

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2012

**Représentations et vécu de la grande précarité
par le personnel des urgences du Centre Hospitalier
de Chambéry**

Thèse présentée pour l'obtention du Doctorat en Médecine
Diplôme d'État

Claire DELEPOULLE, née le 21/06/1983 à Champagnole (39)
Mathilde FABRE, née le 17/12/1984 à Amiens (80)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble le 17/12/2012.

Devant un jury composé de :

Président du jury : Mme le Pr Françoise CARPENTIER

Membres :

M. le Pr Thierry BOUGEROL

M. le Pr Patrick IMBERT

M. le Dr Patrick LESAGE

M. le Dr Bruno DE GOËR, Directeur de thèse

Remerciements

A Madame le Professeur Carpentier, qui nous a accueillies pour notre premier semestre d'internat à Grenoble. Nous vous remercions de présider notre jury.

A Monsieur Bruno De Goër, merci pour ton soutien et ton regard éclairé dans cet accompagnement pour notre travail de thèse. Nous saluons ton engagement auprès des populations précaires, et ton investissement dans le partage des connaissances.

A Monsieur le Professeur Bougerol, pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

A Monsieur le Professeur Imbert, pour nous avoir guidé dans notre découverte de la méthodologie qualitative.

Au Docteur Lesage et à tout le personnel des Urgences du Centre Hospitalier de Chambéry, pour l'accueil chaleureux que vous avez fait à notre travail.

Claire :

A ma famille : ma mère, mon père, Marie et Antoine, précieux soutiens qui m'ont permis de me construire.

A mes amis, de toujours, comme d'aujourd'hui...

Aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont formée, et notamment les équipes de la PASS de Chambéry et des UCSA de Chambéry et Aiton.

A Baptiste, pour son soutien et son amour au quotidien.

A Mathilde, qui a courageusement accepté d'embarquer avec moi pour ce travail de thèse... Après 8 mois d'efforts soutenus... La terre est en vue!

Mathilde :

A Jorge, pour ce bonheur renouvelé chaque jour, et à notre famille qui se construit.

A mes parents, frères et sœurs, pour m'avoir soutenue dans ce long chemin des études de médecine, et pour suivre leur propre parcours.

A Claire, pour m'avoir offert de travailler avec elle sur ce passionnant sujet de la précarité.

A toutes les personnes qui m'ont aidée et supportée dans ce travail de thèse : Xavier, Cécile, Véronique, Clémence, Magali, Julie, Marion, Maud, Alice, Andrea, Julien, Joel, Elise.

A mes compagnons d'internat, de rires et de travail : Laure, Gilles, Alban, Ben, Adéla, et tous les autres.

Aux amis de Grenoble et de Nantes, de médecine, de spéléo et autres loisirs.

Liste des PUPH

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoit	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Liste des MCUPH

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Table des matières

Résumé	10
Abstract	11
Liste des abréviations utilisées	12
1 Introduction	13
2 Matériel et méthode	14
2.1 Une étude qualitative	14
2.2 Population et échantillonnage	14
2.2.1 Population étudiée	14
2.2.2 Méthode d'échantillonnage	14
2.3 Réalisation des entretiens	15
2.3.1 Conception de la grille d'entretien	15
2.3.2 Conditions matérielles et temporelles	15
2.4 Analyse des données	16
2.5 Recherche bibliographique	16
3 Résultats	17
3.1 Les représentations de la grande précarité	17
3.1.1 Définir la grande précarité	17
3.1.2 Le quotidien des grands précaires	22
3.1.3 Entrée et sortie de la grande précarité	31
3.1.4 Visibilité de la grande précarité aux urgences	33
3.2 Accès aux soins et bonne santé	35
3.2.1 Accès aux soins	35
3.2.2 Freins à l'accès aux soins	39
3.2.3 La bonne santé : est-elle accessible aux grands précaires ?	45
3.3 Passage aux urgences	50
3.3.1 Motif de venue	50
3.3.2 Prise en charge	53
3.3.3 Spécificités	55
3.3.4 La place des urgences vis-à-vis du soin des grands précaires	57
3.4 Le vécu de la prise en charge de la grande précarité	59
3.4.1 Ressenti positif	59
3.4.2 Vécu difficile	60
3.4.3 Prise de recul	62
3.5 Formations et améliorations proposées	63
3.5.1 Formations	63

