



Décembre 2016

La coordination entre le social et le sanitaire pour l'accompagnement des personnes sans domicile à Paris

Rapport de la recherche-action évaluative du projet
Maquéro pour l'Association Aux Captifs la libération

Anne PETIAU

Avec la participation de
**Claire HEIJBOER et
Marie LOISON-LERUSTE**

La coordination entre le social et le sanitaire pour l'accompagnement des personnes sans domicile à Paris

Rapport de la recherche-action évaluative du projet Maquéro pour l'Association Aux Captifs la libération

Anne Petiau

Je remercie vivement Marie Loison-Leruste pour sa relecture attentive du document et ses conseils, ainsi que Ghislaine Pelletier pour son travail de correction et de mise en forme.

Merci à tou.te.s les professionnel.le.s qui ont participé aux entretiens et au séminaire de recherche-action.

Liste des sigles

ACLL : Aux Captifs La Libération

AHI : Accueil Hébergement Insertion

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Assistant.e de Service Social

ASV : Atelier Santé Ville

BMI : Binôme de maraudeurs doté de compétences interdisciplinaires

BRF : Brigade des réseaux franciliens de la Police nationale

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CS : Centre de Stabilisation

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé de la ville de Paris

DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement.

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

ELP : Equipe de Liaison Psychiatrique

ESI : Espace Solidarité Insertion

FNARS : Fédération Nationale des Acteurs de la Solidarité

GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social

HAS : Haute Autorité de Santé

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

LHSS : Lit Halte Soins Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation

SNCF : Société Nationale des Chemins de Fer

TABLES DES MATIERES

LISTE DES SIGLES.....	4
TABLES DES MATIERES.....	6
INTRODUCTION.....	8
L'ASSOCIATION AUX CAPTIFS LA LIBERATION ET LE PROJET MAQUERO	8
LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	8
LA METHODE.....	9
LES ENTRETIENS	9
Tableau 1 : Entretiens réalisés.....	9
LE SEMINAIRE D'ANALYSE EN GROUPE	11
Les animatrices du séminaire de recherche.....	12
Les participants au séminaire de recherche.....	13
PLAN DU RAPPORT	14
1. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE	15
1.1. UN CONTEXTE D'ACTION PUBLIQUE LOCALE FORTE EN DIRECTION DES PERSONNES SANS DOMICILE.....	15
1.2. RUE, PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE	16
Encadré : De la non-demande au non-recours	18
1.3. DES SITUATIONS A LA LISIERE DU SANITAIRE ET DU SOCIAL	20
1.4. COORDINATION ENTRE LE SANITAIRE ET LE SOCIAL	21
2. LA COORDINATION DANS LE PROJET MAQUERO : TYPE, ATOUTS, LIMITES.....	25
2.1. RESEAUX ET PARTENARIAT DANS LE PROJET MAQUERO	25
Schéma 1 : Principaux services de soin et sociaux sur le territoire Gare du Nord/Gare de l'Est, avec indication des liens entretenus avec le BMI.....	27
2.1.1. UN RESEAU ACTIF, MAIS QUI A DES LIMITES	29
2.1.2. DES RENVOIS MUTUELS ENTRE INSTITUTIONS.....	31
2.1.3. LE PARTENARIAT, AU-DELA DU RESEAU	31
2.2. LA PLACE AMBIVALENTE DE LA PSYCHIATRIE	34
2.2.1. UN BINOME ET UN RESEAU QUI PRIVILEGIENT LES EXPLICATIONS D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHANALYTIQUE.....	34
2.2.2. UNE NON-DEMANDE QUI PEUT AVOIR DES CAUSES MULTIPLES	38
2.2.3. UN MANQUE DE TRAVAIL CONJOINT AVEC LES PSYCHIATRES.....	40
3. DES CLOISONNEMENTS PERSISTANTS	43
3.1. ENTRE SECOURS MEDICAL ET SECTEUR DE L'URGENCE SOCIALE.....	43
3.2. ... ET ENTRE URGENCE ET INSERTION	46
Schéma 2 : Les cloisonnements	49
4. VERS UNE LOGIQUE DE PARCOURS DANS LE SECTEUR AHI ?.....	50
4.1. LE BMI : QUELLE FIGURE DE COORDONNATEUR ?	50
4.2. UN RISQUE DE DOUBLON AVEC LES AUTRES REFERENTS DE PARCOURS	53
6 •	

4.3. DU MANQUE A LA SOUS-UTILISATION D'OUTILS D'INTEGRATION.....	55
CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS D' ACTIONS.....	59
1. CONCLUSION : LE BMI, UN « DISPOSITIF INTERSTITIEL »	59
2. PROPOSITIONS D' ACTIONS	61
POUR LE BMI.....	62
POUR LE TRAVAIL EN COORDINATION SUR LE TERRITOIRE.....	62
ANNEXES.....	64
1. GUIDE D'ENTRETIEN	64
2. RECAPITULATIF DES RECITS PROPOSES EN SEMINAIRE DE RECHERCHE-ACTION	67
3. COMPTE-RENDU DE LA SEANCE DE RECHERCHE-ACTION DU 19 MAI 2016	75
4. COMPTE-RENDU DE LA SEANCE DE RECHERCHE-ACTION DU 12 JUILLET	78
5. COMPTE-RENDU DE LA SEANCE DE RECHERCHE-ACTION DU 28 JUI 2016	81
6. COMPTE-RENDU DE LA SEANCE DE RECHERCHE-ACTION DU 27 SEPTEMBRE.....	85
PRESENTATION DU CERA.....	89

Introduction

L'association Aux captifs la libération et le projet Maquéro

Dans le cadre du Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020, et en réponse à l'appel à projet de la Ville de Paris, l'association Aux Captifs la libération met en place une action afin d' « expérimenter la mise en place d'un binôme de maraude interdisciplinaire 'Intervention sociale et santé mentale' auprès du public en grande exclusion chronicisé dans les gares du Nord et de l'Est pour améliorer leur accompagnement vers les soins et l'hébergement-logement »¹. L'objectif est ainsi la constitution d'un « binôme de maraudeurs doté de compétences interdisciplinaires » (BMI) composée d'un.e travailleur.se social et d'un.e infirmier.ère spécialisé.e en psychiatrie, dont la mission est de se familiariser puis d'accompagner de manière intensive des personnes sans domicile qui présentent des signes de trouble psychique et occupent de manière durable l'espace public dans et autour des gares. Le (BMI) s'appuie sur les maraudes déjà assurées par l'association sur le secteur et vient renforcer leur action. Il s'adresse aux personnes ne répondent pas ou peu aux sollicitations des maraudeurs, qui sont en situation de non-demande d'aide sociale. Cet accompagnement intensif doit être permis par un travail intégré entre les équipes d'intervention sociale et les équipes de soin.

L'expérimentation vise les objectifs suivants :

- « Progression dans la qualité de l'accompagnement social et sanitaire des personnes,
- Progression dans le décloisonnement du travail des équipes de maraude d'intervention sociale et de psychiatrie (EMPP², ELP³),
- Progression dans la connaissance de la santé mentale des personnes en grande exclusion à la rue et de leurs besoins. »⁴

Les objectifs de l'étude

L'étude a consisté en l'évaluation « en marchant » du projet de Maraude dotée de compétences interdisciplinaires, c'est-à-dire qu'il s'agit d'apporter des éléments d'évaluation et d'améliorer le fonctionnement en cours de projet. L'étude se focalise sur l'objectif de décloisonnement du travail sanitaire et social porté par le projet ; elle n'aborde donc pas l'accompagnement social lui-même. L'étude s'appuie sur une méthode de recherche-action qui mobilise les différents partenaires du projet, afin d'en permettre une évaluation participative.

¹ AUX CAPTIFS LA LIBERATION, Réponse à l'appel à projets « Mise en œuvre de l'action 36 – Binôme de maraudeurs dotés de compétences interdisciplinaires autour des gares du Nord et de l'Est de Paris », 2015.

² Equipe Mobile Psychiatrie Précarité.

³ Equipe de Liaison Psychiatrique

⁴ Idem.

L'étude a poursuivi trois objectifs :

- Fournir un cadre d'analyse des relations entre le social et le sanitaire (soin somatique, psychiatrie).
- Contribuer à l'évaluation du travail intégré des équipes d'intervention sociale et des équipes de soin et de psychiatrie sur le territoire.
- Contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles vers davantage d'intégration, de coordination, d'articulation.

La méthode

Afin d'investiguer les trois axes (fournir un cadre d'analyse des relations entre le social et le sanitaire, contribuer à l'évaluation du travail intégré des équipes d'intervention sociale et des équipes de soin et de psychiatrie sur le territoire, contribuer à l'évolution des pratiques professionnelles vers davantage d'intégration, de coordination, d'articulation), la méthode suivante a été mise en œuvre :

- Etude documentaire sur l'articulation du sanitaire et du social,
- 11 entretiens semi-directifs auprès d'acteurs clefs sur le territoire (cf. tableau 1).
- 4 jours de séminaire de travail collaboratif avec l'équipe du projet et des représentants des partenaires santé et social du territoire (cf. liste des participants au séminaire).

Les entretiens

Les entretiens réalisés sont de type semi-directif. Ils ont été conduits auprès d'acteurs « stratégiques » du territoire, c'est-à-dire exerçant des fonctions de responsabilité ou de coordination au sein de structures assurant des services sociaux, de santé ou de coordination sur le territoire concerné. Les entretiens ont visé à fournir un cadre de compréhension et une analyse des pratiques de travail des intervenants du social d'une part, du sanitaire de l'autre, de leur articulation et de leurs difficultés à travailler ensemble, relativement au problème spécifique de l'accompagnement de personnes sans domicile suspectées de connaître des troubles psychiques et, le plus souvent, ne formulant pas de demande d'aide.

Les entretiens, d'une durée d'une à deux heures, ont été enregistrés et ont fait l'objet d'une prise de notes.

Tableau 1 : Entretiens réalisés

Entretiens	Nom Prénom	Equipe	Structure	Profession	Mail	Date
1	Véronique Otchoumou	Coordination des maraudes Nord	Emmaüs	Coordinatrice	voutchoumou@emmaus.asso.fr	01/04/2016
2	Dr Alain Mercuel	Réseau Psychiatrie Précarité	Hôpital Maison Blanche	Psychiatre Chef de service et coordinateur	a.mercuel@ch-saint-annne.fr	06/04/2016
3	Anaïs de Saint Martin et Lotfi Ouanezar	Mission Précarité Paris	FNARS IDF	Chargés de mission	lotfi.ouanezar@fnarsidf.org	11/05/2016
4	Michel Brûlon	Coordination des maraudes	Aux captifs la libération	Coordinateur	m.brulon@captifs.fr	06/04/2016
5	Dr Bertrand Galichon	Urgences	Hôpital Lariboisière	Médecin Chef de service	bertrand.galichon@lrb.aphp.fr	08/04/2016
6	Dr Caroline Aparicio	PASS	Hôpital Lariboisière	Médecin Responsable	caroline.aparicio@lrb.aphp.fr	12/04/2016
7	Lucas Manetti	CLSM	Mairie du 10 ^{ème}	Elu	lucas.manetti@paris.fr	21/09/2016
8	Bernard Elghozi et Olivier Terzolo	Réseau Créteil Solidarité	CHI Créteil	Médecin Coordinateur et coordinateur adjoint	bernard.elghozi@chicreteil.fr	27/10/2016
9	Dr Raphaël Gourevitch	CPOA	Hôpital Maison Blanche	Psychiatre Médecin resp.		17/11/2016
10	Dr Mahmoud Adj Saïd	CMP	Hôpital Maison Blanche	Psychiatrie Médecin resp.		07/12/2016
11	Céline Brocas	SIAO Insertion	GCSMS	Coordinatrice	cbrocas@siao75.fr	12/12/2016

Le séminaire d'analyse en groupe

Le volet recherche-action repose sur l'organisation d'un séminaire de recherche avec les professionnels du territoire. Qu'est-ce qu'une recherche-action ? « Il s'agit de recherches dans lesquelles il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; recherches ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances sur ces transformations »⁵. La recherche-action met en œuvre la collaboration entre chercheurs et intervenants de terrain. Le changement visé concerne avant tout les pratiques des professionnels : la recherche-action a une dimension évaluative et vise l'amélioration des pratiques d'accompagnement sanitaire et social. Mais elle s'inscrit également dans des préoccupations plus larges : l'inclusion sociale des personnes sans domicile occupant l'espace public et ayant des troubles psychiques, engagées le plus souvent dans des longs parcours de rue.

La recherche-action repose sur un dispositif méthodologique qui organise une élaboration théorique collective entre chercheurs et professionnels impliqués dans le projet, et qui prend la forme d'un séminaire composé de quatre jours de réunion (de 9h à 17h), au rythme d'une fois par mois au cours du déroulement du projet, de mai 2016 à septembre 2016. Ce cycle de réunions a deux objectifs. D'une part, que toutes les personnes impliquées dans le projet puissent faire part de leur opinion. D'autre part, de produire collectivement une analyse des leviers et difficultés posés par le travail partenarial sur un territoire, à partir de la discussion de situations vécues. L'objectif est l'évolution des pratiques au cours de l'expérimentation par l'effet même de la réflexion collective. Durant les réunions, il ne s'agit en aucun cas de juger l'action des uns et des autres, mais de partager l'expérience vécue, analyser les difficultés rencontrées et les réflexions suscitées, élaborer un cadre théorique de compréhension de la situation. L'objectif est de parvenir à une analyse partagée du travail partenarial et de la coordination dans le territoire.

Les réunions s'appuient sur une méthode de travail : « l'analyse en groupe » qui a été élaborée par plusieurs chercheurs du Centre d'Etudes Sociologiques de l'Université Saint Louis à Bruxelles.⁶

Une journée se déroule en cinq temps :

Temps 1 : le choix collectif d'un cas

Au début de la réunion, les participant.e.s, professionnel.le.s de secteurs divers (social, santé somatique, psychiatrie), présentent chacun un ou deux « cas », révélateurs selon eux des leviers et difficultés rencontrés pour travailler ensemble dans le cadre de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes sans domicile qui connaissent des difficultés multiples : sociales, somatique, psychiques. Puis, le groupe choisit un cas, qui fera l'objet du travail de la journée.

⁵ Hugon et Seibel, cité par BARBIER R., *La recherche-action*, Paris, Economica, 1996, p. 7

⁶ VAN CAMPENHOUDT L., CHAUMONT J-M., FRANSSSEN A., *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005.

Temps 2 : les interprétations

Chacun donne son interprétation du cas, en propose des explications, dans le cadre de tours de table organisés.

Temps 3 : analyse collective

Les chercheurs proposent une première analyse des interprétations. Celle-ci fait l'objet de discussions et d'amendements par les participants.

Temps 4 : apports sociologiques et débats

L'analyse collective du cas se poursuit, à partir de la confrontation et de la discussion des interprétations des participants, et d'apports sociologiques, dans le cadre d'un débat organisé.

Temps 5 : pistes d'action

A la fin de chaque réunion, le groupe produit ensemble des propositions d'actions pour la suite du projet, découlant de l'analyse réalisée.

Les réunions ont été animées par Anne Petiau, avec Claire Heijboer pour les séances du 19 mai et du 27 septembre, et avec Marie Loison-Leruste pour les séances du 28 juin et 12 juillet. Chaque journée de réunion a donné lieu à un compte-rendu, soumis à l'approbation des participants.

Les réunions ont eu lieu au Centre de Formation Saint Honoré (42-44 rue de Romainville, 75019 Paris) pour les trois premières, et au Centre d'Ouverture Psychologique et Sociale (COPEs), centre de formation continue situé au 26 Boulevard Brune, 75014 Paris.

Les animatrices du séminaire de recherche

Anne PETIAU - Sociologue, Responsable du Centre d'Etude et de Recherche Appliquées (CERA), Chercheure associée au Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (LISE), CNAM/CNRS.

Claire HEIJBOER – Responsable de projet à BUC Ressources, doctorante en sciences de l'éducation au Centre de Recherche sur les Liens Sociaux (CERLIS), Université Paris Descartes et Chercheure au Centre d'Etude et de Recherche Appliquées (CERA).

Marie LOISON-LERUSTE – Sociologue, Maîtresse de conférences à l'Université Paris 13, chercheure au Centre de Recherche sur l'Action Locale (CERAL) et chercheure associée au Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (LISE), CNAM/CNRS.

Les participants au séminaire de recherche

Les participants ont été sollicités afin de représenter « l'environnement pertinent » au regard du problème repéré⁷ : des représentants de l'ensemble des personnes concernées par le décloisonnement des pratiques pour l'accompagnement des personnes sans-domicile qui occupent l'espace public sur le territoire Gare du Nord/Gare de l'Est ont été invités. Deux critères peuvent être distingués :

- En termes de champs : on a été attentif à ce que soient présents des représentant.e.s des champs social, médico-social et sanitaire (soin somatique et psychiatrie).
- En termes de professions : on a été attentif à ce que soient présents des représentant.e.s des professions sociales et médicales.

Ces deux objectifs ont été remplis.

Chaque séance a rassemblé entre 7 et 17 participants.es. Une partie a participé à l'ensemble du cycle, la majorité a participé à au moins deux séances. Au total, 21 professionnels du territoire ont participé au séminaire. La liste est présentée par ordre alphabétique :

Cynthia AHYI - Educatrice spécialisée, ESI Aux captifs la libération

Caroline APARICIO - Médecin, PASS Lariboisière

Brigitte APPE - Assistante de service sociale, PASS Lariboisière

Anne BEUREL - Infirmière, PASS Lariboisière

Jean-Baptiste BOLLENS - DASES/DST Nord

Laure BOSMAN - Coordinatrice des maraudes Nord, Samusocial de Paris

Marielle BOUTARI - Stagiaire, LHSS Maubeuge, groupe SOS

Yannick CHIGNIER - Chef de service, CAMRES

Priyanka FRANCOIS-HAUGRIN - Stagiaire Assistante de service social, PASS Lariboisière

Vincent FOLLET - Educateur spécialisé, référent prison, CSAPA Gaïa

Corinne FRISCAUX - Infirmière, EMPP Maison Blanche

Bertrand GALICHON - Médecin, Urgences Lariboisière

Lucie GIRON - Assistante de service social, LHSS Maubeuge, Groupe SOS

Hugo HUON - Infirmier, Urgences Lariboisière

Marine IBAS-RAMOS - Psychiatre, EMPP Maison Blanche

⁷ DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLET G., *Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale*, 2015, p. 88.

Hervé MOUDEN - Référent social, SNCF

Alice PATOUILLARD - Infirmière et psychologue, Maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération

Guillaume SOUCHET - Infirmier, EMPP Maison Blanche

Corinne TAIEB - Responsable maraude et 115 nuit, Samusocial de Paris

Caroline TOUSSAINT - Infirmière, PASS Lariboisière

Pierre-Denis YVERT – Psychologue, Maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération

Plan du rapport

Ce rapport expose dans une première partie le contexte du projet Maquéro et le cadre problématique retenu pour analyser sa mise en œuvre de l'objectif de décloisonnement des pratiques entre les secteurs social et sanitaire pour l'accompagnement des personnes sans domicile. On présente d'abord dans cette partie le contexte d'action publique locale en direction des personnes sans domicile dans lequel prend place le projet Maquéro. Sont ensuite présentés les éléments théoriques sur lesquels s'appuient les analyses de la seconde partie. On aborde en premier lieu les débats relatifs à l'émergence de la notion de souffrance psychique et à son lien à la précarité sociale. On présente le problème de la non-demande d'aide soulignée par les travailleurs sociaux qui interviennent auprès de ces personnes, en la rattachant au concept de non-recours développé en sociologie. On aborde ensuite les implications du débat sur les liens entre rue et santé mentale en termes d'orientation des personnes sans domicile vers le sanitaire ou le social, et en termes de souci de coordination qu'appelle la prise en compte de l'intrication des problèmes sociaux et psychiques chez une partie des personnes sans domicile. Un troisième temps aborde les concepts et méthodes qui ont développés pour penser et apporter des solutions concrètes aux problèmes de coordination des professionnels. On présente alors les notions de réseau, de partenariat, de parcours et d'intégration. Parcours et intégration tendent à s'imposer aujourd'hui dans les politiques sociales, s'accompagnant de l'émergence de nouveaux métiers ou fonctions tels que les référents de parcours ou encore les gestionnaires de cas complexes.

La deuxième partie analyse le fonctionnement du projet Maquéro au regard de ces éléments théoriques. C'est d'abord en se référant aux notions de réseau et de partenariat que l'on étudie le fonctionnement du projet Maquéro et sa coopération avec les acteurs déjà présents sur le territoire. On aborde plus particulièrement, au sein de ce réseau professionnel, la place ambivalente de la psychiatrie, le décalage entre l'importance de sa place dans les références des travailleurs sociaux et la persistance de difficulté à travailler en interdisciplinarité. On analyse ensuite la présence de cloisonnements entre le secteur du secours médical et celui de l'urgence sociale puis, au sein du dispositif Accueil Hébergement Insertion (AHI), entre

urgence sociale et insertion, et au-delà avec le droit commun. La dernière partie analyse l'action du binôme sur le territoire en se référant aux notions de parcours et d'intégration. Elle met en perspective la fonction de coordination assurée par le binôme avec plusieurs fonctions actuelles, en distinguant notamment le rôle de coordination des professionnels de celui de coordination des parcours des personnes sans domicile. Elle interroge la pertinence de cette mission en situant l'action du binôme au sein des figures de coordinateurs et référents de parcours déjà existants sur le territoire et plus largement dans le dispositif AHI. Enfin, l'analyse se porte sur les outils de coordination existants sur le territoire, en se référant au modèle de l'intégration. Dans la même logique que le point précédent, elle situe l'action du binôme au sein des acteurs et outils déjà existants sur le territoire. *In fine*, ce rapport contribue à évaluer la contribution du projet Maquéro à la coordination sur le territoire et sa pertinence, en mettant en exergue la manière dont il comble certains manques, mais en soulignant également le risque de doublon dans un territoire où interviennent déjà de nombreux acteurs.

Après avoir rappelé les conclusions principales, le rapport se clôt sur des perspectives d'action en cas de poursuite de l'expérimentation et plus largement pour le travail partenarial en faveur des personnes sans domicile.

Les analyses qui suivent ont pour la plupart été débattues en séminaire avec les professionnels. Certaines sont issues de l'analyse collective. C'est également le cas de certaines des pistes d'action proposées en fin de rapport.

1. Contexte et problématique

1.1. Un contexte d'action publique locale forte en direction des personnes sans domicile

L'expérimentation prend place dans le paysage d'une intensification de l'action politique locale de lutte contre les exclusions au niveau local. Le projet s'insère en effet dans la « Grande Cause » du mandat d'Anne Hidalgo à la mairie de Paris, en répondant à une action prévue dans le « Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020 ». Le financement du projet Maquéro se fait également dans le cadre d'une régulation de plus en plus forte de l'urgence sociale parisienne par la Mairie, dans le cadre d'une pression des citoyens, via notamment les conseils de quartier, qui s'inquiètent de la tranquillité et de la sécurité de leur quartier, mais aussi qui s'indignent et compatissent devant des situations de détresse humaine.⁸ La Mairie de Paris consolide sa régulation, notamment en renforçant son implication financière dans les équipes de maraudes et leur coordination⁹.

⁸ Cf. Entretiens FNARS et Emmaüs régulation des maraudes.

⁹ La coordination des maraudes, mise en place en 2011, est pilotée par la DHRIL et la Ville de Paris. En septembre 2016, elle est confiée au SIAO, conformément à l'action 28 prévue par le Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion. Cf. *Lettre d'information SIAO 75*, septembre-octobre 2016.

La Société Nationale des Chemins de Fer (SNCF) soutient également financièrement des associations qui maraudent. Elle développe de fortes attentes à l'égard de ces associations quant à l'évolution des situations des personnes, c'est-à-dire la fin de leur occupation de l'espace des gares.¹⁰ L'occupation des gares entraîne en effet des critiques des usagers et des problèmes de sécurité, notamment dans le contexte actuel d'état d'urgence (par exemple, des sacs laissés par des personnes sans domicile peuvent entraîner une intervention Vigipirate). Le financement du projet Maquéro par plusieurs institutions (SNCF/ Ville de Paris /ARS¹¹/ DRIHL¹²) va de pair avec la qualification d'un problème à la croisée du social, de la santé et de l'ordre public.

Le projet Maquéro apparaît, comme de manière plus générale les acteurs de l'Urgence sociale, au service d'une résolution sociale, « douce »¹³, de problèmes qui mettent en jeu le partage de l'espace public, soulèvent des questions d'ordre public et de sécurité.

La situation de Boris analysée dans la première séance du séminaire (19 mai 2016) est ainsi exemplaire d'un processus typique, où le point de départ des interventions (sociales et médicales) est un problème d'occupation de l'espace public, entraînant un signalement du Référent social Gares Nord Paris de la SNCF¹⁴ auprès d'acteurs sociaux, en l'occurrence l'Espace Solidarité Insertion (ESI) « Chez Monsieur Vincent », puis le BMI.

1.2. Rue, psychiatrie et santé mentale

Depuis le milieu des années 1990, le constat d'une « souffrance psychique d'origine sociale »¹⁵, de l'intrication de la maladie psychique et de la misère sociale¹⁶ est posé. Dans le travail social, la notion de « souffrance psychique » émerge pour désigner les troubles mentaux en lien avec la précarité et l'exclusion¹⁷. Soutenue par plusieurs psychiatres – tels que Jean Furtos – l'émergence de la notion de souffrance psychique opère un déplacement. De la psychiatrie centrée sur la maladie, on passe vers le

¹⁰ Cf. Entretiens FNARS et Emmaüs régulation des maraudes.

¹¹ Agence Régionale de Santé.

¹² Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement d'Ile-de-France.

¹³ BRUNETEAUX P., « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés contemporaines*, n°63, 3, 2006.

¹⁴ Le Référent social Gare Nord Paris est rattaché au Pôle sociétal France de la SNCF, qui conduit « des projets pour promouvoir l'éducation ferroviaire, offrir des expériences de travail, agir contre la grande pauvreté dans les gares ou contribuer à la réparation des personnes et des biens par des peines éducatives au bénéfice de toutes les activités de l'entreprise ». La SNCF a notamment signé une convention en Juillet 2011 avec la FNARS et la Ville de Paris, relative à la prise en charge des personnes en situation d'exclusion sociale dans les six grandes gares parisiennes, ainsi que la Pacte Parisien pour la Lutte contre la grande exclusion en 2015. Cf. SNCF, *Engagement sociétal* SNCF, Bilan 2012 et Bilan 2015.

