

LA COORDINATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SANS-DOMICILE A PARIS

Résumé

Le CERA a conduit en 2016 pour l'Association Aux Captifs la libération une recherche-action évaluative et participative du projet Maquéro. Celui-ci, dans le cadre du *Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020*, met en place une nouvelle maraude sur le territoire des Gares du Nord et de l'Est de Paris, composée d'une infirmière psychologue et d'un intervenant social, allant à la rencontre des personnes sans domicile qui occupent durablement l'espace public et refusent habituellement l'aide des travailleurs sociaux. La recherche-action accompagne l'équipe du projet dans son objectif de développement du partenariat entre les professionnels du sanitaire et du social du territoire, par la réalisation d'entretiens et l'organisation d'un séminaire d'analyse collaborative.

Introduction

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 a mis en place en 2016 le projet Maquéro 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 » (Aux captifs la libération, 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).

La recherche-action

Le CERA a conduit en 2016 pour l'association Aux Captifs la libération une recherche-action évaluative et participative du projet Maquéro, portant plus précisément sur son objectif de décroisement du travail sanitaire et social. La recherche-action a poursuivi trois objectifs :

- Fournir un cadre d'analyse des relations entre le social et le sanitaire (soin, 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 méthodologie

Onze entretiens semi-directifs auprès d'acteurs 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 ont été réalisés. La dimension participative a reposé sur l'organisation d'un séminaire de travail collaboratif avec l'équipe du projet et des représentants des partenaires de la santé et du social sur le territoire concerné. Quatre journées de travail ont eu lieu, qui ont réuni au total vingt-et-un professionnels. Les séminaires ont été animés et analysés selon la méthode de l'« analyse en groupe » (Van Campenhoudt, Chaumont, Franssen, 2005).

Synthèse du rapport

Le contexte du projet Maquéro

Le contexte du projet Maquéro est celui d'une régulation politique du problème du sans-abrisme et des problématiques qui lui sont associées. Le projet Maquéro est en cela, comme de manière plus générale les acteurs de l'Urgence sociale, au service d'une résolution sociale de problèmes qui relèvent également du partage de l'espace public, de l'ordre public et de la sécurité. Le projet Maquéro s'insère également dans le contexte d'une intensification de l'action publique locale concernant le sans-abrisme (Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020 ; implication de la Mairie de Paris dans la coordination des maraudes). Enfin, le financement de plusieurs institutions (SNCF/ Ville de Paris /Agence Régionale de Santé/ Direction Régionale et Interdépartementale de l'hébergement et du logement) va de pair avec la qualification d'un problème comme relevant à la fois du social, de la santé et de l'ordre public.

Le BMI : un dispositif interstitiel

En l'état actuel de l'organisation sur le territoire, le projet Maquéro et son « Binôme de Maraudeurs doté de compétences Interdisciplinaires » (BMI) s'apparente à un « dispositif interstitiel » (Demailly, 2006) : il est un dispositif associatif, situé à l'intersection du social et du sanitaire et faisant du lien en 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 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. Malgré le travail important de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), un besoin reste identifié sur ce territoire particulièrement problématique, notamment en termes d'accompagnement de proximité et de suivi des personnes. Cependant, on peut penser que cet interstice est provisoire, et 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, notamment l'EMPP et le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO).

Un réseau et un partenariat actifs, mais avec des limites

Sur le territoire, on peut souligner l'existence de liens et de travail en commun entre les professionnels du dispositif Accueil-Hébergement-Insertion (AHI) et du soin, et des pratiques de passage de relais entre eux, relativement à l'accompagnement des patients ou usagers (Samusocial, Permanence d'Accès Aux Soins de Santé Lariboisière, Coordination Nord des maraudes Emmaüs puis Samusocial, Lit Halte Soins Santé Maubeuge, etc.). Deux partenariats sont par ailleurs formalisés avec la SNCF (financier) et l'EMPP. Le BMI développe au cours du projet un important travail de développement du réseau et du partenariat par des rencontres physiques avec des partenaires existants et nouveaux, sa fonction s'apparentant alors à une « *coordination de réseau* » (Bloch et Hénaut, 2014).

Cependant, le réseau a ses limites. Une partie de celles-ci est inhérente à ce mode de fonctionnement : dans un réseau, le suivi des personnes peut se limiter au passage de relais, sans garantie que celui-ci soit effectif par la suite. Par ailleurs, l'analyse du fonctionnement du réseau sur le territoire au travers de plusieurs cas révèle des dysfonctionnements : renvois mutuels entre institutions (« ping-pong ») (Damon, 2012),

manque de communication ou de rencontre entre professionnels impliqués dans la prise en charge d'une même personne, manque d'informations sur la personne et sa trajectoire (problème du partage d'informations).

