



Faire de la rue une innovation en santé mentale

Cyril Farnarier, Aline Sarradon-Eck

► To cite this version:

Cyril Farnarier, Aline Sarradon-Eck. Faire de la rue une innovation en santé mentale. L'innovation en santé. Technologies, organisations, changements., 2018. <hal-02151723>

HAL Id: hal-02151723

<https://hal.science/hal-02151723v1>

Submitted on 9 Jun 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Version de l'auteur**Chapitre d'ouvrage****Pour citer cet article :**

Farnarier C, Sarradon-Eck A., « *Faire de la rue* une innovation en santé mentale », In Haxaire C., Moutaud B. et Farnarier C. (éds). *L'innovation en santé. Technologies, organisations, changements*. 2018, Presses Universitaires de Rennes, pp. 149-170.

***Faire de la rue* une innovation en santé mentale**

Cyril Farnarier

Aline Sarradon-Eck

La psychiatrie n'est pas considérée comme un domaine particulièrement innovant dans le champ de la médecine. En France, depuis les changements majeurs générés par la découverte des neuroleptiques au milieu du XX^e siècle, par la réforme des hôpitaux psychiatriques après la seconde guerre mondiale, la sectorisation psychiatrique mise en place dans les années 1970 et l'avènement dans ces mêmes années de la psychothérapie institutionnelle, peu d'innovations technologiques ou organisationnelles sont intervenues.

Nous proposons ici d'examiner un dispositif de soin qualifié d'innovant à la fois par le psychiatre qui l'a mis en œuvre, par les institutions qui l'ont financé, et par les travailleurs sociaux et professionnels de soin qui y travaillent. Ce dispositif s'adresse aux personnes vivant à la rue et souffrant de troubles psychiatriques sévères. Son caractère innovant tient au fait qu'il rompt avec des principes profondément ancrés dans la psychiatrie française. Les principaux éléments de cette « rupture » mis en exergue par les professionnels intervenant dans le dispositif sont :

- la mobilisation du modèle du « rétablissement » en santé mentale comme paradigme idéologique des pratiques de l'équipe. Le principe du rétablissement vise à ce que la personne parvienne à autogérer sa maladie et ses traitements afin de retrouver l'espoir dans un avenir meilleur, une place et un statut dans la société et une vie gratifiante en dépit des effets de la maladie ;
- la mise à disposition de logements (individuels ou semi-collectifs) pour les personnes suivies par l'équipe ; par opposition à l'accès au logement dit « par palier » qui comprend plusieurs étapes intermédiaires (ouverture de droits sociaux, mise en place et respect d'un traitement psychiatrique, obtention de revenus, etc.) avant de pouvoir prétendre à un logement stable ;
- le recrutement de médiateurs de santé pairs (personnes ayant un parcours de rue, de soin en psychiatrie ou les deux à la fois) ;

Dans cet article, nous nous intéresserons à une activité qui participe à la dimension innovante du dispositif, tout en construisant son identité : le « travail de rue ». À partir

d'une ethnographie de ce travail de rue¹, nous interrogeons cette dimension innovante en resituant le dispositif dans le contexte socio-politique local et national qui a permis son émergence, et en questionnant la façon dont les membres de l'équipe se sont appropriés et réalisent ce « travail de rue ». Dans le sillage du développement de la psychiatrie hors les murs en France, ce travail est présenté par les membres du dispositif comme l'aboutissement des politiques de l'aller vers et donc de faire de *la rue* en elle-même une innovation dans les pratiques de soins. Dans un second temps nous analysons les transformations qu'il implique dans le travail de soin en psychiatrie sur un plan pratique, symbolique et théorique. « Faire de la rue », en langage *emic*, est alors avancé par les promoteurs de ce dispositif comme étant une innovation dans le champ de la santé mentale.

Le contexte de l'innovation et de son appropriation

Le dispositif de soins dont il est question ici est une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP). En France², c'est au début des années 2000 que des équipes mobiles se créent pour favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins des populations sans domicile et affectées par des troubles psychiatriques, qui sont réputées « difficiles à atteindre » (Rothbard et al, 2004). En 2005, une circulaire ministérielle³ a officialisé à l'échelon national la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie : les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Il en existait 126 en France en 2010 (Mercuel et Querimi, 2011) dont les missions définies par un cahier des charges sont « d'aller vers » les populations sans chez soi présentant des troubles psychiatriques. Cependant, ce cahier des charges n'impose pas un modèle d'intervention (Marquès, 2010), laissant une certaine marge de manœuvre aux équipes pour créer leur propre modèle de soins et se positionner soit davantage dans les soins « directs » aux personnes sans abri, soit dans des soins « indirects » de soutien aux équipes médico-sociales de première ligne et d'« interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales » (Morcellet, 2009). L'EMPP décrite dans cet article se positionne très nettement dans la première catégorie en développant un modèle de soins qui repose en grande partie sur une intervention directe des professionnels de santé auprès des personnes sans abri. En effet, à travers les différents éléments qui composent ce dispositif (accompagnement à l'accès aux droits sociaux, accès aux soins somatiques et psychiques et accompagnement au logement) ce dispositif effectue des prises en charge « à part entière » (Marques, 2010) dans lesquelles le travail de rue est très souvent le premier maillon de la chaîne.

Une innovation en question

Une innovation ne nécessite pas forcément qu'il y ait invention ou création, elle peut consister en la mobilisation d'outils ou de moyens déjà existant par ailleurs, soit pour

¹ Monographie de ce dispositif de soins conduite pendant 24 mois par les auteurs qui étaient à l'époque salariés du dispositif. Cet article s'appuie sur des observations au long court de l'ensemble des activités de l'équipe (tournée de rue, accompagnement social, hospitalisation, staff, réunions diverses, etc...), des entretiens

² Aux USA, des équipes mobiles en santé mentale existent depuis les années 1980. Elles ont été créées pour pallier les défaillances du système psychiatrique américain à assurer une continuité des soins pour les personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques sévères, mais aussi pour « nettoyer » certains quartiers des grandes métropoles (Lovell, 1996).

³ 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.

en faire autre chose que ce à quoi ils servaient déjà, soit pour les transférer dans un autre milieu, un autre domaine d'application. Dans cet article, nous souhaitons questionner la dimension innovante du dispositif étudié pour montrer qu'elle repose avant tout sur un transfert d'éléments (représentations, valeurs, techniques, savoir-faire, etc.) qui existent dans d'autres milieux que celui de la psychiatrie. Il recouvre alors le sens courant et premier du terme innovation : « Introduire du neuf dans quelque chose qui a un caractère bien établi »⁴. Nous interrogeons les transformations et adaptations diverses qu'induisent un tel transfert en présentant, dans un premier temps, le contexte dans lequel ce dispositif a émergé afin d'éclairer les conditions de sa réalisation, et de comprendre pourquoi le travail de rue, déjà pratiqué par d'autres, se présente dans ce cadre particulier comme une innovation.

La sanitarisation du social

La démarche de « l'aller vers » qui est au cœur de l'action des équipes mobiles, et particulièrement celle qui est étudiée dans cet article, est un choix politique et humanitaire qui a émergé en France dans l'action publique dans les années 1990. Cette émergence est due à l'augmentation d'une population de grands exclus n'ayant plus accès aux droits fondamentaux (dont l'accès à des soins décents), concomitant à un accroissement de la visibilité de la « question SDF » (Damon, 2008).

