CAIRN.INFO

FRONTIÈRES SPATIALES, TEMPORELLES ET PROFESSIONNELLES DANS L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MÉDICAL DES PERSONNES SANS ABRI. UNE ÉTUDE DE CAS

Anne Petiau

ERES | « Espaces et sociétés »

2019/1 n° 176-177 | pages 33 à 51

ISSN 0014-0481
ISBN 9782749264097

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-espaces-et-societes-2019-1-page-33.htm

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.
© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

Frontières spatiales, temporelles et professionnelles dans l'accompagnement social et médical des personnes sans abri. Une étude de cas[1]

Anne Petiau

Liste des sigles

AHI : accueil, hébergement, insertion
ARS : agence régionale de santé
ASS : assistant de service social
CIM : Classification internationale des maladies
CMP : centre médico-psychologique
CPOA : centre psychiatrique d'orientation et d'accueil
DRIHL : direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
EMPP : équipe mobile psychiatrie précarité
FAS : Fédération des acteurs de la solidarité
FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
MAG : méthode d'analyse en groupe

Anne Petiau, Centre d'étude et de recherche appliquées (CERA), Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE), CNAM/CNRS (UMR 3320).

1. Cet article est issu d'une recherche-action réalisée avec Marie Loison-Leruste, maîtresse de conférences en sociologie à l'université Paris 13, chercheuse associée au laboratoire PRINTEMPS (UMR 8085).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

SAU : service d'accueil des urgences hospitalières
SIAO : service intégré de l'accueil et de l'orientation

La présence des personnes sans abri[2] dans l'espace public mobilise de nombreux acteurs publics et associatifs, entre autres des maraudes et des équipes mobiles. En France, depuis les années 1990, la qualification du sans-abrisme comme un problème relevant à la fois du social et de la santé, notamment mentale, appelle au développement du partenariat entre la médecine, la psychiatrie et l'urgence sociale.

Dans le cadre du Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020, l'association caritative Espoir[3] a conduit une expérimentation sociale pour répondre à la problématique du sans-abrisme. Elle consiste en la mise en place d'une maraude[4] supplémentaire sur un territoire parisien considéré comme particulièrement problématique : celui de gares et de leurs abords, où se concentrent de nombreuses personnes sans abri. La maraude s'adresse spécifiquement aux personnes identifiées comme occupant durablement l'espace public, refusant l'aide des intervenants sociaux ou manifestant des troubles psychiques. Elle est composée d'un intervenant social et d'une infirmière ayant une expérience en psychiatrie. L'équipe mobile a également pour fonction de développer le partenariat intersectoriel afin de pouvoir accompagner ces personnes sur les plans social, médical et psychiatrique. La maraude est considérée comme complémentaire des autres équipes mobiles intervenant déjà sur ce secteur et de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP). Un travail de recherche-action (Greenwood et Levin, 1998) est mené depuis l'année 2015, première année de l'expérimentation, pour conduire une évaluation participative du développement du travail partenarial.

2. Le terme « sans-abri » désigne une personne dormant dans la rue ou dans un lieu non prévu pour l'habitation. Le terme « sans-domicile » désigne une personne dormant dans un lieu non prévu pour l'habitation (donc sans abri) ou prise en charge par un organisme fournissant un hébergement. Une personne sans abri est donc sans domicile mais une personne sans domicile n'est pas obligatoirement sans abri. Selon l'enquête réalisée par l'INSEE, seuls 9 % des sans-domicile étaient sans abri en 2012 (Yaouancq *et al.*, 2013).
3. Nom fictif.
4. Les maraudes, ou équipes mobiles, sont identifiées par la circulaire du 18 octobre 2004 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI) comme l'un des éléments du « dispositif de veille sociale et d'accueil d'urgence », avec les centres d'hébergement d'urgence, les accueils de jour ou de nuit sans hébergement, les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO). Elles sillonnent un territoire donné et vont à la rencontre de personnes sans abri, pour créer du lien et/ou leur fournir un service (couvertures, nourriture, etc.).

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

La méthode mise en œuvre

La recherche-action repose sur la méthode d'analyse en groupe, ou MAG (Van Campenhoudt *et al.*, 2005). Au cours de réunions animées par des sociologues, des situations vécues et rapportées par des personnes concernées par le problème étudié sont analysées collectivement. La constitution d'un groupe aux profils contrastés permet d'obtenir une confrontation des points de vue et ainsi d'identifier la diversité des positionnements. Une journée de réunion comprend quatre grandes étapes : la présentation et la sélection des récits par les personnes présentes ; l'échange autour des interprétations de la situation retenue, formulées par chacun au cours de tours de table organisés ; après une pause, la proposition par les sociologues d'une analyse et sa discussion par le groupe ; la réflexion sur les pistes d'action qui peuvent être tirées des conclusions retenues. Chaque journée est consacrée à l'examen d'un seul cas, choisi par le groupe. Dans le cadre de la recherche-action, sept journées de réunions ont eu lieu, animées par deux sociologues, Marie Loison-Leruste et moi-même. Le choix de cette méthode visait à associer les professionnels à l'analyse et à leur permettre d'envisager des changements de leurs pratiques à partir des analyses et de leur mise en débat, mettant ainsi à l'épreuve l'utilité de la sociologie dans un tel contexte de recherche-action (Loison-Leruste et Petiau, 2018). Les réunions ont rassemblé deux groupes de seize professionnels du territoire concernés par le sans-abrisme, exerçant dans trois secteurs (social, médico-social, sanitaire) et de professions diverses : médecins, infirmiers, psychiatres, psychologues, intervenants sociaux, travailleurs sociaux. Les professionnels exerçaient dans ces services : maraudes, coordination des maraudes, service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) Urgence et insertion, espace solidarité insertion (ESI), accueil de jour, équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), Lit halte soins santé (LHSS), service d'accueil des urgences médicales (SAU), permanence d'accès aux soins de santé (PASS), centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centre d'hébergement d'urgence (CHU), centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre d'hébergement de stabilisation (CHS), permanence sociale d'accueil (PSA), conseil local de santé mentale (CLSM). Douze entretiens semi-directifs avec des personnes occupant des fonctions de responsabilité ou de coordination dans des établissements sociaux et sanitaires ont par ailleurs été conduits. L'article s'appuie sur les données issues de ces deux phases d'enquête.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