¹⁵ FURTOS J., « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », *Mental'Idées*, n°11, 2007, p. 24-33.

¹⁶ JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod, 2006, p. 65.

¹⁷ DGS, DGAS, *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*, 2009.

champ plus large de la santé mentale, incluant la prise en charge de la souffrance psychique.¹⁸ Bien que soutenue par des psychiatres militants, les notions de santé mentale et de souffrance psychique émergent hors du champ de la psychiatrie : ce sont d'abord des acteurs du champ social et politique qui la portent, tandis que de nombreux psychiatres résistent à l'évolution de leur patientèle que ce déplacement implique : ils considèrent que ces situations de souffrance psychique relèvent du social et non de leur périmètre de spécialisation.¹⁹ Une partie de la profession est ainsi réticente à l'élargissement de son champ de compétence et à la collaboration avec le travail social que celui-ci implique.²⁰

La souffrance psychique est définie comme une souffrance qui a des causes sociales. Pour Jean-Furtos, la précarité produit des effets psychiques. Elle affecte les différentes dimensions de la confiance (en soi-même, en l'autre, en l'avenir), produit une inquiétude de perdre les éléments qui assurent protection et « sécurité sociale »²¹ (statut, reconnaissance, ressources, etc.). Cette souffrance n'est pas forcément pathologique. Mais dans certains cas, elle peut devenir invalidante. La mélancolie sociale peut devenir extrême : c'est ce que Jean Furtos nomme le syndrome d'auto-exclusion. La personne s'exclut elle-même de son environnement, se « déshabite », afin d'annihiler sa souffrance. Il y a réduction du fonctionnement psychique, auto-anesthésie. Ainsi, les personnes sans domicile peuvent être psychiquement et durablement affectées par leurs conditions de vie, ce qui rend problématique toute démarche pour « s'en sortir ». ²²

Pour d'autres auteurs, le repli dans la « survie » lié à l'expérience de la rue peut produire un resserrement de la temporalité sur le moment présent et la satisfaction des besoins vitaux, un « abandon de soi »²³, un « épuisement capacitaire » : une incapacité de mettre en jeu des capacités cognitives, une défaite de la volonté. Dans certains états où la temporalité est resserrée sur l'instant, le mode de conscience induit de faibles prises relationnelles. La personne est alors hermétique à la relation d'aide. Elle s'exprime peu, reste dans des attitudes passives, confuses ou agressives.²⁴ C'est le problème, unanimement soulevé par les travailleurs sociaux et les maraudeurs, de la « non-demande ». Les personnes manifestent des états de découragement, de désarroi, de délabrement, de forte ébriété, d'incohérence, de repli,

¹⁸ ARVEILLER J.-P., MERCUEL A., *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir*, Lavoisier, 2012.

¹⁹ FASSIN D., « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, vol. 1, n°73, 2006, p. 137-157.

²⁰ DEMAILLY L., *Sociologie des troubles mentaux*, La Dé

²¹ J. Furtos reprend ici les termes de Robert Castel.

²² FURTOS J., « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », *Mental'Idées*, n°11, 2007, p. 24-33 et « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet Psy*, vol. 7, n° 156, 2011, p. 29-34 ainsi que *De la précarité à l'auto-exclusion*, Ed. Rue d'Ulm, 2009.

²³ PICHON P., « Vivre sans domicile », *art. cit.*

²⁴ BREVILGIERI M., « L'épuisement capacitaire du sans-abri comme urgence ? » dans FELIX C., TARDIF J., *Actes du colloque international Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, Nice, 4-5 juin 2009.

ou encore d'agressivité. Les intervenants sont ainsi confrontés à des personnes chez qui sont suspectés des troubles psychiques, et dont l'enjeu paraît en premier lieu de « dynamiser les capacités physiologiques premières, [...] de générer de l'éveil, [...] d'amener au seuil du consentement »²⁵, de stimuler la demande, sans pour autant faire preuve de coercition.

Encadré : De la non-demande au non-recours

Les travailleurs sociaux en lien avec les personnes sans domicile mettent en exergue le problème de la non-demande d'aide : une partie des personnes ne demande rien, refuse la relation à l'intervenant social, les offres de prestation et d'accompagnement. Ce problème de la non-demande se rapproche du phénomène de « non-recours » et peut être éclairé par lui. Ce concept a été forgé par P. Warin. Les manifestations de ce phénomène sont notamment étudiées dans les travaux de l'Observatoire du Non-Recours aux Droits Sociaux (ODENORE).

« Le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre »²⁶. Le non-recours peut avoir plusieurs causes : non connaissance (l'offre n'est pas connue), la non demande (l'offre est connue mais pas demandée), la non réception (l'offre est demandée mais pas obtenue)²⁷. Le non-recours peut être contraint, quand la personne n'a pas connaissance d'une prestation ou ne parvient pas à l'obtenir malgré sa demande, mais il peut aussi être choisi. Certaines aides et services, en étant destinés aux plus nécessiteux, stigmatisent les destinataires. « Les bénéficiaires potentiels préfèrent alors parfois renoncer à leurs droits plutôt que d'apparaître comme des assistés »²⁸. Certaines personnes préfèrent se passer de prestation et cherchent d'autres types de solution, dans des réseaux sociaux ou dans la « débrouille »²⁹.

Plusieurs études épidémiologiques étudient quant à elles les prévalences des maladies mentales au sein de la population des personnes sans domicile. L'enquête SAMENTA révèle ainsi que les personnes sans domicile sont plus touchées par certains troubles psychiques que la population générale, notamment les troubles dépressifs légers et surtout majeurs³⁰. L'enquête révèle également que plus de la moitié des personnes

²⁵ Idem.

²⁶ WARIN P., « Le non-recours : définition et typologies », Odenore, *Document de travail*, n°1, Juin 2010.

²⁷ WARIN P., « Le non-recours : définition et typologies », Odenore, *Document de travail*, n°1, Juin 2010.

²⁸ WARIN P., *L'accès aux droits sociaux*, PUG, 2006, p. 75.

²⁹ WARIN P., « Le non-recours par désintérêt : la possibilité d'un 'vivre hors-droits', *Vie sociale*, n°1, 2008.

³⁰ Notons que les comparaisons avec la population générale ne peuvent être faites que sur certains items. Il n'y a notamment pas de données de comparaison pour l'anxiété généralisée et les troubles psychotiques. Par ailleurs, la proportion de personnes qui n'ont jamais consommé de l'alcool est plus grande chez les sans domicile qu'en population générale. Cf. LAPORTE A., CHAUVIN P., LE MENER E., « La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel en Ile-de-France, *La lettre de l'OPNES*, n°5, septembre 2010. Notons également que ces études épidémiologiques ont été critiquées, les méthodes mises en œuvre étant susceptibles de

sans domicile atteintes de troubles psychiatriques sévères dort le plus souvent dans des lieux précaires (espace public, centre d'hébergement d'urgence, squat). Les personnes atteintes de troubles psychotiques sévères, et notamment de schizophrénie, dorment le plus souvent dans la rue. Près d'une personne sur deux qui dort dans la rue à un trouble psychiatrique sévère, et une sur quatre un trouble psychotique. Le taux de suicide est de 12% chez les personnes à la rue contre 5% en population générale. Ainsi, c'est dans la rue et dans les hébergements d'urgence que se trouve le plus de personnes qui connaissent des troubles, parmi la population de personnes sans domicile. La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concerne, elle, près de trois personnes sur dix.³¹

Il semble que si dans certains cas la pathologie psychiatrique puisse précéder la situation de rue, dans d'autres c'est celle-ci qui génère de la souffrance et des troubles psychiques.³² Ainsi, selon le Dr Mercuel, se retrouvent souvent à la rue des personnes qui présentent des troubles de conduite et de personnalité (conduites addictives, psychopathes, etc.), ainsi que des personnes qui présentent des psychoses (paranoïa, schizophrénie, etc.). Ces dernières, par exemple, peuvent entraîner un syndrome de Diogène et/ou une expulsion locative, menant alors à la rue. Le fait d'être à la rue entraîne par ailleurs des « troubles réactionnels », tels qu'anxiété, troubles du sommeil, dépression réactionnelle. Mais « la rue ne produit pas de psychose »³³. Il y a sur ce point un certain consensus au sein de la profession psychiatrique : la pathologie mentale peut provoquer la précarité, celle-ci pouvant entraîner quant à elle des troubles anxieux et dépressifs.³⁴

L'analyse et la mise en valeur des prévalences des troubles psychiques chez les personnes sans domicile et plus largement précaires s'accompagnent de recommandations pour une meilleure prise en charge de celle-ci : amélioration du repérage des troubles par les travailleurs sociaux et des orientations vers les différents acteurs du dispositif de santé mentale, développement du travail en partenariat entre les acteurs du social et de la santé mentale.³⁵

survaloriser la prévalence des troubles selon certains auteurs. Cf. BRESSON M., « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, n°115, 2003/2, p. 311-326.

³¹ LAPORTE A., CHAUVIN P. (dir.), *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (SAMENTA)*. Premiers résultats, Janvier 2010.

³² ARVEILLER J.-P., MERCUEL A. *op. cit.*, p. 71.

³³ Entretien avec le Dr Mercuel, Réseau Psychiatrie Précarité Paris et son livre MERCUEL A., *Souffrance psychique des sans-abri*, Odile Jacob, 2012.

³⁴ DEMAILLY L., *op. cit.*, p. 18.

³⁵ LAPORTE A., CHAUVIN P. (dir.), *op. cit.* ; DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*.

1.3. Des situations à la lisière du sanitaire et du social

Les personnes sans domicile en situation de non-demande d'aide font partie de ces populations dont les situations sont complexes. Elles mettent les intervenants et maraudeurs face à des suspicions de troubles psychiques, sans que ceux-ci n'aient les compétences pour pouvoir poser des diagnostics de maladie psychiatrique. Les personnes sans domicile approchées par les maraudeurs cumulent souvent des difficultés multiples (difficultés familiales, sociales et économiques ; problèmes de situation administrative, d'absence de logement, d'addictions, de troubles psychiques, etc.). Face à ces situations complexes, les dispositifs et les structures restent, dans l'ensemble, spécialisés, ce qui peut conduire à des orientations jugées inadéquates par les structures. Ainsi, des personnes peuvent être orientées vers des structures faute de mieux (cas de l'hospitalisation faute de trouver un hébergement adapté), ou être orientées indifféremment vers une structure sociale ou une structure sanitaire.³⁶

Des analyses soulignent les enjeux que portent ces catégorisations des individus, entre « précaires », « exclus », « malades » ou encore « souffrants ». Il y a d'abord une implication en termes d'orientation vers le sanitaire ou le social en fonction du diagnostic, d'orientation vers le « care » ou le « cure »³⁷. Il y a ensuite un risque que des personnes souffrant de troubles ou de maladies psychiques soit orientées vers le social sans prise en charge psychique. Il y a enfin un risque de « psychiatrisation » ou de « sanitarisation » de problèmes sociaux³⁸, c'est-à-dire d'un renvoi vers la psychiatrie de personnes qui connaissent en fait des problèmes sociaux, mais pour lesquels les intervenants n'arrivent pas à trouver de solutions.³⁹ Il y a alors un risque de « médicalisation de la demande », c'est-à-dire une « traduction sous la forme de demandes de soins – ou d'intervention d'une institution sanitaire – de la non-satisfaction de besoins ou de désirs autres que médicaux. Le plus souvent, ces demandes se situent sur le plan social avant d'être transférées vers le plan médical et d'être traduites en demandes de santé, parce qu'elles n'ont pas trouvé sur leur terrain initial de moyens permettant leur résolution ».⁴⁰

Il y aurait donc possiblement un glissement, où les personnes sans domicile pour lesquelles aucune solution n'est trouvée ou qui mettent en échec les intervenants sont caractérisées comme des malades à soigner. Pour les travailleurs sociaux, ce pourrait être une stratégie de renvoyer hors du social les « cas » qu'ils ne parviennent pas à traiter, en renvoyant le problème à une difficulté personnelle. Or, certaines enquêtes ont montré que les travailleurs sociaux, en l'absence de compétences d'évaluation psychiatrique, se basent sur l'apparence et la conformation aux normes sociales pour

³⁶ JAEGER M., *op. cit.*, p. 62-65.

³⁷ DHUME F., *Du travail social au travail ensemble*, ASH Editions, 2010.

³⁸ BRESSON M., *op. cit.*

³⁹ M. Leverrier cité par DHUME F., *RMI et psychiatrie*, *op. cit.*, p. 79.

⁴⁰ DHUME F., *op. cit.*, p. 80

évaluer la présence de troubles psychiques, un mode d'évaluation qui a ses limites.⁴¹ L'enquête Flash « Focus sur les personnes en situation d'errance, Gare du Nord/Est et rues du 10^{ème} arrondissement »⁴² elle-même, repose sur ce mode d'évaluation. Ainsi, le dénombrement visuel qui recense 48 personnes présentant des troubles sur les 388 personnes sans domicile repérées sur ce territoire au cours d'une journée d'observation doit-il être pris avec toutes les réserves nécessaires, d'ailleurs indiquées dans le document : il s'agit de troubles suspectés et non diagnostiqués, qui ne préjugent donc pas de la présence avérée d'un trouble ou d'une maladie psychiatrique.

En même temps, l'expérience de la rue peut générer de la souffrance psychique... qu'il faut bien traiter. C'est la position du Dr Jean Furtos qui, tout en parlant également d'un « transfert d'impuissance (des travailleurs sociaux) sur d'autres professionnels » (ceux de la psychiatrie), estime nécessaire de répondre à cette souffrance, de la prendre en charge⁴³. Pour Alain Mercuel, il y a un contexte de pression, sociale et étatique, pour que la psychiatrie prenne en charge les problèmes de santé mentale au sens large. Selon lui, il s'agit pour la psychiatrie de ne pas « psychiatriser la misère » tout en soignant et en soulageant la souffrance, celle-ci pouvant nécessiter une prise en charge passagère. C'est la consultation psychiatrique qui permet de lever le doute sur des situations et d'éviter, *in fine*, de psychiatriser des problématiques sociales.⁴⁴

Dans ce cadre, on peut formuler deux enjeux pour l'intervention auprès des personnes sans domicile suspectées de troubles psychiques :

- La possibilité d'une évaluation psychiatrique venant confirmer ou infirmer les observations des intervenants sociaux.
- L'adaptation des offres d'accompagnement social et de prise en charge sanitaire avec l'évolution des situations et des besoins des personnes. Dans une logique de parcours, le « care » et le « cure » devraient pouvoir se compléter ou se succéder en fonction de l'évolution des problématiques des personnes, en évitant le confinement dans une filière.

1.4. Coordination entre le sanitaire et le social

Le problème de la coordination entre le social et le sanitaire s'origine d'abord dans la législation : santé et social relèvent d'un cadre législatif différent. La loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 23 juin 2009 a certes modifié la donne en intégrant

⁴¹ Idem et entretien avec la FNARS IDF.

⁴² Focus réalisé par Emmaüs Solidarité, en collaboration avec Aux Captifs la libération, la FNARS Ile-de-France, la Mairie de Paris et la SNCF, 25 septembre 2014.

⁴³ J. FURTOS, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet Psy*, 2011/7.

⁴⁴ Entretien avec A. Mercuel, réseau Psychiatrie Précarité Paris.

le médico-social à la santé (qui relèvent tous deux des ARS), mais du même coup le médico-social est distingué du social, qui relève d'autres tutelles.⁴⁵

La coordination entre les institutions de soin, du social et du médico-social est l'un des objectifs des politiques publiques en matière de santé mentale et de lutte contre les exclusions. L'identification du problème de la coordination est relativement ancien mais il demeure, notamment car la multiplication des dispositifs et des structures alimente constamment la complexité du système, appelant encore davantage de coordination⁴⁶. Plus les dispositifs sont nombreux, plus des réponses existent sur un territoire, plus cela génère des besoins en coordination. De même, la multiplication des professions sanitaires et sociales, l'apparition de nouveaux métiers, renforcent la spécialisation en différentes filières d'intervention, et appellent des besoins en coordination. La multiplication des acteurs et des dispositifs entraîne également des formes de concurrence.⁴⁷ Les associations, de lutte contre l'exclusion notamment, se retrouvent en concurrence pour prétendre aux subventions et financements des collectivités locales et de l'Etat.⁴⁸

La politique de sectorisation de la psychiatrie en 1960 comprenait déjà un volet de coordination. Cependant, c'est surtout à partir de 1990 (circulaire du 4 mars 1990) que la politique de santé mentale recommande le développement des relations entre la psychiatrie et les institutions sociales et médico-sociales, afin de répondre à ces situations. Cette préoccupation sera renouvelée dans les plans relatifs à la santé mentale suivants, et notamment le plan 2005-2008, dans le cadre duquel sont notamment créés les réseaux en santé mentale et les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).⁴⁹ Ces dernières ont notamment pour mission d'exercer un rôle d'interface entre les secteurs de la psychiatrie, les équipes sanitaires et les équipes sociales ; de développer le partenariat entre les structures des dispositifs de soin, social et médico-social ; d'organiser des parcours permettant aux publics visés des prises en charge globales et continues.⁵⁰

Concernant la lutte contre la grande exclusion, le souci de coordination est présent dans la Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri 2009-2012, annoncée le 10 novembre 2009 par le secrétaire d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme, prenant place elle-même dans le Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal

⁴⁵ JAEGER M., *op. cit.*

⁴⁶ BLOCH M.-A., HENAUT L., *op. cit.*, p. 6.

⁴⁷ DUMOULIN P. et al., *op. cit.*, p. 4.

⁴⁸ LOISON-LERUSTE M., HELY M., « Des entreprises associatives en concurrence : le cas de la lutte contre l'exclusion », in Hély M. et Simonet M., *Le travail associatif*, Paris, PUN, 2013, p. 191-207.

⁴⁹ BLOCH M.-A., HENAUT L., *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014, p. 46-54.

⁵⁰ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

logées⁵¹. Celui-ci se focalise cependant sur le secteur social, évoquant seulement brièvement les relations au secteur de la santé pour l'accès aux soins. Dans le cadre de la « Refondation du secteur Accueil Hébergement Insertion (AHI) », cet objectif de coordination est porté notamment par la création en 2010 des Services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO)⁵². Ceux-ci sont créés pour répondre à la forte segmentation des secteurs de l'hébergement et du logement et au manque de coopération entre les acteurs, afin de permettre une égalité de services rendus, une continuité de la prise en charge (évitement des ruptures de prise en charge, permettre les transitions de l'urgence à l'insertion et au logement ordinaire) et une adaptation des services aux besoins. La coordination des différents acteurs, de la veille sociale jusqu'au logement, fait partie de leurs missions.⁵³ Cette coordination, ainsi que la mise en place de « référents personnels » dans les SIAO et plus largement dans les structures du secteur, vise notamment à assurer une prise en charge continue « tout au long des parcours » des personnes⁵⁴. Le *Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020* place quant à lui la coordination comme un des objectifs centraux et la décline dans de nombreuses actions. Il fait par ailleurs plus directement référence à une coordination inter-secteurs, en souhaitant « impulser une nouvelle manière d'agir qui décloisonne et coordonne les approches, les réponses et les dispositifs » et évoque une « approche transversale social-sanitaire »⁵⁵.

Les politiques publiques, en s'appuyant sur des nombreux travaux de chercheurs et des rapports, développent plusieurs stratégies pour améliorer la coordination au sein des secteurs (social, santé, médico-social) et surtout entre eux. Ces stratégies visent à améliorer les relations entre les acteurs existants, mais aussi parfois à modifier le système en créant, modifiant ou supprimant des structures. Les solutions trouvées - diffèrent avec les époques. C'est d'abord, à la fin des années 1880 et au début des années 1990, **le partenariat et le réseau** qui ont été promus comme modèles d'organisation pour améliorer les coopérations entre acteurs et entre champs, en visant l'amélioration des relations entre professionnels. Dès les années 1980, la **gestion de cas** émerge dans les pays anglo-saxons, cherchant à améliorer la coordination des soins et services en se centrant sur la personne et ses besoins. Les années 1990 voient le développement de la notion d'**intégration**, qui se centre quant

⁵¹ Circulaire n°5503/SG du 06 décembre 2010 du Premier Ministre et ayant pour objet « Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées ».

⁵² Les SIAO ont été créés par la circulaire du 8 avril 2010 relative au Service intégré de l'accueil et de l'orientation, puis consolidés dans leurs principes et missions par la loi n°2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR). Cf. également la Circulaire du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

⁵³ FNARS IDF, CROIX ROUGE FRANCAISE, *SIAO : Repères et pratiques*. Plan d'accompagnement de la Refondation piloté par la DGCS et la DIHAL et circulaire du 8 avril 2010.

⁵⁴ Circulaire DGCS/1A no 2010-271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI) et Circulaire DGCS/1A no 2010-271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

⁵⁵ *Plan parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020*, p. 21 et p. 77.

à elle sur la coopération entre les organisations, visant notamment le niveau des relations entre les financeurs. Enfin, à partir des années 1990 et dans les années 2000 en Europe, le modèle **du parcours** est proposé. Celui-ci propose une lecture globale et dynamique des services, incluant le social, la santé, mais aussi les interventions réalisées dans les milieux de vie. Il met l'accent sur la continuité des services et la participation des personnes à l'élaboration de leur parcours.⁵⁶ Ces modèles, qui se succèdent sans pour autant se remplacer, constituent autant de recherches de remèdes aux problèmes de coordination, autant de manières de concevoir le travail pluri professionnel, les coopérations entre services et organisations de champs distincts.

Ainsi, si les pratiques de réseau sont toujours d'actualité pour penser et tenter de rationaliser et améliorer l'organisation des soins et des services, c'est la notion de parcours qui s'impose depuis la fin des années 2000 dans les politiques publiques pour promouvoir la coordination. Cette notion figure en effet dans de nombreux « plans », comme par exemple le plan de santé mentale 2011-2015, ou encore le plan parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020, qui souhaite « faciliter [les] parcours [des personnes], les fluidifier en dépassant les simples logiques institutionnelles »⁵⁷. Le concept de parcours appréhende le système de services et de soins à partir de la personne, dans une perspective dynamique. Il s'agit de partir des besoins des personnes pour leur offrir un cheminement adapté, en évitant les ruptures d'accompagnement ou de prises en charge. Par ailleurs, il induit une appréhension globale de la personne, plutôt que morcelée en fonction des dispositifs. Ainsi, on conçoit que des situations complexes nécessitent des interventions relevant de services multiples – et notamment social, médico-social, de santé - , de manière simultanée ou successive.⁵⁸

Enfin, en lien avec ces objectifs d'offrir des parcours coordonnés, des programmes développent **l'intégration** des services d'aide et de soin, dès les années 1990 à l'étranger et dans la seconde moitié des années 2000 en France. C'est notamment dans le champ en faveur des personnes âgées et personnes dépendantes que sont développés des dispositifs tels que les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) et PAERPA (Parcours de santé des aînés), ce dernier étant en cours de généralisation. L'intégration vise précisément le décroisement entre les différents champs. L'intégration désigne la co-construction d'outils collaboratifs communs, permettant aux personnes de bénéficier de prestations et services adaptés et coordonnés, quelle que soit la structure à laquelle il s'adresse au départ. Il s'agit donc de méthodes collaboratives mises en œuvre par les professionnels, de développement d'outils communs. Dans ces

⁵⁶ BLOCH M.-A., HENAUT L., *op. cit.*, p. 2-11.

⁵⁷ Plan parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020, p. 14.

⁵⁸ BLOCH M.-A., HENAUT L., *op. cit.*

dispositifs interviennent des professionnels qui assurent des nouvelles fonctions : coordination de réseau, gestion de cas, référent de parcours.⁵⁹

Ces différents modèles sont mobilisés pour analyser l'action du binôme et évaluer l'efficacité et la progression de la collaboration entre les équipes des structures sociales et de soin intervenant sur le territoire dans le cadre du projet Maquéro. Les analyses qui suivent se réfèrent à ces modèles, c'est-à-dire qu'on aborde les pratiques sur le territoire au regard de leur capacité à s'organiser en réseau et de leur capacité à rendre possible un parcours global articulant soin et accompagnement social, à partir de la mobilisation des personnes par le BMI. Il s'agit donc de se demander : quel type de coordination est mise en œuvre sur le territoire, en fonction des situations ? Comment s'insère le binôme dans le paysage partenarial déjà existant ? Quelle est la pertinence de ses fonctions au regard de l'organisation actuelle du secteur AHI et sa déclinaison sur le territoire ? Quel(s) modèle(s) de coordination viser pour l'avenir, avec quelles implications ?

2. La coordination dans le projet Maquéro : type, atouts, limites

2.1. Réseaux et partenariat dans le projet Maquéro

Partenariat et réseau sont souvent abordés comme des synonymes. La distinction, que nous retenons ici, repose sur le degré de formalité : tandis que le réseau est un système informel de relations, développées par des professionnels pour conduire leur mission et dépasser certains problèmes qu'ils rencontrent sur le terrain, le partenariat présente un certain degré de formalisation en ce que ces collaborations sont reconnues par les organisations, voire donnent lieu à des conventions juridiques.⁶⁰

Le niveau du partenariat implique donc une démarche volontariste de la part des hiérarchies. Des organisations décident d'attribuer une partie de leurs ressources humaines pour former, avec d'autres organisations, un nouvel acteur collectif, dans le but de résoudre des problèmes complexes. Le partenariat vise donc la réalisation d'un projet en particulier, et ne perdure pas au-delà. C'est un acteur trans institutionnel, qui existe dans un cadre et une temporalité définis : celui du projet. Il rassemble des institutions indépendantes, qui n'ont pas de liens de subordination entre elles. Il se distingue donc de la délégation de service, directe ou indirecte, et d'une relation qui ne tient qu'au financement. Un partenariat avec un financeur est cependant possible,

⁵⁹ *Idem.*

⁶⁰ On s'appuie principalement sur DHUME F., *Du travail social au travail ensemble*, *op. cit.* ; la suite du paragraphe se réfère donc à cet ouvrage. Si elle n'offre pas de définitions aussi rigoureuses, la perspective de P. Dumoulin et al. s'en approche cependant en distinguant des formes de partenariat informel (que nous associons pour notre part au réseau) et formel (que nous associons au partenariat) ; cf. DUMOULIN P. et al., *op. cit.*, p. 46.

si celui-ci se base sur une co-action et une responsabilité partagée. La plupart du temps, le partenariat donne lieu à une formalisation juridique.

