

*Retranscription de l'intervention du Pr Marcel JAEGER en conclusion du 53<sup>ème</sup> atelier de la DIHAL : Vers le déploiement du programme « Un chez-soi d'abord ». Retour sur 6 années d'expérimentation.*

« C'était une journée tout à fait intéressante qui ne pose pas uniquement des questions d'opérationnalité, mais aussi de fond. Je crois que le « Chez-soi d'abord » impacte l'ensemble du paysage de la politique de santé mentale, du secteur social et médico-social. J'ai retenu l'idée que l'on avait là un modèle, dont « *il reste beaucoup à modéliser* », selon l'expression utilisée, c'est-à-dire que l'aventure est loin d'être terminée.

Si je suis témoin de quelque chose, c'est surtout qu'il s'agit d'un processus très long, entre l'idée de départ - que l'on trouve détaillée dans certains rapports de 1992 - et vingt ans après le décret de pérennisation. Il se trouve qu'entre les deux, j'ai travaillé à la Commission nationale d'appui en santé mentale, où l'on s'était beaucoup préoccupé de ce programme car il correspond à un tournant dans les politiques publiques, à l'intersection de 2 mondes : le sanitaire et social et le médico-social. En ce sens, il existe encore aujourd'hui deux codes : celui de la santé publique et celui de l'action sociale et des familles. L'approche interministérielle favorise les liens entre eux. Par exemple, je me rappelle qu'on étudiait la problématique des hospitalisations inadéquates. Cette notion d'« *inadéquation* » pose la question de l'identification des besoins spécifiques des personnes, mais aussi des réponses particulières qui doivent être apportées de la part des institutions et des corps des métiers.

En même temps il y a avait deux choses importantes. Tout d'abord, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, aborde la question du handicap psychique. Cette loi traite de l'intersection des deux univers de l'action sociale et médico-sociale. Personnellement, j'ai toujours buté sur ce terme de « *rétablissement* », car la finalité ultime est l'inclusion. Pour y arriver, la question de la coordination des acteurs est fondamentale, notamment au sein des groupements entre acteurs définis par la loi de 2005. En 2007, le Conseil Supérieur du travail social publiait un rapport intitulé « *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social* ». A cette époque je participais à ce groupe, la question du travail social était omniprésente, mais elle était surtout traitée sous l'angle des pratiques. Au-delà des questions législatives et réglementaires, le problème de fond se pose sur la diversité des pratiques des cultures professionnelles et des possibilités d'évolution. C'est pourquoi j'aurais tendance à dire que le problème aujourd'hui, ce n'est pas la pérennisation d'une expérimentation, c'est surtout l'appréciation que l'on va porter quant à l'impact de l'expérimentation et de ses suites sur l'ensemble du système, sur la façon de penser, de se positionner, de parler des métiers du travail social et des secteurs médicaux et paramédicaux.

De ce point-de-vue, le dispositif « *Un chez-soi d'abord* » représente une évolution, mais il en existe d'autres comme les appartements de coopération thérapeutique. On développe de nouvelles approches, mais il ne faut pas que l'essaimage et la reproduction d'un modèle, réduise la capacité d'innovation. La question du travail social est de plus en plus présente depuis le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2015-2017), qui comprend un volet : « *Refonder le travail social* ». Cette partie est doublement surprenante. Tout d'abord, elle a remis en question quelque chose qui paraissait acquis. Comme le dit souvent Brigitte Bouquet, la question du travail social dépasse la question des travailleurs sociaux. Si la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) dénombre 1.2 millions de travailleurs sociaux, c'est qu'on a adopté une vision élargie du travail social à *l'intervention sociale*. Si aujourd'hui on parle de travail

social, c'est que l'accompagnement joue un rôle fort pour l'inclusion sociale, c'est l'idée d'un continuum des réponses. En ce sens, la présentation du Working First Marseille intitulée « *PACS de raison ou de passion ?* » fait écho à la première publication de la revue Vie Sociale intitulée « *Action sociale et santé mentale. Mariage d'amour ou mariage arrangée ?* » parue en 2007. Or, comme un certain nombre d'amis québécois m'ont fait remarqué : si on coordonne deux choses, c'est qu'on les identifie comme étant à part. Il est certain que cela modifie la façon de travailler. Il y a eu tout un travail pour formaliser les compétences professionnelles du travail social, on voit bien que l'on a dépassé le seul cadre de l'accès aux droits. C'est cette approche que j'ai totalement retrouvée aujourd'hui. C'est très important de montrer comment il y a un lien entre l'affirmation du travail social et la présence d'équipe pluridisciplinaire. On parle de pérennisation et d'inscription dans le Code de l'action sociale et des familles, mais aujourd'hui, l'enjeu est de définir dans ce même code ce qu'est le travail social. Dans la définition adoptée par le Conseil supérieur du travail social ce 23 février 2017, je retrouve des problématiques communes avec le Chez-soi, notamment l'empowerment et le pouvoir d'agir.

D'autre part, ce qui se joue c'est l'émergence d'un rapport nouveau aux personnes. Sur ce point, on doit rappeler la parution en 2015 du rapport du Conseil supérieur du travail social, intitulé « *Refonder le rapport aux personnes "Merci de ne plus nous appeler usagers"* ». Il lie les pratiques professionnelles du travail social aux besoins, attentes et préoccupations des personnes. Dans ce dispositif, il est particulièrement nécessaire de faire évoluer les pratiques tout en questionnant la notion de distance. La question du chez-soi n'est pas banale. Elle pose la question des priorités entre le logement, le soin et le travail. De plus, elle interroge aussi les notions d'espace privé et d'intimité qui étaient déjà présentes dans la loi de 2002-2, et expose la nécessité de trouver un équilibre entre la recherche d'autonomie et le besoin de ces personnes d'être protégées. C'est ce qui est à mon sens la difficulté du travail social.

Enfin, les apports de la recherche se sont démarqués par leur qualité. Ce qui m'a frappé c'est l'extrême prudence avec laquelle les chiffres ont été présentés, qui illustre une vraie démarche de recherche avec l'idée qu'il faut produire de la connaissance. Or, il nous manque deux types de connaissance. Tout d'abord, nous connaissons peu les publics, et la façon dont leurs difficultés sont entremêlées. De plus, il faut développer l'aspect de la recherche économique sur ce type de dispositif. De manière générale, on s'interrogera sur la part qu'il faut donner à la recherche et la part à donner à l'évaluation et aux recherches évaluatives. La convention avec ANESM est très intéressante sur ce point, seulement son périmètre est limité aux pratiques professionnelles. S'il y a un régime d'autorisation, c'est qu'elle est à durée à 15 ans. Je trouve important d'avoir ça en tête pour penser la démarche d'évaluation.

Pour conclure, il est très important de défendre l'inter-ministériarité parce qu'on risque d'éviter un certain nombre de petites erreurs. Par ailleurs, je pense que la question du Chez-soi pose la question du lien avec les autres, être chez soi peut être redoutable si c'est de la solitude, au contraire, ici, elle doit reposer sur la confiance. Or, l'étude de Philippe Warin sur le non recours aux droits montre que la question de la confiance est fondamentale. »