La présence de personnes sans abri dans l'espace public n'est pas sans générer de la gêne et des interactions problématiques avec les autres citadins (Loison-Leruste, 2014). L'expérimentation sociale étudiée ici contribue à une gestion spatiale du sans-abrisme, visant à réduire leur sédentarisation dans l'espace des gares et de leurs abords. Comme le montre la littérature sur le sans-abrisme et le système d'hébergement d'urgence, celui-ci fonctionne sur le principe d'une mise à l'abri temporaire, imposant aux personnes un parcours dans le système d'aide, ponctué de retours à la rue (Damon, 2012 ; Pichon, 2007), et ce malgré les dernières réformes (Gardella, 2016). Nous verrons que l'expérimentation sociale, en se concentrant sur un petit territoire et en misant sur un accompagnement global, sanitaire et social, tend également à faire circuler les personnes sans abri plutôt qu'à les accompagner durablement. Ces déplacements se déroulent ici entre différents secteurs, et s'expliquent autant par leurs divergences dans les définitions des territoires et temporalités d'intervention que par des enjeux et tensions propres à chacune des professions impliquées.

La première partie présente le contexte en montrant comment le sans-abrisme en est venu à être qualifié comme un problème social et médical qui nécessite le développement d'un partenariat entre les professionnels de ces secteurs, en particulier sur le territoire faisant l'objet de l'expérimentation sociale. La deuxième partie analyse les enjeux spatio-temporels du partenariat entre urgence sociale, psychiatrie et secours médical. Enfin, la troisième partie aborde les enjeux de déplacement des frontières professionnelles générés par la coordination intersectorielle, provoquant des résistances ou au contraire des appels au partenariat. Nous reviendrons, en conclusion, sur les conséquences pour les personnes sans abri et pour les professionnels de ces modalités organisationnelles et partenariales.

Le problème de la coordination entre le sanitaire et le social pour les sans-abri

Si les relations entre les secteurs médical et social pour la prise en charge des personnes sans domicile s'inscrivent dans une histoire au long cours (Schlegel, 2016), l'identification d'un besoin d'accompagnement mixte santé/social pour les personnes sans abri peut être plus précisément replacée dans le contexte d'une attention croissante portée à la question des troubles psychiques des personnes sans domicile ; question qui appelle au développement d'une coordination intersectorielle.

L'attention portée aux troubles psychiques des sans-abri et le problème de la « non-demande »

Le lien entre souffrance psychique et sans-abrisme est tout autant établi par la psychiatrie que dans le champ social. Du côté de la psychiatrie, à la suite des grandes études menées dès les années 1980 aux États-Unis, dans les années 2000,

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

des recherches françaises interrogent la prévalence de maladies mentales au sein de la population des personnes sans domicile (Laporte et Chauvin éd., 2010 ; Bresson, 2003). L'enquête « Santé mentale et addictions » (SAMENTA) établit ainsi que celles-ci sont plus touchées par certains troubles psychiques que la population générale, notamment par les troubles dépressifs ; plus de la moitié des personnes sans domicile atteintes de troubles psychiatriques sévères dorment le plus souvent dans des lieux précaires (espace public, centre d'hébergement d'urgence, squat), une personne sans abri sur quatre souffre d'un trouble psychotique (Laporte et Chauvin éd., 2010). Il semble exister un certain consensus au sein de la profession psychiatrique sur le fait que la rue ne provoque pas de psychose. Si la pathologie mentale pourrait provoquer la précarité, la vie sans abri n'entraînerait quant à elle que des troubles anxieux et dépressifs (Demailly, 2011 ; Arveiller et Mercuel, 2012 ; Mercuel, 2012). Les études épidémiologiques citées précédemment ont fait l'objet de critiques – les méthodes mises en œuvre étant susceptibles de survaloriser la prévalence des troubles (Bresson, 2003). Par ailleurs, les comparaisons avec la population générale ne peuvent être faites que sur certaines variables, excluant notamment l'anxiété généralisée et les troubles psychotiques. D'autres auteurs soulignent le risque de réduire le sans-abrisme à des causes psychosociales (Poirier *et al.*, 2000).

Du côté du travail social, la notion de « souffrance psychique » a émergé au milieu des années 1990 pour désigner les troubles mentaux en lien avec la précarité et l'exclusion (Strohl et Lazarus, 1995 ; Jaeger, 2006 ; DGS, DGAS, 2009). La souffrance psychique est définie comme un trouble qui a des causes sociales. Dans certains cas, elle peut devenir pathologique, invalidante. C'est ce que Jean Furtos nomme le « syndrome d'auto-exclusion » : le fait pour une personne de s'exclure elle-même de son environnement, de se « déshabiter » pour annihiler sa souffrance, qui rend problématique toute démarche pour « s'en sortir » (Furtos, 2011). La souffrance psychique s'articule ainsi avec le problème de la « non-demande d'aide ». Le « non-recours » (Warin, 2016) aux dispositifs d'hébergement et de soin, et plus largement les situations de non-demande d'aide des sans-abri font l'objet de préoccupations dans le secteur de l'urgence sociale (Gardella, 2007). Les intervenants sociaux font face à des personnes qui se révèlent hermétiques à la relation d'aide, s'expriment peu, restent dans des attitudes passives ou agressives, ou encore incohérentes ; ils cherchent alors à susciter leur demande (Breviglieri, 2009). Dans son projet d'expérimentation sociale, l'association Espoir relie explicitement le problème de la non-demande d'aide à celui des troubles psychiques des personnes sans abri. Selon le rapport de la première année de l'expérimentation sociale rédigé par les intervenants, les critères d'inclusion dans le programme sont « le syndrome d'auto-exclusion et le glissement vers celui-ci, l'ancrage chronique dans les gares et alentour, 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 ». Au cours de la recherche-action, les professionnels

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

recourent spontanément à des interprétations psychologiques et psychiatriques pour analyser et rendre compte des comportements des personnes sans abri. Le profil particulier de l'équipe mobile peut expliquer en partie cette orientation : le projet prévoyait de recruter un infirmier spécialisé en psychiatrie et un travailleur social, mais, la première année, une infirmière et un intervenant social, qui sont aussi tous deux psychologues, vont finalement composer l'équipe. Pour autant, on constate que les autres intervenants sociaux du territoire, ainsi que les travailleurs sociaux plus largement (Sorel, 2009), partagent aussi cette grille de lecture psychologique et psychiatrique des conduites. Qu'il s'agisse du fait d'être sans domicile ou bien de n'avoir guère recours aux dispositifs ou à l'aide proposée par les travailleurs sociaux, les intervenants se réfèrent en premier lieu à l'histoire personnelle traumatique, à la pathologie psychiatrique, au syndrome d'auto-exclusion, alors que des explications d'ordre structurel, organisationnel, social et stratégique du sans-abrisme – la « non-demande » peut être un non-recours choisi (Warin, 2016) – semblent possibles (Brousse, Firdion et Marpsat, 2008 ; Damon, 2012).