Le réseau désigne quant à lui les interactions et les circulations entre des professionnels et des services. Un réseau rassemble tous ceux qui peuvent faire appel à d'autres professionnels ou services à partir de liens préexistants, lorsqu'ils rencontrent une situation qui nécessite de faire appel à d'autres compétences ou ressources que celles qu'ils possèdent. « Dans le cas du travail en réseau (au sens instrumental), l'utilisation du réseau intervient pour pallier les limites d'action (incapacités ou incompétences) des acteurs, par l'utilisation d'un tiers identifié comme qualifié pour *prendre le relais*. Il s'agit d'une mise en circulation (d'informations, de personnes, de ressources...) pour capter certaines ressources ou pour transférer certains publics ou problèmes. » ⁶¹ Ce qui importe dans un réseau, ce sont les connexions et les flux entre les personnes : qui se connaît, par où passe l'information, quels sont les points obligatoires de passage, y a-t-il des points de blocage ou de rétention.

Partenariat et réseau peuvent ou non aller de pair. Un partenariat peut s'inscrire dans un cercle de proximité ou un réseau préexistant : c'est alors une formalisation de l'existant, une reconnaissance par les organisations. Il peut également générer un réseau, qui perdure au-delà du projet. Ce peut être le cas quand un partenariat est impulsé par des organisations, dans un contexte où il n'existait pas ou peu de relations entre professionnels jusqu'alors. La mise en place d'un tel partenariat demande du temps car elle implique conflits, négociations, construction, dans un cadre collectif. Mais la création d'un partenariat, par exemple par la signature d'une convention, n'entraîne pas mécaniquement un réseau ; si celui-ci ne se développe pas, le partenariat risque alors de demeurer une coquille vide.

Le projet Maquéro s'insère et contribue à développer le réseau et le partenariat en faveur de l'accompagnement des personnes sans domicile sur le territoire concerné, qui ont pour autant des limites.

Schéma 1 : Principaux services sociaux et de soin sur le territoire Gare du Nord/Gare de l'Est et liens fonctionnels avec le BMI

⁶¹ DHUME, *Du travail social au travail ensemble*, p. 122

Schéma 1 : Principaux services de soin et sociaux sur le territoire Gare du Nord/Gare de l'Est, avec indication des liens entretenus avec le BMI



Services de secours médical

Services de l'Urgence sociale

Services d'insertion sociale (hors territoire)

Institutions publiques

Services de soin psychiatrique

2.1.1. Un réseau actif, mais qui a des limites

Sur le territoire autour des Gares du Nord et de l'Est à Paris, un fonctionnement en réseau des professionnels amenés à intervenir pour la prise en charge des personnes sans domicile existe. Le travail en réseau et en partenariat fait partie des compétences des travailleurs sociaux. Si une partie des acteurs des différents champs se connaissaient avant le projet Maquéro, celui-ci permet de développer l'interconnaissance, notamment avec les acteurs du champ sanitaire (SAU et PASS Lariboisière), et au cours des nombreuses rencontres organisées par le binôme⁶².

En séminaire, l'analyse de la situation de Boris⁶³, et dans une moindre mesure celle de Karim⁶⁴ révèlent des pratiques de prise de contacts et de *relais* entre certains des acteurs réunis et au-delà. Ainsi, l'analyse de l'accompagnement de Karim montre une prise de contact entre le pôle social de la SNCF, l'ESI, le BMI et les PASS, des accompagnements physiques aux PASS Saint Louis et Lariboisière par les intervenants sociaux. L'analyse du cas de Karim montre également des prises de contacts et des passages de relais entre des travailleurs sociaux d'associations distinctes et avec le secteur de psychiatrie (CPOA).

Cependant, même dans les cas de Boris et Karim, et plus encore dans les cas d'Ange et Slimane⁶⁵, on observe la persistance de cloisonnements et un manque de communication entre les acteurs. Dans le cas d'Ange, le fonctionnement en réseau est très limité, révélant une prise de contact effective avec un travailleur social de la structure hébergeant précédemment Ange, mais aussi plusieurs contacts ayant échoué, et aucun passage de relais. Le cas de Slimane est celui d'un échec de prise en charge à l'hôpital face à un comportement extrêmement violent, dans le contexte d'un isolement des équipes de soin la nuit, qui n'ont aucun professionnel du social sur lesquels s'appuyer. L'analyse montre que la situation de Slimane est connue sur le territoire, et a donné lieu à plusieurs prises de contact et orientations au sein de l'hôpital (SIAU et PASS) et auprès d'acteurs du social (demande LHSS, Samusocial, etc.), les solutions proposées restant toutefois refusées. Dans tous les cas étudiés, c'est moins le problème des orientations et des prises de contacts que l'on soulève mais plutôt le peu d'échanges d'informations sur le parcours de la personne entre les professionnels, l'absence de réunions de synthèse ou de temps d'échanges collectifs sur des situations qui paraissent particulièrement difficiles, comme celle de Slimane, et enfin l'absence d'assurance qu'une orientation a bien été effective.

Ainsi, dans les différents cas étudiés en séminaire, le constat est fait de la faiblesse des informations concernant l'entourage des personnes accompagnées ou soignées, leurs éventuels liens familiaux, leurs parcours, mais aussi leurs points de vue sur leur situation. Les professionnels rapportent ce manque d'information à la spécificité du

⁶² Voir rapport du BMI.

⁶³ Séance du 19 mai.

⁶⁴ Séance du 12 juillet.

⁶⁵ Séances du 28 juin et du 27 septembre.

public accompagné, et notamment aux troubles psychiatriques, aux états de confusion. Ils soulignent qu'il leur est bien souvent très difficile de reconstruire le parcours des personnes, voire de connaître leur identité, ce qui rend compliqué l'accompagnement. Sans négliger ces causes, il faut bien cependant constater également une faiblesse du partage d'informations entre professionnels : sans doute Slimane et Ange ont-ils déjà eu recours à plusieurs services sociaux et de santé, mais ce parcours reste peu connu. L'information sur Ange se résume par exemple au fait de savoir qu'il a été hospitalisé dans un autre arrondissement.

Le cas de Karim révèle également que certaines institutions ou services sont difficiles à solliciter pour un travail en réseau. Malgré les démarches, aucun travail avec le service psychiatrique interne à la prison (SMPR) où est incarcéré Karim ne débouche. La prison fait en effet partie des institutions qui ont une histoire d'institution « disciplinaire » ou « totale »⁶⁶, c'est-à-dire closes sur elles-mêmes et régissant la vie des personnes dans tous ses aspects. Elles ont pu avoir, dans l'histoire, moins besoin des autres métiers pour conduire leur action. « Le besoin de partenariat est relatif, à la fois à un objet (un projet) et à une configuration des relations qui accentuent le sentiment de nécessité d'un recours à l'extérieur autrement qu'en déléguant. »⁶⁷

Les limites que l'on relève dans la coordination des acteurs sur le territoire sont pour partie inhérentes au fonctionnement de réseau :

- Un réseau informel fonctionne beaucoup par « pairage » : l'intervenant oriente la personne vers un autre intervenant en fonction du besoin repéré et de l'interconnaissance préalable avec d'autres professionnels ou services⁶⁸. Les liens sont donc développés de personne à personne.
- Un réseau consiste essentiellement à passer le relais entre professionnels, services, structures. Autrement dit, les professionnels n'ont pas forcément de retour, de regard sur l'effectivité du recours au service ou de la prise en charge.

Le fonctionnement du réseau sur le territoire est ainsi borné par sa forte dépendance aux liens précédemment noués par les professionnels, mais aussi de par les limites inhérentes à cette modalité informelle de coopération, tel que le manque de suivi des orientations.

⁶⁶ Selon les termes de FOUCAULT M., *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, 1975 et GOFFMAN E., *Asiles. Essai sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Editions de Minuit, 1968.

⁶⁷ DHUME, *Du travail social au travail ensemble*, *op. cit.*, p. 139.

⁶⁸ DUMOULIN P. et al., *op. cit.*, p. XXIX.

2.1.2. Des renvois mutuels entre institutions

Le risque du réseau, c'est le renvoi mutuel des usagers et patients entre institutions, ou « ping-pong »⁶⁹. Ce fonctionnement est apparu dans deux séances d'analyse en groupes : dans le cadre de l'analyse du cas de Slimane⁷⁰, un fonctionnement de renvoi mutuel est identifié entre l'hôpital et le SIAO Urgences. Sans concerner directement cette situation, le cas de Slimane évoque un fonctionnement fréquent. Alors que le SAU devrait recourir au SIAO lorsqu'il reçoit une personne sans domicile sans solution d'hébergement, il arrive en réalité que ce soit le SIAO-U qui conseille aux personnes de se rendre aux urgences lorsqu'aucune place n'est disponible. Ainsi, dans le cas de Slimane, le SAU n'appelle pas le SIAO alors que, théoriquement, il pourrait le faire. Nous reviendrons sur ce fonctionnement plus bas. Dans le cas de Karim⁷¹ déjà évoqué, on observe un « ping-pong » entre le CPOA et l'hôpital, un « renvoi de balle » entre les soins somatiques et le soin psychiatrique, entraînant un abandon de la motivation initiale de Karim à recourir à une consultation psychiatrique. En effet, orienté au CPOA, Karim n'y sera pas reçu, mais renvoyé vers un hôpital pour des soins somatiques. Qui le renverra, après soins... vers le CPOA. Comment ne pas comprendre que Karim ne s'y rendra pas ?

Le « ping-pong » entre services et structures apparaît comme une dérive possible du réseau : le renvoi étant bien fait vers l'institution suivante, la prise en charge peut apparaître au professionnel comme continue. Or, en réalité la personne ne se rend pas dans le service indiqué, abandonne la démarche, ou encore le service ne la reçoit finalement pas, qu'elle qu'en soit la raison. Le risque lié à ces fonctionnements de renvoi est encore accru par la segmentation entre secteurs. Le relais ne s'accompagne pas mécaniquement d'une information en retour sur l'effectivité de la prise en charge. L'organisation en partenariat permet de dépasser ces limites.

2.1.3. Le partenariat, au-delà du réseau

En contribuant au développement du partenariat sur le territoire, le projet Maquéro vise à dépasser les limites et dérives possibles du réseau. Le partenariat va au-delà du réseau puisqu'il implique une mise en commun de moyens pour poursuivre un objectif commun. Il implique des temps de travail collectif où les professionnels peuvent développer leur connaissance mutuelle au-delà du « pairage », échanger sur les situations en cours pour accompagner la personne dans son parcours au-delà de l'orientation et du passage de relais, élaborer des modalités de collaboration.

Le projet Maquéro a organisé plusieurs temps de travail collectifs rassemblant plusieurs partenaires du territoire : réunions de synthèse, réunions thématiques, réunions de coordination, groupes de travail, comités de suivi du projet, etc. Ce sont des temps où, par la participation des professionnels, des ressources de divers

⁶⁹ DAMON J., *La question SDF. Critique d'une action publique*, PUF, 2012, p. 243-246.

⁷⁰ Séance du 27 septembre.

⁷¹ Séance du 12 juillet.

services et organisations du territoire sont mises au service de l'objectif d'accompagnement interdisciplinaire des personnes sans domicile pouvant relever de la psychiatrie, où sont échangés des informations sur des situations concrètes, où sont élaborées collectivement des solutions. Le binôme a notamment initié un partenariat avec des personnels soignants du SAU Lariboisière, au cours duquel notamment s'élaborent et se formalisent des modalités coordonnées d'accompagnement social et de prise en charge sanitaire.

Le séminaire de recherche a également contribué au développement du partenariat au cours des quatre journées d'échanges autour des situations rencontrées par les professionnels. Il a ainsi rassemblé des professionnels issus de onze structures différentes, représentant huit métiers et s'inscrivant dans les trois champs concernés (social, médico-social, sanitaire). Les partenaires présents ont particulièrement appréciés de pouvoir échanger sur des situations problématiques rencontrées dans leur quotidien professionnel, ainsi que de dégager des pistes d'action pour la suite des accompagnements et prises en charge d'une part, et du travail en partenariat et en réseau d'autre part.

Des espaces de réflexion et d'échange autour de situations problématiques, sans être toutefois centrées sur la question du trouble psychique, existent déjà sur le territoire, notamment : les Commissions techniques de l'Urgence (CTU) organisées par le SIAO Urgences, et donc portées par le Samusocial de Paris ; les « Commission d'Orientation » organisées par le SIAO Insertion, et donc portées par le GCSMS ; les réunions de synthèse organisées par la Coordination des maraudes Nord (assurée au début du projet par Emmaüs, puis reprise par le Samusocial) ; la cellule de veille sociale de la Mairie de Paris. Pour autant, les participants au séminaire ont témoigné d'un besoin d'espaces d'échanges et de réflexion sur les situations problématiques, ce qui s'est également traduit par leur assiduité sur la durée du séminaire et par l'engouement particulier pour la dernière séance. Faut-il conclure à un manque d'espaces de ce type ou à une sous-utilisation des outils existants ? Nous reviendrons sur cette réflexion.

Le partenariat passe également par les conventionnements liés au projet Maquéro. La première convention est plus large que le projet puisqu'elle est passée entre la SNCF et l'association Aux captifs la libération. Par ailleurs, elle est d'un type singulier puisque la SNCF subventionne l'association, et est également l'un des financeurs du projet Maquéro dans le cadre du Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion. L'association participe par là à résoudre, de manière « douce », des problèmes qui relèvent du partage de l'espace et de la sureté. Les relations entre la SNCF et l'association dans le cadre du projet Maquéro vont cependant au-delà de celles impliquées par le financement, en ce qu'elles se déclinent au niveau opérationnel : le Référent social travaille au quotidien avec le binôme et participe aux temps de réflexion et d'échanges, en association également avec la référente du Pôle Errance de la Brigade des Réseaux Franciliens (BRF) de la Police nationale.

L'autre convention, passée entre la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) pour la Psychiatrie Parisienne⁷² et l'association Aux captifs la libération, est spécifiquement relative au partenariat entre le BMI et l'EMPP pour le projet Maquéro. Un des enjeux en début de projet a été de clarifier les champs de compétences et positionnements respectifs de l'EMPP et du BMI. En effet, les deux équipes endossent *a priori* des missions communes : « aller vers » les personnes en situation de précarité afin d'identifier des besoins pouvant relever de la psychiatrie d'une part, et animer le partenariat entre les acteurs des trois champs d'autre part, et peut donc induire une forme de concurrence.

Cependant, si l'on considère au-delà des missions fixées dans les textes législatifs le déroulement concret sur le territoire au cours du projet, le travail des deux équipes est plutôt apparu complémentaire. Contrairement au BMI, l'EMPP ne réalise pas de maraude dans la rue pour aller à la rencontre des personnes sans domicile. Elle réalise des permanences infirmières dans des structures d'accueil de jour et d'hébergement. Elle n'intervient dans la rue que sur demande d'un tiers, citoyen ou intervenant social, réalisant ainsi un « travail de disponibilité »⁷³. Par ailleurs, elle réalise tout un travail de formation et de soutien aux professionnels du social. Dans un contexte où la notion « d'aller vers » préconisée par les textes officiels⁷⁴ laisse une marge d'interprétation, le réseau Psychiatrie Précarité Paris qui rassemble les équipes mobiles parisiennes a fait le choix de ne pas pratiquer de maraude, considérant « qu'éthiquement il n'y a pas de raison de traquer la psychose à la rue, comme on ne le fait pas dans les domiciles »⁷⁵. Par ailleurs, le territoire couvert par l'EMPP Maison Blanche est très large : il couvre cinq arrondissements, pour une équipe de 3,2 équivalents temps plein (ETP)⁷⁶, configuration qui vient de fait borner le travail de disponibilité réalisé par l'équipe. Bien que l'équipe intervienne rapidement après le signalement d'un tiers (dans les 24-48h), la personne est toujours susceptible de ne plus se trouver à l'endroit indiqué dans la rue. Enfin, l'EMPP ne réalise pas d'accompagnement ni de prise en charge proprement dits : son intervention est ponctuelle, elle vise à orienter et faire le lien vers les services adaptés, et notamment à « filtrer les demandes des structures sociales pour n'orienter vers le secteur que les

⁷² Les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) est un mode de gouvernance instaurée par la loi dite HPST (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires). Une CHT réunit plusieurs établissements publics de santé qui mènent une stratégie commune et mutualisent des compétences et fonctions. Cf. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_hpst_la_communaute_hospitaliere_de_territoire.pdf L'EMPP Maison Blanche fait partie de la CHT pour la Psychiatrie Parisienne, signataire de la convention.

⁷³ DEMAILLY L., DEMBISKY O., DECHAMP-LEROUX C., *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*, Ed. John Libbey Eurotext, 2014. Cf. également ARVEILLER J.-P., MERCUEL A., *op. cit.*

⁷⁴ Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

⁷⁵ Entretien avec A. Mercuel, Réseau Psychiatrie Précarité Paris.

⁷⁶ 1 ETP Assistant de service social, 2 ETP Infirmier diplômé d'état, 0.2 ETP médecin psychiatre. Cf.

personnes relevant de la psychiatrie ». ⁷⁷ Les modalités d'intervention du BMI, c'est-à-dire la maraude sur un petit territoire identifié comme particulièrement problématique apparaît donc complémentaire. De même pour l'accompagnement des personnes : tandis qu'elle prend pour le BMI la forme d'une présence sociale importante et d'accompagnement physique des personnes dans les structures, l'EMPP, par contraste, ne réalise pas de prise en charge, mais de la mise en lien et une position de tiers entre la personne et les intervenants. L'EMPP a tenu à adopter un positionnement distinct du BMI au cours du projet, en jouant son rôle de soutien et d'expert en matière psychiatrique, comme auprès des autres acteurs du champ social. Ce rôle a cependant été affaibli du fait de la vacance du poste de psychiatre durant les trois quarts du projet. *In fine*, c'est l'action de développement du réseau sur le territoire qui apparaît comme la plus susceptible de faire doublon entre l'EMPP et le BMI, et plus largement avec les autres acteurs du territoire qui ont également ces missions. Nous reviendrons sur le sujet.

Ainsi, on peut conclure que le projet Maquéro tend à renforcer le travail en réseau sur le territoire concerné, par la mise en place d'un partenariat autour de l'objectif spécifique des personnes sans domicile occupant l'espace public et pouvant avoir des besoins en psychiatrie. Celui-ci reste cependant à ce jour peu formalisé. Par ailleurs, le travail en partenariat avec les acteurs de la psychiatrie reste problématique, pour plusieurs raisons.

2.2. La place ambivalente de la psychiatrie

2.2.1. Un binôme et un réseau qui privilégient les explications d'ordre psychologique et psychanalytique

Dans les quatre séances du séminaire, on relève que les interprétations relèvent majoritairement d'un type de discours, d'un type de compréhension : l'approche psychologique ou psychiatrique, au détriment de l'identification d'autres causes, telles que les causes sociales et organisationnelles. Dans le cadre du séminaire, 19 récits de situations vécues ont été proposés par les participants. Ces récits ont été choisis par les participants pour leur caractère exemplaire : ils soulignent en effet les difficultés rencontrées dans le quotidien concernant la coordination entre professionnels de champs distincts pour accompagner les personnes sans domicile qui peuvent avoir des besoins en psychiatrie. Même si tous n'ont pu être analysés, le recueil des récits est intéressant en lui-même, en ce qu'il permet une première analyse des problèmes identifiés par les professionnels ⁷⁸. Alors que la consigne était de choisir un récit portant sur la coordination, 12 récits sur 19 récits proposés au total se focalisent sur un problème situé au niveau clinique, c'est-à-dire relatif à l'interaction avec la personne (usager ou patient), dans le cadre de la démarche de soin ou d'accompagnement social. Ces problèmes d'ordre clinique relèvent de la non-

⁷⁷ EQUIPE EMPP MAISON BLANCHE, « L'équipe mobile Psychiatrie et Précarité de Maison Blanche », *La Lettre Maison Blanche*, n°49, octobre 2014, p. 6-7.

⁷⁸ VAN CAMPENHOUDT L., CHAUMONT J-M., FRANSSEN A., *op. cit.*

demande de la personne, de la suspicion de troubles psychiques ou psychiatriques, de la non-adhésion à l'accompagnement social, de la violence dans l'interaction. 3 récits lient le problème clinique à un problème de coordination avec les partenaires du territoire. 3 récits portent sur des problèmes d'organisation interne, dont deux concernent l'hôpital et l'un les CHU. Enfin, 2 récits focalisent sur des problèmes de coordination, dont un pour en souligner l'efficacité et un au contraire les problèmes qui se posent. C'est donc la dimension clinique qui préoccupe au premier chef les professionnels des trois champs.

Les professionnels du territoire semblent recourir spontanément à des interprétations psychologiques et psychiatriques pour analyser et rendre compte des situations vécues par les personnes et des interactions avec elles. Le profil particulier du BMI peut expliquer en partie cette valorisation de l'explication par la dimension psychique : si le projet prévoyait de constituer un binôme rassemblant un.e infirmier.ère spécialisé.e en psychiatrie et un.e travailleur.se social.e, le binôme constitué rassemble une infirmière et un intervenant social⁷⁹, qui sont aussi tous deux psychologues. Cependant, le recours privilégié à l'explication de type psychologique ou psychiatrique a été identifiée chez tous les professionnels du territoire lors du séminaire. On sait par ailleurs qu'elle constitue en effet un mode privilégié d'explication des conduites des travailleurs sociaux.⁸⁰

L'interprétation des conduites dans les approches psychologique et psychiatrique a bien entendu toute sa légitimité et son pouvoir explicatif. Cependant, le recours spontané à ce type d'explication peut se faire au détriment de la recherche d'autres types de causes, comme les causes organisationnelles et sociales. On peut ainsi mettre en lien la faiblesse des informations échangées sur les parcours des personnes dans ses différentes dimensions, avec cette valorisation importante de la dimension psychique. Si on considère les situations rapportées, au cours des séances du séminaire ou encore dans le rapport de l'expérimentation, on constate que les ouvertures de droits et de prestations sont signalées, mais que les informations restent faibles sur les parcours : histoire familiale, parcours d'emploi, parcours de logement, relations sociales, etc.

En premier lieu, l'interprétation spontanée en termes psychologique ou psychiatrique peut conduire à minorer des causes sociales. Or, les situations analysées en séminaire

⁷⁹ On retrouve ici un profil de plus en plus fréquent dans le secteur social où, depuis les années 80, émerge une nouvelle génération d'intervenants sociaux aux profils divers et/ou peu qualifiés, aux côtés des professionnels du travail social diplômés d'Etat. Cf. ION J., RAVON B, *Les travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte, 2005 et pour le secteur de l'urgence sociale LOISON-LERUSTE M., « Au cœur de l'exclusion. Enquête auprès des salariés d'Emmaüs », *Sociologie*, n°4, vol. 6, 2015, p. 359-376 ; RULLAC S., « Les 'faisant-fonction' d'Emmaüs dans les centres d'hébergement : enjeux de professionnalisation », *Vie sociale*, n°4, p. 1-14.

⁸⁰ L'importance du référent « psy » dans l'explication des conduites chez les travailleurs sociaux a déjà été relevée par des auteurs. Cf. SOREL M., « Quand il s'agit de caractériser les référents théoriques en travail social. Retour sur une étude », *Empan*, vol. 3, n° 75, 2009.

de Boris par exemple⁸¹, ainsi que celle d'Ange⁸², montrent que ces deux personnes présentent des caractéristiques sociales fréquentes chez les personnes sans domicile : ils sont migrants, isolés du point de vue des relations familiales, porteur d'un handicap pour Ange. Ce sont là des facteurs de vulnérabilité, qui renvoient à des causes structurelles du sans-abrisme celui-ci découle de l'impossibilité d'accéder au logement et à l'emploi pour les personnes les plus modestes.⁸³

En effet, de manière générale, les personnes sans-domicile se distinguent de la population générale par ces caractéristiques : trois fois plus de personnes nées dans un pays du Maghreb ou de l'Europe de l'Est, douze fois plus de personnes originaires d'un pays de l'Afrique sub-saharienne. Près des trois-quarts font partie des classes populaires, la moitié n'a aucun diplôme, 40% sont chômeurs et 30% sont inactifs. Ainsi, les personnes sans domicile sont surtout des membres des classes populaires et des immigrés ; ils sont majoritairement peu ou pas diplômés, isolés socialement. Dans un contexte de pénurie de logements et de travail, ces personnes sont particulièrement exposées au mal-logement ou au sans-abrisme.⁸⁴

Les facteurs favorisant pour être sans domicile sont l'immigration, la précarité du contrat de travail, le fait d'avoir divorcé, d'être au chômage, d'élever seul ses enfants. Ensuite, des facteurs personnels comme le décès ou la maladie des parents, le départ précoce de chez les parents, la pauvreté dans l'enfance vont de pair avec un temps plus long passé à la rue. L'ancienneté dans la rue est également liée à l'expérience passée de problèmes de santé, au faible capital scolaire, à l'absence d'expérience professionnelle, toutes ces caractéristiques étant associées aux bas revenus.⁸⁵ Autant de causes qui appellent sans aucun doute d'autres perspectives d'accompagnement que le soin psychique, celui-ci pouvant bien entendu être également pertinent en fonction des situations.

Le second type de causes moins spontanément identifié relève du niveau organisationnel, c'est-à-dire de la coordination des acteurs d'une institution et de ses partenaires, acteurs qui ont chacun des statuts, des rôles, des ressources, des intérêts et des stratégies différents. Les causes organisationnelles sont donc l'ensemble des problèmes de coordination, mais aussi des problèmes d'organisation et de fonctionnement du secteur AHI, dans lesquels les acteurs évoluent.

⁸¹ Séance du 19 mai.

⁸² Séance du 26 juin.

⁸³ BROUSSE C., FIRDION J.-M., MARPSAT M., *Les sans domicile*, La Découverte, 2008. ⁸³ La connaissance statistique des personnes sans domicile provient notamment de l'enquête Sans-Domicile (SD) de l'INSEE, menée en 2001 puis renouvelée en 2012. Les enquêtes portent sur les utilisateurs de service d'aide (de restauration gratuite et d'hébergement). <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/sans-domicile.htm>

⁸⁴ Idem

⁸⁵ BROUSSE C., « Devenir sans-domicile, le rester : rupture des liens sociaux ou difficultés d'accès au logement ? », *Economie et statistique*, n° 391-392, 2006.