Un BMI et un réseau qui privilégient les explications de type psychologique ou psychiatrique

Les causes psychologiques ou psychiatriques sont celles mobilisées en première intention par les professionnels, avec l'attribution ou la suspicion du syndrome d'auto-exclusion (Furtos, 2009), du trouble psychique ou de la maladie psychiatrique comme cause première des conduites. Cette approche, appuyée sur des travaux reconnus, a évidemment toute sa pertinence. Cependant, cette attribution peut se faire au détriment de la recherche d'autres causes (et donc de recherches de solutions), notamment sociales et organisationnelles. La non-demande et le « non-recours » (Warin, 2010) des personnes sans domicile, par exemple, peuvent faire l'objet d'autres logiques individuelles et sociales, peuvent relever de choix ou de stratégies. On peut mettre en lien cette survalorisation avec le profil particulier du BMI, puisqu'il rassemble une psychologue et infirmière et un psychologue et intervenant social, mais il faut toutefois noter que ce type d'explication domine chez les travailleurs sociaux (Sorel, 2009), ainsi que nous avons pu l'observer dans le séminaire de recherche-action.

Une faiblesse du travail en partenariat avec des psychiatres

Alors que la compréhension de la situation est souvent ramenée au trouble psychique ou la maladie psychiatrique, on observe un déficit de travail en coordination avec les psychiatres sur le territoire, qui se traduit tant par une difficulté d'accès à la consultation et aux soins que par un déficit de travail pluriprofessionnel

mobilisant cette expertise. La faiblesse du travail en coordination entre le secteur psychiatrique et le champ social relevée au niveau national (Demailly, 2011) se retrouve sur le territoire. Elle est liée à un manque de ressources (notamment : pas de psychiatre EMPP pendant une grande partie du projet, territoire très large couvert par une équipe EMPP réduite), mais aussi au fonctionnement du secteur psychiatrique, les modalités de sectorisation des personnes sans domicile excluant de fait les personnes visées par le projet Maquéro. Ce déficit laisse alors la place à des hypothèses de trouble qui ne trouvent pas de vérification.

Des cloisonnements persistants : Entre urgence sociale et urgences médicales

Du côté du secteur social, deux types de cloisonnement subsistent sur le territoire. On observe d'abord un cloisonnement entre urgence sociale (dispositif AHI) et secours médical, notamment la nuit. Or, ce sont le Service d'Accueil des Urgences (SAU Lariboisière) et les pompiers qui reçoivent les personnes sans-abri dans les états les plus dégradés. On observe des renvois entre services, le SAU assurant une fonction d'hébergement d'urgence par défaut alors même que ce service devrait lui-même recourir au SIAO, qui est saturé. La continuité de la prise en charge sociale après les soins n'est pas assurée, on observe des remises à la rue parfois même sans soin tant les soignants sont confrontés à des situations d'une extrême difficulté, voire d'une extrême violence. *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. Un groupe de travail initié par le binôme est toutefois toujours en cours avec l'équipe du SAU Lariboisière afin d'avancer sur ces problématiques identifiées.

... et entre urgence et insertion

On observe ensuite un cloisonnement, au sein du secteur AHI, entre l'urgence (maraudes, Espace Solidarité

Insertion, accueils de jours, Lits Halte Soins Santé, Centres d'Hébergement d'Urgence) et l'insertion (stabilisation, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Permanences Sociales d'Accueil, logement intermédiaire), et par-delà avec le droit commun (Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, Centre Médico-Psychologique, médecine de ville, etc.). Malgré la stratégie nationale du « Logement d'abord » portant l'idée d'un possible accès au logement pour tous, la logique « en escalier » demeure (Brousse, Firdion, Marpsat, 2008), faisant notamment de l'hébergement d'urgence puis d'insertion des étapes obligées. Largement documentée par la littérature scientifique, la segmentation de l'offre de services et d'hébergement (Brousse, 2006) s'observe sur le territoire. Cette segmentation génère un risque de faire circuler les personnes les plus en difficulté dans le dispositif de l'urgence, où les services sont plus sommaires, l'hébergement de plus courte durée et qui ne sont pas forcément dotés de « référents personnels », plutôt que d'accompagner un parcours de sortie de rue. Ce fonctionnement est alimenté et symbolisé par la séparation entre le SIAO Insertion et le SIAO Urgence, ce dernier étant seul sollicité jusque là par le BMI.

Le BMI : vers une coordination de parcours et une gestion de cas complexes ?

Le BMI se donne pour objectif, au cours du projet, de remplir la fonction de « référent de parcours » pour les personnes accompagnées, afin de palier plusieurs limites et dysfonctionnements liés au fonctionnement en réseau et en partenariat, notamment les orientations non effectives, les ruptures de prise en charge et les renvois entre institutions. Dans son développement actuel, les contours de cette fonction telle qu'exercée par le BMI restent cependant à préciser. Premièrement, une confusion demeure sur l'étendue de la référence : s'agit-il d'être « référent de parcours » et de passer le relais à d'autres référents internes aux services ou structures