Le changement de regard opéré sur cette population de grands exclus, considérée depuis les années 1990 comme des victimes, a permis l'émergence de dispositifs expérimentaux (tels que le Samusocial de Paris en 1993) dont la première mission consistait à « aller à la rencontre des personnes qui, dans la rue, paraissent en détresse physique et sociale⁵ », en mettant en place des « maraudes » (intervention d'équipe mobiles composées d'un chauffeur accueillant social, d'un travailleur social et d'un infirmier(e) diplômé(e) d'Etat) et en utilisant les centres d'hébergement d'urgence pour les accueillir⁶. Ils se sont rapidement imposés comme des dispositifs d'action publique en consacrant la notion « d'urgence sociale » (Rullac, 2008 ; Cefaï et Gardella, 2011). « Figure typique de l'exclusion » (Damon, 2008, p. 62), les SDF sont devenus depuis la fin des années 1990 un enjeu des politiques sociales en France. De façon concomitante à ce premier mouvement, la société française se sensibilise à la problématique des personnes ayant des troubles psychiques et vivant dans la rue (Marquès, 2010).

A la croisée de ces deux mouvements, les politiques sociales accentuent leur « ciblage » avec la création des EMPP qui marque l'apparition de véritables politiques catégorielles visant une population désignée par les institutions spécialisées (ici l'hôpital psychiatrique) et définie à la fois par son statut social (être SDF) et par sa pathologie (troubles psychiatriques sévères).

⁴ CNRTL : <http://www.cnrtl.fr/definition/innover>. Page consultée le 2/09/2014.

⁵ Site du samusocial de paris : <http://www.samusocial-75.fr/le-samusocial-de-paris/historique/> page consultée le 09/09/2014

⁶ Les centres d'hébergement d'urgences existaient bien avant les années 1990. Les personnes sans abris y étaient conduites par les patrouilleurs de la BAPSA (Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri) qui ramassaient les personnes de la rue et les y conduisaient de force. Cette dimension obligatoire et coercitive du travail de rue et des centres d'hébergement d'urgence a disparu avec l'abrogation des délits de vagabondage et de mendicité en 1992.

Réduction des risques et développement de « l'aller vers »

Tandis que se mettaient en place les dispositifs de l'urgence sociale dans les années 1990, des politiques de santé publique basées sur la « réduction des risques liés à l'usage de drogues » se développaient dans les grandes villes françaises (Coppel, 1996). L'instauration de cette politique dite de « réduction des risques » (RDR) par expérimentations successives dans les principales villes de France a suscité tensions, incompréhensions et conflits entre les différents acteurs (politiques, associatifs, soignants, habitants) concernés (Coppel, 2002). Cependant, dans la ville où l'EMPPP étudiée dispense ses soins, la RDR a sensibilisé l'administration de la ville et le monde associatif local aux besoins sanitaires des populations vivant dans les rues de la ville⁷.

Une des stratégies de l'approche par la réduction des risques est le travail de proximité, conceptualisé outre-Atlantique sous le terme de « *outreach work* » signifiant « une activité dirigée vers des groupes sociaux particuliers non atteints par les circuits traditionnels » (Jauffret, 2001, p. 7). Traduit en français par l'expression « aller vers » (et parfois « aller au devant »), le concept est arrivé en France au début des années 1990, sans que nous ayons pu dater avec précision son incorporation dans le vocabulaire médico-social. Dans la politique de la RDR mise en place par les ONG telles que ASUD (Auto-support des usagers de drogues) ou Médecins du Monde au début des années 1990, « l'aller vers », consiste à rencontrer les publics cibles des programmes (usagers de drogues, travailleurs du sexe, etc.) là où ils se trouvent, en mobilisant des équipes mobiles comprenant des travailleurs pairs. L'aller vers est indissociable d'une pratique de RDR qui repose sur le triptyque « créer du lien », « rencontrer », « établir une relation de confiance » qui est devenu un « dénominateur commun à l'ensemble des acteurs » (Le Naour, 2005, p. 57) impliqués dans sa mise en œuvre. Par les débats, les prises de position et les mobilisations qu'elle a suscitées, cette action publique et associative en faveur de la RDR a créé un terreau favorable au développement d'autres équipes mobiles effectuant un travail de rue auprès des populations vulnérables.

« L'aller vers » a différentes acceptions dans la littérature grise ou universitaire de la sphère médico-sociale ou psychiatrique, tout comme le concept d'*outreach work* (Olivet et al, 2010). Si le travail de proximité est devenu le credo de la RDR et de nombreuses associations œuvrant pour les personnes sans abri, l'aller vers est tantôt conçu comme une modalité particulière d'intervention auprès des personnes directement sur leur lieu de vie (et ne pas attendre qu'elles se déplacent dans un bureau ou une structure sanitaire), tantôt comme démarche active d'intervention auprès de populations marginalisées qui n'utilisent pas les services sanitaires et sociaux.

Dans le champ de la santé mentale, le concept est apparu plus tardivement, au début des années 2000 avec le rapport de mission ministérielle des psychiatres Piel et Roelandt (2001 : 45) qui préconisaient de « mener la politique de sectorisation à son terme » en mettant fin à une logique exclusivement institutionnelle qui n'envisage le soin psychiatrique qu'en milieu sanitaire. Ils en appelaient à une « mutation du dispositif de psychiatrie qui permette d'*aller vers* les personnes malades ou souffrantes » (souligné par les auteurs du rapport) dans une logique de réseau entre les sphères du sanitaire, du médico-social et du social, ce qu'ils considéraient comme une « révolution psychiatrique »

⁷ Pour des raisons de conservation de l'anonymat, certaines références bibliographiques ne peuvent être citées dans le cadre de cet article.

puisque cette « mutation » donnerait une place (et un pouvoir) plus grand aux paramédicaux et aux travailleurs sociaux.

Toutefois, c'est dans le rapport Parquet (2003) qui a préparé la circulaire ministérielle officialisant les EMPP, qu'est apparue la notion d'équipes mobiles intersectorielles et d'« actions de rue » que ces équipes devaient accomplir en soutien des équipes mobiles sociales qui œuvraient déjà dans le champ de l'exclusion. Dans la circulaire ministérielle, l'« aller vers » est érigé en principe d'organisation de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion, mais sans être défini.

La sociologue Ana Marquès (2010) a montré que les EMPP marquent une rupture dans la légitimité habituelle de l'intervention en psychiatrie fondée sur la demande de soins des patients. Les EMPP s'appuient sur une nouvelle légitimité, qu'elles empruntent aux équipes mobiles sociales, et qui est paradoxalement celle de l'inexistence de la demande : leur population cible est composée de « ceux qui ne demandent (plus) rien ». Et ceux-là vivent dans la rue, ou passent leurs nuits dans les hébergements d'urgence.

Ainsi, « aller vers » et « travail de rue » viennent à se rejoindre, voire à se confondre dans les représentations des professionnels et dans les pratiques, comme nous le verrons plus loin.