L'enjeu de coordination entre sanitaire et social

L'étude 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 ceux-ci. Le rapport SAMENTA (Laporte et Chauvin, 2010) et le guide des Directions générales de la santé et de l'action sociale (DGS et DGAS, 2009) préconisent ainsi l'amélioration de leur repérage par les travailleurs sociaux, une orientation vers les différents acteurs du dispositif de santé mentale, et le développement du travail partenarial entre les acteurs du social et ceux de la santé mentale.

C'est à partir de la 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 aux situations de souffrance psychique causées par la précarité. Cette préoccupation est de nouveau notable dans les plans relatifs à la santé mentale, et notamment le plan 2005-2008 qui cadre la création des réseaux de santé mentale et les EMPP (Bloch et Hénaut, 2014). Ces dernières ont 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[5].

Dans la lutte contre la grande exclusion, le souci de coordination est présent dans la Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri

5. 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.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

2009-2012, elle-même prenant place dans le Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées. Elle se concrétise dans la mise en place des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) et des « référents personnels » ou de parcours dans les structures d'accueil. La coordination se focalise cependant sur le secteur social, la santé n'étant que brièvement évoquée pour l'accès aux soins. Le Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020 fait 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 sociale-sanitaire ».

L'expérimentation se situe ainsi dans un contexte de promotion du partenariat entre le travail social et le secteur sanitaire. Mais ce partenariat se heurte aux différentes définitions des espaces et temporalités d'intervention de chacun de ces secteurs.

Frontières spatio-temporelles entre psychiatrie, urgences médicales et urgence sociale

Le développement de la coordination des secteurs social et psychiatrique met au jour des différences d'organisation et de définition des périmètres d'intervention, qui induisent un décalage des pratiques et des attentes réciproques entre les professionnels. Ces différences concernent l'organisation spatiale, mais aussi temporelle.

Des espaces d'intervention divergents entre psychiatrie et urgences sociales

Les « secteurs[6] » de la psychiatrie et les « territoires » de l'intervention sociale segmentent le territoire parisien en plusieurs sous-ensembles qui sont ensuite investis, respectivement, par les EMPP et les maraudes. Concernant la fonction de coordination, les échelles sont relativement comparables : le territoire parisien compte vingt-cinq secteurs de psychiatrie, qui sont rattachés à cinq établissements publics de santé (fig. 1), tandis que la coordination des maraudes[7] définit quatre territoires, correspondant au découpage territorial d'action sociale de la Direction sociale de territoire (fig. 2).

6. La sectorisation psychiatrique est l'organisation administrative relative à la maladie mentale et à la répartition des structures de soin, fondée par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

7. La coordination des maraudes a pour mission de soutenir les équipes mobiles et d'aller vers une meilleure complémentarité des interventions dans les différents secteurs parisiens. Elle a été mise en place par la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) en 2009, avec un co-financement de la Mairie de Paris. Elle est mise en œuvre depuis 2016 par le Samu social de Paris, dans le cadre de sa mission SIAO Urgence.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

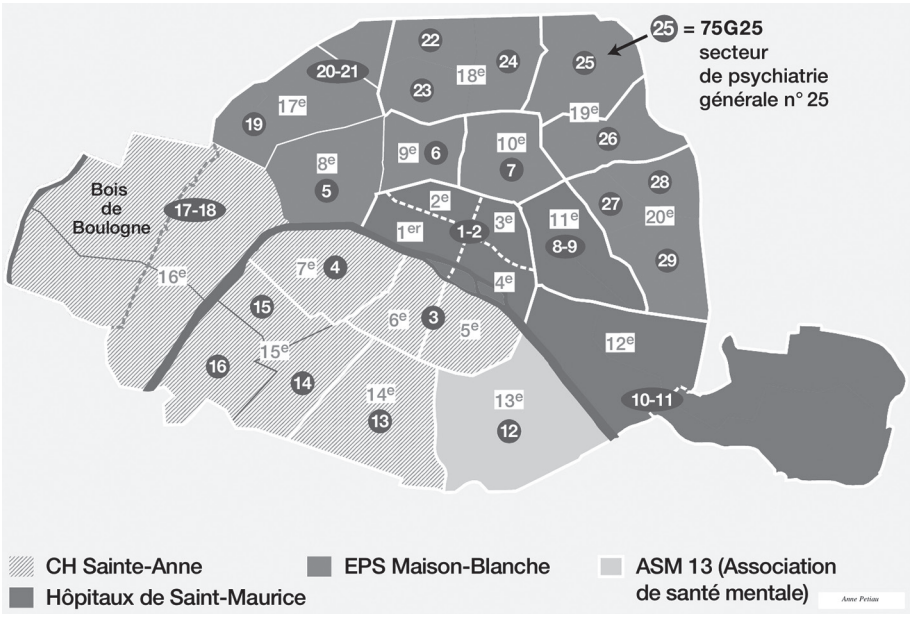

Fig. 1. Secteurs de psychiatrie pour adultes parisiens
Source : Psycom 75, *Guide santé mentale à Paris*, 2017, p. 13.

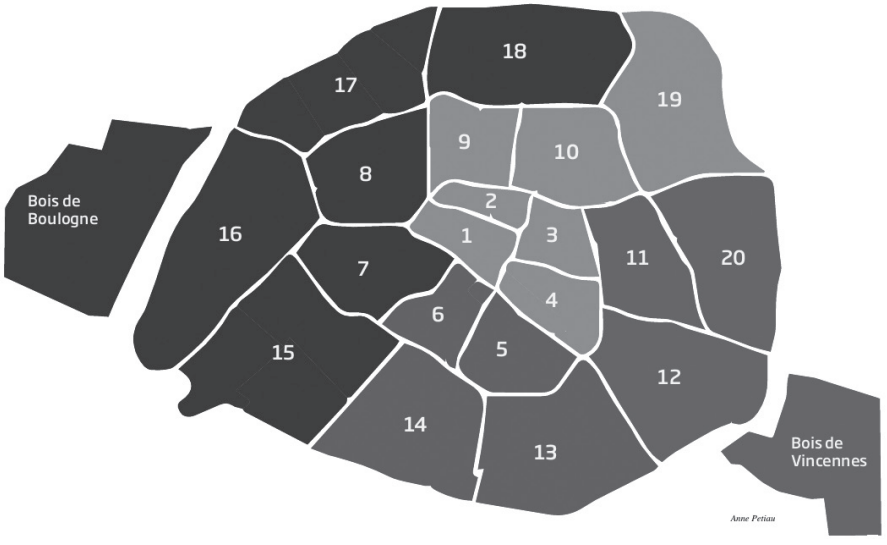

Fig. 2. Zones de coordination des maraudes, correspondant au découpage territorial d'action sociale de la Direction sociale de territoire (DST)