Par exemple, le cas de Karim analysé en séminaire⁸⁶ révèle trois interprétations possibles à ses comportements violents, en général et envers les travailleurs sociaux :

- des causes psychiatriques et psychologiques. Sa violence pourrait être en lien à son enfance difficile, son histoire traumatique, notamment sa participation en tant que militaire à des guerres.
- des causes sociales. Sa violence pourrait être en lien avec un ressentiment face à son isolement, la faiblesse des liens sociaux qui offrent protection et reconnaissance⁸⁷ : filiation, participation électorale (réseau amical, conjoint voisinage), participation organique via le travail, citoyenneté (participation sociale et politique).
- des causes organisationnelles. Comme on l'a vu, Karim est renvoyé d'institution à institution, un traitement qui pourrait également être à l'origine de comportements agressifs et violents.

Cependant, ce sont les causes psychologiques et traumatiques qui sont survalorisées au premier abord dans le travail de groupe ; les possibles causes organisationnelles et sociales sont abordées au fur et à mesure de la réflexion collective, dans l'échange avec les animatrices. La survalorisation de l'explication « psy » peut entraîner l'adoption de pistes de résolution des problématiques associées à la rue par le soin en priorité, au détriment d'actions d'insertion telles que le travail sur le réseau social de la personne, le soutien à la reconstruction des liens sociaux, la restauration de l'estime de soi par le soutien à des sources de reconnaissance sociale. Dans le cas d'Ange analysé en séminaire, on souligne que l'évaluation en termes de trouble psychique (interprétation du comportement en termes de passivité, de manque de but, qui pourraient être en lien avec une pathologie psychiatrique)⁸⁸ va de pair avec un accompagnement fortement individualisé. Ceci rejoint des enquêtes précédentes sur le secteur AHI, qui relèvent également que dans les structures du secteur telles que les ESI par exemple, les travailleurs sociaux mobilisent peu les interventions collectives et mobilisent peu les personnes sans domicile à participer à la vie des structures, dans une logique d'empowerment collectif.⁸⁹ Le groupe pensera ainsi, comme pistes d'action pour la suite de l'accompagnement d'Ange, à la proposition d'ateliers, d'interventions de groupe, de médiations artistiques et thérapeutiques.

La survalorisation de l'interprétation par la dimension psychologique ou psychiatrique porte par ailleurs plusieurs risques, liés entre eux :

- le glissement de la reconnaissance de la souffrance psychique générée par la situation sociale à l'explication de la situation sociale par le trouble psychique,

⁸⁶ Séance du 12 juillet.

⁸⁷ PAUGAM S., *Le lien social*, Paris PUF (Que Sais-je ?), 2008.

⁸⁸ Séance du 28 juin.

⁸⁹ GARDELLA E., CEFALI D., *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*, La Découverte, 2011, p. 463.

- l'attribution à la personne, de ce fait, d'une forme de responsabilité de sa situation,
- le conditionnement de l'insertion au soin préalable, soit le cure pour accéder au care.

L'évitement de ces risques nous semble résider dans une mobilisation équilibrée des différents cadres explicatifs des conduites, celle-ci étant permise par le rassemblement de compétences diverses : psycho-médico-sociale. Cette diversité de compétences peut être recherchée au sein d'une équipe – ici en l'occurrence le binôme – mais aussi au sein du réseau partenarial. La survalorisation de l'explication de type psychologique et psychiatrique au cours du projet s'est en particulier manifestée par l'importance du thème de la non-demande et la manière dont ce problème est pensé par les professionnels du social et du médico-social.

2.2.2. Une non-demande qui peut avoir des causes multiples

Le BMI, au cours du projet, définit plusieurs critères d'inclusion dans sa file active : le syndrome d'auto-exclusion et le glissement vers celui-ci ; le fait d'être sans-abri et d'occuper durablement l'espace public des gares du territoire (nommé « ancrage chronique ») ; le cumul de difficultés sociales, somatiques et psychiques ; la non demande ou le refus de l'aide, les situations d'échecs répétés de prise en charge. Le BMI accorde une place importante au syndrome d'auto-exclusion dans la définition des bénéficiaires de son action et, dans son diagnostic, relie ses effets aux problèmes de la non demande et des échecs répétés de prise en charge.

Ce diagnostic s'appuie sur l'approche de la « clinique psycho-sociale », développée notamment par le Dr Jean Furtos, dont il ne s'agit bien évidemment de contester la pertinence. Les travaux de J. Furtos mettent en exergue la souffrance provoquée par la précarité. Celle-ci peut entraîner une puissante mélancolie qui a des effets invalidants. C'est, toujours selon J. Furtos, un désespoir provoqué par la situation d'exclusion sociale, un sentiment de ne plus faire partie de l'humanité. Dans les cas les plus extrêmes, la personne atteint un état « d'auto-exclusion », qui s'apparente à une « congélation du moi », un état d'anesthésie, une réduction du fonctionnement psychique entraînant une indifférence aux conditions de vie et ainsi à la souffrance qu'elles génèrent. L'auto-exclusion entraîne une incapacité au lien et un renoncement à la demande.⁹⁰

Mais la non-demande n'est pas toujours pathologique. Pour le Dr Jean Furtos d'ailleurs, « la capacité de dire non fait partie d'une bonne santé mentale » : l'individu est capable de refuser, de se révolter individuellement ou collectivement, ou encore d'inventer des solutions alternatives.⁹¹ De même, le Dr Alain Mercuel précise que la non-demande n'est pas toujours l'expression d'une pathologie. Elle peut être un « refus éclairé », rationnel, l'expression d'un choix. Elle peut aussi constituer un

⁹⁰ FURTOS J., « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *op. cit.*

⁹¹ Idem.

moyen d'entretenir un lien avec les intervenants. Le Dr Mercuel évoque dans son livre des cas de personnes sans domicile qui affichent des panneaux du type « ne pas déranger », « ici, pas de demande », voire « chien méchant ». Selon lui, 6 à 12 personnes interviennent autour de chaque personne sans domicile, depuis des personnes du voisinage et des commerçants, en passant par les différents intervenants sociaux. Face à la non-demande, un risque est celui du « harcèlement humanitaire ». ⁹² La sur-sollicitation peut provoquer de l'évitement.

La non-demande est susceptible d'avoir des causes multiples. Elle peut être le produit d'une pathologie, mais aussi d'un choix, d'une rationalité. Les personnes sans-domicile peuvent avoir des « bonnes raisons », de leur point de vue, de refuser leur prise en charge⁹³. Les personnes sans domicile ne sont pas passives, elles sont susceptibles de mettre en œuvre des stratégies⁹⁴. L'analyse de la situation d'Ange lors du séminaire⁹⁵ montre que plusieurs hypothèses peuvent être formulées à partir de l'observation des comportements. Ainsi, la conduite d'Ange est spontanément interprétée par la professionnelle qui présente la situation en termes de passivité, de manque de but, de manque d'adhésion aux solutions proposées, et cette passivité est rapportée en première instance à la suspicion d'une pathologie psychiatrique. Mais au cours de l'analyse, d'autres hypothèses explicatives des conduites d'Ange sont formulées. D'une part, il apparaît qu'Ange accepte, dans son parcours, une partie des solutions qu'on lui propose. Il n'est donc pas dans un refus systématique, sa non-demande – ou son « non-recours » - est partiel.

Comme on l'a vu, le non-recours aux droits et prestations désigne une situation où une personne ne bénéficie pas d'un service ou d'une prestation à laquelle il a droit⁹⁶. Si le non-recours peut être contraint, quand la personne n'a pas connaissance d'une prestation ou ne parvient pas à l'obtenir malgré sa demande, il peut aussi être choisi. C'est le cas lorsqu'une personne refuse de fréquenter une structure ou de recourir à une prestation car ces démarches ont des effets stigmatisants. C'est le cas lorsque les personnes préfèrent trouver d'autres types de solution, dans des réseaux sociaux ou dans la « débrouille »⁹⁷. Ainsi, on peut faire l'hypothèse que le non-recours d'Ange est peut être en partie choisi. En effet, Ange semble disposer de ressources dans la rue, notamment par le biais du voisinage, et il semble mettre en œuvre des tactiques de débrouille. On peut donc faire l'hypothèse que son adhésion partielle aux différents types d'accompagnements proposés peut découler d'un « choix », d'un désintérêt pour ces offres. Cette non-adhésion peut elle-même s'appuyer sur une socialisation

⁹² A. MERCUEL, *Souffrance psychique des sans-abri*, Paris, Odile Jacob, 2012 et entretien.

⁹³ DAMON J., *op. cit.*, p. 239-242.

⁹⁴ RULLAC S., « Critique de l'urgence sociale : et si les SDF n'étaient pas des exclus ? », dans *SDF, une trilogie*, Paris, L'Harmattan, 2015, p. 137-239.

⁹⁵ Séance du 28 juin.

⁹⁶ WARIN P., « Le non-recours : définition et typologies », Odenore, *Document de travail*, n°1, Juin 2010.

⁹⁷ WARIN P., « Le non-recours par désintérêt : la possibilité d'un 'vivre hors-droits', *Vie sociale*, n°1, 2008.

dans le monde de la rue : liens sociaux, appropriation d'espaces et abris, apprentissage de tactiques de survie.⁹⁸

Un des enseignements de l'analyse de la situation d'Ange est donc que plusieurs hypothèses sont envisageables pour expliquer les conduites de non-demande. Si elles peuvent être en lien avec le syndrome d'auto-exclusion ou un trouble psychiatrique, d'autres causes sont aussi possibles, appelant alors des pistes de résolution alternatives ou complémentaires au soin. Pour le Dr Mercuel, en cas de doute, c'est l'évaluation psychiatrique qui permet de statuer sur le caractère pathologique, et donc de qualifier la non-demande comme pathologique.⁹⁹ Or, on observe dans le réseau un déficit de travail avec les psychiatres.

2.2.3. Un manque de travail conjoint avec les psychiatres

On observe ainsi un paradoxe : alors que les professionnels, notamment ceux de l'intervention sociale, font souvent l'hypothèse d'un syndrome d'auto-exclusion ou d'un trouble psychiatrique pour expliquer les conduites des personnes accompagnées ou en situation de non-demande, cette hypothèse peut rarement être confirmée par une évaluation psychiatrique. Cette absence de consultation médicale laisse le champ libre aux interprétations. Pour le Dr Alain Mercuel, c'est la consultation par un psychiatre qui permet d'évaluer et de rapporter certaines conduites à la pathologie ou au trouble, tandis que d'autres situations de non-demande apparaissent comme des « refus éclairés ». Or, on observe dans le réseau d'une part une difficulté d'accès à la consultation psychiatrique pour le public concerné, d'autre part un manque de personnel psychiatrique sur le territoire, qui entraînent un déficit d'échanges pluri-professionnels autour des situations rencontrées.

Ainsi, trois des situations analysées en séminaire de recherche ont donné lieu à ce type d'interprétation sans qu'aucune évaluation psychiatrique n'ait pu être faite, tout au moins au moment où la situation était évoquée¹⁰⁰. Par ailleurs, le personnel soignant de la PASS souligne être démuni face aux situations qui semblent relever de la psychiatrie mais qui ne sont pas des situations de crise : si dans ce dernier cas l'orientation est faite vers le SAU, le service ne dispose pas de partenaire identifié pour orienter une personne sans domicile en cas de « trouble psychique chronique »¹⁰¹.

Le manque de psychiatre sur le territoire découle d'abord d'une vacance de poste existant à l'EMPP Maison Blanche. Bien que l'EMPP continue d'assurer sa mission en direction des acteurs de première ligne (appui technique pour aider au repérage des troubles psychiques et des besoins d'intervention spécialisée, conseil, écoute et soutien, formation et information, échanges de pratiques et de savoirs, interface avec

⁹⁸ PICHON P., *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Paris, Aux lieux d'être, 2007.

⁹⁹ Entretien avec A. Mercuel, réseau Psychiatrie Précarité Paris.

¹⁰⁰ Séances du 28 juin, du 12 juillet et du 27 septembre.

¹⁰¹ Séance du 19 mai ; entretien avec C. Aparicio, PASS Lariboisière.

les acteurs de la psychiatrie), la vacance de poste du psychiatre implique de fait moins d'accès à l'évaluation et moins d'échanges avec cette profession.¹⁰² Par ailleurs, si l'ensemble des acteurs rencontrés en entretien souligne l'apport de la mise en place de l'EMPP sur le territoire, tous soulignent les limites de leur travail de disponibilité lié à leurs ressources limitées sur un territoire très étendu. L'absence de psychiatre au séminaire de recherche est également symptomatique de ce manque de ressource sur le territoire : aucun psychiatre n'a pu participer aux trois premières séances, malgré la sollicitation de l'EMPP (vacance de poste), de l'ELP (pas de disponibilité) et du CMP (pas de réponse, mais un entretien pourra être réalisé ensuite). La psychiatre de l'EMPP participa toutefois à la dernière séance, le poste ayant été pourvu.

Un autre ensemble de difficultés est lié au fonctionnement du secteur psychiatrique. Comme le rappelle le Dr Gourevitch, responsable du CPOA¹⁰³, les règles de sectorisation ont pour but de permettre à chacun de pouvoir accéder au soin psychiatrique. L'attribution d'un secteur se fait en fonction du domicile d'un patient, qui peut donc solliciter le CMP dont il dépend. Pour une personne sans domicile, la domiciliation administrative peut être prise en compte seulement si elle correspond aux « habitudes de vie » de la personne¹⁰⁴.

On constate un décalage entre les règles en usage dans le secteur psychiatrique et les attentes des intervenants sociaux. Pour la psychiatrie, 15 jours/3 semaines est un délai d'intervention rapide, tandis que le BMI souhaite apporter une réponse immédiate lorsqu'une demande s'exprime, dans un contexte où celle-ci ne va pas de soi. De même, bien que la consultation d'urgence du Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) se situe à Paris intra-muros¹⁰⁵ et qu'un premier entretien avec un.e infirmier.ère se fasse dans un délai le plus réduit possible et directement dans une pièce attenante à la salle d'attente, ce déplacement d'un arrondissement à l'autre et la confrontation à la salle d'attente constituent, pour le BMI, un frein à l'accès à la consultation médicale. Les définitions de la disponibilité et de l'urgence de l'EMPP, qui est l'interface prévue dans le dispositif entre le CPOA et les personnes sans domicile, sont déjà plus proches de celles du BMI, mais dans les limites inhérentes aux ressources disponibles. L'équipe intervient donc dans les 24/48h suivant le signalement par un intervenant social. Par ailleurs, elle fait le lien avec le CPOA, qui reste le seul service pertinent pour la sectorisation.

On peut enfin noter le décalage des définitions de l'ancrage territorial et de la continuité des soins. L'ARS a confié la sectorisation des personnes sans domicile à Paris au CPOA. Celui-ci réalise une enquête afin de vérifier si la personne est déjà ou

¹⁰² Mission telle que déclinée par ARVEILLER J.-P., MERCUEL A., *op. cit.*, p. 77-89.

¹⁰³ Entretien avec le Dr Gourevitch, CPOA.

¹⁰⁴ ARS, *Note relative aux principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France*. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-du-23-septembre-2013-de-lagence-regionale-de-sante-ile-de-france-relative-aux-principes-generaux-en-matiere-de-sectorisation-psychiatrique-des-patients-en-ile-de-france/telecharger/600851>

¹⁰⁵ Le CPOA est situé dans le 14^{ème} arrondissement, dans l'enceinte de l'hôpital Sainte Anne.

a déjà été sectorisée. Lorsqu'une personne sans domicile est sectorisée, cette sectorisation est valable pour trois ans. Si aucun acte de soin n'a été réalisé pendant ces trois ans, une nouvelle sectorisation devra être établie. Dans ce cas, et pour les personnes sans domicile inconnues jusqu'alors, une investigation est réalisée par le CPOA pour déterminer le « bassin de vie » de la personne. C'est sur ces critères de « continuité des soins » et de « d'habitudes de vie » que le secteur de référence est attribué, mais aussi pour répartir les personnes sans domicile équitablement entre les secteurs. Le secteur attribué a alors l'obligation de recevoir cette personne.¹⁰⁶ Or, une personne sans domicile pourrait avoir ses habitudes de vie sur le territoire du 10^{ème} arrondissement – en occupant par exemple l'espace dans ou autour des gares –, être sectorisée dans une commune éloignée d'Ile-de-France et y avoir reçu un soin dans les trois ans. Du point de vue du secteur psychiatrique, il y aurait continuité des soins, même si en réalité il serait très difficile de se rendre au CMP de la commune si elle émet à un moment donné une demande de soin à des intervenants sociaux (et encore faudrait-il qu'elle passe par le CPOA, qui indiquerait le CMP concerné). Les personnes sans domicile ne sont pas forcément très mobiles et ont des ancrages territoriaux, liés à leurs liens sociaux, leurs repères, les ressources qui peuvent en découler¹⁰⁷. Cependant, cet ancrage ne correspond pas à la manière dont les institutions le conçoivent. Le fonctionnement de la sectorisation apparaît donc en décalage avec les caractéristiques des personnes sans domicile.

L'assouplissement de ce fonctionnement organisationnel tel qu'il est prévu légalement repose sur les initiatives individuelles, à la marge du fonctionnement légal. Ainsi, le Dr Gourevitch signale qu'un CMP peut en solliciter un autre, plus proche des habitudes de vie actuelles de la personne. Mais le CMP du territoire d'intervention du BMI se dit « très à cheval sur la sectorisation » : la prise en charge est strictement conditionnée à la sectorisation par le CPOA et par la règle des trois mois de résidence sur le secteur, le CMP pouvant même demander des justificatifs en cas de « situations floues »¹⁰⁸.

Il faut donc bien convenir que, malgré les évolutions notables, tant globalement (création des EMPP, délai de continuité des soins ramené de 5 ans à 3 ans) que sur le territoire concerné (participation du CMP au CLSM du 10^{ème} arrondissement, adaptation des traitements aux conditions de vie des personnes sans domicile¹⁰⁹, dispositif d'accueil au CMP des patients reçus orientés par le SAU Lariboisière, réduction des délais 1-3 mois à 15 jours-3 semaines pour une consultation), l'organisation du secteur psychiatrique laisse des personnes dans les

¹⁰⁶ Entretien avec le Dr Gourevitch, CPOA.

¹⁰⁷ ZENEIDI-HENRY D., FLEURET S., « Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF », *L'espace géographique*, t. 36, n°1, 2007.

¹⁰⁸ Entretien avec le Dr Hadj, CMP.

¹⁰⁹ Tel que choix, avec le patient, d'un « traitement retard », la prise du traitement au CMP de façon journalière ou hebdomadaire, ou encore la délivrance des médicaments par la pharmacie de Maison Blanche ; entretien avec le Dr Hadj, CMP

« interstices ». ¹¹⁰ Les personnes sans domicile, et notamment celles accompagnées dans le cadre du projet Maquéro, sont précisément celles qui peuvent se trouver confrontées à ces difficultés d'accès, quand elles formulent une demande de soin.

On peut penser que la confrontation des définitions de l'objet de leur profession par les psychiatres – psychiatrie centrée sur la pathologie ou santé mentale plus largement – joue également un rôle dans ces difficultés d'accès aux soins. On a ainsi retrouvé sur le territoire la crainte de certains psychiatres à accueillir des demandes qui relèveraient du social, accompagnée d'un centrage de la psychiatrie sur la maladie, tel qu'objectivée par la référence aux classifications internationales CIM et DSM¹¹¹. On peut pourtant penser que le déficit d'accès à la consultation psychiatrique et le manque d'échange entre psychiatres et professionnels du social produisent un renforcement de la demande envers la psychiatrie, en ne permettant pas de lever les doutes quant à la présence d'un trouble ou d'une maladie, ou encore en ne permettant pas un accès à la psychothérapie en cas de besoin de soutien passager, dans le cadre d'un parcours psycho-médico-social global. Ainsi, la psychothérapie peut apparaître comme un soin non privilégié pour les personnes sans domicile, dont il est présumé une difficulté à adhérer à la prise en charge (suivi des séances) et qui apparaît non prioritaire par rapport à l'accès aux soins psychiatriques « de base ». ¹¹²

D'autres problèmes de coordination sont liés à l'organisation du secteur social.

3. Des cloisonnements persistants

3.1. Entre secours médical et secteur de l'Urgence sociale...

On relève sur le territoire une coupure entre le dispositif de secours médical et le dispositif de l'Urgence du secteur AHI. Les pompiers et les urgences médicales n'apparaissent pas intégrés au dispositif AHI, alors qu'ils sont les premiers à être en relation avec les personnes sans domicile. Deux récits proposés en séminaire montrent une incompréhension entre les acteurs du social et du soin. Les intervenants sociaux s'indignent de remises à la rue par les Urgences de personnes sans domicile semblant pourtant nécessiter des soins, parfois même sans qu'ils aient pu bénéficier d'une consultation. Ils relèvent également le frein au soin que constitue le délai d'attente de plusieurs heures dans les services médicaux. Les personnels soignants font quant à eux part de leur désarroi face à l'afflux de personnes sans domicile venues sous prétexte de soins, elles semblent avant tout avoir besoin d'un accès à des services sociaux¹¹³. Le personnel médical est également confronté à des comportements agressifs, à de la violence physique, qui peut entraîner une exclusion des soins¹¹⁴, voire le refus par la suite par l'équipe de recevoir

¹¹⁰ Entretien avec le Dr Gourevitch, CPOA.

¹¹¹ DHUME F., *RMI et psychiatrie...*, op. cit. ; L. Demailly, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, 2011, p. 63 ; et entretien avec le Dr Hadj, CMP

¹¹² Entretien avec le Dr Hadj, CMP.

¹¹³ Séance du 27 septembre et entretien avec le Dr Galichon, SAU Urgences.

¹¹⁴ Ce sont alors les vigiles qui ramènent la personne à la sortie ; entretien avec C. Aparicio, PASS Lariboisière.

cette personne, de manière temporaire ou durable. Le Dr Galichon évoque un découragement des équipes face à des personnes qui arrivent le plus souvent aux Urgences la nuit et « couchées » : elles sont amenées sur brancard par les pompiers, sont souvent en état d'incurie et/ou fortement alcoolisées. Certaines personnes sont déjà connues des équipes, qui se voient recommencer à plusieurs reprises le premier accueil et les soins élémentaires, tels que laver les personnes en incurie. Démuni, le personnel soignant met en œuvre des tactiques d'évitement, tels que raillerie, négation du symptôme ou de la plainte, absence d'intervention. Il est ainsi fréquent que les personnes sans domicile, après le premier accueil, restent en salle d'attente sans voir de médecin, jusqu'à ce qu'elles soient remises dehors à l'heure de l'ouverture de la gare¹¹⁵. Il s'agit donc implicitement de leur permettre de rester au chaud durant les heures de fermeture des gares¹¹⁶. Un autre problème récurrent est la production de multiples dossiers « sous X » d'une même personne lorsque son identité n'est pas connue, même si celle-ci se présente plusieurs fois et que les équipes médicales et administratives la reconnaissent¹¹⁷.

Le cas de Slimane étudié en séminaire de recherche est exemplaire de ces difficultés¹¹⁸. Slimane est connu du service. En état d'incurie et présentant un ulcère grave, il est cependant très agressif avec le personnel soignant (crachats, excréments jetés à la figure), et se voit plusieurs fois raccompagné à la sortie de l'hôpital. Si l'on porte la compréhension sur le niveau interindividuel, on observe des pratiques d'évitement de la violence du personnel soignant. Mais si l'on analyse les effets d'un point de vue plus macro, global, on s'aperçoit que le cumul de ces situations individuelles produisent de la discrimination. Ces pratiques de refoulement des personnes sans domicile, de mises à l'écart dans les salles d'attente, voire d'établissement de listes noires sont en effet récurrentes dans les hôpitaux¹¹⁹. Les auteurs du rapport *La santé des personnes sans chez soi* notent que « paradoxalement, selon les auditions réalisées et les témoignages existant dans la littérature sur le sujet, [les personnes sans domicile] sont moins bien accueillies [aux Urgences] et souvent moins bien examinées. L'accueil qui leur est réservé est souvent discriminant. Les hospitalisations sont plus rares même dans les cas où elles seraient pleinement justifiées. Quand les personnes sont hospitalisées, elles le sont très souvent dans des cas extrêmes. « Les délais pour bénéficier de consultations

¹¹⁵ Entretien avec le Dr Galichon, SAU Urgences.

¹¹⁶ La gare du Nord est fermée la nuit entre 1h et 4h30 et la gare de l'Est entre 1h et 5h.

¹¹⁷ Entretien avec le Dr Galichon, SAU Urgences et entretien avec M. Brulon, Coordination des maraudes de l'association Aux captifs la libération.

¹¹⁸ Séance du 27 septembre.

¹¹⁹ CEFAL D., GARDELLA E., *op. cit.*

spécialistes sont plus longs, et parfois les personnes sont renvoyées vers les urgences sans avoir vu un spécialiste. »¹²⁰

L'analyse du cas de Slimane révèle également un fonctionnement en « ping-pong » entre le SAU et le SIAO. En l'absence de places d'hébergement, il arrive que le SIAO oriente vers les Urgences. Or, c'est l'hôpital qui logiquement devrait recourir au SIAO quand ils reçoivent des personnes sans abri, mais ils n'y recourent pas, anticipant la saturation du service et donc son absence de réponse. On observe également un ping-pong entre le SAU et les pompiers. Il arrive que le service attende quelques heures avant de « remettre dehors » une personne sans domicile, afin qu'elle ne soit pas « ramassée » par la même équipe de pompiers¹²¹.

Ainsi, l'hôpital assure-t-il une fonction sociale par défaut, et ceci doublement :

- Il assure une fonction d'hébergement d'urgence dans un contexte de pénurie de places.
- Il se trouve en situation de gérer des situations qui dépassent la question du soin proprement dit.

Or, aucun protocole n'est défini pour répondre à ces situations. Le poste d'assistant.e de service social (ASS)¹²², bien qu'existant à l'hôpital, est rattaché à l'hospitalisation. Par ailleurs, les ASS ne sont pas présentes la nuit, où les difficultés sont les plus aiguës. Un poste de « médiatrice sociale » a existé durant un temps mais, malgré la reconnaissance de l'importance de sa mission, n'a pas été reconduit pour raisons financières¹²³. Le SAU Lariboisière est pourtant le plus gros service d'urgence de France en médecine d'adulte. Il est aussi fortement concerné par la précarité, avec 75% de patients bénéficiaires de minima sociaux. Le Dr Galichon estime que le service reçoit une quinzaine de personnes sans domicile par nuit qui arrivent couchées. Or, il n'existe pas sur le territoire de protocole de travail entre le secteur social et les pompiers.