Création et activité de l'équipe mobile étudiée

Dans ce contexte socio-politique, le fondateur de l'équipe mobile étudiée a pu convaincre le monde associatif dans un premier temps, puis l'administration hospitalière dans un second temps, de la nécessité de créer un dispositif adapté à la population des personnes sans abri souffrant de troubles psychiatriques sévères. En effet, dans la ville où intervient l'EMPP, la population se trouvant au moins une fois dans l'année en situation de sans-abrisme est estimée à plus de 12 000 personnes. Selon les taux de prévalence mis en évidence par les enquêtes épidémiologiques (Koegel *et al.*, 1988 ; Laporte *et al.*, 2010), on estime alors à 4000 le nombre de personnes se trouvant au moins une fois dans l'année en situation de sans-abrisme et souffrant de troubles psychiatriques sévères dans cette ville.

L'équipe mobile s'est progressivement constituée à partir de 2004 au sein de l'ONG Médecins du Monde, à partir d'une équipe de bénévoles de cette ONG qui effectuaient des maraudes. En 2007, elle a été officiellement créée et financée sur la base d'un partenariat avec l'Assistance Publique des hôpitaux de la ville, l'ONG Médecins du Monde et une autre association spécialisée dans le logement des personnes en situation de grande précarité. En 2011, l'ONG a mis fin à son partenariat estimant que le relais par les politiques publiques était suffisant. En effet, cette équipe mobile a aujourd'hui le statut d'unité fonctionnelle hospitalière et dépend du pôle de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de la ville. Elle dispose de bureaux situés en dehors de l'hôpital, dans un immeuble du centre ville et se présente dans les textes et les discours comme une « équipe de santé communautaire » et un « dispositif d'intervention innovant directement accessible pour les bénéficiaires sur leur lieu de vie ».

Il s'agit d'une équipe médico-sociale qui en 2012 était composée de 20 personnes : trois psychiatres (dont deux à mi-temps), un médecin généraliste, un interne en psychiatrie, trois infirmiers (dont un bénévole), deux assistantes sociales, six médiateurs

de santé pairs⁸, un secrétaire, un coordinateur et deux chercheurs. Le développement très rapide de ce dispositif (passé de 4 personnes bénévoles en 2007 à 20 personnes salariées en 2012) est en grande partie dû aux types de financements dont il a pu bénéficier. Ici la question de l'innovation est déterminante. En effet, ses deux principales sources de financement sont des dotations annuelles, l'une au titre d'un « programme expérimental de santé communautaire », et l'autre comprise dans les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation⁹. A ces financements principaux (reconductibles) s'en ajoutent d'autres (non reconductibles), provenant éventuellement de réponses à des appels d'offre faisant la part belle aux dispositifs innovants.

Des soins axés sur le rétablissement des personnes

Le concept « rétablissement »¹⁰ s'est développé en premier lieu dans les associations d'usagers, puis rapidement dans la communauté scientifique nord-américaine au début des années 1990. Il constitue le socle idéologique des politiques de santé mentale dans de nombreux pays anglo-saxons. Bien qu'il renvoie à des pratiques validées par la science¹¹, ce concept n'était connu, au début de notre enquête de terrain, que de quelques services de psychiatrie en France (Greacen et Jouet, 2012). S'appuyant sur un corpus scientifique épidémiologique, psychologique et socio-anthropologique (Strauss et Carpenter, 1977), l'idée-force du rétablissement est sa remise en cause de l'incurabilité de la schizophrénie, maladie emblématique de la psychiatrie. Il affirme la possibilité qu'ont les personnes affectées par un trouble psychiatrique sévère de surmonter la maladie, de la contrôler, voire de la vaincre, d'avoir une vie satisfaisante et d'être des citoyens à part entière même si leurs symptômes persistent (Davidson *et al.*, 2009).

La notion de rétablissement renvoie plus à un rétablissement social et citoyen que biomédical. « Le rétablissement est lié autant, sinon plus, au fait d'affronter des obstacles tels que les préjugés sociaux, la pauvreté économique et les effets iatrogéniques des traitements qu'à celui de surmonter les contraintes exercées par la maladie elle-même » (Anthony, 2002, p. 103). Ainsi, les structures « *recovery oriented* » accordent une place importante aux attentes et désirs des personnes, les aident à atteindre l'autonomie dans la gestion de la maladie et à conquérir le pouvoir d'agir sur elles-mêmes, et œuvrent à leur redonner espoir en une vie meilleure (Provencher, 2002).

⁸ Les médiateurs de santé sont des personnes recrutées dans les équipes pour leurs « savoirs expérientiels ». Au moment où nous réalisions cette recherche, plusieurs programmes de différentes envergures (locale, interrégionale ou nationale) expérimentaient le métier de médiateur de santé pair en santé mentale. Parmi ces programmes, celui porté par le CCOMS (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche en santé mentale) avait pour objectif principal de tester la faisabilité d'intégrer d'(ex-)usagers de la psychiatrie dans des équipes de santé mentale. Voir à ce propos les rapports d'évaluation qualitative de ce programme et de sa mise en œuvre (Demailly *et al.*, 2014a, 2014 eb)

⁹ Ce dernier étant une des possibilités de financement des missions d'intérêt général alloué par le ministère de la santé.

¹⁰ Traduction du concept original anglo-saxon « *recovery* » en usage dans le milieu de la psychiatrie.

¹¹ Pour une revue de la littérature, voir Reppert et Carter, 2011.

Entre engagement humanitaire et sanitaire

Les parcours professionnels des personnes qui composent cette équipe et leur motivation pour y travailler méritent d'être relevés. En effet, sur les dix sept personnes qui composent l'équipe (si on enlève les internes qui changent tous les six mois et les deux chercheurs auteurs de cet article), neuf sont ou ont été bénévoles ou salariés d'une ONG (Médecin du Monde ou Médecins sans Frontières), ou dans d'autres associations de type philanthropique) et un infirmier (par ailleurs en poste dans un service d'urgence) effectue quasiment un mi-temps bénévole dans cette équipe¹² pour faire exclusivement du travail de rue.

L'origine « humanitaire » de l'EMPP, née au sein d'une ONG, est essentielle pour comprendre la dynamique identitaire de l'équipe. Pour la grande majorité des professionnels et bénévoles de cette EMPP, qu'ils aient travaillé dans l'humanitaire ou non, apporter des soins à cette population est un choix militant, celui d'être auprès des personnes les plus précaires et les plus vulnérables. Il répond à une logique humanitaire de proximité et à une éthique de la solidarité (Saillant, 2007). Il s'inscrit également dans un engagement politique individuel de pallier ou de contourner les dysfonctionnements du système de prise en charge médico-sociale, et plus largement de transformation de la société (« *faire changer un système qui dysfonctionne* », entretien¹³). « *Faire de la rue* » (expression souvent utilisée par les professionnels) prend alors la connotation de l'expression « être dans la rue », porteuse d'une signification de militance et de révolte populaire contre les injustices sociales.

Ainsi, l'« origine humanitaire » se retrouve dans la centralité du travail de rue. En effet, celui-ci est un concentré d'intervention immédiate, utilitaire, auprès des personnes exclues considérées comme les victimes de la société, de bienveillance et de compassion, de dévouement et de désintéressement. Autant d'éléments qui se retrouvent de façon récurrente dans le discours des bénévoles et des militants (Harvard Duclos et Nicourd, 2005).