Zone Nord : 1er, 2e, 3e, 4e, 9e, 10e et 19e arrondissements
Zone Est : 11e, 12e et 20e arrondissements
Zone Sud : 5e, 6e, 13e et 14e arrondissements
Zone Ouest : 7e, 8e, 15e, 16e, 17e et 18e arrondissements

Source : Samusocial de Paris, Plaquette de présentation de la coordination des maraudes.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

L'échelle des territoires d'intervention des équipes mobiles, en revanche, diverge fortement entre les secteurs de la psychiatrie et de l'urgence sociale. Tandis que le périmètre d'action de chacune des cinq EMPP parisiennes couvre plusieurs arrondissements (fig. 3), les équipes mobiles de l'urgence sociale interviennent sur un secteur plus contenu, selon un trajet qui s'organise à l'intérieur même d'un arrondissement (fig. 4)[8].

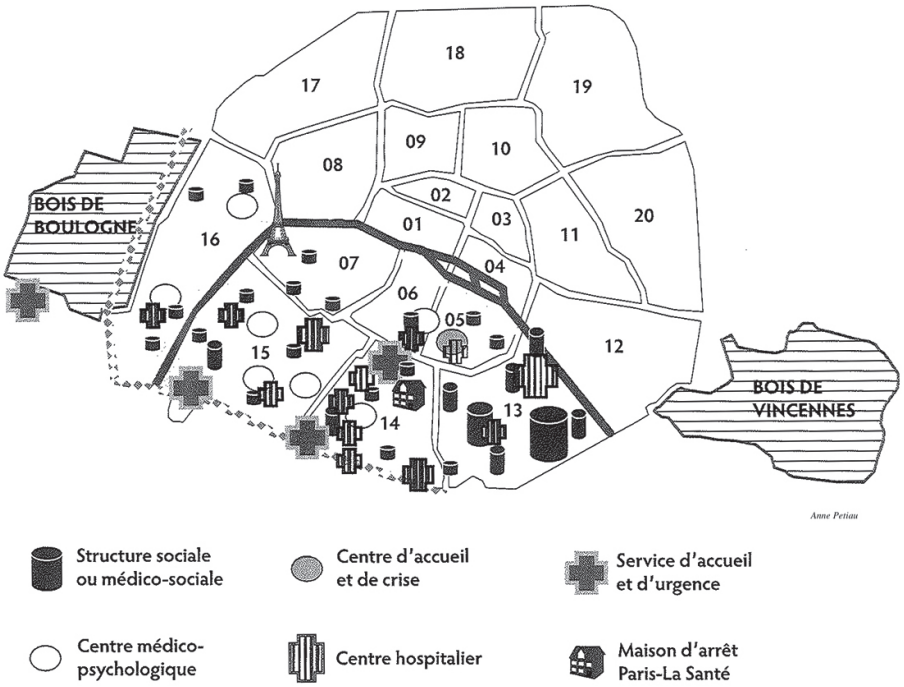

Fig. 3. Exemple de secteur d'intervention d'une équipe mobile psychiatrie et précarité : l'EMPP du centre hospitalier Sainte-Anne
Source : Jean-Paul Arveiller, Alain Mercuel, *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir*, Paris, Lavoisier, 2012, p. 39.

8. Les cartes constituent des exemples de territoire d'intervention et non le territoire étudié.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