Trois dimensions semblent en jeu pour expliquer ces difficultés :

- L'organisation interne de l'hôpital (ressources en professions sociales)
- La coordination entre les services de soin et les professionnels du social sur le territoire.
- L'organisation interne du secteur social.

Sur le second point, mentionnons qu'une réflexion est actuellement en cours dans un groupe de travail mensuel entre des membres du SAU et le BMI, qui a initié la démarche, afin de réfléchir à des protocoles d'accueil et d'orientation des personnes

¹²⁰ CHAUVIN P, ESTECAHANDY P., GIRARD V., *La santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, 2009, p. 44.

¹²¹ Séance du 27 septembre.

¹²² Deux ASS pour un équivalent temps plein.

¹²³ Entretien avec le Dr Galichon, SAU Lariboisière.

sans domicile. Le troisième point relie quant à lui le cloisonnement entre sanitaire et social au fonctionnement du secteur social lui-même. Notamment, les professionnels des structures d'hébergement d'urgence et de stabilisation seraient désemparés devant les problèmes associés à la grande précarité, qu'ils ne savent pas prendre en charge : incurie, non-demande, souffrance psychique, pathologies somatiques et psychiatriques, consommation d'alcool.¹²⁴ Le BMI relève également le manque de personnel soignant dans ces structures. Les équipes de CHU ne sont pas pourvues en infirmiers.ères et psychologues, ce qui entraîne des difficultés à prendre en compte certains problèmes (addiction, souffrance psychique) et à offrir un accompagnement pluridisciplinaire, alors même que ces personnes connaissent des problématiques multiples et sont engagées pour certaines dans des traitements médicaux. L'ARS signale cependant que la question de prise en charge sanitaire dans les structures d'hébergement est à l'étude, la piste de résolution envisagée étant celle du partenariat avec les ressources des territoires des structures plutôt que celle du renforcement des équipes¹²⁵.

D'autres dysfonctionnements liés à l'organisation du secteur social résident dans le cloisonnement entre urgence et insertion.

3.2. ... et entre Urgence et Insertion

On observe également sur le territoire une coupure entre le secteur de l'Urgence (maraudes, ESI, accueils de jour, CHU) et le secteur de l'insertion (PSA, CHRIS, logement intermédiaire, l'hébergement de stabilisation étant à la frontière) et droit commun (polyvalence de secteur, médecine libérale). Le réseau tend à se limiter à l'urgence, il n'inclue pas les acteurs de l'insertion et plus encore du droit commun.

Les différentes situations étudiées en séminaire de recherche et son déroulement lui-même confirment cette clôture. Proposée en phase de préparation du séminaire, l'invitation des acteurs de l'insertion du territoire (PSA, CAS-VP) ne prend sens qu'au cours du projet pour le binôme. Les différentes situations rapportées en séminaire de recherche montrent par ailleurs que le réseau est surtout établi entre les professionnels de l'urgence sociale. Ainsi, les bonnes relations entre les acteurs tels que ESI, LHSS et coordination des maraudes sont, elles, fréquemment soulignées, tout comme le bon déroulement du recours au SIAO-U par le binôme. Dans deux séances du séminaire, on observe par exemple que le SIAO-U est sollicité de manière privilégiée (dans le cas d'Ange), ou que l'orientation se fait dans un hébergement de courte durée (dans le cas de Karim)¹²⁶.

Le SIAO à Paris se présente en deux volets : le SIAO Urgence, qui est porté par le Samusocial de Paris, et le SIAO Insertion, porté par un GCSMS. Le SIAO continue

¹²⁴ Entretien avec V. Otchoumou, Coordination des maraudes Nord, Emmaüs.

¹²⁵ Débat lors du comité des financeurs du projet Maquéro du 23 novembre 2016.

¹²⁶ Séances du 28 juin et du 12 juillet.

donc d'être scindé en deux parties, alors que la loi ALUR¹²⁷, tout en reconnaissant légalement les SIAO jusque là encadrés par une circulaire seulement, réaffirme le principe d'un SIAO Unique dans chaque département, intégrant également le 115.¹²⁸ Toutefois, la Direction départementale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) de Paris pilote une « feuille de route » qui vise à rapprocher les deux SIAO parisiens et à développer les coopérations entre eux, notamment aux travers de réunions, de la production d'un rapport commun, du rapprochement des méthodes.¹²⁹

Malgré cette feuille de route, il n'existe pas à ce jour de dossier unique et les demandeurs doivent donc solliciter soit le SIAO-U, soit le SIAO-I, soit les deux. Si théoriquement cette dernière solution est possible, elle semble toutefois peu mise en œuvre sur le terrain, où les intervenants, en lien avec les personnes concernées, tendent à choisir entre les deux dispositifs. Or, on observe la persistance d'un parcours d'insertion conçu « en escalier », où l'accès à une structure d'insertion est conditionné à un passage préalable dans l'urgence, puis dans la stabilisation. Pour Céline Brocas du SIAO-I : « il n'y a pas de condition pour accéder à l'insertion, mais le message est difficile à faire passer »¹³⁰.

Ainsi, il existe plusieurs freins à la saisie du SIAO-I sur le territoire par les intervenants de l'urgence sociale : le dossier est appréhendé comme plus compliqué à mettre en œuvre car plus long et nécessitant l'accord écrit de la personne, à quoi s'ajoute la crainte d'un délai d'attente important, en décalage avec l'urgence des besoins et la nécessité de répondre à une demande lorsqu'elle s'exprime. Par ailleurs, les intervenants sociaux peuvent défendre la logique de l'intégration « en escalier »¹³¹ comme la mise en œuvre de leur compétence dans l'orientation. Parmi les principes qui guident leur travail, ils cherchent en effet à ne mettre en difficulté ni la personne elle-même qui pourrait ne pas « tenir » dans l'hébergement, ni l'hébergeur qui serait, lui aussi, mis en difficulté dans un tel cas. Ils cherchent enfin à se conformer aux attentes du SIAO dans leurs évaluations. Malgré la politique contemporaine du « Logement d'Abord »¹³², l'attachement à une vision de l'intégration en escalier reste fort. Ces cloisonnements ne sont pas propres au territoire. Ils ont déjà été analysés d'un point de vue plus global. Ainsi, dans son évaluation des SIAO en 2012 (soit deux ans après la circulaire les instituant), l'IGAS relève des niveaux de déploiement très

127 LOI n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové.

128 <http://www.fnars.org/champs-d-action/hebergement-logement/actualites-accueil-hebergement-menu/5276-siao-les-travaux-en-cours-suite-a-la-loi-alur>

129 Entretien avec Céline Brocas, SIAO Insertion Paris.

130 Idem.

131 I. SAHLIN, citée par BROUSSE C., FIRDION J.-M., MARPSAT M., *op. cit.*, p. 74. J. Damon parle pour sa part de « jeu de l'oie » pour désigner la vision de l'action publique d'un cheminement par paliers devant mener théoriquement de la rue au logement définitif mais organisant dans les faits une concurrence pour l'accès à des dispositifs multiples et segmentés. DAMON J., *op. cit.*, p. 246-253.

132 Stratégie nationale 2009-2012 de la prise en charge des personnes sans-abri ou mal logées ; Circulaire du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie du Logement d'abord.

inégaux dans les territoires des volets urgence et insertion. Par ailleurs, elle pointe la coupure entre insertion et logement : les relations avec les acteurs du logement sont très faibles, conduisant à des échecs en termes de transition vers le logement.¹³³

Or, ces fonctionnements produisent des effets sur les personnes concernées. La persistance de la conception de l'accès au logement « en escalier », couplée au manque de lien entre urgence et insertion d'une part et entre insertion et logement d'autre part, entraînent le confinement des personnes dans chacune des filières. Par ailleurs, le contexte de pénurie de places explique aussi le manque d'évolution des situations des personnes. On peut donc relever le risque d'un « enfermement dans l'urgence ». Le dispositif AHI a d'abord été pensé sur le modèle de l'urgence, de la mise à l'abri temporaire. La durée limitée de l'hébergement d'urgence avait pour but de ne pas rendre l'accueil « chronique ». Puis, l'objectif de continuité de l'hébergement a été introduit par la loi DALO. La loi MOLLE (ou « Boutin ») de 2009 consolide le principe de continuité de l'accueil¹³⁴.

Mais malgré ces réformes, le principe de mise à l'abri subsiste, l'engorgement des structures empêchant les parcours vers l'insertion. Le dernier bilan de l'hiver 2015-16 du 115 note que le taux de non-attribution de place est de 57%, du fait de manque de places dans le dispositif. La synthèse précise que 442 885 demandes d'hébergement ont été effectuées par 66 754 personnes différentes, ce qui suggère que les demandeurs réitèrent des demandes d'hébergement, qu'ils aient ou non accédé à celui-ci à un moment. En pratique, la continuité de l'hébergement n'est pas assurée. La synthèse souligne qu'« à la précarité de l'offre s'ajoute donc la discontinuité de la réponse, contraignant les personnes à renouveler leur demande sans garantie d'être hébergées. Malgré une baisse du nombre de personnes sollicitant le 115 et des demandes d'hébergement, ces résultats révèlent une forte pratique de l'alternance de l'aide et une difficulté à appliquer le principe de continuité sur les territoires. »¹³⁵ La tendance est encore plus accusée à Paris, où 91% des demandeurs sont déjà connus du 115 de Paris.

Si les durées d'hébergement ont été allongées dans les CHU, qui pour la plupart fonctionnent comme des centres de stabilisation¹³⁶, les durées peuvent être pour autant moins longues que dans les structures d'insertion (CHRS). Par ailleurs, les hébergements d'urgence et de stabilisation offrent des conditions moindres en termes de prestation (accompagnement social) et de confort que le logement d'insertion, notamment dans le diffus : chambres et/ou sanitaire collectifs notamment, peu de possibilité d'appropriation des lieux, règles collectives contraignantes, impossibilité de rester la journée, etc. Or, si l'on regarde les statistiques, on s'aperçoit que ce sont

¹³³ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Bilan de la mise en œuvre des Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO)*, 2012.

¹³⁴ E. Gardella et D. Cefai, *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*, La Découverte, 2011, p. 29.

¹³⁵ FNARS, *Baromètre du 115. Synthèse hivernale 2015-2016*.

¹³⁶ Débat en comité de suivi du projet.

les personnes qui sont dans les situations sociales les plus difficiles qui sont orientées vers les solutions les moins durables et confortables : les hommes seuls, sans emploi, les immigrés, les bénéficiaires de minima sociaux, ceux qui ont le moins de ressources, les personnes qui présentent des problèmes de santé et d'alcool, tandis que les femmes avec jeunes enfants, les plus jeunes, les couples, les plus diplômés et ceux qui travaillent accèdent à l'hébergement en hôtel, à l'hébergement d'insertion et au logement « en éclaté ». « Les établissements qui offrent la meilleure prise en charge sélectionnent leurs résidents en fonction de leurs capacités financières et de leur situation familiale. »¹³⁷ Ce fonctionnement, en partie produit par les règles de droit (conditions d'accès aux structures) et en partie produit par les pratiques d'orientation par les professionnels, produit *in fine* « l'effet Matthieu » : finalement, on offre plus de prestations aux personnes qui disposent déjà de plus de capitaux et moins à celles qui ont déjà moins¹³⁸.

Cette sélection des publics peut produire trois effets :

- La non-demande. On peut penser que les appels réitérés au 115 sans avoir la garantie d'être hébergé, puis l'hébergement pour des durées variables, peuvent produire de la lassitude et, finalement, une absence de recours. Le désintérêt pour les centres d'hébergement, articulé à une aspiration pour un « chez soi », peut également être à l'origine du refus adressé aux intervenants sociaux et aux maraudes.¹³⁹
- Le risque d'une circulation dans le dispositif de l'urgence, plutôt qu'un cheminement dans un parcours de sortie de rue, d'insertion, d'accès au logement. La mise en réseau, le passage de relais entre acteurs ne mènent pas forcément à un parcours d'hébergement-logement, surtout quand le réseau se limite au secteur de l'urgence.
- Un effet de sélection des personnes qui confine les plus précaires dans les solutions les moins favorables.

On peut résumer les cloisonnements résultants du fonctionnement des urgences médicales et du secteur AHI dans un schéma.

Schéma 2 : Les cloisonnements

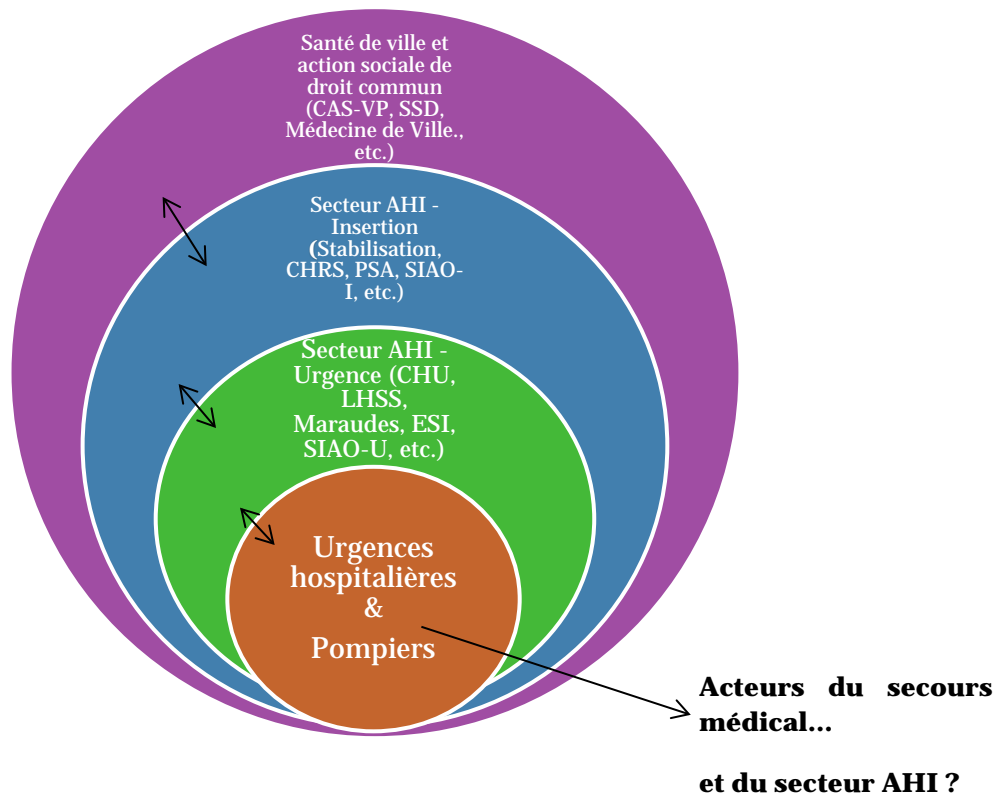
¹³⁷ BROUSSE Cécile, 2006, « Le réseau d'aide aux sans domicile: un univers segmenté », *Economie et Statistique*, n°391- 392, p. 15-34. Les effets des dernières réformes et notamment du SIAO restent toutefois à étudier.

¹³⁸ DAMON J., *op. cit.*, p. 231-233 et BRUNETEAUX P., « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés contemporaines*, n°63, 2006/3.

¹³⁹ PETIAU A., *Recherche-action évaluative du programme Habiter chez soi*, Rapport pour l'association Aux Captifs la libération, 2015 ; PICHON P., *op. cit.* ;

Quels communications et passages entre les sphères ?

Quels métiers ou fonctions pour permettre ces passages ?



Cette représentation permet également de s'interroger sur la manière dont peuvent être améliorés les communications et les passages entre les sphères, c'est-à-dire tant la coordination des professionnels que les parcours des personnes au travers de ces différents secteurs. La logique de parcours qui tend à s'imposer dans les politiques sociales contemporaines et qui émerge dans le secteur AHI, vise précisément à dépasser ce type de cloisonnements. Cette approche en termes de parcours s'accompagne d'une réflexion sur les nouveaux métiers ou fonctions visant à accompagner la coordination des professionnels et les parcours des personnes, tels que les coordonnateurs et les gestionnaires de cas. C'est en référence à ces modèles d'organisation que nous analysons maintenant la coordination dans le projet Maquéro.

4. Vers une logique de parcours dans le secteur AHI ?

4.1. Le BMI : quelle figure de coordonnateur ?

La logique de parcours vise à dépasser les écueils du réseau et du partenariat : en centrant le point de vue sur la personne et non plus sur le service ou le professionnel. Il s'agit de partir de ses besoins pour lui offrir un cheminement adapté. La logique de parcours a pour finalité d'éviter les ruptures d'accompagnement ou de prises en charge, et de répondre à la complexité des besoins. Les prestations peuvent être de différentes nature – et notamment sociales, médico-sociales, de santé. Elles peuvent être délivrées de manière simultanée ou successive. De nouveaux métiers émergent pour assurer la continuité des parcours : ce sont les coordonnateurs de réseau, les gestionnaires de cas, les référents de parcours. Certains jouent un rôle de

coordination entre les professionnels d'un territoire afin que ceux-ci puissent offrir un parcours cohérent, tandis que d'autres sont directement en relation avec les personnes et leur entourage pour leur faciliter leurs recours à différents services.¹⁴⁰

La fonction du BMI telle qu'elle est déployée au cours du projet s'apparente en premier lieu à une *coordination de réseau*, c'est-à-dire adressée aux professionnels et services : le binôme, par les rencontres physiques qu'il organise avec des professionnels du territoire, par son initiative de mise en place d'un groupe de travail avec le SAU ainsi que par le séminaire de recherche-action prévue dans le projet, contribue à la construction de partenariats et à l'animation du réseau. Une telle coordination de réseau peut viser la production d'outils communs. Nous y reviendrons en abordant les questions d'intégration.

Un autre volet d'action du BMI s'apparente à une *coordination de parcours* ou *gestion de cas complexes*. Le coordonnateur de parcours est celui qui accompagne les parcours des personnes et de leur entourage. La coordination se réalise ainsi au niveau *clinique*, dans l'accompagnement de proximité des personnes. Le coordonnateur fait le lien entre la personne et les professionnels qui délivrent soins, prestations et services. Sa finalité est d'apporter une réponse personnalisée, au plus près des besoins. La gestion de cas est plus particulièrement dédiée aux cas considérés comme complexes. Le gestionnaire de cas réalise le repérage et l'évaluation des besoins, il élabore un plan de soin/d'intervention, il intervient lui-même ou fait appel à d'autres professionnels et services dont il assure la coordination. Enfin il réalise un suivi et réévalue régulièrement la situation.

Le type d'activité déployé par le BMI se rapproche ainsi d'autres expérimentations dans le domaine de la dépendance et du handicap notamment, où les professionnels sont aussi confrontés à des situations de non-demande, de refus d'aide, de refus de soin. Mais il n'intervient pas tout à fait comme les gestionnaires de cas dans le secteur de la dépendance liée à l'âge, où ceux-ci jouent le rôle de « chef d'orchestre » de la prise en charge, composant un bouquet de prestations, gérant une enveloppe budgétaire délivrée après évaluation des besoins, en recourant à différents services. Leur activité s'en rapproche dans l'adaptation de l'intervention au plus près de la complexité de la situation et des besoins de la personne, mais aussi dans le rôle de tiers que ces coordonnateurs exercent : aide à l'orientation, intermédiation avec les services, défense des intérêts de la personne auprès des professionnels. C'est bien ce que fait le BMI dans son intervention « rapprochée » : présence prolongée auprès des personnes sans domicile dans l'espace public afin de créer un lien et de favoriser l'expression d'une demande, accompagnement physique dans des structures de soin et d'hébergement. L'activité du BMI s'apparente ainsi à de *l'advocacy*, qui désigne le travail de défense des intérêts des personnes au sein du système social et de santé,

¹⁴⁰ BLOCH M.-A., HENAUT L., *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014.

notamment dans les situations où les personnes ne parviennent pas à exprimer ces intérêts. Le BMI exerce ce type de compétences relationnelles auprès des personnes sans domicile, ce rôle de tiers avec des professionnels du territoire.

Cependant, dans ces dispositifs et expérimentations, le gestionnaire de cas se définit comme un « méta-coordonnateur » : « il doit pouvoir intervenir auprès de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne, qu'ils exercent dans des structures sanitaires, médicales ou sociales ». ¹⁴¹ Autrement dit, il assure un rôle de coordination au-delà des différentes structures qui délivrent, à un moment ou pour une certaine durée, une prestation. Le coordonnateur de parcours ou gestionnaire de cas assure donc un « fil rouge » au-delà des différentes structures. On comprend que cette fonction comprenne un fort enjeu de légitimité : il doit être reconnu par les différents membres du réseau professionnel. Même lorsque cette fonction revêt une légitimité de par sa reconnaissance institutionnelle, les professionnels doivent pour autant la négocier au quotidien. ¹⁴²

Si le BMI tend ainsi à assurer une fonction de référent de parcours auprès des professionnels, cette fonction doit être interrogée plus largement : quelle légitimité le BMI a-t-il vis-à-vis des autres acteurs du territoire ? Dans un contexte où d'autres maraudes interviennent déjà sur le territoire, quel est le public ciblé par le binôme en particulier ? Jusqu'où accompagne-t-il les personnes dans leurs parcours ? Par exemple, jusqu'à l'entrée dans un hébergement ou jusqu'à la prise en charge dans un service de soin, ou au-delà ? Ces réflexions recourent celles sur les critères d'inclusion dans la file active du binôme, notamment celui de la mise en échec des autres intervenants.

La référence à la figure du gestionnaire de cas complexes est intéressante dans un contexte d'intervention que l'on peut qualifier de concurrentiel. En matière de maraude, l'offre des associations est en effet importante. Aux maraudes d'évaluation et d'orientation financées par l'Etat et la ville (BABSA, UASA, RATP, Samusocial) s'ajoutent les maraudes d'intervention sociale et les maraudes humanitaires ¹⁴³. Sur le territoire concerné, la FNARS Ile-de-France recense 17 maraudes intervenant dans la gare et ses abords, sans prétendre être exhaustive. ¹⁴⁴ Parmi celles-ci, quatre sont conventionnées avec la Gare et sont seules autorisées à intervenir à l'intérieur de celle-ci. Ces quatre maraudes ciblent chacune un public spécifique : les jeunes errants pour Itinérance Jeunes Aurore, les jeunes pour Arc 75 (service de prévention spécialisée) les usagers de drogues pour Coordination Toxicomanies, les adultes pour Aux captifs la libération. On retrouve donc un contexte concurrentiel, où plusieurs associations offrent des prestations en se positionnant sur des expertises spécifiques,

¹⁴¹ *Idem.*, p. 205-229. La MAIA est inspirée d'un programme Québécois : le modèle PRISMA.

¹⁴² *Idem.*, p. 210

¹⁴³ Entretien avec V. Otchoumou, Coordination des Maraudes, Emmaüs.

¹⁴⁴ Document remis par Lotfi Ouazenar, Mission Précarité Paris, FNARS Ile-de-France. Le document indique que d'autres associations bénévoles que celles recensées sont aussi susceptibles de marauder dans le secteur.

certains publics, territoires et créneaux horaires pouvant être particulièrement investis au détriment d'autres, et entraîner des inégalités de traitement¹⁴⁵. Si depuis 2006 la Coordination des maraudes veille à la complémentarité des interventions (types d'intervention, jours et horaires de passage), le contexte reste celui d'une profusion d'offres, possiblement intrusif pour les personnes sans domicile, et provoquant d'ailleurs des conduites de rejet manifestes¹⁴⁶. Dans une situation où plusieurs maraudes existent sur le secteur, une délégation affirmée de certaines situations au binôme porte alors l'avantage d'aller vers encore davantage de coordination, et d'éviter de solliciter de manière excessive les personnes.

A l'issue de l'année d'expérimentation du projet, on peut dire que le binôme tend à jouer le rôle de gestionnaire de cas complexes sur le territoire, sans que ce rôle soit forcément affirmé ni reconnu par tous les acteurs du territoire. La réflexion est donc à poursuivre pour savoir s'il est opportun d'entériner ce rôle de réponse aux situations qui posent problème aux autres maraudes du territoire. Ceci implique d'aborder deux dimensions : la complémentarité avec les référents de parcours existants déjà dans le secteur d'une part, et la présence d'outils permettant une coordination des acteurs et notamment une spécialisation auprès de certains publics.

4.2. Un risque de doublon avec les autres référents de parcours

La circulaire DGCS/1A no 2010-271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI), définit et préconise la mise en place de « référent de parcours » dans les structures pour chaque usager. Cette nouvelle fonction vise à éviter les ruptures de prise en charge, et plus spécifiquement les retours à la rue après un hébergement. Le référent doit assurer la continuité de la prise en charge, en jouant le rôle d'interface avec différentes structures du secteur AHI pour proposer des réponses adaptées aux besoins. Ceux-ci sont envisagés de manière large, et non centrés sur l'hébergement : prestations sociales, emploi, logement, santé, justice, petite enfance, éducation nationale, culture, sport et loisirs sont cités. Ce référent doit être reconnu comme tel par la personne concernée.

Le référent doit donc être garant du suivi du parcours de la personne. Mais le texte semble hésiter entre plusieurs dimensionnements de la fonction :

- Le terme même n'est pas stable puisque le texte oscille entre « référent personnel » et « référent de parcours ».
- L'étendue de la mission du référent. Le texte évoque d'abord que le référent est garant du parcours jusqu'à « l'insertion durable ». Mais ensuite, le texte mentionne le parcours de la personne « de son admission à la sortie » de la structure.

¹⁴⁵ LOISON-LERUSTE M., HELY M., *art. Cit.*

¹⁴⁶ Telles que les personnes qui annoncent leur refus d'être abordés par des écriteaux, dont nous avons déjà parlé plus haut en référence à A. Mercuel.

- De même, le texte réfère d'abord à l'animation d'un réseau de professionnels du secteur, puis plus loin parle de la coordination de « l'ensemble des professionnels de l'équipe »¹⁴⁷.