Dès lors, être une « équipe de rue » (ou « *faire du travail de rue* » ou encore « être un travailleur de rue ») recouvre une valence positive, voire une forme de fascination auprès des nouvelles recrues (professionnels ou stagiaires) ou des candidats nombreux à postuler dans cette équipe, en mettant en avant ses racines « humanitaires ». Cette identité repose sur une représentation gratifiante du « bon » soignant, bienveillant et charitable comme l'explique ce professionnel à propos de son arrivée dans l'équipe :

« J'avais l'impression qu'il y avait plus de reconnaissance [à se positionner] dans un truc militant : c'est plus satisfaisant de soigner des pauvres que des riches ! [...] Et il y avait un peu ce truc-là, de dire : " c'est parce qu'on s'occupe vraiment du bas, du bas de la population, que c'est bien..." » (entretien).

La médecine humanitaire bénéficie d'un fort capital symbolique (Fox, 1995), particulièrement en France où ont été créées les ONG Médecins Sans Frontières et Médecins du Monde. La diffusion de la représentation gratifiante d'équipe de rue humanitaire, favorisée par le charisme de plusieurs membres de l'équipe rompus au « plaidoyer » de part leur formation dans les ONG (Médecins Sans Frontières et Médecins

¹² Situation exceptionnelle pour une unité fonctionnelle hospitalière

¹³ Les propos des professionnels de l'EMPP sont transcrits en italique et entre guillemets. Par souci d'anonymisation, les caractéristiques socio-démographiques (genre, âge, profession) ne sont pas précisées, sauf si elles apportent un élément important pour la compréhension ou l'analyse.

du Monde), participe aussi d'une stratégie de « lobbying » auprès des décideurs et des exécutants des politiques publiques. Ce lobbying vise à accroître les moyens financiers du programme, mais surtout à sortir d'une logique humanitaire et à inscrire l'action auprès de ces populations dans l'agenda des politiques publiques. Cet objectif est d'ailleurs atteint, car si l'équipe a fonctionné la première année sur la base du bénévolat, soutenu par l'ONG Médecins du Monde, son financement est aujourd'hui entièrement assuré par l'État français.

La description du travail de rue

Le terme de maraude signifie pour le sens commun aller à la rencontre des personnes vivant dans la rue, ou dans les espaces interstitiels de la ville (Lovell, 1996). Lancé par Xavier Emmanuelli pour le Samusocial en référence aux « taxis qui cherchaient jadis les clients au hasard du maraudage¹⁴ », ce terme a aussi le sens premier de « vol de denrées alimentaires ». Du fait de cette polysémie les membres de l'équipe ont adopté le mot « tournée », et le verbe « tourner » désigne l'action (par exemple : « je tourne avec X ce matin »).

Les professionnels effectuaient donc des « tournées » entre 9 heures et 17 heures. Ces tournées de rue étaient pluri-hebdomadaires. Elles s'effectuaient en binôme, dans un espace géographique préalablement défini et fréquenté par les personnes sans-abri : le centre ville. Elles pouvaient être exploratoires (rencontre de chaque personnes sans abri) ou ciblées (recherche de personnes précises) ; elles avaient lieu indifféremment le matin ou l'après-midi et se faisaient exclusivement à pied même si, au besoin, les professionnels pouvaient se rendre d'un quartier à l'autre en transport en commun ou avec leur véhicule. Dans tous les cas, il s'agissait pour les professionnels de sillonner les rues du centre ville à la recherche de personnes, nouvelles ou déjà connues, susceptibles de correspondre aux critères de la cible de l'équipe.

Ce travail de rue comporte plusieurs aspects. Sa finalité est d'abord d'obtenir des « *contacts thérapeutiques... : rentrer en contact, créer des liens et se servir de ça pour expliquer les choses, tenter de donner des explications, tenter de donner une réponse et tenter d'amener vers le soin* » (entretien). Les professionnels ont insisté sur ce temps, parfois très long, pour établir un lien, sur ces moments de conversation ordinaire, accroupis près de la personne, à attendre qu'elle exprime une demande. En d'autres termes, à attendre qu'elle décide d'accepter l'aide qui lui est offerte. Prenons l'exemple de Gilbert¹⁵, rencontré régulièrement par l'équipe pendant plusieurs mois sur son lieu de mendicité. A chaque rencontre, il déclinait toute aide proposée, mais reconnaissait les professionnels et conversait avec eux. Lors d'une énième rencontre, alors que les professionnels étaient sur le point de le quitter, il leur demanda de rencontrer une assistante sociale. S'en est suivi un accompagnement par l'équipe afin qu'il puisse recouvrer ses droits sociaux et ses ressources que l'isolement, l'errance et la maladie lui avaient fait perdre, ainsi que l'acceptation de soins somatiques et en santé mentale.

Le second objectif du travail de rue est de connaître les conditions concrètes de vie des personnes, afin de mieux anticiper leurs besoins et les dangers auxquels elles sont exposées. Les professionnels ont construit un savoir qui leur permet une lecture

¹⁴ *Information*, (revue du samusocial de Paris) mars 1996, p.7 cité par Cefaï et Gardella, 2011, p. 47

¹⁵ Les prénoms des personnes ont été changés.

immédiate de la rue et de ses habitants. Ils ont appris à repérer des signes peu visibles pour le passant ordinaire : des vêtements dans une poubelle près d'un banc public qui indique qu'une personne a « habité » ce banc, un matelas roulé sous un porche, une accumulation de sacs, etc. Les médiateurs de santé, membres de l'équipe ayant vécu à la rue, ayant l'expérience des troubles psychique et de la psychiatrie, ou les deux à la fois, ont joué un rôle important dans la construction de ce savoir, en transmettant aux autres professionnels leur connaissance des stratégies de survie dans la rue, des lieux de refuge des sans-abri, des « codes » et du « langage », permettant de comprendre ce qu'ils observent¹⁶.

Dès lors, la déambulation dans la ville à la recherche des personnes suivies par l'EMPP, ou susceptibles de l'être, est une recherche d'indices. Cette forme de « jeu de piste » est un aspect troublant du travail de rue. Les professionnels utilisaient d'ailleurs parfois la métaphore de la chasse (« la traque », le « documentaire animalier ») pour parler de cette pratique de recherche d'une personne dans la rue. Ce registre sémantique et les attitudes des professionnels sont similaires à ceux des *outreach teams*¹⁷ de New York lorsqu'ils cherchent à entrer en contact avec un *homeless* (Lovell, 1996). Cependant, le mot « traque » était utilisé avec dérision, suggérant une forme d'ambivalence, entre attraction et répulsion, envers cette pratique de recherche des personnes sans-abri dans la ville.

La « traque » évoque aussi, pour les membres de l'équipe, l'activité de filature qui peut précéder une hospitalisation. Les professionnels expliquaient d'ailleurs être parfois confondus avec des « indic's », voire avec des « flics », lorsqu'ils procédaient à une hospitalisation sous la contrainte. Il faut reconnaître que dans certaines situations les méthodes d'approche des personnes comportaient des similitudes avec des techniques de chasse ou d'interpellation policière¹⁸ : surveillance à distance de la personnes en attendant que le véhicule des pompiers arrive, ou suivi rapproché de la personne lorsqu'elle est « en mouvement » dans la rue tout en essayant de la ramener vers le véhicule des pompiers, et dans les deux cas, le professionnel garde le téléphone vissé à l'oreille pour rester en contact avec le reste de l'équipe.

Le travail de rue comporte enfin une dimension proprement soignante : les contacts répétés permettaient de surveiller l'état physique et mental d'une personne afin d'intervenir rapidement en cas de dégradation ; des consultations étaient effectuées sur le lieu de vie de la personne (trottoirs, banc, porche, etc.) ; des médicaments étaient parfois administrés ou confiés à la personne. À la demande des personnes et suivant les moyens disponibles à ce moment-là, les professionnels pouvaient aussi distribuer des produits d'hygiène, des vêtements ou des sacs de couchage.