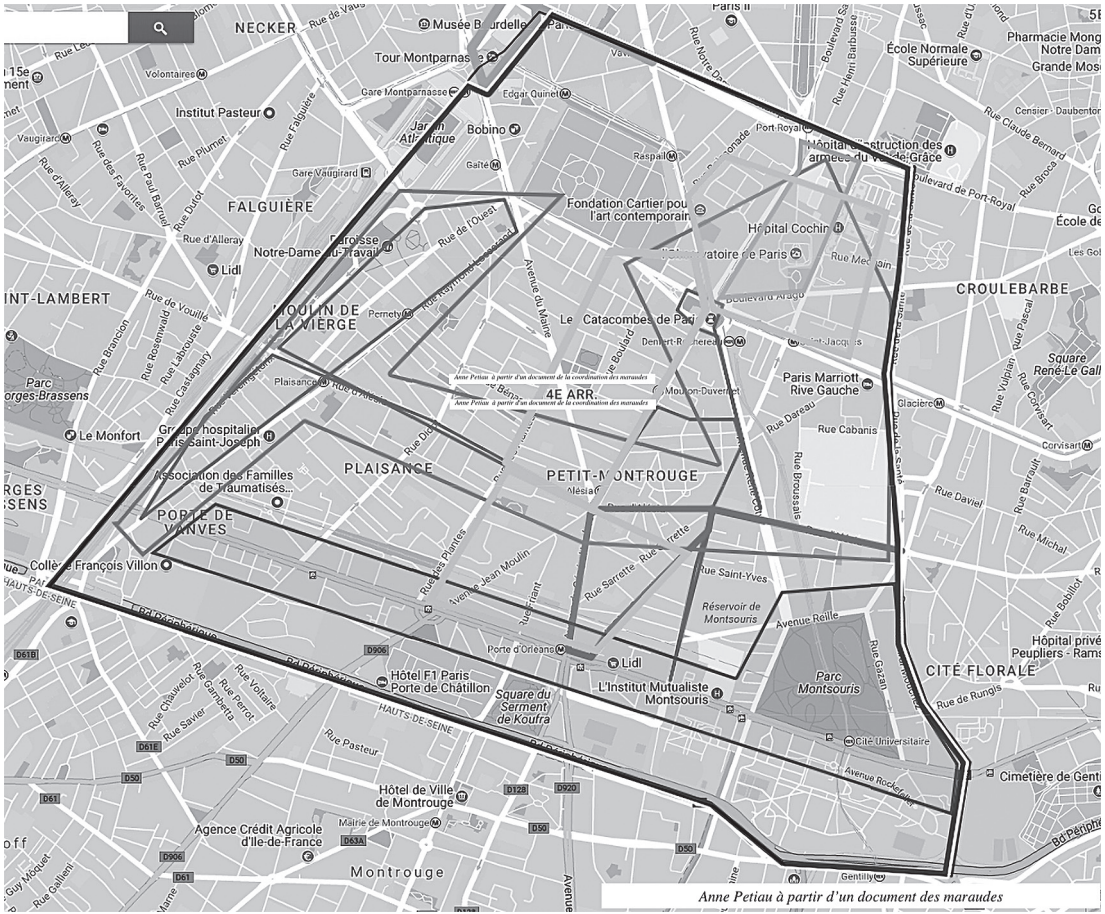

Fig. 4. Trajets de onze maraudes dans le 14e arrondissement de Paris
Source : Document du Samusocial de Paris, coordination des maraudes.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

La maraude interdisciplinaire intervient sur un territoire encore plus circonscrit : celui des gares et de leurs abords. Si dix-sept maraudes sont identifiées sur le territoire de l'expérimentation par la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) Île-de-France, seulement quatre d'entre elles, chacune spécialisée sur un type de public, sont autorisées par convention à entrer dans les gares. Avec cette expérimentation sociale, la focale est donc considérablement resserrée. Pour l'association et les financeurs, la délimitation d'un périmètre d'intervention réduit se justifie par le grand nombre de personnes sans abri qui l'occupe. Le programme fait en effet suite à un diagnostic mandaté par la mairie, conduit par deux associations et la FAS Île-de-France. Il visait à recenser visuellement lors d'une journée et d'une nuit le nombre de sans-abri occupant les lieux et à dénombrer parmi eux les personnes manifestant des « troubles du comportement ».

La définition de l'espace d'intervention diffère également entre les deux secteurs. À l'« aller vers » de l'urgence sociale, pour rejoindre les personnes dans les lieux où elles se trouvent et susciter leur demande d'aide, s'oppose la consultation en établissement de la psychiatrie. Si l'EMPP se déplace, l'absence de réalisation de maraude est présentée comme un positionnement éthique, non discriminant à l'égard des personnes sans abri. En effet, marauder reviendrait à traiter de manière différente les personnes domiciliées et les personnes sans domicile ; ces dernières se voyant mécaniquement suspectées d'être atteintes de maladies psychiatriques[9]. Le psychiatre Alain Mercuel relève par ailleurs que la multiplication d'offres de maraudes provoque des conduites de rejet manifestes de la part des personnes sans abri, qui vont jusqu'à afficher des panneaux tels que « ne pas déranger », « ici, pas de demande », voire « chien méchant », dans le but de se protéger des sollicitations trop fréquentes (Mercuel, 2012). Les intervenants sociaux considèrent de leur côté que le déplacement en établissement constitue un frein à la consultation médicale pour les personnes sans abri. Même si la consultation d'urgence psychiatrique du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) se situe à Paris intra-muros, elle nécessite un déplacement d'un arrondissement à l'autre[10] et une confrontation à la salle d'attente. De leur point de vue, lorsque des personnes sans abri expriment leur accord pour une consultation, ces conditions les découragent de poursuivre leur démarche.

Les perceptions des ancrages et mobilités des personnes sans abri diffèrent aussi entre les deux secteurs. Pour affecter un lieu de soin de référence à une personne sans domicile, le CPOA réalise une enquête afin de vérifier si une sectorisation a déjà été établie précédemment, celle-ci étant alors valable pour trois ans. En l'absence d'acte de soin durant cette période, et pour les

9. Entretien avec le médecin responsable du réseau Psychiatrie précarité Paris.

10. Il faut compter environ trente minutes pour se rendre du territoire d'intervention de l'expérimentation sociale au CPOA en empruntant les transports en commun.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

personnes inconnues jusqu'alors, un nouveau secteur est attribué, déterminant son « bassin de vie ». La domiciliation administrative peut être prise en compte seulement si elle correspond aux « habitudes de vie » de la personne (Agence régionale de santé, 2013[11]). Une personne sans abri peut ainsi avoir ses habitudes dans un arrondissement parisien, en occupant l'espace dans et autour des gares, mais être « sectorisée » dans une autre commune d'Île-de-France pour y avoir reçu un soin précédemment. Elle est alors orientée vers le centre médico-psychologique (CMP) de la commune, plutôt que vers celui du territoire qu'elle occupe effectivement. Les personnes sans domicile ne sont pas forcément très mobiles et développent des ancrages territoriaux, liés à leurs liens sociaux, à leurs repères, aux ressources qui peuvent en découler (Zeneidi-Henry et Fleuret, 2007). L'assouplissement de ce fonctionnement légal repose sur les initiatives individuelles. Or, le médecin psychiatre responsable du CMP du territoire parisien concerné se dit « très à cheval sur la sectorisation », et conditionne strictement la prise en charge à l'orientation du CPOA[12]. Dans ces débats sur la sectorisation psychiatrique, des appréhensions distinctes de la continuité des soins se lisent. Elles soulignent la diversité des références temporelles entre les secteurs.

Temporalités d'intervention et circulations entre secteurs

Aux difficultés d'organisations spatiales s'ajoute la question de la temporalité. Les définitions de la disponibilité et de l'urgence diffèrent entre les secteurs. La maraude interdisciplinaire souhaiterait apporter une réponse immédiate lorsqu'une personne sans abri exprime une demande de soin psychiatrique, dans un contexte où celle-ci ne va pas de soi. À la suite du signalement d'un intervenant social, l'EMPP intervient dans les vingt-quatre à quarante-huit heures, au risque que la personne ne soit plus dans le lieu indiqué (centres d'hébergement ou la rue). Bien que l'EMPP assure sa mission de soutien aux acteurs sociaux de première ligne et d'interface avec les acteurs de la psychiatrie (Arveiller et Mercuel, 2012), son « travail de disponibilité » (Demailly *et al.*, 2014) est limité par l'étendue de son territoire et par le nombre d'intervenants de terrain (quatre au total). Ces difficultés sont majorées par une vacance de poste de psychiatre pendant la majeure partie de la première année du programme. Après avoir réalisé l'évaluation psychiatrique, l'EMPP continue par ailleurs de se tourner vers le CPOA, qui reste le seul service parisien autorisé à réaliser la « sectorisation » des personnes sans domicile[13]. Le