Ainsi, le texte semble hésiter entre une fonction de référent qui serait plutôt interne aux structures, où le référent passerait le relais à un autre quand la personne intégrerait une autre structure, et une fonction de référent à un niveau méta, où le référent animerait un réseau de professionnel et suivrait le parcours jusqu'à l'intégration (qui resterait toutefois à définir), c'est-à-dire que la fonction perdurerait au-delà de la prise en charge dans la structure. Dans sa première définition, le référent personnel est garant du bon déroulement du réseau, dans sa fonction de passage de relais. On peut penser qu'il recouvre le fonctionnement déjà établi dans un certain nombre de structures, lorsqu'une personne bénéficie d'un accompagnement social en particulier. Dans la seconde appréhension, la fonction est plus large, puisqu'elle continue de s'exercer jusqu'à un certain point du parcours atteint par la personne. On peut penser que cette fonction pourrait alors poser des soucis de légitimité : quelle pertinence d'un suivi extérieur si la personne a de nouveau un référent dans le service qu'elle intègre par la suite ? Le texte mentionne d'ailleurs la nécessité pour le référent d'être « reconnu comme tel par l'ensemble des acteurs ».

La circulaire du 4 mars 2011 relative à la mise en place de la fonction de référent personnel dans les SIAO clarifie en partie les choses. En effet, elle semble indiquer que c'est au référent SIAO d'intervenir au niveau méta. En effet, le référent du SIAO est défini comme le garant de l'adaptation de l'accompagnement « tout au long [des] parcours » des personnes, notamment en identifiant un ou plusieurs professionnels « interlocuteurs privilégiés ». Par ailleurs, l'étendue de la coordination est bornée puisque le référent doit se coordonner avec les professionnels des secteurs de l'insertion sociale et de l'emploi, sans pour autant réaliser l'accompagnement social global. Cependant, des flous subsistent : le référent personnel du SIAO se substitue-t-il aux référents personnels de la circulaire précédente, ou exercent-ils une fonction complémentaire ? Que peut-on considérer comme une situation « stabilisée », qui signe l'horizon du suivi du référent ?

La fonction de référent de parcours dans le secteur AHI semble donc n'être pas encore complètement stabilisée. C'est le cas dans les textes, mais aussi semble-t-il dans les pratiques. La mise en œuvre de la fonction de référent de parcours dans le secteur est abordée en séminaire de recherche, dans le cadre de l'analyse du cas d'Ange¹⁴⁸. Il apparaît qu'il n'existe pas de référent de parcours dans les structures où l'hébergement est provisoire, comme les LHSS, ni dans les structures de santé (PASS, SAU). Conséquemment, les personnes sans-domicile qui ne passent que par des structures provisoires n'ont aucun référent, comme c'est le cas pour Ange, ce qui

¹⁴⁷ Circulaire DGCS/1A no 2010-271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

¹⁴⁸ Séance du 28 juin.

induit des réouvertures de dossier et des ruptures de parcours, des retours à la rue. On peut penser que l'absence de référent dans les structures où l'hébergement est le moins durable renforce alors les inégalités sociales parmi les personnes sans domicile. En effet, les études statistiques montrent, comme on l'a vu précédemment, que le secteur AHI est segmenté et que ce sont les plus précaires (les moins dotés en ressources) qui sont confinés à aller de structure en structure dans le secteur de l'urgence, plutôt que d'intégrer un parcours d'insertion¹⁴⁹. Par ailleurs, si le séminaire de recherche n'a pas permis d'aborder la mise en place des référents personnels dans les autres structures du secteur AHI, on a pu cependant constater que cette fonction n'est pas assurée à ce jour au SIAO Insertion. Celui-ci est bien garant des parcours en conservant les données personnelles consultables par les coordinateurs (les données sont effacées du logiciel si le dossier n'a pas été réactualisé dans les deux ans), mais il n'existe pas de référent désigné pour chaque personne accompagnée¹⁵⁰. Le SIAO semble ainsi principalement assurer aujourd'hui un rôle technique de mise en relation de l'offre et de la demande.

Le BMI, en se définissant comme coordonnateur de parcours pour les personnes qu'il accompagne, ne fait pas actuellement doublon avec d'autres référents, étant donné que la fonction semble finalement assez peu mise en place sur le territoire. Cependant, cette notion est au travail dans le secteur AHI, et également plus particulièrement à Paris où une expérimentation est menée également dans deux arrondissements de Paris (11^{ème} et 19^{ème}), dans le cadre du Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion. La réflexion doit donc être poursuivie pour penser le dimensionnement de la fonction. Signalons également l'importance de la réflexion éthique : une référence unique de parcours implique un recueil de consentement de la personne concernée, ainsi qu'une possibilité pour elle de changer de référent. Signalons à ce sujet les réserves émises par certains participants lors du séminaire de recherche, sur le potentiel enfermement qu'un référent unique fait peser sur la personne accompagnée¹⁵¹.

L'organisation en termes de parcours s'accompagne d'outils favorisant la coordination entre les professionnels de différents secteurs : ce sont les méthodes d'intégration.

4.3. Du manque à la sous-utilisation d'outils d'intégration

Pour penser la mission de décloisonnement entre le social et le sanitaire du projet Maquéro, la référence à la méthode de l'intégration est utile. En effet, celle-ci vise précisément le décloisonnement entre le social, le médical et le médico-social. Elle est par ailleurs étroitement liée aux finalités de suivi personnalisé des personnes, d'organisation de parcours fluides, cohérents et sans rupture de prise en charge.

¹⁴⁹ DAMON J., *op. cit.* ; BROUSSE C., *art. cit.*

¹⁵⁰ Entretien avec C. Brocas, SIAO Insertion.

¹⁵¹ Séance du 28 juin.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « l'intégration est définie comme un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ces techniques peuvent porter sur le financement, l'organisation administrative et les soins. A l'inverse de la coordination entre organisations, qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant »¹⁵². Elle repose sur la collaboration entre plusieurs professions, les échanges et la concertation entre professions et secteurs, et sur le développement d'outils communs.

Un système intégré peut prévoir plusieurs niveaux de concertation, c'est-à-dire trois niveaux où les professionnels des différents champs d'un même territoire, en fonction des responsabilités qu'ils exercent, se rencontrent pour échanger sur leurs pratiques, organiser la coordination de leurs réponses et élaborer des réponses conjointes. Ces trois niveaux sont ceux mis en œuvre dans les dispositifs intégrés tels que les MAIA ou le programme PAERPA dans les champs de la dépendance et de la vieillesse :

- Le niveau clinique : les réunions rassemblent les intervenants « de première ligne » du territoire, qui sont directement en contact avec les personnes par la réalisation de soin ou d'accompagnement social, ainsi que les gestionnaires de cas. Ce niveau peut être également dénommé le niveau du soin, de l'accompagnement, ou encore le niveau micro.
- Le niveau institutionnel : les réunions rassemblent les responsables des structures du territoire, ainsi que des représentants des usagers. Il est aussi dénommé niveau tactique ou niveau méso.
- Le niveau politique : les réunions rassemblent les acteurs départementaux et régionaux, c'est-à-dire les décideurs et les financeurs des actions. On peut aussi le nommer niveau stratégique, ou encore niveau macro.

Ces réunions ont pour finalité la concertation entre les professionnels pour parvenir à une meilleure organisation des services : ajustement des services en tenant compte des autres acteurs du territoire, amélioration de la cohérence et de la continuité des prestations, création et ajustement d'outils communs. Un des enjeux de l'intégration est de réduire les effets de concurrence entre les nombreux services sur un même territoire ¹⁵³

Un autre enjeu est d'offrir une « porte d'entrée unique » pour la personne. L'intégration va en effet de pair, dans les programmes et expérimentations actuels, avec la mise en place de la fonction de gestion de cas complexes. Parmi les outils

¹⁵² HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), « Intégration territoriale des services sanitaires, médicosociaux et sociaux », *Points clefs et solutions Organisation des parcours*, septembre 2014.

¹⁵³ BLOCH M.-A., HENAUT L., *Coordination et parcours*, *op. cit.*

communs est développée une évaluation permettant de repérer les personnes éligibles à la gestion de cas, ainsi adressées au service intégré.¹⁵⁴

Dans quelle mesure peut-on parler d'intégration dans le cadre du projet Maquéro, et plus largement sur le territoire ? Un certain nombre d'instances de concertation et d'outils communs existent. Concernant le projet Maquéro, le dispositif du séminaire de recherche s'est apparenté à un niveau de concertation clinique, en ce qu'il a rassemblé des acteurs de première ligne des trois champs et a comporté un temps d'élaboration conjointe des réponses à apporter aux personnes sur le territoire. Les professionnels ont d'ailleurs exprimé qu'ils souhaiteraient pouvoir échanger davantage sur les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accompagnement ou le soin des personnes.¹⁵⁵

Cependant, des réunions d'échanges entre professionnels autour de situations rencontrées existent déjà sur le territoire. On peut citer :

- les Commissions techniques de l'Urgence (CTU) organisées par le SIAO Urgences, et donc portées par le Samusocial de Paris ;
- les « Commission d'Orientation » organisées par le SIAO Insertion, et donc portées par le GCSMS ;
- les réunions de synthèse organisées par la Coordination des maraudes Nord, assurée au début du projet par Emmaüs, puis reprise par le Samusocial ;
- la cellule de veille sociale de la Mairie de Paris ;
- Par ailleurs, le CLSM porté par la Mairie du 10^{ème} envisage de créer une instance de concertation sur le thème « Habitat et précarité »¹⁵⁶

Ces différentes réunions rassemblent les intervenants de première ligne, et ont pour finalité l'échange sur des situations particulières, jugées problématiques par les intervenants, ou pour lesquelles ils ne trouvent pas de solution. Malgré ces instances, les professionnels du territoire continuent de désirer davantage d'espaces d'échange. Une première hypothèse est que ces dispositifs sont insuffisamment nombreux et/ou fréquents pour aborder l'ensemble des situations problématiques rencontrées. Cependant, on privilégie ici l'hypothèse que ces espaces sont sous-utilisés parce qu'insuffisamment connus par les professionnels. On peut également pointer le risque que, dans un contexte concurrentiel, chaque organisation défende son dispositif en soulignant ses particularités, ce qui renforce alors la fragmentation. Enfin, tous les dispositifs n'ont pas été enquêtés, mais il faudrait voir dans quelle mesure ils rassemblent des acteurs des trois champs, au-delà du secteur de l'urgence et/ou de l'insertion, c'est-à-dire dans quelle mesure ils dépassent les cloisonnements identifiés, et dans quelle mesure au contraire ils renforcent les réseaux existants sans réellement permettre de travailler le dépassement des clivages.

¹⁵⁴ *Idem.*, p. 208.

¹⁵⁵ Cette demande des professionnels est aussi rapportée par Céline Brocas du SIAO Insertion et Lucas Manetti, élu en charge du CLSM, Mairie Paris 10.

¹⁵⁶ Entretien avec Lucas Manetti, CLSM Paris 10.

Concernant les outils communs, on peut signaler la création d'une fiche de liaison entre la PASS et la coordination des maraudes, réalisée avec le soutien de la FNARS, permettant de transmettre aux acteurs du champ social des données relatives aux soins reçus, aux prescriptions et orientations et aux droits ouverts. On peut qualifier la FNARS, et plus particulièrement la mission Précarité Paris, de « méta-réseau », chargé de consolider les réseaux sur le territoire, par l'organisation notamment de rencontres et l'élaboration d'outils.¹⁵⁷ Le BMI a par ailleurs développé dans le cadre du projet Maquéro une « Grille de repérage des personnes en grande précarité semblant présenter des troubles psychiques », puis l'a présentée aux professionnels du territoire effectuant des maraudes, en les formant aux catégories utilisées. Cette grille avait pour vocation d'être utilisée par les professionnels du territoire pour signaler au binôme les personnes repérées comme relevant de sa file active. Si les professionnels l'ont bien reçue lors de la réunion et l'ont trouvée pertinente, elle n'a pour autant pas été utilisée pour réaliser des signalements. On retrouve ici le problème de la légitimité : l'orientation vers le binôme à partir d'un outil d'évaluation partagé, c'est-à-dire la mise en œuvre d'une porte d'entrée unique, nécessite une concertation préalable à tous les niveaux identifiés (clinique, institutionnel, politique), qui n'a pas été réalisée à ce jour. Signalons enfin deux réserves à propos de la méthode de la gestion de cas complexes :

- Elle introduit un effet gestionnaire¹⁵⁸ : l'élaboration et le partage d'outils communs, telle qu'une grille permettant une évaluation partagée et l'orientation vers le gestionnaire de cas, introduit une forme de standardisation des pratiques.
- Le terme retenu est peu heureux, associant l'intervention du professionnel à la gestion, et réduisant les personnes à des « cas ».¹⁵⁹

En conclusion, malgré la présence de « méta-coordonnateurs » que sont la Mission Précarité Paris de la FNARS Ile-de-France et dans une moindre mesure le SIAO, une superposition de dispositifs tend à rendre le champ difficilement lisible pour les professionnels. Si les outils de coordination et d'intégration visent à réduire la complexité, il reste le risque que ces outils se multiplient et, pris dans des jeux de concurrence et de conflits de légitimité, peinent à jouer leur rôle. Les dispositifs risquent alors de perdre leur sens initial et leur efficacité.

¹⁵⁷ BLOCH M.-A., HENAULT L., *op. cit.* ; Entretien avec Lofti Ouazenar et Anaïs de Saint Martin, Mission Précarité Paris FNARS IDF. L'Atelier Santé Ville (ASV), qui a aussi un rôle de coordination sur le territoire, n'a pas pu être enquêté durant cette étude.

¹⁵⁸ Idem.

¹⁵⁹ ENNUYER B., « Un regard critique sur les 'gestionnaires de cas', dernière 'mode' de la coordination imposée par le plan Alzheimer », *Gérontologie et société*, vol. 3, n°42, 2012.

Conclusions et propositions d'actions

1. Conclusion : le BMI, un « dispositif interstitiel »

Plusieurs points sont à retenir suite à cette évaluation participative du projet Maquéro. Tout d'abord, il est à noter que le contexte du projet est celui d'une forte mobilisation politique concernant le sans-abrisme et l'occupation de l'espace public à Paris, avec notamment une implication importante de la Mairie de Paris dans la régulation de l'urgence sociale. Ensuite, la référence à plusieurs concepts relatifs à la coordination entre professionnels de champs distincts permet de mettre en exergue des points forts, mais aussi des limites du projet Maquéro.

L'analyse du travail du BMI au regard de plusieurs modalités de coopération entre professionnels donne lieu à plusieurs conclusions principales. En premier lieu, le binôme contribue au travail en réseau sur le territoire, et à son développement. Par ses nombreuses rencontres physiques et son initiative de diverses réunions de travail, il participe à développer l'interconnaissance des acteurs locaux et le passage de relais entre eux pour l'accompagnement des personnes. Si on peut qualifier le réseau d'opérant, on peut cependant en relever les limites : des partages d'informations sur les personnes insuffisants, des renvois mutuels entre structures (« ping-pong ») induisant pour les personnes des ruptures de parcours. Le manque de travail avec les psychiatres fait l'objet d'un constat collectif par les acteurs du territoire, d'autant plus gênant que les professionnels recourent spontanément à des explications de type psychologique ou psychiatrique pour qualifier les problématiques rencontrées par les personnes qu'ils accompagnent. D'une part l'explication de type psychologique ou psychiatrique est préférée au détriment d'autres types d'explication possibles. Les différentes causes de non-recours, y compris le non-recours choisi, ne sont pas systématiquement envisagées, ce qui limite les recherches de solutions autres que le soin, de manière alternative ou complémentaire. D'autre part, les suspicions de troubles psychiques ne débouchent pas sur des évaluations ou des échanges pluridisciplinaires qui viendraient confirmer ou infirmer ces hypothèses. Les difficultés d'accès à la psychiatrie, que ce soit pour la consultation ou pour son expertise dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire, s'explique par le manque de ressources humaines dans le territoire, mais aussi par le fonctionnement de la sectorisation psychiatrique, peu adaptée aux personnes sans domicile visées par le projet Maquéro. L'étude observe par ailleurs des cloisonnements persistants entre urgences médicales (pompiers et urgences médicales) et urgences sociales d'une part, et entre hébergement d'urgence et hébergement d'insertion. On relève des pratiques de renvoi entre structures et services entre urgence sociale et urgence médicale, dans un contexte d'extrême difficulté pour les équipes soignantes qui se trouvent isolées et démunies face aux problématiques sociales des personnes, notamment la nuit. *In fine*, les acteurs du secours médical n'apparaissent pas, sur ce territoire, envisagés comme des acteurs du dispositif AHI, alors qu'ils sont les premiers à recevoir ces publics. Il faut noter sur ce point qu'un important travail a été réalisé par le binôme et est toujours en cours avec l'équipe des Urgences Lariboisière, afin d'apporter des

solutions concrètes aux problèmes de prise en charge à l'hôpital puis de ruptures de prise en charge après les soins. Sur le second point, l'étude souligne l'existence d'un cloisonnement entre urgence et insertion. La segmentation de l'offre de services et d'hébergement telle qu'elle est documentée sur le plan national se retrouve sur le territoire. Cette segmentation présente un risque de faire circuler les personnes sans domicile les plus en difficulté dans les services de l'urgence, plutôt que d'accompagner vers un parcours de sortie de rue.

L'action du BMI est ensuite analysée en recourant aux notions de « parcours » et « d'intégration », des modalités d'organisation qui visent à dépasser les limites identifiées du réseau et du partenariat. Au cours de l'expérimentation, le binôme tend à se constituer en « coordonnateur de parcours » pour les personnes sans domicile accompagnées : il intervient dans une grande proximité avec les personnes pour adapter l'intervention et faire le lien avec d'autres services ou structures, sociaux et de santé. Cette fonction vise à palier plusieurs dysfonctionnements identifiés plus haut, telles que les orientations non effectives et les ruptures de parcours. Les contours de cette fonction telle qu'exercée par le BMI restent cependant à préciser, notamment dans son étendue et dans son articulation avec les « référents de parcours » déjà existants dans le secteur AHI. A ce jour ces référents sont peu mis en place sur le territoire, mais leur déploiement prévu implique des risques de doublon. La référence à la gestion de cas complexe pourrait permettre d'éviter ces superpositions de services, tout en limitant l'effet pervers d'une sur-sollicitation des personnes dans le contexte d'une offre importante et concurrentielle de maraudes : certaines personnes sans domicile pourraient alors être orientées vers le BMI par d'autres acteurs du territoire. Si un premier pas a été fait par le BMI vers cette organisation avec la création d'un outil de repérage des personnes sans domicile ayant vocation à être partagé, il ne s'est pour le moment pas imposé comme outil commun pour les différents professionnels du territoire. Sur ce volet de l'intégration, l'étude relève un paradoxe : les professionnels du territoire des champs social et sanitaire appellent davantage d'outils et d'instances de concertation entre eux, alors même que les réunions de ce type tendent à se multiplier sur le territoire, à l'initiative de plusieurs structures. L'étude pointe alors le risque de création de doublons. Plus qu'un manque de réunions de concertation, on peut faire l'hypothèse d'un déficit de connaissance et de recours par les professionnels, en partie lié à la complexité du paysage institutionnel et aux logiques concurrentielles.

En conclusion, à l'issue de cette année d'expérimentation, on peut qualifier le projet Maquéro de « **dispositif interstitiel** »¹⁶⁰ : il est un dispositif associatif, situé à l'intersection du social et du sanitaire et faisant du lien entre ces différents champs, occupant un espace estimé non couvert par les politiques publiques, et dont les intervenants revendiquent un profil atypique. Pour le BMI, ce profil est celui de la

¹⁶⁰ DEMAILLY L., *Sociologie des troubles mentaux, op. cit.*, p. 64-66 et « Dispositifs institutionnels, dispositifs interstitiels en santé mentale », *Rhizome*.

détention de compétences interdisciplinaires (infirmière/intervenant social) mais aussi la spécialisation en psychologie. Les problèmes qui apparaissent n'être pas complètement traités sont d'une part l'occupation récurrente par les sans domicile d'un espace sensible, celui des gares et ses alentours, d'autre part les difficultés des intervenants sociaux du territoire à intervenir auprès d'un public qui cumule des difficultés multiples, qui refuse l'aide et/ou manifeste des troubles psychiques. Le projet Maquéro, par la mise en place du binôme, occupe ainsi une place interstitielle à plusieurs titres. Il vient d'abord répondre aux situations laissées dans les interstices de l'organisation du secteur psychiatrique, notamment les difficultés d'accès à la consultation et aux soins qui demeurent pour les personnes sans domicile. Il occupe également des interstices de l'EMPP, qui couvre un territoire très large et qui ne réalise pas de maraude elle-même. Le projet Maquéro est ensuite interstitiel par rapport à l'organisation actuelle du dispositif AHI sur le territoire. Il répond au désarroi des intervenants sociaux face aux situations de non-demande et de manifestations de trouble psychique. Il ambitionne de se constituer en référent de parcours dans un secteur qui, malgré les textes, n'a pas encore vraiment organisé cette fonction. Il organise des rencontres entre des acteurs qui sont en attente de davantage de concertation.

Cependant, on pourrait penser que cet interstice est provisoire, qu'il pourrait être comblé au moins partiellement si les dispositifs prévus légalement pour la coordination des parcours des personnes et la coordination des professionnels se déployaient plus largement. On pense tout particulièrement au SIAO, appelé à mettre en place une fonction de référent de parcours au niveau méta, aux fonctions de « référents personnels » dans les différentes structures du secteur AHI, et à l'EMPP qui est lui-même un dispositif chargé de faire du lien entre les différents champs et de développer le réseau des professionnels de différents champs. Si la poursuite du projet Maquéro semble, en l'état actuel des choses, pertinente, deux risques peuvent être identifiés : celui de se substituer au renforcement de l'équipe EMPP, celui de rajouter des dispositifs dans un environnement déjà fourni et concurrentiel. Le repérage et le recours aux outils existants avant toute création, notamment pour ce qui concerne les réunions de concertation, ainsi que la référence à la gestion de cas complexes permettant au réseau des professionnels d'orienter vers le binôme les personnes dont les situations sont perçues comme particulièrement problématiques, apparaissent alors comme des pistes pertinentes pour que le BMI se place dans une complémentarité par rapport aux services déjà existants.

2. Propositions d'actions

Les propositions d'action visent à indiquer des améliorations possibles en cas de reconduction du binôme ou de l'élargissement de l'expérimentation. Elles sont issues, pour une partie d'entre elles, du travail collectif lors du séminaire de recherche-action. Elles portent sur deux dimensions : le travail du binôme d'une part, le travail en réseau sur le territoire plus largement.

Pour le BMI

Clarifier les fonctions du binôme

Le binôme assure des fonctions plurielles, on distingue notamment : intervention psycho-médico-sociale (maraude et accompagnement), coordination de réseau, coordination de parcours ou gestionnaire de cas. Ces fonctions, et la manière dont l'activité en relève, devraient être clarifiées. Dans le cas d'une reconduite ou d'un élargissement de l'expérimentation, il s'agit de savoir si toutes ces fonctions seront reconduites, ou certaines d'entre elles seulement.

Choisir une figure de référent de parcours

Dans le cadre de la clarification des fonctions du binôme, il s'agit notamment de réfléchir à la modalité de référence de parcours la plus adaptée, et dans un objectif d'évitement des doublons avec les référents déjà existants dans le secteur. Si l'on accepte son effet gestionnaire, l'option d'une fonction proche de la gestion de cas complexes pourrait être envisagée, tout en renommant éventuellement cette fonction, afin de permettre une articulation avec les référents de parcours AHI et SIAO, ainsi qu'avec les maraudes déjà existantes. Cette fonction devrait alors être clairement identifiée afin d'être reconnue par les partenaires sur le territoire. Elle implique bien entendu une pérennisation de ce dispositif.

Veiller à la pluridisciplinarité

En cas d'élargissement de l'expérimentation, veiller à la pluridisciplinarité de l'équipe afin de pouvoir équilibrer approche clinique et approche sociale.

Pour le travail en coordination sur le territoire

Poursuivre le repérage sur le territoire et la construction du partenariat

Poursuivre le repérage et la rencontre des professionnels du territoire intervenant dans les différents champs (santé somatique, psychiatrie, social, médico-social) et des modalités déjà existantes de partenariat, telles que les réunions de concertation.

Tout élargissement de l'expérimentation devrait se baser sur le diagnostic préalable du travail en réseau et en partenariat déjà existant sur le territoire concerné.

Recourir davantage aux outils d'intégration existants

Pour la concertation au niveau « clinique », utiliser davantage les réunions pluri-professionnelles autour de cas complexes déjà existantes sur le territoire (Commissions Techniques de l'Urgence du SIAO-U, Coordination d'Orientation du SIAO-I, réunions de synthèse de la Coordination des Maraudes, réunions du CLSM si ce projet est retenu, cellule de veille sociale), dans le respect des conditions du partage d'informations entre professionnels (circulaire du 20 juillet 2016). Avant toute création d'une instance supplémentaire, considérer les outils déjà existants.

Développer, le cas échéant, les outils manquants

Des procédures de partage d'informations, toujours dans le respect des conditions légales et de l'utilisateur/patient, pourraient être pensées, dans le cadre d'un travail collégial entre partenaires.

En fonction de la figure de référent de parcours retenus, développer les outils associés. Par exemple, pour la gestion de cas complexes, un outil d'évaluation partagée entre partenaires du territoire, afin d'orienter les cas vers le binôme lorsqu'ils en relèvent, permettrait une « porte d'entrée unique » vers le binôme. La grille de repérage déjà construite pourrait constituer le point de départ du travail sur cet outil.

Inclure les acteurs du secours médical et de l'insertion dans le réseau

Poursuivre le travail engagé avec les Urgences Lariboisière, soutenir la réintroduction d'une fonction de « référent social » et la création de procédures adaptées pour l'accueil des personnes sans domicile manifestant des troubles psychiques ou se trouvant dans des états extrêmes, notamment la nuit.

Inclure les pompiers comme partenaires pour penser des modalités de coordination entre les pompiers et les Urgences, et entre ces acteurs et ceux du secteur AHI, pris au sens large.

Construire le réseau en incluant les acteurs de l'insertion et du droit commun, afin de considérer et permettre un parcours d'insertion plutôt qu'un passage de relais dans l'urgence sociale, tout en respectant la liberté individuelle de l'utilisateur.

Evaluer les effets de l'action sur les bénéficiaires, prendre en compte leur point de vue

Evaluer les effets de l'action sur les bénéficiaires. Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires de l'action dans les évaluations du projet, s'il est reconduit et/ou élargi.

L'évaluation des situations [être attentif au langage utilisé : évaluation ou diagnostic, désignation des troubles]
Comment se fait : l'évaluation des problèmes sociaux par les professionnels / l'évaluation des problèmes psychiatriques et de santé mentale / l'évaluation des problèmes de santé ?