¹⁶ Par exemple, sur la pratique de la manche : les lieux, les tactiques, l'alcoolisation nécessaire avant la manche pour atténuer la honte de la mendicité, etc.

¹⁷ « Les outreach teams ont pour but d'"aller à la rencontre" des malades en milieu ouvert » (Lovell, 1996, p. 60)

¹⁸ Toutes les hospitalisations sous contrainte ne se passaient pas de cette manière. Certaines étaient plus proches d'une hospitalisation libre, sans aucune opposition par la personne. *A contrario*, d'autres étaient plus violentes et nécessitaient l'intervention des forces de l'ordre.

L'appropriation en acte : Les transformations du travail de soin

Construire une relation soignant-soigné plus horizontale

Nous avons vu précédemment l'attention portée par les professionnels pour ne pas brusquer une personne, la régularité des visites rendues sur le lieu de vie pour souligner et construire une relation tout d'abord de connaissance, dans l'espoir de voir naître une relation de confiance. Cette tâche est d'autant plus difficile que la paranoïa est une des manifestations les plus répandues du développement de la schizophrénie. Pour autant, lorsque les efforts déployés par les professionnels aboutissaient, il arrivait qu'une véritable relation de confiance s'établisse entre une personne de la rue et un membre de l'équipe. Cette confiance acquise jouait alors dans les réseaux d'interconnaissance des personnes de la rue et pouvait se révéler extrêmement utile pour repérer, retrouver et parfois même convaincre une personne malade en situation de fuite ou de refus des soins. Par le principe du « bouche à oreille », ces réseaux de connaissance jouaient aussi souvent dans l'orientation de nouvelles personnes à l'équipe par d'autres personnes de la rue.

Dès lors, la qualité de la relation établie permettait à d'anciens patients de revenir dans les locaux de l'équipe pour prendre des nouvelles et en donner également. Ils savaient que ce lieu existait, qu'ils pouvaient y être accueilli, se reposer en prenant un café, accéder parfois à un ordinateur pour une recherche personnelle, jouer de la guitare laissée à disposition des personnes, utiliser le téléphone pour joindre un membre de leur famille ou leur tuteur, etc. Ces lieux, comme les professionnels qui y travaillaient, incarnaient une certaine stabilité et étaient alors des points de repère pour des personnes qui en manquent bien souvent.

Développons alors quelques éléments qui participent à la construction de cette relation.

Nomination et inclusion sociale

Les professionnels étaient particulièrement attentifs à la manière dont ils nommaient entre eux les personnes rencontrées dans la rue. Ces dernières étaient désignées individuellement par un titre (Monsieur, Madame) suivi de leur nom ou leur prénom, ou par un nom fictif lorsque leur identité réelle n'était pas connue. Au niveau collectif, l'équipe les appelait « *personnes de la rue* », nomination qui rappelle la « cible » de l'activité de l'équipe. L'expression « *personne de la file active* » ou le terme administratif de « *bénéficiaire* » attestent d'un certain statut, celui d'être pris en charge. Rarement utilisé par les professionnels, le terme de « *patient* » était employé quand la personne était hospitalisée ou reçue en consultation. Ces trois derniers mots ou expression suggèrent que la personne a acquis un statut "ordinaire" de malade recevant des soins ce qui témoigne d'une nouvelle affiliation sociale. En revanche, le mot « *usager* », s'il était couramment utilisé par deux des médiateurs pour désigner « les patients des psychiatres », l'expression consacrée étant « *les usagers de la psychiatrie* », n'était pas utilisé pour désigner les personnes suivies par l'équipe, signifiant ainsi leur éloignement du système de soins. Les termes de « *consommateur* » ou de « *client* » ne faisait pas plus partie du langage des professionnels de l'équipe que de celui des professionnels de santé français en général, en raison de la connotation d'échange marchand qu'ils revêtent dans

la société française¹⁹, contrairement aux sociétés anglo-saxonnes où le mot « client » introduit la notion de pouvoir d'une personne recevant des soins d'exprimer ses choix (Mol, Moser et Pols, 2010, p. 9). Dans un service psychiatrique américain similaire à l'EMPP observée, Lovell et Cohn (1998, p.12) notent le même effort de nomination des personnes comme « membre » pour mettre en avant leurs droits à participer à la décision. Au-delà des différences culturellement situées, cette attention portée à la nomination s'inscrit dans une logique d'assignation d'une identité sociale qui, dans le contexte de personnes socialement disqualifiées (Paugam, 2009), et une forme du souci de l'autre.

Une lecture du communautaire

L'équipe étudiée se présentait comme une « équipe de santé communautaire » et donnait une signification singulière à cette notion que nous allons examiner.

Dans le champ de la santé mentale, « la psychiatrie communautaire signifie globalement la volonté de soigner dans le milieu de vie des patients. (...) Les aspects pris en compte dans ces programmes sont l'ensemble des facteurs sociaux, psychologiques et physiques reliés à l'étiologie, à la prévention, et au maintien de la santé mentale d'une communauté » (Demailly et al., 2012, p.174).

Cependant, à cette volonté de soigner dans le milieu de vie, cette équipe ajoutait une autre dimension : « *c'est se soucier et prendre soins des gens de la rue (la population cible) et de nous (les professionnels). C'est prendre soin les uns des autres, eux aussi prennent soins de nous (entretien, médecin)* ». Ils illustrent cette acception de la santé communautaire par des exemples de la « bienfaisance des patients » (Bouchayer, 2011) à leur égard qui permettrait de créer une relation soignant-soigné d'un autre type : les patients sont attentifs à la fatigue des professionnels, ils prennent des nouvelles de leur famille, ils cherchent à les aider (à trouver une autre personne, à aménager un local, etc.). Ce qui rejoint une définition plus « courante » de la santé communautaire, telle qu'elle est utilisée dans les programmes de développement, et tout particulièrement dans le monde des ONG où le programme de santé est fait pour et avec la communauté à laquelle il est destiné. Ici les professionnels de l'équipe et les personnes de la rue auxquelles ils s'adressent feraient communauté, les frontières de l'équipe étant particulièrement poreuses à son public cible ; les médiateurs, en tant qu'ancien de la rue et/ou (ex-)usager de la psychiatrie incarnant alors cette posture du soigné-soignant.

L'utilisation du local de l'équipe, telle que nous avons pu l'observer, est assez révélatrice de cette définition de la santé communautaire. L'appartement dans lequel l'équipe était installée comportait plusieurs pièces dont les fonctions variaient au fil de la journée. Il n'y avait pas d'espace réservé aux usagers et d'autres aux professionnels, ni de pièces réservées pour les médecins ou les assistantes sociales. La pièce principale servait tout aussi bien de salle de réunion ou de bureau de consultation, de salle à manger pour la pause repas, de pièce de repos à tout moment de la journée pour une personne venue y trouver refuge. Les « repas communautaires » qui ont pu y être organisés, tout comme la fonction de vestiaire qu'a recouvert un temps ce local, participaient pleinement à

¹⁹ De plus, il existe une interdiction législative de considérer l'exercice médical comme une activité commerciale. Cependant, le mot « client » est parfois utilisé par les professionnels dans le sens de personne appartenant à la catégorie de population cible (la clientèle de l'équipe) : « *Ce n'est pas un client pour nous* » disent fréquemment les professionnels lors des tournées de rue, lorsqu'ils rencontrent des personnes qui ne correspondent pas aux critères de la population cible

l'appropriation des lieux par le public cible auquel se destine ce dispositif. Les multiples fonctions et modes d'utilisations de ce local étaient révélateurs de l'activité de l'équipe et de son positionnement dans le réseau des structures médico-sociales à destination des personnes sans-abri. Cependant, pour des raisons essentiellement organisationnelles, une partie de ce mode de fonctionnement (proche d'un accueil de jour pour les personnes souffrant de troubles psychiques) et des activités qui lui étaient associées, ont du être réduites, suspendues ou arrêtées.