11. Entretien avec le médecin psychiatre responsable du CPOA.
12. Entretien avec le médecin psychiatre responsable du CMP.
13. Par extension, le terme de « sectorisation » est employé pour nommer l'attribution d'un secteur de référence, et donc d'un lieu de soin de référence, à une personne en demande de consultation.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

CMP du secteur présente quant à lui des délais de quinze jours à trois semaines pour une consultation. Bien que le secteur de la psychiatrie ait tout de même réussi à adapter ses procédures d'intervention – la définition de la « continuité des soins » ramenée de cinq ans à trois ans pour l'attribution d'un nouveau secteur de référence en est un exemple – et à réduire notablement ses délais de consultation pour le territoire concerné, les divergences que nous avons repérées continuent de rendre problématiques la coordination et le partenariat entre les deux secteurs. Le constat que font les intervenants sociaux d'une faible disponibilité des psychiatres sur le territoire trouve ainsi des éléments d'explication dans cette disparité des références temporelles.

Une divergence similaire s'observe entre urgence sociale et urgences médicales. Les acteurs du secours médical du territoire, c'est-à-dire le service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital et les pompiers, sont eux aussi en lien avec les personnes sans abri. Celles-ci arrivent le plus souvent aux urgences la nuit et « couchées[14] » : elles sont amenées sur un brancard par les pompiers, souvent en état d'incurie ou d'ébriété. Un médecin du service estime que ce dernier reçoit ainsi une quinzaine de personnes par nuit. La consultation en établissement et les délais d'attente de plusieurs heures dans ces services médicaux s'opposent à l'« aller vers » des équipes mobiles de l'urgence sociale. La maraude cherche à saisir les demandes de soin lorsqu'elles s'expriment et accompagnent parfois immédiatement les personnes dans les services d'urgence, où elles patientent des heures. Les relations entre secours médical et urgences sociales révèlent par ailleurs une prise en charge centrée sur le court terme, imposant une circulation spatiale aux personnes sans abri. Le personnel médical du service des urgences rapporte être confronté à des comportements inappropriés, agressifs (crachats, excréments jetés à la figure) de la part de personnes sans abri, à de la violence physique, qui peuvent entraîner une exclusion des soins, de manière temporaire ou durable. Par ailleurs, face à des personnes qui ne peuvent ou ne veulent donner leur identité, le personnel multiplie pour une même personne les dossiers « sous X » alors que les équipes médicales et administratives la côtoient régulièrement. Les soignants, qui se voient recommencer à plusieurs reprises le premier accueil et les soins élémentaires, tels que laver les personnes en incurie, se déclarent découragés. Démuni, ils mettent en œuvre des tactiques d'évitement, telles que raillerie, négation du symptôme ou de la plainte, absence d'intervention. Il est ainsi fréquent que les personnes sans abri, 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 des gares. Cela leur permet de rester au chaud durant la fermeture de ces

14. Le service des urgences comprend deux entrées : l'une où les personnes se présentent debout et viennent par elles-mêmes, l'autre où elles se présentent couchées, amenées par les pompiers ou les ambulances. Entretien avec un médecin des urgences.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

dernières[15]. De même, le service des urgences attend quelques heures avant de remettre dehors une personne sans abri, afin qu'elle ne soit pas « ramassée » par la même équipe de pompiers. En l'absence de places d'hébergement, le SIAO l'oriente parfois vers les urgences, tout en sachant que cette solution ne durera que quelques heures. Les personnes sans abri passent ainsi entre les mains de différents professionnels, dans un « jeu de ping-pong » (Damon, 2012), où chacun tente de répondre à la situation dans l'urgence sans apporter de solution durable. Ces pratiques de refoulement des personnes sans abri, de mises à l'écart dans les salles d'attente, voire d'établissement de listes noires seraient récurrentes dans les hôpitaux (Cefaï et Gardella, 2011). Les personnes sans domicile seraient moins bien accueillies aux urgences et examinées que la population domiciliée, et ne seraient hospitalisées que dans des cas extrêmes (Chauvin *et al.*, 2009).

Les enjeux de déplacement des frontières professionnelles

Le développement du partenariat intersectoriel sur le territoire entraîne des enjeux de déplacement des domaines de compétence des professions et des opérations de résistance des professionnels concernés.

Entre psychiatrisation de la question sociale et résistances à l'extension du périmètre d'intervention des psychiatres

Le recours préférentiel à l'explication psychologique ou psychanalytique par les intervenants sociaux, qui s'accompagne la plupart du temps d'une orientation des personnes sans abri vers le soin, peut apparaître comme une tentative de transférer vers la psychiatrie les situations qui les mettent en difficulté. L'analyse soulève la question de la « psychiatrisation » ou de la « sanitarisation » de problèmes sociaux (Bresson, 2003). Il s'agit du renvoi vers la psychiatrie de personnes qui connaissent en définitive des problèmes sociaux, devant lesquels les intervenants se trouvent cependant démunis (Dhume, 1997). Le diagnostic réalisé sur le territoire visant à dénombrer les personnes manifestant des troubles du comportement se base sur l'observation visuelle. Ces catégorisations produisent des effets importants pour les personnes concernées, tant sur le plan identitaire (être perçu comme « exclu », « malade » ou encore « souffrant ») qu'en termes d'orientation vers le *cure* ou le *care (ibid.)*.

L'émergence hors du champ de la psychiatrie de la notion de souffrance psychique indique un déplacement de la psychiatrie centrée sur la maladie vers le champ plus large de la santé mentale (Arveiller et Mercuel, 2012). De nombreux psychiatres résistent à l'évolution de leur patientèle que ce mouvement implique : ils considèrent que ces situations de souffrance relèvent du

15. Les gares sont fermées la nuit, entre 1 heure et 4 h 30-5 heures le matin.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

social et non de leur périmètre de spécialisation (Fassin, 2006), voire soupçonnent une demande d'hébergement « déguisée ». C'est le cas du responsable du CMP du territoire qui donne une définition de la psychiatrie centrée sur la maladie telle qu'elle est objectivée par la référence aux classifications internationales CIM et DSM[16], et dit craindre d'accueillir des demandes « qui relèvent en fait du social ». La psychothérapie lui paraît par ailleurs inadaptée et non prioritaire pour ce type de public, par rapport à l'accès aux soins psychiatriques « de base », c'est-à-dire au traitement des maladies identifiées par les classifications professionnelles[17]. Une partie de la profession est ainsi réticente à l'élargissement de son champ de compétence et à la collaboration avec le travail social (Demailly, 2011). Les promoteurs du rapprochement entre la psychiatrie et le travail social estiment pour autant que le contexte de pression sociale et étatique à la prise en charge de la santé mentale par la psychiatrie, le risque de « psychiatrisation de la misère[18] », ou encore le « transfert d'impuissance [des travailleurs sociaux] sur d'autres professionnels » (Furtos, 2011), ne doivent pas empêcher de répondre et de prendre en charge, de soulager cette souffrance. La mise en place des EMPP avait de ce point de vue pour double objectif de faciliter le recours à la psychiatrie par le social, mais aussi de « filtrer la demande » en provenance du social afin d'éviter les recours non pertinents à la psychiatrie (EMPP Maison Blanche, 2014).