que l'utilisateur intègre, ou bien d'être « coordonnateur de parcours » (Bloch, Hénaut, 2014) et de constituer le référent unique à un niveau méta, par-delà les différents services impliqués. C'est donc deuxièmement la question de l'articulation de cette fonction avec les référents de parcours déjà existants qui se pose : les « référents personnels » dans le dispositif AHI et les « référents de parcours » des SIAO, ces derniers étant appelés à jouer un rôle au niveau méta (circulaires du 16 juillet 2010 et du 4 mars 2011), ainsi que les expérimentations de ces fonctions dans le cadre du Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion. Le risque de doublon, s'il n'existe pas réellement aujourd'hui du fait que ces fonctions ne sont pas encore mises en place sur le territoire, pourrait exister à l'avenir. La fonction de « gestion de cas complexes » (Bloch, Hénaut, 2014) pourrait permettre d'éviter ces superpositions de services, tout en limitant l'effet pervers d'une sur-sollicitation des personnes (Mercuel, 2012) dans le contexte d'une offre importante et concurrentielle de maraudes (plus de dix-sept sur le territoire). Notons qu'exercer cette fonction implique d'être reconnue par les professionnels du territoire comme légitime pour être réellement effective.

Des premiers pas vers l'intégration

A ce jour, un certain nombre de dispositifs et outils d'intégration (c'est-à-dire 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 », selon la Haute Autorité de Santé) existent sur le territoire. Un premier pas vers l'intégration a été fait par le BMI, qui a réalisé une fiche de repérage des personnes sans-domicile à l'intention des maraudeurs du territoire. Cet outil d'évaluation partagé pourrait permettre, dans une logique de gestion de cas, d'orienter certaines personnes sans domicile vers le BMI et ainsi d'éviter leur sur-sollicitation, mais il n'est toutefois à ce jour pas utilisé par les partenaires.

Concernant l'échange entre professionnels autour de cas complexes, on observe un paradoxe. Les professionnels continuent de souhaiter davantage d'échanges alors que de nombreux dispositifs existent : les Commissions Techniques de l'Urgence (CTU) du SIAO Urgence, les Commissions d'Orientations du SIAO Insertion, les réunions de synthèse organisées par la Coordination des Maraudes, la cellule de veille sociale de la Mairie, le projet de réunions d'échange du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM). 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 à la présence de logiques concurrentielles (Hély, Loison-Leruste, 2013).

Propositions d'actions

A l'issue de la recherche-action, des propositions d'action sont proposées à l'association Aux Captifs la libération. Elles 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. Le CERA propose notamment de choisir une figure de référent de parcours qui pourrait être proche de la « gestion de cas complexes » (éventuellement en la renommant), de recourir davantage aux outils

d'intégration existants sur le territoire (notamment les réunions pluri-professionnelles d'échanges autour de cas complexes), d'inclure les acteurs de secours médical, de l'insertion et du droit commun dans le réseau partenarial. Le CERA préconise enfin de prendre en compte le point de vue des bénéficiaires de l'action si une autre évaluation devait être menée.

Bibliographie

- BLOCH M.-A., HENAUT L., *Coordination et parcours*, Paris, Dunod, 2014.
- BROUSSE C., FIRDION J.-M., MARPSAT M., *Les sans domicile*, Paris, La Découverte, 2008.
- BROUSSE Cécile, 2006, « Le réseau d'aide aux sans domicile: un univers segmenté », *Economie et Statistique*, n°391- 392, p. 15-34.
- DAMON J., *La question SDF. Critique d'une action publique*, Paris, PUF, 2012.
- DEMAILLY L., « Dispositifs institutionnels, dispositifs interstitiels en santé mentale », *Rhizome*, n°25, décembre 2006.
- DEMAILLY L., *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, 2011.
- FURTOS J., *De la précarité à l'auto-exclusion*, Ed. Rue d'Ulm, 2009.
- HELY M., LOISON-LERUSTE M., « Des entreprises associatives en concurrence : le cas de la lutte contre l'exclusion », In Hély M., Simonet M., *Le travail associatif*, Paris, Presses Universitaires de Nanterre, 2013, p. 191-207.
- MERCUEL A., *Souffrance psychique des sans-abri*, Paris, Odile Jacob, 2012.
- SOREL M., « Quand il s'agit de caractériser les référents théoriques en travail social. Retour sur une étude », *Empan*, vol. 3, n° 75, 2009.
- VAN CAMPENHOUDT L., CHAUMONT J.-M., FRANSSSEN A., *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod, 2005.
- WARIN P., « Le non-recours : définition et typologies », Odenore, *Document de travail*, n°1, Juin 2010.

Le CERA

Le Centre d'Etude et de Recherche Appliquées (CERA) est 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

L'équipe de cette recherche-action

La recherche-action a été réalisée par Anne PETIAU (Sociologue, responsable du CERA, chercheure associée au Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique) avec la participation de Marie LOISON-LERUSTE (Maîtresse de conférences en sociologie à l'Université Paris 13, chercheure associée au Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique) et Claire HEIJBOER (Responsable de projet à BUC Ressources, doctorante en sciences de l'éducation à l'Université Paris Descartes).