Rechercher la bonne distance

Le « souci de l'autre » et le « prendre soin » rencontrent la problématique de la « bonne distance » avec les patients, comme l'explique ce professionnel :

« C'est une équipe où il n'y a pas cette notion de "il faut garder une distance avec les patients", que l'on a en intra hospitalier [...] On est proche des patients. On leur fait la bise, on les tutoie, on les touche, on fait des blagues ou on rigole avec eux. On fume des clopes avec eux, on boit des cafés, on mange avec eux, [...]. C'est je pense vachement différent parce qu'à l'hôpital, il y a vraiment cette idée de faire des activités thérapeutiques. Donc le cadre est thérapeutique. On va au cinéma avec les patients, c'est un truc thérapeutique pour eux ; ou on prépare un repas avec les patients, c'est thérapeutique. [...] Nous on va partager des choses avec eux. C'est pas sous l'angle de "ça va le soigner que je fasse un truc avec lui". C'est sous l'angle de "on partage et ça s'inscrit dans un truc plus grand de rétablissement un peu global où les soignants partagent des expériences avec les usagers". [...] C'est thérapeutique, oui, mais on le fait pas pour ça en fait, on le fait parce que l'important c'est de partager et que ça apporte autant aux soignants qu'à la personne. [...] Mais en fait il y a quand même une distance et je ne dirais même pas qu'elle est plus faible qu'à l'hôpital... enfin je ne mettrais pas ça en termes d'intensité de la proximité ou de la distance mais plus qu'elle est autre [...] On se place jamais en tant qu'amis de la personne. On est toujours le soignant. On a souvent un discours qui reste quand même professionnel. Après on est plus... amicaux mais dans la forme en fait [...] Et les gens, ils sentent qu'ils peuvent compter sur cette équipe mais qu'ils pourraient aussi compter sur une autre équipe en fait. C'est ça l'intérêt de poser la relation professionnelle. »

Cette recherche de la bonne distance dans la relation (Jaffré, 2002), être suffisamment proche pour pouvoir créer du lien mais demeurer suffisamment éloigné pour tenir son rôle professionnel, est une question qui se pose à tous les professionnels de santé, mais également à tous les travailleurs sociaux, avec plus ou moins d'acuité suivant le secteur d'intervention.

Cette question se pose avec d'autant plus de force aux professionnels de l'EMPP que : 1) le suivi des personnes s'effectue sur un temps relativement long (de quelques semaines à plusieurs années) ; 2) ils s'adressent à des personnes socialement isolées et pour lesquelles ils sont susceptibles de représenter la seule relation sociale « amicale » ; 3- de l'établissement ou non de cette relation dépend bien souvent la possibilité de mener à bien le suivi et l'accompagnement d'une personne.

Proximité et familiarité

Le vouvoiement était une règle lors des premiers contacts, de même que la poignée de main. Comme l'ont souligné Cefai et Gardella (2011), cette poignée de main témoigne à la personne d'intentions pacifiques, d'égalité et d'une complicité qui vont lui permettre de s'engager dans une relation interpersonnelle de confiance. Mais lorsque l'équipe connaissait une personne depuis longtemps, le tutoiement et les salutations plus intimes (bises) s'installaient, traduisant une proximité. Nous avons noté que ce régime de familiarité apparaissait classiquement plus rapidement avec les professionnels les plus jeunes et les moins élevés dans la hiérarchie symbolique des métiers. De plus, le

tutoiement s'instaurait d'emblée avec certaines personnes dont les codes culturels ou sociaux font du tutoiement une marque de respect. La proximité s'exprimait aussi dans l'usage du langage familier.

La proximité instaurée de fait, ou recherchée, pose alors la question de la « bonne distance » soignant-soigné, mais ne la pose pas dans les mêmes termes que dans les autres domaines de la médecine. En effet, ce qui est mis en balance n'est pas seulement la protection du professionnel ou celle du patient, mais le risque d'accroître la stigmatisation ou le rejet dont sont victimes les personnes suivies par l'équipe. Les professionnels sont donc partagés entre, d'une part, maintenir une distance qui soit thérapeutique et, d'autre part, l'objectif clairement affiché de cette équipe qui est de lutter contre la stigmatisation que connaissent ces personnes dans la société. En effet, les manifestations de respect (poignée de main) ou de proximité (bises) envers des personnes qui habituellement suscitent répulsion et évitement sont des marques d'égalité et une affirmation de leur humanité. Il s'agit de montrer, à la personne elle-même et aux passants, que les SDF ont une dignité, qu'ils ont droit au respect et à de la fraternité.

Avoir son bureau dans la rue

Une des particularités de cette pratique résidait dans les lieux de son intervention : « *le bureau dans la rue, l'unité à ciel ouvert* » ; « *les consultations sur le trottoir* » (entretien, médecin). Elle impliquait de parler et parfois d'examiner la personne ou de lui délivrer des soins (pansement par exemple) dans la rue, parfois au milieu de la foule, ce qui redéfinissait les frontières de l'espace public et de l'espace privé. En effet, les professionnels savent que les personnes vivant dans la rue ont un espace privatif, parfois délimité par des objets (carton, sacs) disposés autour d'elles, ces « frontières invisibles sur un trottoir [qui] font partie de l'habitat de la personne » (Cefaï et Gardella, 2011, p. 381). Dès lors, les professionnels étaient particulièrement attentifs à ne pas être intrusifs dans leur manière d'entrer en contact. De plus, parce qu'il leur arrivait d'être rejetés, voire insultés par les personnes qui se sentaient menacées par la simple présence des professionnels ou leur volonté d'établir un contact, ils demandaient la permission à la personne de lui parler, de s'asseoir près d'elle. Comme tous les maraudeurs (*Ibid.*), ils respectaient une proxémie qu'ils réévaluaient pour chaque personne. Parfois une "bulle" d'intimité se créait, comme lorsque la personne se déshabillait au milieu de la rue et des passants pour que le médecin l'examine, ou lorsqu'elle livrait une part intime de sa vie, tels que des éléments douloureux et/ou honteux, des étiquettes stigmatisantes qui lui avaient été un jour attribuées et dont elle connaissait, pour les avoir expérimentées, la violence symbolique.