Ainsi, sur le territoire, le désaccord des psychiatres quant à l'objet de leur profession – centré sur la pathologie ou santé mentale plus largement – joue un rôle dans les difficultés d'accès aux soins vécues par les travailleurs sociaux. La faiblesse des relations entre psychiatres et intervenants sociaux sur le territoire produit sans doute un renforcement de la demande envers la psychiatrie. Elle ne permet pas de lever les doutes quant à la présence d'un trouble ou d'une maladie et n'offre pas un accès à la psychothérapie en cas de besoin.

Urgences sociales et médicales : de la saturation à l'appel au partenariat

Le territoire présente une coupure entre le dispositif de secours médical et le dispositif de l'urgence sociale et plus largement le secteur accueil, hébergement, insertion (AHI) des sans-domicile. Les pompiers et les urgences médicales n'apparaissent pas intégrés à ce dispositif, alors qu'ils sont les premiers à être en relation avec les personnes sans abri : ils ne participent pas aux réunions des acteurs de l'urgence sociale, n'ont pas signé de convention avec des structures du secteur, n'ont pas développé de protocoles de travail avec celles-ci.

16. La Classification internationale des maladies (CIM) et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) sont des classifications professionnelles des maladies psychiques et mentales.

17. Entretien avec le médecin psychiatre responsable du CMP.

18. Entretien avec le médecin responsable du réseau Psychiatrie précarité Paris.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

C'est pourquoi l'expérimentation sociale a mis en œuvre une réflexion avec des personnels du service des urgences hospitalières, sous la forme d'un groupe de travail et d'une participation à la recherche-action.

Les différents secteurs opèrent des renvois les uns vers les autres et des transferts de responsabilité qui provoquent des résistances. Ainsi, du côté de l'urgence sociale, les professionnels des centres d'hébergement d'urgence, vers lesquels sont orientées les personnes sans abri, se disent désemparés face aux problèmes liés à la grande précarité (incurie, non-demande d'aide, souffrance psychique, pathologies somatiques et psychiatriques, usages d'alcool). Ils ne savent pas les prendre en charge. Les intervenants sociaux du territoire orientent vers le soin lorsqu'ils évaluent un trouble somatique ou psychique. Or, ils s'indignent que les urgences remettent à la rue des personnes semblant nécessiter des soins, sans qu'elles aient pu parfois bénéficier d'une consultation. Les personnels soignants font part de leur côté de leur désarroi face à l'afflux de personnes sans abri venues sous prétexte de soins, alors qu'elles semblent avant tout avoir besoin d'un accès à des services sociaux.

Ces renvois mutuels se pratiquent également entre le SAU et le SIAO, celui-ci orientant parfois des personnes sans abri vers les urgences pour une mise à l'abri de quelques heures. Quant à l'hôpital, c'est lui qui devrait logiquement recourir au SIAO quand il reçoit des personnes sans abri, mais il ne le fait pas, anticipant la saturation du service et donc son absence de réponse. Ces renvois mutuels s'insèrent dans des contextes très tendus. L'hôpital assure une fonction sociale par défaut dans un contexte d'engorgement des structures d'hébergement et de pénurie de places. Le bilan de l'hiver 2015-2016 du 115 note que le taux de demandes d'hébergement non satisfaites est de 57 %, du fait de la saturation des dispositifs (FNARS, 2016). Le service des urgences s'estime peu armé pour répondre aux problématiques sociales. Si deux postes d'assistants de service social sont affectés aux urgences et à l'hospitalisation de courte durée, aucune présence n'est assurée ni la nuit ni le week-end, où les difficultés sont pourtant les plus aigües. 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 financières[19]. Dans ce contexte de pression, chaque profession résiste contre l'extension de son champ d'action vers les problèmes sociaux, pour l'un, vers les problèmes médicaux pour l'autre. Tandis que la psychiatrie a plutôt tendance à résister au partenariat afin de repousser le flux de demandes émanant du social et excédant les frontières de la maladie psychique *stricto sensu*, les urgences médicales tendent au contraire à appeler au partenariat le secteur social. Dans un contexte où le service est dans l'incapacité d'agir sur l'arrivée des personnes sans abri et où les professionnels souffrent des traitements indignes qu'ils leur font subir – par exemple, ils les reconduisent hors du service sans même les avoir soignées –,

19. Entretien avec le médecin responsable du SAU.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

des soignants voient dans le développement de la coopération une possibilité de répondre à ces situations et d'alléger leur charge quotidienne. Dans le cadre de la recherche-action, les partenaires décident ainsi d'expérimenter une modification du trajet et des horaires de la maraude interdisciplinaire afin d'aller vers les personnes sans abri gardées durant la nuit par le service des urgences et de faire le lien avec l'équipe soignante.

Conclusion

L'analyse de l'expérimentation sociale de maraude interdisciplinaire et du développement du partenariat entre les professionnels des secteurs médicaux et sociaux sur un territoire parisien permet d'observer comment persistent, entre ceux-ci, des divergences quant au découpage de l'espace et aux références spatio-temporelles. Les définitions, notamment, de la disponibilité, du lieu et du délai raisonnable d'intervention diffèrent. L'objectif de coordination intersectorielle soulève par ailleurs des enjeux de déplacement de frontières entre des métiers et des secteurs. Face à cette remise en question des professionnalités, se jouent, sur le territoire, des résistances ou au contraire des appels au partenariat. La psychiatrie tend à résister à l'extension de son champ d'action vers la souffrance psychique et les intervenants sociaux tendent à renvoyer vers la psychiatrie et la médecine les situations qui les mettent en difficulté. Les urgences médicales, qui n'ont d'autres choix que de faire face au flux des personnes sans abri sans pouvoir correctement les prendre en charge, s'opposent à l'extension de leur activité en faisant appel au partenariat avec le social, afin de se recentrer sur le soin médical. Dans les relations entre les secteurs se jouent ainsi des enjeux de frontières entre les professions du médical et les professions du social, où se négocient des périmètres respectifs d'intervention.

