'utilisateur les moyens d'une véritable approche globale.