Travailler sans appareillage symbolique

L'absence de « bureau médical », en tant qu'univers fermé et protégé, expose les professionnels à des difficultés techniques : examiner une personne assise et vêtue de ses habits, écouter des révélations intimes au milieu de la foule, remplir des formulaires administratifs pour l'accès à la CMU en étant assis sur un bout de trottoir, conduire un entretien dans un environnement malodorant et envahi de détritus, etc. À ces contraintes matérielles et pratiques s'ajoute pour le professionnel la difficulté d'exercer sans son « appareillage symbolique » (Goffman, 1973) de professionnel de santé. Parfois assimilé à la population SDF par les autres citoyens, il voit sa légitimité mise en question aussi bien

par les passants que par les personnes sans-abri (en particulier lors des hospitalisations sous la contrainte)²⁰. Dans de telles situations, le professionnel peut modifier sa « façade sociale » (Goffman, 1973 : 29) afin de réaffirmer son statut professionnel, au risque de compromettre le soin. Ainsi, un médecin qui avait établi une relation de confiance avec une personne schizophrène et incurie, l'a convaincue d'accepter une hospitalisation. Il l'a accompagnée en transport en commun (autobus) jusqu'à l'hôpital. Alors que leur conversation portait sur des choses ordinaires (football, météo, etc.), il a senti le regard discriminant des passagers, ce qui l'a mis très mal à l'aise. Il a alors orienté la conversation sur le passé médical de la personne, indiquant ainsi sa qualité de médecin, ce qui a eu un effet néfaste sur l'accompagnement de la personne puisqu'elle s'est sauvée à l'arrêt de l'autobus (notes de terrain).

Le retournement du stigmat

Par son histoire, son implantation au cœur de la ville et par la construction de cette identité singulière, l'EMPP était relativement isolée du reste des équipes hospitalières avec lesquelles elle collaborait. La relégation à la marge de l'institution hospitalière de « l'équipe de rue » (c'est ainsi que les professionnels nomment l'EMPP) était perçue comme discriminante²¹ par l'équipe. Toutefois, elle s'est saisie de cette relégation hors de l'institution hospitalière pour revendiquer son identité par un processus de retournement du stigmat (Goffman, 1975).

En effet, les professionnels ont pu développer au moment de la création de l'EMPP la conviction d'être les seuls à pouvoir accomplir leur mission et à pouvoir venir en aide efficacement aux personnes sans-abri souffrant de troubles psychiatriques sévères (« il y a ce truc d'être parfois hors de la loi. Hors de la Loi avec un grand L... et de penser en plus qu'on est meilleur que les autres », entretien). Cette conviction entre en résonance et consolide l'identité humaniste et militante de l'équipe décrite plus haut. Elle est également renforcée par les caractéristiques sociales des personnes composant sa file active qui sont souvent perçues comme des « patates chaudes » qu'une grande partie des services, médicaux et sociaux, préfèrent ne pas voir arriver chez eux. Une partie du travail des professionnels de l'équipe consiste alors à accompagner les personnes dont elles s'occupent pour leur trouver une place et les faire accepter dans les services d'hospitalisation, en fournissant les papiers et certificats nécessaires, en se portant garant du suivi de la situation ou en rappelant les règles administratives de sectorisation des personnes sans domicile. Ces jeux de placement des patients ne sont pas spécifiques à la psychiatrie et sont communs à la plupart des services hospitaliers. Pour autant, ils sont ici plus prégnants qu'ailleurs, en raisons des caractéristiques sociales des personnes (lorsqu'il s'agit de trouver une place en psychiatrie) ou des caractéristiques cliniques (pour une orientation vers un service social)²². L'énergie mise en œuvre et les arguments

²⁰ Anne Lovell a noté les mêmes attitudes envers les *outreach teams* à New York (voir Lovell, 2001, p.130).

²¹ Voire stigmatisante : plusieurs professionnels ont rapporté qu'une infirmière, qui travaillait dans l'équipe à ses débuts, portait auprès de ses collègues hospitaliers l'étiquette d'« infirmière de rue ». Cette étiquette avait une connotation négative, la rue étant assimilée à la prostitution dans le sens commun.

²² Les personnes suivies par l'équipe sont généralement des cas complexes pour les institutions. Souvent décrites comme étant des « cumulardes », outre l'absence de logement, elles cumulent généralement plusieurs problématiques sociales (droits non à jour, absence de droit, situation irrégulière, dettes hospitalières, absence de papiers, etc.) et plusieurs problématiques médicales (somatique, psychique, addictive, parasitaire, etc.).

déployés par les professionnels pour obtenir gain de cause relèvent de l'égalité de traitement et de la citoyenneté et font partie intégrante de la mission militante que se donne cette équipe de lutte contre la stigmatisation des personnes vivant à la rue avec des troubles psychiatriques sévères.

Enfin, l'EMPP retirait un autre avantage de son identité « d'équipe de rue » : elle la rapprochait symboliquement des autres équipes mobiles associatives (Croix Rouge, Emmaüs, Armée du Salut, Samusocial) qui interviennent auprès des sans-abri, au delà des collaborations avec ces structures qui font partie des missions des EMPP telles qu'elles sont définies par la circulaire ministérielle. En effet, les professionnels du social sont souvent réfractaires à la psychiatrie et à sa prise en charge des populations sans domicile, considérant celle-ci comme une forme de contrôle social²³. La position « interstitielle » de l'EMPP (Lovell, 2001) permet de la différencier des autres équipes psychiatriques et de lui accorder sa confiance.

Conclusion

Le dispositif étudié s'est construit à la marge des différents systèmes d'interventions sanitaires et sociales qui lui préexistaient. Par les choix théoriques et idéologiques qui y sont opérés, sa volonté était à la fois de marquer une rupture avec l'existant, de palier les dysfonctionnements du système de soin et de revendiquer la possibilité (voire la nécessité) d'adopter d'autres manières de faire pour s'adapter au public cible du dispositif. Par extension, ce dispositif portait une revendication politique sur le développement d'autres manières de faire en santé mentale auprès de la population générale. Il marquait donc une double rupture : la première, avec les services sociaux habituels s'adressant aux personnes sans-abri, en choisissant de cibler son action sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères ; la seconde, avec les services de psychiatrie, en choisissant de travailler directement dans la rue auprès d'un public sans-abri et selon le paradigme du rétablissement.

Le concept de marges est ici particulièrement heuristique pour analyser la dimension d'innovation du dispositif. Trois acceptions au concept de marges peuvent être retenues (Ciavolella, 2010) :

- La marge est la périphérie (ou la frontière) où se définissent et re-définissent les représentations du centre, son autorité, sa légitimité. Dans cette acception du concept, les marges ont un potentiel discriminatoire et une valence négative (Devish, 1986)
- La marge est un espace liminaire où se recomposent les frontières de l'appartenance, de l'inclusion et de l'exclusion. La marge est ici une forme de « pont » ou « trait-d'union », contrairement à l'acception précédente où elle est un clivage ; on met l'accent sur ses qualités captatrices, transformatives et libératrices (Devish, 1986).
- La marge se déploie dans les interstices du pouvoir ; interstices que construisent ou s'approprient les « marginaux » pour s'autonomiser ou pour s'infiltrer.

²³ Entendu ici dans la fonction de surveillance-correction que lui attribuait Foucault, « surveiller les individus et les corriger, dans les deux sens du terme, c'est-à-dire les punir ou les pédagogiser » (Lenoir, 2005 :7).