IV. Représentations sociales

Définitions Comment définissez-vous : santé mentale, psychiatrie, maladie mentale, problème social... ?

Représentations sociales Quelle image avez-vous : du secteur social, de la psychiatrie, de la médecine hospitalière et de ville, du médico-social ?
Pour vous, la psychiatrie / le social / la médecine, c'est...
Pour vous, les professionnels de la psychiatrie / du social / de la médecine, sont...
Quelle connaissance avez-vous du social / de la psychiatrie / de l'hôpital ?

I. Partenariat santé/social

Orientation, accompagnement Après une évaluation (en termes de problème social ou de santé mentale), quel accompagnement ?
Quelle orientation, vers quels partenaires ?
Existence de partenaires-ressources sur certaines questions ?
Quel suivi des situations, des personnes une fois qu'elles sortent du service, de la structure ?
Peut-on parler de parcours (parcours de soin / d'accompagnement / de la personne) ?
Quelles orientations vers vous par d'autres partenaires ou structures ? Les trouvez-vous, en général, pertinentes ?

Partenariat existant Avez-vous des liens avec des acteurs ou des structures : le social ? La psychiatrie ? Le médico-social ? Le médical ?
Ces partenariats sont-ils conventionnés ? Quels sont leurs objets ?
Faites-vous partie de réseaux ?
Quels sont les freins à travailler ensemble ? Les problèmes qui se posent ?

Modalités du partenariat Quelles sont les modalités de travail commun ?
Y a-t-il des échanges autour de « cas », de situations (ex : groupe de travail, commission, etc.) ?

Existe-t-il des postes de liaison (ex : TS spécialisé, médecin dans une équipe sociale, médiateur-pair de santé, etc.) ?
Ces ressources sont-elles utilisées ?

Evaluation du partenariat Quels sont les problèmes rencontrés avec les partenaires du social, de la santé, de la psychiatrie ?
Qu'est-ce qui fonctionne bien ?
Que faudrait-il améliorer ?

Merci

2. Récapitulatif des récits proposés en séminaire de recherche-action

Les récits analysés sont signalés par leur titre en grisé.

1/ « L'opposant qui refuse les démarches sociales » (Brigitte Appe - PASS)

Monsieur M., suivi à la Polyclinique depuis 5-6 mois, à la rue, il y a souci du point de vue mental : il a un sentiment de persécution, le monsieur est opposant, il met tous les projets en échec. Il est au demeurant parfaitement correct. Son état de santé se dégrade à cause de ses conditions de vie. Il ne veut pas recourir à ses droits (CMU-C), il venait juste pour des médicaments, un accès aux soins. On lui a proposé à plusieurs reprises un lit infirmier. C'est difficile de trouver un lit infirmier avec des antécédents de toxicomanie. En gagnant en confiance, il a été pris, il a tenu 6 jours. Il est repris en soin chez nous, sa situation médicale s'est améliorée puis de nouveau dégradée. Il est correct, mais je n'arrive pas à voir plus loin du point de vue social avec lui, accès à la sécu ou autre... Le problème qui se pose : la prochaine fois, que peut-on apporter d'un point de vue « pratico-pratique » ? Il a accepté de venir chez Lucie (LHSS) et il y est depuis trois semaines. Il est au chaud, fait ses soins, mais il n'y a pas d'amélioration pour le reste.

2/ « Énigmes et trous dans l'histoire, quel accompagnement médico-social? » (Brigitte Appe - PASS)

Une dame africaine de 65 ans, en France depuis 30 ans, qui a des poly-pathologies, de l'hypertension... Elle est sans papier actuellement. Elle a adopté des enfants. Elle est sans domicile depuis 2006, avec des ruptures de prise en charge médicale, elle commence à venir à la PASS en 2011. Il y a des trous, elle me fait l'effet d'un problème mental, elle ne paraît pas avoir de troubles cognitifs mais psychiatriques. On n'arrivait pas à travailler avec elle autrement que médical. L'AME est difficile à faire. Elle parle très bien, elle est très intelligente, mais elle part, on a l'impression de paranoïa. Lorsque je réalise la demande d'aide médicale (AME), on me dit que c'est un faux, elle aurait travaillé en 2014. Elle aurait une sœur jumelle : utilise-t-elle son identité ? Au niveau du 115 on a essayé, et elle est pour l'instant dans un CHRS. L'ASS du centre et moi-même, on trouve que cela n'avance pas beaucoup. La préfecture nous a aidé à trouver des documents. Pour l'instant, elle est au chaud, mais pour combien de temps, que faire après le centre ? Je voulais trouver un titre de séjour pour soin, ou purement humanitaire, au sortir du CHRS mais on y arrive pas : il y a trop de trous dans son histoire. Elle ne vient pas aux rendez-vous. Elle ment ou non ? On me renvoie des papiers qui contredisent son discours. Relation de confiance... difficile quand les gens nous mènent en bateau.

Depuis, elle a téléphoné, je lui ai donné rendez-vous et elle est venue, miraculeusement. Elle se plaint de nouveau de persécution. Elle a été adressée au CPOA et elle accepte le projet. Ils essaient de trouver une sectorisation CMP. Elle a ramené des déclarations pour étayer sa situation en 2014, elle n'a pas travaillé.

3/ « Il leur a fait peur et il a peur » (Caroline Toussaint - PASS)

C'est un patient qui pose des difficultés de prise en charge intra-hospitalière. M. J, 40 ans, Indien, à la rue depuis de nombreuses années, très alcoolisé. Il arrive régulièrement à la PASS pour des problèmes de plaies, de chutes, de bagarres. En juin, il est arrivé avec une plaie importante du doigt de la main qui nécessitait une intervention chirurgicale. On a demandé l'avis de l'orthopédiste, qui l'a pris en charge. Il a été opéré, est resté quelques heures puis est reparti. Il devait avoir un suivi, une prise en charge. Il était terrorisé quand il arrivait dans le service. La première fois on l'a accompagné mais la 2^{ème} fois s'est très mal passée : il a craché, il aurait voulu taper. Il y a eu un refus de soin du service. C'est une chose qui n'avait jamais été faite dans notre service. Il y a un rejet de ces patients. A la PASS il y a une tolérance plus grande que dans les services qui n'ont pas l'habitude de ce type de patients. Pas de remise en cause, vous acceptez tout et n'importe quoi. La PASS est un service transverse. L'hôpital doit accepter tout patient. C'est un patient difficile qui n'a jamais fait ses démarches malgré le travail de l'assistante sociale. Parfois il arrive il ne connaît pas son nom, il a trois dates de naissance différentes et on n'a aucun papier qui pourrait permettre l'ouverture de droits. C'est un patient déstructuré. Depuis des années, il y a un lien qui s'est créé avec nous. Le fait qu'il ait besoin d'un autre service de l'hôpital, ça a été une prise en charge qui n'a pas été bonne. Ma question : comment faire pour travailler en lien étroit entre les services de l'hôpital ?

4/ « L'insaisissable » (Yannick Chignier - CAMRES)

Il s'agit d'une femme qui une 50aine d'année, dont on ne connaît pas le nom, qu'on suit depuis 2012-2013, qui est petite, menue, qui est très probablement SDF, qui est très blanche avec des yeux bleus, qu'on appelait « Madame dreadlocks », car ses cheveux formaient des dreadlocks dans un mélange de crasse. Nous, on accueille beaucoup de migrants en provenance d'Afghanistan, et cette dame vient régulièrement tenir un discours raciste. C'est une femme très vive, très agitée, qui a beaucoup de troubles obsessionnels, elle est toujours en train de remettre les choses en place. Elle a un discours très confus. Elle dit qu'elle va partir en week-end tous les vendredis soir, mais elle réapparaît tous les lundis. La seule solution était de s'approcher car elle refuse qu'on la touche, on se mettait à plusieurs pour la repousser et la faire sortir. C'est difficile de savoir si on la mettait dehors ou si elle était libérée. Elle fréquente plusieurs structures. Elle est très particulière. Elle a des mouvements très saccadés et très brutaux. Elle est inquiétante. Elle prend un café, elle s'agite, elle raconte des trucs, puis elle se barre. A certain moments, elle est très agitée et se « frite » avec les hommes qui fréquentent les lieux. Le gros souci qu'on a eu l'année dernière : elle s'est retrouvée couverte de parasites, elle s'est mise à puer, elle avait probablement une maladie de peau. On a essayé de lui en parler, on lui a proposé de l'accompagner vers les soins, mais on n'a jamais réussi. On en a beaucoup parlé avec l'EMPP. On a fait un signalement conjointement avec l'EMPP pour qu'elle soit appréhendée pour être hospitalisée car ses troubles psy faisaient que c'était impossible de la faire soigner. Ça devenait un problème de santé publique. Elle a jamais été attrapée par personne. Il semble qu'il y ait eu une guérison spontanée : elle est revenue en septembre, elle était en meilleur état. L'enjeu est celui de la santé

publique : le risque de contagion (service où il y a beaucoup de monde) avec les poux et la pathologie dermato. Et pour elle : on la voyait se dégrader. C'est plus le cas aujourd'hui mais on la voit toujours. Comment faire face à ce type de pathologie mentale sévère, quand il y a besoin de soins somatiques si manifestement ?

5) « Double emprise dans la coloc » (Corinne Friscaux - EMPP)

Homme de 50 ans, gardien dans un lieu d'artiste. Il a été en prison, a vécu dans la rue, une association l'a aidé à avoir ce poste de gardien. Depuis 5 ans, il ne sort plus, il ne sort plus les poubelles, il peut à peine sortir dans la rue. Tout le réseau autour, ses voisins, se sont mobilisés. Ils ont contacté l'EMPP. Ils ont fait ce collectif, il rassemble 10 noms, ils disent craindre pour sa vie. En tant qu'EMPP, normalement on n'a pas à se déplacer dans les domiciles. Mais comme les CMP, ne se déplacent pas, il faut que les gens viennent, donc on se déplace. C'est toujours compliqué car beaucoup de gens ne se déplacent pas. Nous on va chez les personnes faire une évaluation psy. On a été reçus par un architecte qui vit là. On a fait l'entretien avec ce monsieur qui est resté. Quelque chose se joue dans ce lieu, il est le symptôme de cette ambiance, il est porteur de ça. Pendant l'entretien, il a fallu qu'il se lève et qu'il sorte tellement il était angoissé. On a attendu, il est revenu. Il est Diogène apparemment, mais je n'ai pas pu pénétrer dans l'appartement. Dans l'entrée il y a trois chats qui pissent, ça pue horriblement. Il dit que ce sont ses employeurs. Ils ne veulent pas le renvoyer. Comment eux-mêmes créent le symptôme. L'architecte dit qu'il va faire un malaise s'il se déplace ; je suis venue seule pour l'amener au CMP, pour qu'il ait moins l'occasion de faire un malaise. J'ai dit plusieurs fois au collectif de ne pas donner mes coordonnées. Or, Monsieur m'a envoyé un sms. Finalement, ils m'appellent pour me dire qu'il ne viendra pas au CMP, mais quand je viens il m'ouvre la porte. Dans le collectif, il y a un médecin qui lui fait des ordonnances pour un traitement, un autre qui lui apporte à manger. Il est coincé dans une situation où tout le monde l'aide. On fait en sorte que ce monsieur ne sorte pas : on lui distribue du shit, on lui fait ses courses, on lui apporte la nourriture, il y a toute une ambiance autour de lui. On prend un troisième rendez-vous. Il y a de la manipulation de la part du monsieur, mais aussi de la part du collectif. Personne n'arrive à s'en sortir.

6/ « Les funambules » (Lucie Giron - LHSS)

M., dame SDF vers gare du Nord, de l'Est, âgée de 75 ans, orientée par Lariboisière. Elle est arrivée chez nous, on pensait qu'elle ne resterait pas mais elle est restée. Elle est restée un mois, avec les Captifs, on a mis en place une coordination, avec l'EMPP, au niveau social on a essayé de rouvrir ses droits, on a réussi à faire ça avec les Captifs. Fuyante, adhérente mais pas trop, ça tenait sur un fil. Dès qu'elle a eu sa carte bancaire, elle a disparu. Je vois la coordination des acteurs : il y a eu un bon rassemblement de tous les acteurs, mais c'était pas du tout son rythme à elle. Se pose la question d'une prise en charge psy face à une dame qui est dans la non-demande mais qui avait besoin d'une prise en charge psy. Elle est repartie à gare du Nord. Je l'ai revue il a quelques jours. Les enjeux : sa non-demande, le fait que ce soit fragile, la prise en charge psy nécessaire.

7/ « En attente éteinte » (Lucie Giron - LHSS)

C'est un monsieur Ivoirien, mal voyant, arrivé chez nous il y a 1 mois, il a entre 50 et 60 ans, pas de papier, il a une AME, pas de passeport, orienté par Lariboisière pour une décompensation d'insuffisance cardiaque. Il était connu des Enfants du Canal. Il a passé plus de 20 ans à la rue, il ne parle avec personne, il parle tout seul, il se met dans des coins, dans des endroits intéressants dans le centre : il se met dans la salle d'attente face aux professionnels, il reste là toute la journée, il ne fait rien. Il y a un problème d'hygiène : il sort en pyjama, avec un gros manteau et sans rien en dessous. Il pue. Il n'y a pas d'accompagnement social, il ne demande rien, il dit qu'il est foutu, il a seulement demandé de faire en sorte de téléphoner au pays, on lui a acheté une carte. Un ami lui a apporté un téléphone portable. Il paraît très isolé mais il a un gros réseau dans la rue. Il bénéficie d'une grosse solidarité du voisinage dans la rue. Je ne sais pas quoi en penser. Cela pose la question de la prise de traitement à la rue. On ne sait pas quoi faire ; faut-il faire un SIAO ? Il ne comprend pas quand on cherche à lui expliquer. C'est toute l'histoire de la non-demande, de l'émergence d'un projet.

8/ « La femme mystère, l'impossible lien » (Hervé Mouden - SNCF)

M.-J., une femme, semble dans la 4ème dimension. Elle est à Gare du Nord et aux alentours, 50 ans, elle disparaît et apparaît, assise dans l'espace attente avec une énorme valise. On a eu une période où elle restait devant la gare, dans un rôle de maman : elle s'appelait elle-même « maman », il y avait pas mal de gens autour d'elle, plus jeunes, elle gérait le groupe, gardait les vêtements. Maintenant elle est seule, mystique, elle est en relation avec de hautes autorités divines, des entités invisibles. On lui demande de respecter les lieux, de ne pas prendre de place. On lui parle peu, on la salue. On est obligé d'intervenir quand elle prend de la place dans la salle d'attente, et là elle est agressive. Elle ne veut pas discuter avec nous (policière en civil et moi), elle nous a fait savoir que l'on n'était pas digne de travailler avec elle, c'est très mystérieux, on ne sait pas où elle va. Voyage pathologique ?

9/ « Coordination des acteurs autour d'une mise en danger » (Corinne Taieb - Samusocial)

Monsieur C., qui a 44 ans et qui en fait 15 de plus. À la rue depuis 20 ans, il présente plusieurs problèmes psy, psychose infantile, et puis des problèmes somatiques. Il est actuellement dans un LHSS. C'est une personne qui ne tient plus en structure d'hébergement. Il vit dans le 13ème, il est dans la non-demande, s'alcoolise énormément, on est plusieurs acteurs à être sur la situation, ça marche bien la coordination. Il est accompagné toute la journée et toute la nuit, il est trouvé sur son lieu de vie, il a une désorientation spatio-temporelle. En refus de soin, il ne se laisse pas faire. Il ne tient pas en CHU. Il est très connu des pompiers, il a fait plusieurs hypothermies. On temporise avec le psychiatre, mais ça ne tient qu'à un fil. On va faire une réunion de synthèse SIAO la semaine prochaine, avec l'ensemble des acteurs (CMP, maraude, hébergement... 20 acteurs), une commission technique de l'urgence (CDU), pour aborder la question de l'hospitalisation sous contrainte.

La CDU a eu lieu, elle a rassemblé 22 acteurs. La décision a été prise de le faire hospitaliser sous contrainte il a 10 jours (le 15 juin). Il est parti sans opposition. Il ne

s'est pas opposé le jour de son transfert. D'habitude, à 9h30, il quitte le LHSS et va sur son lieu de vie dans le 13^{ème}. Là il a fait le tour du service, il a tenu à dire au revoir. C'est une belle réussite. Une décision qu'on a tous pris ensemble.

10/ « Il est encore ressorti : le revenant » (Pierre-Denis Yvert - Captifs)

Monsieur, fréquente l'ESI, d'origine éthiopienne, il a des problèmes d'élocution, il verbalise très peu, il est aphasique. Son état de santé est aléatoire, il y a des moments biens et des moments plus dégradés. Au mois de décembre, il a été hospitalisé, on l'a amené trois fois aux urgences et par trois fois on l'a retrouvé dehors, dans un fauteuil roulant, devant les urgences, dans la même journée. C'était une situation difficile, on s'est senti dans l'incompréhension avec les urgences, il était dans un état inquiétant et le laisser trois fois dehors, ça symbolise l'incompréhension entre médical et social.

11/ « L'ivresse et la fuite » (Caroline Aparicio - PASS)

M. W., à la rue depuis longtemps, alcoolique, il vient à la Lariboisière (aux urgences et à la polyclinique), en état d'ivresse aiguë. Du coup, on n'arrive pas à lui offrir du soin, même à parler d'autre chose... C'est un monsieur qui se néglige. Il a eu un problème au genou (c'est un solide), à ce moment là, je l'ai vu (à la PASS) et j'ai appelé le rhumatologue mais il n'est venu qu'en fin d'après-midi, il était parti. J'ai pris contact avec les Captifs, du coup il est revenu le lendemain, accompagné par quelqu'un des Captifs, on a pu traiter le genou. Ça aurait pu être l'occasion de faire autre chose, mais non. Quand j'ai un patient de la rue qui vient, on essaye d'aborder les autres problèmes. D'aller voir une assistante sociale, de parler logement, alcool... A la PASS, on a fait le choix de voir tout le monde ensemble, on les appelle Monsieur, ici, ils sont une personne au sein d'un cabinet médical. Quand ils sont malades et qu'ils ont besoin de soin, on essaye d'attraper autre chose. Je suis en difficulté quand je ne peux même pas faire ça, juste faire un pansement. Mais on sait que même le pansement, il ne va pas tenir, ça ne sert à rien le soin si on ne fait pas le reste.

Il a été hospitalisé en rhumatologie, puis a été de retour à la rue, retour à la case départ.

12) « Le soin impossible » (Bertrand Galichon - Urgences)

Je reprends le récit de Hugon Huon (séance du 19 mai), sous un autre jour. C'est un monsieur qui a un ulcère à la jambe. Il a été pris tard dans la nuit. On découvre de multiples bactéries multi-résistantes. Il fallait une demi-heure pour s'habiller et sortir de la chambre (à cause des bactéries). Or, dans la nuit, il est ressorti. Il est hors de question qu'il soit réadmis et pose un vrai problème de santé publique car il porte des bactéries qui résistent à tout. On a donné des antibiotiques exceptionnels et on a donc aggravé la situation. C'est un homme dans le refus violent des soins. Il est totalement insaisissable. L'enjeu : le soin impossible.

13) « Isolement des équipes de nuit : découragement et rejet » (Hugon Huon - Urgences)

C'est un monsieur qui utilise les urgences de manière conventionnelle. C'est un cas sur le travail partenarial de nuit : quasi-inexistant. M. I, il a un ulcère à la jambe gauche. Il faut tout négocier, les hospitalisations, il vient avec les pompiers mais à sa

demande. Non-demande mais en demande quand même. Un soir ; il vient, 24 de tension, négociation avec le secteur pour qu'ils le prennent. Il est arrivé à minuit et il a été pris par le secteur à 5 heures du matin. Pendant ce temps là, on traite le symptôme. La nuit, on ne sait pas orienter et du coup, tout ce que tu fais, ça sert à rien. Ils viennent avec des injures, est-ce que c'est à nous de les laver ? Il nous faudrait des hébergements ou des accueils qui permettent de prendre le relais des paramédicaux. Il y a une censure dès la secrétaire des urgences. Faut-il les soigner ou pas, ça se discute, sachant qu'il repartira après et que cela ne servira à rien. Le travail en partenariat qui permettrait de pallier le problème de l'accueil.

14) « Ambivalence entre demande et non-demande » (Cynthia Ahyi - Captifs)

M., 60 ans, anglais, arrivé en France dans les années 70. Le rapport à la langue française est difficile. Il est dans la non-demande mais son état incite à s'en occuper. On sent qu'il est en souffrance. On a travaillé sur l'hygiène à son arrivée à l'ESI. Il a commencé à venir sur l'ESI, pour prendre sa douche et au fur et à mesure il est venu davantage. Il se familiarisait avec le lieu mais il y avait des soucis de socialisation, il mettait mal à l'aise les autres. Au fur et à mesure, il a pu s'adapter et être dans la demande, verbaliser la demande d'être hospitalisé. Il a accepté d'être hospitalisé 3-4 jours, mais cela a débouché sur un refus d'aller en LHSS. Non-demande et demande, ça dépend des moments. On sent le problème psy. Il y a des solutions mais il les refuse. La plupart des choses qu'on lui propose, il les met en échec.

15) « Un demande de contention ? » (Vincent Follet - Gaïa)

Monsieur qui est venu pour la première fois chez nous il y a deux ans, en sortie de prison. C'est une réception sans rendez-vous. Il venait pour son traitement de substitution. Il avait un discours délirant, violent dans les propos sans être agressif avec nous, fasciné par la violence, les armes, la possibilité de tuer des gens, etc. On a l'habitude donc on n'a pas trop rebondi. Il a posé des difficultés car il s'alcoolisait beaucoup. Il a fait des allers-retours en prison. J'ai pu aller le voir en prison, ce qui a renforcé le lien. Ça a renforcé le lien et j'en ai su plus sur son parcours : il raconte qu'il n'a pas connu son père, qu'il a été élevé par son grand-père, qu'il passait la journée à se taper la tête contre les murs. Il a été placé en institution, il est sorti à 18 ans. Il a du mal à se positionner dans sa famille. Il parle de l'armée, du fait qu'il a été au Tchad, en Guyane. Mais on ne sait jamais trop. C'est un grand gaillard, très baraqué. Il a eu trois enfants, de trois femmes différentes, et a donc eu une sociabilité. Il est à la rue depuis longtemps. Il s'alcoolise, prend des « benzo », fume du crack. Il pose problème dans la rue, fait peur aux autres, tout le monde a une histoire à raconter sur lui, de bagarre. Il se maintient dans le groupe de gare du Nord. L'équipe a du mal à gérer, il est violent autour du bus méthadone, il commence à être agressif. Du fait que j'ai été le voir en prison, ça a resserré les liens. C'est une relation un peu paternaliste, je réussis à le contenir un peu. A sa demande, on l'a emmené au CPOA, en le cajolant, ça a été toute une histoire. Il était plutôt content, il voulait aller en psychiatrie, il disait « soit il faut m'interner en prison ou en psychiatrie, sinon je vais me tuer ou tuer quelqu'un ». Il a une fascination pour les armes ou pour les attentats. Il ne prend pas tellement conscience de ses actes.

On l'a accompagné au CPOA mais on a des difficultés avec le CPOA pour inclure les personnes suivies chez nous car elles sont défoncés : au CPOA ils n'aiment pas, ils l'ont renvoyé à Cochin pour des soins somatiques. Ils lui ont trouvé une pneumopathie, ils l'ont renvoyé au CPOA mais il a refusé. Je l'ai revu la semaine dernière sur le bus, il s'en est pris à moi de façon agressive en me reprochant de ne pas l'avoir interné. Il est venu au bus, il a mis des coups de poing. Il a 42 ans. Il finit très souvent aux urgences pour des overdoses, alcool/benzo. Il a des tendances agressives qu'il essaie de faire taire avec alcool et drogues. On l'a exclu. C'est le problème de la violence, c'est un facteur d'exclusion. Comment on gère la violence dans l'institution, jusqu'où on peut accepter la violence des personnes ?

16) « Quelle orientation pour une pathologie lourde et des soins quotidiens ? » (Alice Patouillard - Captifs)

Il s'agit de la suite du cas n°2 du 19/05/16 : Igor. C'est un monsieur pour lequel on avait avancé relativement rapidement : on l'a rencontré Gare de l'Est, rapidement mené sur l'ESI, puis pour un déparasitage. On a compris qu'il était porteur de maladies graves et en demande de soins, malgré ses problèmes de langage. Il a été hospitalisé à Lariboisière. On a demandé un LHSS mais il n'y avait pas de place. On a trouvé un hébergement en CHU au sein de l'ancien Hôpital Saint Vincent de Paul : le CED (Aurore). Le problème : déjà c'est un peu lourd car une fois par semaine on va chercher à Lariboisière ses médicaments, qui le tiennent en vie. Il cumule trois pathologies somatiques. Il y a un problème du point de vue psy, il est probablement schizophrène, il délire à plein tube. Il est très anxieux à l'égard de ses pathologies. Ce week-end il a fait chaud, ne s'est pas hydraté, s'est senti mal, anxieux, cela a pris des proportions très importantes. Il a été conduit à Cochin en somatique.

Le problème des hébergements : il n'y a pas d'équipe le week-end. Il n'a peut être pas eu son traitement. Les équipes ne sont pas assez nombreuses. Je suis allée à Cochin. L'équipe soignante m'a très mal reçue, le médecin très méprisant. Igor allait se barrer, il avait déjà son manteau d'hiver. Je l'ai raccompagné mais hier soir il est à nouveau parti. Un neuroleptique a été introduit mais il y a aussi le problème cardiaque. Ce n'est pas suffisant. Le problème que je pose : le manque de pluridisciplinarité. Il manque des représentation pluridisciplinaire au sein des équipes sociales dans les centres d'hébergement, il n'y a que des personnels sociaux, ils ne savent pas gérer la prise de médicaments. En fait, l'hébergement n'est peut-être pas adapté, il faudrait qu'il soit en hôpital psychiatrique. Mais il faut voir les HP... Là, on est passé par le SIAO. Mais il ne relève pas d'un LHSS. Il se rapproche du handicap plus que de la rue, mais il faudrait passer par la COTOREP, il n'est pas reconnu MDPH. Il n'a pas de papier donc la MDPH ce n'est pas possible. L'AME est en cours. On a pensé aux appartements thérapeutiques (ACT). Il a des grosses pathologies : VIH et cardiaque. Mais il y a le problème des pathologies psy : quel rôle du SIAO ?