Les difficultés de coordination entre les secteurs, couplées à l'engorgement qui caractérise autant les urgences médicales hospitalières que l'hébergement d'urgence, alimentent les renvois mutuels entre institutions et le retour, *in fine*, des personnes sans domicile à la rue. Tandis que le système d'hébergement d'urgence, en n'offrant qu'une mise à l'abri temporaire, tend à faire circuler les personnes sans abri en son sein, les équipes mobiles et l'accompagnement multidisciplinaire les font naviguer entre les urgences médicales, les urgences psychiatriques, les services d'accueil et d'hébergement d'urgence sociale. L'expérimentation sociale de maraude interdisciplinaire pour aller à la rencontre des personnes sans abri dans un territoire problématique risque alors d'être au service d'une invisibilisation des personnes sans abri. En effet, malgré le dévouement et les intentions louables des professionnels des urgences médicales, sociales et de la psychiatrie, qu'il est important de souligner, on pourrait considérer que ce traitement revient à les déloger des lieux où elles se concentrent pour les faire circuler dans l'espace géographique ainsi qu'entre

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

les services et les secteurs. Par là même, il réduit leur visibilité sans pour autant permettre une amélioration durable de leur situation. Ce résultat est d'autant plus paradoxal qu'il s'agit pour la maraude d'aller vers des personnes qui n'expriment pas de demande d'aide, et trouvent sans doute dans l'espace des gares un lieu de repli.

Bibliographie

Agence régionale de santé (ARS), 2013, *Note relative aux principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Île-de-France*.

ARVEILLER Jean-Paul, MERCUEL Alain, 2012, *Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir*, Paris, Lavoisier.

BLOCH Marie-Aline, HÉNAUT Léonie, 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.

BRESSON Maryse, 2003, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, nº 115, p. 311-326.

BREVIGLIERI Marc, 2009, « L'épuisement capacitaire du sans-abri comme urgence ? », Actes du colloque international *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, Nice, C. Felix et J. Tardif éd.

BROUSSE Cécile, 2006, « Le réseau d'aide aux sans domicile : un univers segmenté », Économie et statistique, nº 391-392, p. 15-34.

BROUSSE Cécile, FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, 2008, *Les sans-domicile*, Paris, La Découverte.

CEFAÏ Daniel, GARDELLA Édouard, 2011, *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte.

CHAUVIN Pierre, ESTECAHANDY Pascal, GIRARD Vincent, 2009, *La santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, Rapport remis à Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports.

DAMON Julien, 2012, *La question SDF. Critique d'une action publique*, Paris, Puf.

DEMAILLY Lise, 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte.

DEMAILLY Lise, DEMBISKY Olivier, DÉCHAMP-LE ROUX Catherine, 2014, *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*, Montrouge, John Libbey Eurotext.

DHUME Fabrice, 1997, *RMI et psychiatrie, deux continents à la dérive ?* Paris, L'Harmattan.

Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale (DGS, DGAS), 2009, *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social*, Paris, ministère de la Santé.

EMPP Maison Blanche, 2014, « L'équipe mobile psychiatrie et précarité de Maison Blanche », *Lettre Maison Blanche*, nº 49, p. 6-7.

FASSIN Didier, 2006, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », *Politix*, vol. 1, nº 73, p. 137-157.

FNARS, 2016, *Baromètre du 115. Synthèse hivernale 2015-2016*, Paris, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES

FURTOS Jean, 2011, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet PSY*, vol. 7, nº 156, p. 29-34.
— 2007, « Le refus d'hébergement : un vrai problème ? », Symposium de l'Observatoire du Samu social de Paris du 18 décembre 2007.
GARDELLA Édouard, 2016, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, vol. 7, nº 3, p. 243-260.
GREENWOOD Davydd, LEVIN Morten, 1998, *Introduction to Action Research*, Londres-New York, Sage Publications.
JAEGER Marcel, 2006, *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod.
LAPORTE Anne, CHAUVIN Pierre éd., 2010, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France (SAMENTA). Premiers résultats*, Paris, Observatoire du Samu social de Paris-INSERM.
LOISON-LERUSTE Marie, 2014*, Habiter à côté des SDF. Représentations et attitudes face à la pauvreté*, Paris, L'Harmattan.
LOISON-LERUSTE Marie, PETIAU Anne, 2018, « La recherche-action dans le champ de la lutte contre les exclusions : un dispositif en tension », *Sociologies pratiques*, nº 37, p. 81-90.
MERCUEL Alain, 2012, *Souffrance psychique des sans-abri*, Paris, Odile Jacob.
PICHON Pascale, 2007, *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Montreuil, Aux lieux d'être.
POIRIER Mario, HACHEY Raymonde, LECOMTE Yves, 2000, « L'inquiétante étrangeté de l'itinérance. Santé mentale au Québec », *Itinérance*, vol. 25, nº 2. p. 9-20.
PSYCOM 75, 2010, *Guide de la psychiatrie publique à Paris*, Paris, PSYCOM 75.
SCHLEGEL Vianney, 2016, « Question sociale et question médicale : la santé dans l'accompagnement des personnes sans-domicile », Working Paper du RT6 de l'Association française de sociologie.
SOREL Maryvonne, 2009, « Quand il s'agit de caractériser les référents théoriques en travail social. Retour sur une étude », *Empan*, vol. 3, nº 75, p. 80-87.
STROHL Hélène, LAZARUS Antoine, 1995, *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », Paris, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain.
VAN CAMPENHOUDT Luc, CHAUMONT Jean-Michel, FRANSSEN Abraham, 2005, *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod.
WARIN Philippe, 2016, *Le non-recours aux politiques sociales*, Presses universitaires de Grenoble.
YAOUANCQ Françoise *et al.*, 2013, « L'hébergement des sans-domicile en 2012 », *INSEE Première*, nº 1455.
ZENEIDI-HENRY Djemila, FLEURET Sébastien, 2007, « Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF », *L'Espace géographique*, vol. 36, nº 1, p. 1-14.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - BUC Ressources - - 37.60.190.52 - 07/12/2019 10:34 - © ERES