Les analyses avancées dans cet article suggèrent que le processus de marginalisation de ce dispositif est sous-tendu par une stratégie de « jeu avec les marges » (Corin, 1986, p. 3) qui s'inscrit explicitement dans une idéologie citoyenne et professionnelle, et implicitement dans la construction d'une identité professionnelle singulière en adéquation avec cette idéologie. Et c'est donc dans ce jeu avec les marges que ce dispositif construit à la fois sa légitimité et son champ d'action. Il y construit également une « niche » institutionnelle et professionnelle, permettant d'associer soins et militance pour les droits des personnes sans-abri (droits à la santé, au logement, à la citoyenneté) et, plus généralement, pour le droit des usagers (au travers du concept de rétablissement).

En cela il est perçu, qualifié et reconnu comme un dispositif innovant dans le champ de la santé mentale, sans pour autant qu'il n'y ait, et l'histoire des éléments qui le composent le rappelle, d'invention à proprement parler.

Bibliographie

ANTHONY W., 2002, « Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services », *Santé mentale au Québec*, vol.27, n°1, p.102-113.

BOUCHAYER F., 2001, « Le soignant, le patient et le tiers gestionnaire : les nouvelles données d'un rapport tripartite ». *Revue Sociologie Santé*, 33, p.87-106.

CEFAÏ D. & GARDELLA E., 2001, *L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samusocial de Paris*. Éd. La Découverte.

CIAVOLELLA R., 2010, *Le pouvoir aux marges. Les Fulaabe et l'État Mauritanie*. Thèse de Doctorat en Anthropologie, Université de Milan-Bicocca.

COPPEL A., 1996, « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France », *Communications*, 62., p.75-108.

COPPEL A., 2002, « Les politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques liés à l'usage de drogues », *Les Cahiers de l'Actif*, n°310-311, mars-avril

CORIN H., 1986, « Centralité des marges et dynamique des centres ». *Anthropologie et Sociétés*, 10, 2, p. 1-21.

DAMON J., 2008, *La question SDF*. Paris, PUF.

DAVIDSON L, TONDORA J, O'CONNELL MJ, LAWLESS MS, ROWE M., 2009, *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University Press.

DEMAILLY L., ROELANDT JL., DAUMERIE N., 2012, « Pourquoi la psychiatrie communautaire a-t-elle du mal à s'implanter en France ? » in Demailly L. et Autès M., *La politique de santé mentale en France*, Paris, Armand Colin, p.173-184.

DEMAILLY L., DEMBINSKI O., FARNARIER C., GARNOUSSI N. ET DECHAMP LE ROUX C., 2014a, *Le programme expérimental des médiateurs de santé pars (en santé mentale). Recherche qualitative. Rapport intermédiaire N°2. Activités des MSP dans les services psychiatriques et perception de cette activité par les équipes*. CLERSE, Lille.

DEMAILLY L., BELART C., DECHAMP LE ROUX C., DEMBINSKI O., FARNARIER C., GARNOUSSI N. ET SOULE J., 2014b, *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014*. CLERSE, Lille.

DEVISH R., 1986, « Marge, marginalisation et liminalité : le sorcier et le devin dans la culture Yaka au Zaïre », *Anthropologie et Sociétés*, 10, 2, P. 117-137.

FOX R., 1995, "Medical humanitarianism and human rights: reflections on Doctors Without Borders and Doctors Of The World", *Social Sciences and Medicine*, 41, 12, p. 1607-1616.

GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. 2 les relations en public*. Paris, Editions de Minuit.

GOFFMAN E., 1975, *Stigmates : les usages sociaux des handicapés*, Paris, Editions de Minuit, 1975.

GREACEN T. et JOUET E., 2012, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*, Paris, Erès.

HAVARD DUCLOS B., NICOURD S., 2005, *Pourquoi s'engager ? Bénévoles et militants dans les associations de solidarité*, Paris, Payot.

JAFFRE Y., 2002, « Trop proche ou trop lointain. La construction de la relation entre soignants et soignés dans un service d'hémo-oncologie au Mali », *Les mondes des professionnels de la santé face aux malades. Santé publique et Sciences Sociales*, N°8 et 9, Dar El Gharb, p.119-143

JAUFFRET M., 2001, *L'auto-support des usagers de drogues en France. Groupe d'entraide et groupes d'intérêts*. Documents du Cesames.

KOEGEL P, BURNAM MA, FARR RK., 1988, "The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles". *Archives of General Psychiatry*; n°45, p.1085-92

LAPORTE A, LE MENER E, CHAUVIN P., 2010, « La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel. Quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France », *Les travaux de l'Observatoire 2009-2010*. Paris, ONPES, p. 413-434.

LE NAOUR G., 2005, « Lutte contre le sida : reconfiguration d'une politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues » à Marseille », *Sciences sociales et santé*, Vol23, N°1, p.43-68.

LENOIR R., 2005, « Contrôle (du) social. La construction d'une notion et ses enjeux », *Information sociales*, Vol.6, N°126, p.6-15.

LOVELL A.M., *Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs »*. *Raisons Pratiques*, 1996, 7 : 59-85.

LOVELL A.M., 2001, « Les fictions de soi-même, ou les délires identificatoires dans le rue ». In Erhenberg A, Lovell A.M, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris, Odile Jacob, p.127-162.

LOVELL A.M., COHN S., 1998, "The elaboration of « choice » in a program for homeless persons labeled psychiatrically disabled", *Human Organization*, Vol5, n°1, p. 8-20.

MARQUES A., 2010, *Construire sa légitimité au quotidien. Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*. Thèse de doctorat de sociologie, EHESS.

MERCUEL A., QUERIMI A., 2011, « Etats des lieux des Equipes mobiles psychiatrie précarité 5 ans après la circulaire », 4eme Journée nationale des EMPP, 14 mars 2011, CH St Anne.

MOL, A., MOSER, I., POLS, J., 2010, « Care: Putting practice into theory » In: MOL, A. MOSER, I. & POLS, J. (eds) *Care in practice. On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript verlag. 7-26.

MORCELET P., 2009, « Effets et actes de soins », *V.S.T. Psychiatrie et Précarité*, 101, p.20-24.

OLIVET J., BASSUK E., ELSTAD E., KENNEY R. AND JASSIL L., 2010, « Outreach and Engagement in Homeless Services: A Review of the Literature », *The Open Health Services and Policy Journal*, n°3, p. 53-70

PAUGAM S., 2009, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.

PARQUET PJ, 2003, *Souffrance psychique et exclusion sociale*, rapport au Secrétariat d'Etat à la lutte contre la Précarité et l'Exclusion auprès du Ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité.

PIEL E. ET ROELANDT JL., 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission au ministre délégué à la santé.

PROVENCHER H.L., 2002, « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques », *Santé mentale au Québec*, vol.27, n°1, p.35-64.

REPPER J, ET CARTER T., 2011, « A review of literature on peer support in mental health services ». *Journal of Mental Health*, vol. 20, n°4, p. 392-411.

ROTHBARD AB, MIN SY, KUNO E, WONG YL, 2004, "Long-term effectiveness of the ACCESS program in linking community mental health services to homeless persons with serious mental illness", *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol.31, n°4, p. 441-449.

RULLAC S., 2008, *Le péril SDF. Assister et punir*, Paris, L'Harmattan.

SAILLANT F., 2007, « Présentation : une anthropologie critique de l'humanitaire ». *Anthropologie et Sociétés*, vol.31, n° 2, p. 7-23.

STRAUSS, J. S., CARPENTER, W. T., 1977, « Prediction of outcome in schizophrenia ». *Archives of General Psychiatry*, Vol. 34, p 159-163.