17) « Le polyglotte, quelle orientation ? » (Caroline Aparicio - PASS)

B., c'est un patient Russe, en France depuis pas longtemps, atteint du sida. Il parle russe et allemand, on lui a fait un bilan mais ce monsieur était délirant et confus. On

l'a vu pour la première fois accompagné par les Captifs. Il est schizophrène, il a une maladie du cœur qui envoie des caillots au cerveau. Du point de vue médical on aurait dû l'orienter vers les Urgences. Ce Monsieur n'aurait pas dû passer 15 jours de plus dans la rue, dans cet état. Ce cas représente sûrement un problème intra-hospitalier... celui de la frontière entre le patient qui doit aller aux Urgences et celui qui doit aller à la PASS. C'est une vraie question pour les accompagnants.

18) « Difficulté de prise en charge face à la maladie psychique » (Anne Beurel - PASS)

Mr G., est venu pour une pathologie dermato, ça se passait bien mais plus on progresse dans la démarche plus on découvre... il dit avoir perdu son domicile car il a refusé de payer son loyer et a été expulsé car il refusait de payer parce qu'il fallait faire des travaux. Il a une femme et des enfants en région parisienne : les voit-il ? Il a des problèmes psychiatriques, il parle tout seul, c'est le seul SDF que je connaisse qui ne boit pas, qui est végétarien. Il est dans un délire, il dit que nous ne l'aidons pas, que le juge a dit qu'il fallait lui donner un logement et qu'on doit lui donner, et du coup, les relations se sont beaucoup compliquées. Il est un peu opposant, il veut des traitements, il veut un médicament qu'il ne peut pas prendre. On ne sait plus quoi faire, on ne sait plus quoi lui proposer ; il est devenu végétarien mais il a pris 20 kilos. Et il ne guérit pas et on ne comprend pas pourquoi. On ne lui propose plus grand-chose.

19) « Quelle confiance après l'hospitalisation sous contrainte » (Guillaume Souchet - EMPP)

Monsieur qui est hébergé en centre d'urgence, Cubain, a eu un enfant avec une femme française, qui a des papiers, qui a décompensé, il a vécu longtemps en rue. Les équipes de maraude le connaissent. Il est hébergé mais manifeste des troubles psy. On est intervenu à la demande du centre d'hébergement. On a voulu travailler avec l'alliance (adhésion) de la personne. Les crises étaient de plus en plus ingérables pour le centre d'hébergement. Il y a eu nécessité de faire intervenir les forces de police pour qu'il aille se soigner. Il a été hospitalisé pendant plusieurs mois. Il a tenu un an, et puis re-rupture de traitement et on ré-intervient. Il est revenu au CHU mais il ne veut plus avoir à faire à nous. C'est en lien avec le fait que l'on ait appelé la police. Le médecin ou le CMP doivent se déplacer pour éviter que ça pète au centre d'hébergement.

3. Compte-rendu de la séance de recherche-action du 19 mai 2016

Présents : Cynthia AHYI (Educatrice spécialisée, Aux captifs la libération), Hervé MOUDEN (Référént social, SNCF), Corinne TAIEB (Responsable maraude et 115 nuit, Samusocial de Paris), Dr Caroline APARICIO (Médecin, PASS Lariboisière), Anne BEUREL (Infirmière, PASS Lariboisière), Brigitte APPE (Assistante de service sociale, PASS Lariboisière), Hugo HUON (Infirmier, Urgences Lariboisière), Lucie GIRON (Assistante de service social, LHSS Maubeuge, Groupe SOS), Pierre-Denis YVERT (maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération), Marielle BOUTARI (stagiaire, LHSS Maubeuge, groupe SOS), Alice PATOUILLARD (Infirmière maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération), Guillaume SOUCHET (Infirmier, EMPP Maison Blanche), Anne PETIAU (Sociologue, CERA), Claire HEIJBOER (Chercheur, CERA).

Le récit retenu

Parmi les récits proposés par les participants, celui retenu par le groupe est le numéro 2, proposé par le Dr Caroline Aparicio :

« Le polyglotte, quelle orientation ? » (Caroline)

Analyse

Tableau 1 : Parcours de Boris dans les sphères médicale, sociale et psychiatrique

Boris présente une situation complexe, avec une intrication de problèmes. Le tableau donne une lecture de son parcours d'accompagnement, qui fait intervenir des professionnels et services de trois champs professionnels :

	Sphère du Médical	Sphère du social	Sphère du psychiatrique
Freins à l'accompagnement ou la prise en charge (ce qui est nécessaire aux professionnels pour accompagner ou prendre en charge Boris)	<ul style="list-style-type: none"> - Langue - Papiers - Ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - Langue - Papiers - Identité - Histoire, parcours de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Langue - Demande
Porte d'entrée dans la sphère (par quel biais Boris est-il entré dans un accompagnement ou une prise en charge, dans chacune des sphères)	Déparasitage (Accompagnement par l'ESI)	Occupation de l'espace (Repérage par la SNCF et signalement à la maraude Maquéro)	Hospitalisation infectiologie (Consultation psychiatre pendant l'hospitalisation)

Levier (Situation ou moment identifié comme une opportunité pour débiter une prise en charge ou un accompagnement)	Hospitalisation en infectiologie	Hospitalisation en infectiologie	Hospitalisation en infectiologie
Rôle de la personne (Boris adresse-t-il une demande aux acteurs de la sphère ? Quel rôle assume-t-il dans sa prise en charge ?)	Demande de soin (VIH, parasites)	Non-demande (mais adhésion générale)	Non demande

Tableau 2 : Les axes de force et de faiblesse de la coordination des acteurs autour de l'accompagnement de Boris

	Points forts	Points faibles
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup d'acteurs mobilisés - Bonne communication - Rencontres physiques entre partenaires - Soutien mutuel entre partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Compréhension mutuelle perfectible : des langages professionnels différents - Connaissance partagée : jusqu'où ? - Accompagnement de Boris en cours (quid de la suite ?)

Prolongement de l'analyse : Partenariat, réseau ou parcours ?

Plusieurs chercheurs qui ont étudié la coordination en travail social et en santé, proposent de distinguer le partenariat, le réseau et le parcours comme trois modalités particulières de collaboration. La coordination des acteurs autour de l'accompagnement de Boris analysée s'apparente à un fonctionnement en réseau plutôt qu'en partenariat ou en parcours.

Pistes pratiques

- Travailler avec des professionnels de la psychiatrie.
- S'interroger sur la finalité de la prise en charge ou de l'accompagnement, sur la sortie de parcours.
- Prendre en compte les souhaits et les capacités de la personne.
- Faire émerger la demande.

- **Faciliter la communication, l'écoute, la mutualisation.**
- **Passer le relais pour éviter épuisement et découragement.**
- **Analyser les pratiques.**

4. Compte-rendu de la séance de recherche-action du 12 juillet

Présents : Cynthia AHYI (Educatrice spécialisée, Aux captifs la libération, Vincent FOLLET (éducateur spécialisé, référent prison, CSAPA Gaïa), Lucie GIRON (Assistante de service social, LHSS Maubeuge, Groupe SOS), Hugo HUON (Infirmier, Urgences Lariboisière), Marie LOISON-LERUSTE (Sociologue, Université Paris 13 et LISE), Alice PATOUILLARD (Infirmière maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération), Anne PETIAU (Sociologue, CERA et LISE), Corinne TAIEB (Responsable maraude et 115 nuit, Samusocial de Paris), Pierre-Denis YVERT (maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération).

Le récit retenu

Parmi les récits proposés par les participants, celui retenu par le groupe est le numéro 4, proposé par Vincent Follet, qui porte sur l'accompagnement d'un homme que nous nommerons ici Karim¹⁶¹. Le groupe intitule ce récit :

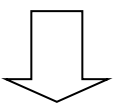
« Une demande de contention ? »

Analyse

Les trois tableaux qui suivent rendent compte des interprétations du groupe. Il a été produit en repérant les convergences et les divergences des différentes interprétations proposées, et en les organisant par thèmes. Les deux colonnes doivent être comprises comme deux options distinctes de compréhension d'une même situation (sachant que la réflexion d'une même personne peut osciller d'un pôle à un autre).

Types d'institution	Totales Systèmes d'organisation coupés du monde extérieur, recourant peu au partenariat (cf. E. Goffman, F. Dhume)	Perméables
	Prison Hôpital Armée	Visites en prison et à l'hôpital

¹⁶¹ Le prénom est modifié pour conserver l'anonymat.

Type d'explication	Causes psychologiques et psychiatriques	Causes sociales	Causes organisationnelles
	Transfert, psychose infantile, état-limite, borderline, psychopathie, auto-exclusion  Pré-requis au lien ? Violence	Liens sociaux qui offrent protection et reconnaissance (cf. théorie des liens sociaux de S. Paugam) : filiation, participation électorale (amis, conjoint, voisinage), participation organique (travail), citoyenneté. Violence	Segmentation du secteur, ping-pong entre services et structures, non-continuité de la prise en charge, fonctionnements institutionnels Violence

	Individu	Equipe
Pratiques professionnelles	Seul	Soutenante
	Isolement	Partenariat
	Travail avec ELP, Captifs, psychiatrie ?	CPOA, visites, Sleepin
	Référent de parcours "interne"	Référent de parcours, de territoire, gestionnaire de cas
	Personnalisation	Objectivation
	Rapport personnel à l'utilisateur	Distance professionnelle, partenariat

Prolongement de l'analyse

Plusieurs concepts et approches théoriques sont mobilisés et discutés pour poursuivre l'analyse :

- La théorie des liens sociaux de S. Paugam¹⁶².
- Les analyses portant sur le développement de la notion de « santé mentale », les relations entre travail social et psychiatrie, l'analyse critique du risque de « psychiatrisation de la question sociale »¹⁶³.

¹⁶² S. Paugam, *Le lien social*, PUF (Que Sais-je ?), 2008.

- Les différentes figures de référents et coordonnateurs de parcours analysées par L. Hénaut et M.-A. Bloch¹⁶⁴.
- Les analyses portant sur la personnalisation / l'objectivation des rapports sociaux dans les relations entre professionnels du travail social et usagers.¹⁶⁵

Pistes pratiques

- Contacter les structures qui ont été en relation avec Karim pour réinterroger son parcours (IMP, ASE, etc.).
- Travailler avec les partenaires qui ont été en relation avec Karim (Captifs notamment).
- Proposer des hébergements adaptés : durables et/ou où l'usage des produits est permis (ex : La Bergerie, cliniques de psychothérapie institutionnelle La Chesnaie et La Borde).
- Proposer des médiations à Karim (activité sportive par exemple).
- En cas d'emprisonnement, travailler en lien avec le SMPR.
- Solliciter le SIAO pour organiser une Commission Technique de l'Urgence (CTU) autour de la situation de Karim.
- Travailler durablement en partenariat avec la psychiatrie : EMPP, ELP, CPOA.

¹⁶³ F. Dhume, *RMI et psychiatrie, deux continents à la dérive ?*, L'Harmattan, 1997 ; J.-P. Arveiller et A. Mercuel, *Santé mentale et précarité : Aller vers et rétablir*, Médecine Science Publication (Les cahiers de Sainte Anne), 2011 ; M. Bresson, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, n°115, 2003/2, p. 311-326.

¹⁶⁴ L. Hénaut, M.-A. Bloch, *Coordination et parcours*, Paris, Dunod, 2014.

¹⁶⁵ I. Astier, « Qu'est-ce qu'un travail public ? Le cas des métiers de la ville et de l'insertion », dans J. Ion (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte, 2005 ; Schütz G. (2012), « Mobiliser par l'affect : contraintes et ressources de l'encadrement intermédiaire de prestations de services peu qualifiées », *Sociologie du travail*, n° 54, pp. 70-91 ; Hart J. & Muchielli A. (1994), *Soigner l'hôpital. Diagnostic de crise et traitements de choc*, Paris, Lamarre.

5. Compte-rendu de la séance de recherche-action du 28 juin 2016

Présents : Dr Caroline APARICIO (Médecin, PASS Lariboisière), Brigitte APPE (Assistante de service sociale, PASS Lariboisière), Yannick CHIGNIER (Chef de service, CAMRES), Dr Bertrand GALICHON (Médecin, Urgences Lariboisière), Corinne FRISCAUX (Infirmière, EMPP Maison Blanche), Lucie GIRON (Assistante de service social, LHSS Maubeuge, Groupe SOS), Marie LOISON-LERUSTE (Sociologue, Université Paris 13 et LISE), Hervé MOUDEN (Référént social, SNCF), Alice PATOUILLARD (Infirmière maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération), Anne PETIAU (Sociologue, CERA et LISE), Corinne TAIEB (Responsable maraude et 115 nuit, Samusocial de Paris), Caroline TOUSSAINT (Infirmière, PASS Lariboisière), Pierre-Denis YVERT (maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération).

Le récit retenu

Parmi les récits proposés par les participants, celui retenu par le groupe est le numéro 7, proposé par Lucie Giron (LHSS), qui porte sur l'accompagnement d'un homme de nationalité Ivoirienne que nous nommerons ici Ange¹⁶⁶. Le groupe intitule ce récit :

« **En attente éteinte** »

Analyse

Les quatre tableaux qui suivent rendent compte des interprétations du groupe. Il a été produit en repérant les convergences et les divergences des différentes interprétations proposées, et en les organisant par thèmes. Les deux colonnes doivent être comprises comme deux options distinctes de compréhension d'une même situation (sachant que la réflexion d'une même personne peut osciller d'un pôle à un autre).

	Isolé (et/ou fragile)	Entouré
Liens sociaux Isolé ou entouré ?	Seul	Amis, Voisins, habitants Réseau d'acteurs professionnels (EDC, LHSS Esquirolles et Maubeuge, hôpital)
	20 ans de rue : désocialisation	Resocialisation dans le monde de la rue
	Immigration (côté d'Ivoire)	Amis

¹⁶⁶ Le prénom est modifié pour conserver l'anonymat.

	Distance culturelle	Appartenance culturelle
	Handicap	
	Se rend inaudible	
	Inconnus : famille, enfant ? Fragilité des informations	

Non-recours Choisi ou contraint ?	Contraint	Choisi
	Passivité Manque de but	Activité, mobilité Adaptation Stratégies Tactiques Refus du stigmat
	Manque d'adhésion	Adhésion partielle (hébergement, soin)
	Pathologie psychiatrique ?	Rationalité (gestion nourriture, solitude choisie, appropriation du territoire)
	Cécité	
	Pas de papier...	...Hors AME
	Non-recours partiel	

Accompagnement : faire avec ou faire à la place ?	Faire sans	Faire avec
	Danger pour soi/pour autrui : - Pathologies lourdes	Pas de danger pour soi/pour autrui : - Dignité - Droit au risque - Laisser du temps, attendre le bon moment
	Quel accompagnement ?	
	Logique de guichet	Aller vers, innover
	Accompagnement individuel	Accompagnement collectif
Impact du genre ?		

	Faire seul	Faire ensemble
Coordination Faire ensemble ou faire seul ?	Peu de communication et de partage d'informations Pas de rencontre avec EDC en présence de la personne	Lien avec l'éducateur des Enfants du Canal
	Pas de communication entre les territoires	
	Effet de concurrence entre structures et secteurs ?	

Prolongement de l'analyse

Plusieurs concepts et approches théoriques sont mobilisés et discutés pour poursuivre l'analyse :

- Le concept de non-recours, tel que défini par P. Warin dans le cadre de l'ODENORE¹⁶⁷, qui distingue notamment le non-recours choisi et contraint.
- L'analyse des modalités d'accompagnement dans le secteur AHI proposée par E. Gardella et D. Cefai¹⁶⁸.
- L'analyse des concurrences dans le secteur associatif de M. Loison-Leruste et M. Hély.¹⁶⁹
- Les notions de partenariat, réseau et parcours¹⁷⁰, abordés lors de la séance du 19 mai.

Pistes pratiques

- Proposer des consultations : cardiologie, ophtalmologie ; l'accompagner pour faire le lien avec l'hôpital.
- Proposer une rencontre avec un ethnopsychiatre, pour une évaluation neuro-psy.
- Proposer des ateliers, des prises en charge groupales, des médiations thérapeutiques.

¹⁶⁷ Observatoire du non-recours aux droits sociaux.

¹⁶⁸ *L'urgence sociale en action*, La Découverte, 2011.

¹⁶⁹ M. Loison-Leruste et M. Hély, « Des entreprises associatives en concurrence : le cas de la lutte contre l'exclusion », in Hély M. et Simonet M., *Le travail associatif*, Paris, PUN, p. 191-207, 2013.

¹⁷⁰ F. Dhume, *Du travail social au travail ensemble*, ASH Editions, 2010 ; L. Hénaut, M.-A. Bloch, *Coordination et parcours*, Paris, Dunod, 2014.

- Rechercher les professionnels et soignants qui ont été en relation avec Ange et organiser une réunion de synthèse.
- Organiser un groupe-ressource pluri professionnel, qui pourrait se réunir pour rechercher des solutions conjointement pour les cas complexes ; mettre en place des procédures adaptées pour ce genre de cas.
- Informer par mot sur les lieux de vie lorsqu'une personne sans-domicile rejoint un hébergement.

6. Compte-rendu de la séance de recherche-action du 27 septembre

Présents : Dr Caroline APARICIO (Médecin, PASS Lariboisière), Cynthia AHYI (Educatrice spécialisée, ESI Aux captifs la libération), Brigitte APPE (Assistante de service sociale, PASS Lariboisière), Jean-Baptiste BOLLENS (DASES/DST Nord), Laure BOSMAN (Coordinatrice des maraudes Nord, Samusocial de Paris) Yannick CHIGNIER (Chef de service, CAMRES), Priyanka FRANCOIS-HAUGRIN (Stagiaire Assistante de service social, PASS Lariboisière), Vincent FOLLET (éducateur spécialisé, référent prison, CSAPA Gaïa), Lucie GIRON (Assistante de service social, LHSS Maubeuge, Groupe SOS), Claire HEIJBOER (Chercheur, CERA), Hugo HUON (Infirmier, Urgences Lariboisière), Marine IBAS-RAMOS (Psychiatre, EMPP Maison Blanche), Hervé MOUDEN (Référént social, SNCF), Alice PATOUILLARD (Infirmière maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération), Anne PETIAU (Sociologue, CERA et LISE), Guillaume SOUCHET (Infirmier, EMPP Maison Blanche), Corinne TAIEB (Responsable maraude et 115 nuit, Samusocial de Paris), Caroline TOUSSAINT (Infirmière référente, PASS Lariboisière), Pierre-Denis YVERT (maraude interdisciplinaire projet Maquéro, Aux captifs la libération).

Le récit retenu

Le groupe décide de travailler sur un récit proposé précédemment par Hugon Huon :

« Isolement des équipes de nuit : découragement et rejet »

Analyse

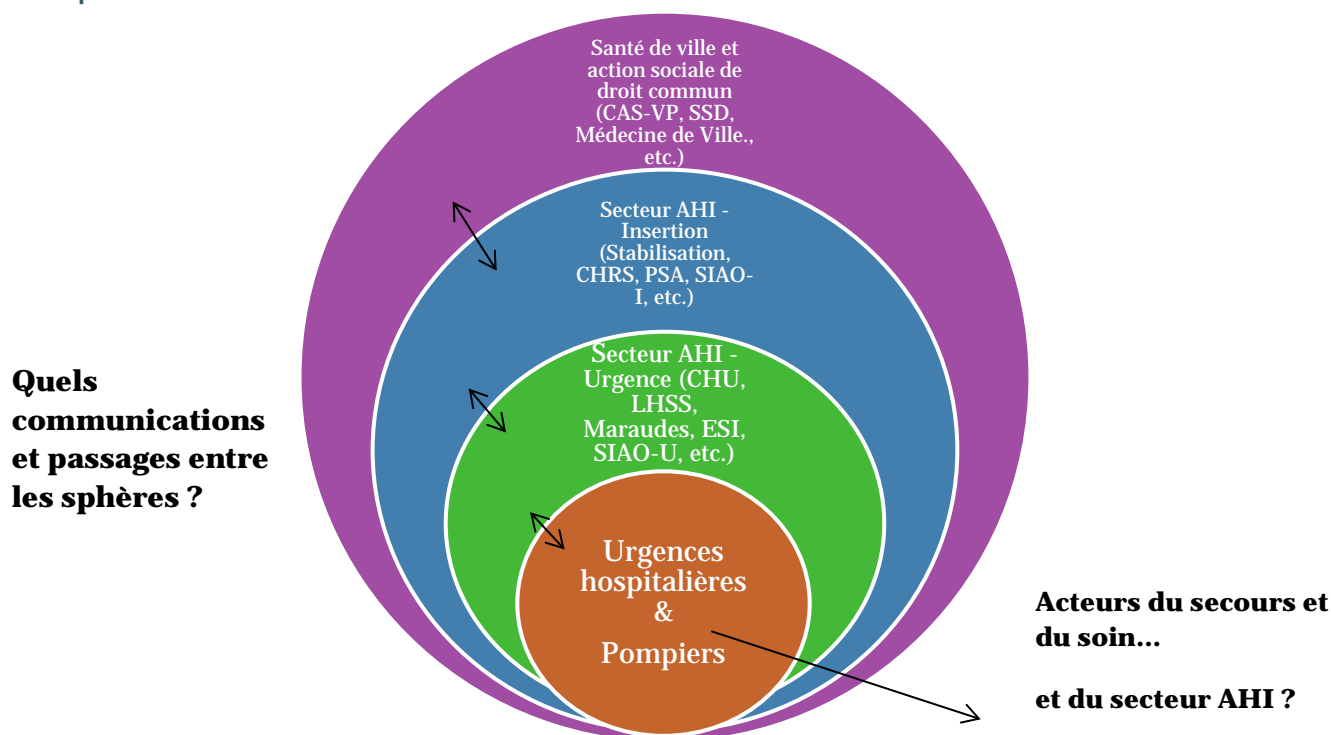
Les trois tableaux qui suivent rendent compte des interprétations du groupe. Il a été produit en repérant les convergences et les divergences des différentes interprétations proposées, et en les organisant par thème. Les trois colonnes doivent être comprises comme deux options distinctes de compréhension d'une même situation (sachant que la réflexion d'une même personne peut osciller d'un pôle à un autre).

	Niveaux interpersonnel et institutionnel	Niveau organisationnel	La personne (usager/patient)
Violence	<ul style="list-style-type: none"> - Evitement de la violence et des incivilités 	<ul style="list-style-type: none"> - Discrimination - Exclusion des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Refus de soin
Demande et organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une demande, d'un lien (usager/patient) - Demande erronée/réponse erronée 	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital substitut à l'hébergement (fonction par défaut) - Segmentation, cloisonnement, fonctionnement en tuyaux d'orgue - Faible accessibilité handicap du secteur social 	Peu d'infos sur la personne
Equipe, partenariat et coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement des équipes médicale et paramédicale à l'hôpital - Pas d'équipe sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - SIAO saturé : non recours des équipes - Faible coordination des acteurs 	



« Ping-pong », renvoi mutuel entre services ou institutions Quid de ses perceptions, motivations, choix ?

Figure 2 : Place des urgences médicales dans le secteur AHI et liens entre les sphères



Prolongement de l'analyse

Plusieurs concepts et approches théoriques sont mobilisés et discutés pour poursuivre l'analyse :

- Les notions de niveaux interpersonnel, institutionnel, organisationnel.
- Les analyses de la discrimination dans l'accès aux soins des personnes sans domicile¹⁷¹.
- Les analyses portant sur la segmentation du secteur de l'hébergement et de l'urgence, « l'effet Mathieu » conduisant à « donner plus à ceux qui ont plus ». ¹⁷²
- Les notions de dignité et de visibilité, en lien avec les théories de la reconnaissance¹⁷³.

Pistes pratiques

- Réhabiliter la fonction de « référent social » aux Urgences, notamment la nuit

¹⁷¹ Pierre Chauvin, Pascale Estecahandy, Vincent Girard, *La santé des personnes sans chez-soi*, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, 2009.

¹⁷² C. Brousse, « Le réseau d'aide aux sans domicile: un univers segmenté », *Economie et Statistique*, n°391-392, p. 15-34, 2006 ; J. Damon, *La question SDF. Critique d'une action publique*, PUF, 2012 ; P. Bruneteaux, « L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés contemporaines*, n°63, 2006/3 ; E. Gardella et D. Cefaï, *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*, La Découverte, 2011.

¹⁷³ A. Gueguen, G. Malochet, *Les théories de la reconnaissance*, Paris, La Découverte, 2014.

- Mettre en place un accueil spécifique à l'hôpital pour les personnes sans domicile (réduction de l'attente, accès priorisé à des « lits-porte », orientation vers les services adaptés tels que LHSS, psychiatrie, etc.).
- Utiliser / mettre en œuvre des réunions permettant de faire l'analyse de situations entre partenaires, d'améliorer la coordination des acteurs et de prévenir ainsi les recours inadaptés aux Urgences. Plusieurs options sont discutées :
 - Augmenter la fréquence des réunions de coordination des maraudes
 - Saisir davantage la commission technique de l'Urgence du SIAO
 - Créer une autre instance sur l'arrondissement, se réunissant régulièrement (tous les deux mois par exemple), complémentaire aux autres et à la Cellule de veille sociale du 10^{ème}.
- Améliorer l'accueil psychiatrique d'Urgence, en lien avec les dispositifs existants (CPOA, CAC).



Le Centre d'Etude et de Recherche Appliquées (CERA) mène des études et recherches dans les champs de l'Economie Sociale et Solidaire, de l'Action Sociale, Educative et Médico Sociale, de la Santé et de la Médiation.

Créé en 2013 par BUC Ressources, le CERA est depuis 2015 l'unité de recherche de trois centres de formations et de recherche professionnelle :

- L'Association CEREP PHYMENTIN et son centre de formation le COPES, situé au 26 Boulevard Brune - 75014 PARIS, www.copes.fr
- le centre de Formation ST Honoré situé au 42-44 Rue de Romainville - 75019 PARIS, www.stoh.org
- le Campus des métiers du social BUC Ressources situé au 1, bis rue Louis Massotte - 78530 BUC, www.buc-ressources.org

Le CERA est sous la responsabilité de :

Anne Petiau

01 39 20 78 69

06 84 40 40 92

anne.petiau@buc-ressources.org

<https://www.buc-ressources.org/recherche>