3.5.2	Améliorations proposées	66
4	Discussion	69
4.1	A propos de la méthode	69
4.1.1	Choix de la méthode	69
4.1.2	Réalisation des entretiens	69
4.2	A propos de nos résultats	70
4.2.1	Représentations communes avec la littérature	70
4.2.2	Données marquantes	73
4.3	Pistes d'amélioration	76
4.3.1	Dépistage	76
4.3.2	L'assistante sociale et le réseau : des ressources suffisamment exploitées ?	77
4.3.3	Informations sur les structures existantes	78
4.3.4	Vers une meilleure compréhension et une meilleure relation avec ce public	79
5	Conclusion	81
	Bibliographie	83
	Annexes	86
	Annexe 1 : Courrier d'information à destination du personnel des urgences	86
	Annexe 2 : Guide d'entretien initial	87
	Annexe 3 : Guide d'entretien remanié	87
	Annexe 4 : Outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital créé par une équipe de Santé Publique de l'hôpital de Nantes.	88
	Annexe 5 : Grille du score EPICES	89

Résumé :

REPRÉSENTATIONS ET VÉCU DE LA GRANDE PRÉCARITÉ PAR LE PERSONNEL DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBÉRY

La prise en charge des patients en situation de grande précarité aux urgences est régulièrement décrite comme difficile. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les représentations et le vécu de la grande précarité du personnel des urgences de Chambéry.

Il s'agit d'une étude qualitative avec 34 entretiens semi dirigés réalisés auprès de différentes catégories de personnel intervenant aux urgences de Chambéry.

Leurs représentations des personnes en situation de précarité en montrent bien la pluralité. SDF, étrangers sans papier, personnes âgées isolées sont cités. Ils sont perçus comme en manque de logement, de ressources financières, d'entourage, et ont de ce fait un accès difficile à la bonne santé. Les urgences sont fréquemment pour eux une porte d'entrée vers le soin. Le vécu des soignants est dominé par les difficultés : sentiment de lassitude, d'échec des prises en charges du fait des venues récurrentes, relation d'aide difficile à établir devant l'agressivité ou le refus de soin des personnes en précarité. Peu de personnel a reçu une formation spécifique. Beaucoup souhaiteraient mieux connaître le réseau extra hospitalier des structures d'aides pour ce public.

Améliorer le repérage des situations de grande précarité, développer et systématiser le recours aux avis médico-sociaux et le travail en réseau, favoriser l'information des personnels sur les ressources internes et externes disponibles pourrait permettre de faire évoluer la situation.

Cela favoriserait une meilleure prise en charge de ce public et rendrait le vécu de ces prises en charge moins difficiles pour les soignants.

Abstract

REPRESENTATIONS AND EXPERIENCES OF GREAT POVERTY BY CHAMBÉRY EMERGENCY DEPARTMENT'S WORKERS.

Providing care to patients in situation of great poverty in an Emergency Department (ED) is often described as a difficult task. The purpose of this study is to better understand the Chambéry Emergency staff's experience working with such patients and their representations .

We analyzed 34 semi-structured interviews of various categories of workers in Chambéry ED in this qualitative study.

Their representations show how complex and diverse great poverty is. The homeless, illegal foreigners and isolated elderly people are mentioned. These people suffer from a lack of shelter, financial resources, relatives or relations, and therefore have difficulties in developing and maintaining good health. For persons in need, ED is the most common entrance to health care. ED workers' experience many difficulties in dealing with them : often resulting in feelings of weariness and care-failure because of repeated consults, as well as difficulties to establish a care relationship due to aggressiveness or refusal to receive care. Few workers have received a subject-specific training for this. Most of them wish to learn more about the social aide networks available for this population outside the hospital.

Improving the spotting of these “at risk” people, promoting the information available to medical staff about available resources both in and outside of the Hospital , and developing and systematizing the help of social workers may allow the situation to progress.

This would promote better care management of these patients and would make caring for these patients easier for the medical emergency staff.

Liste des abréviations utilisées

- AAH : Allocation Adulte Handicapé
- AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- AME : Aide Médicale Etat
- ASH : Agent des Services Hospitaliers
- BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- CHRIS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CMP : Centre Médico Psychologique
- CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé par les Centres d'Examens de Santé
- ETP : Equivalent Temps Plein
- HCSP : Haut Conseil de la santé publique
- HLM : Habitation à Loyer Modéré
- IAO : Infirmier d'Accueil de d'Orientation
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- LHSS : Lits Halte Soins Santé
- MRIE : Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion
- ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
- RESPECTS 73 : Réseau Santé Précarités Coordination dans les Territoires de Santé de Savoie
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAOD : Service d'Aide et d'Orientation Départemental
- SDF : Sans Domicile Fixe
- UF5032 : Unité Fonctionnelle 5032

Chapitre 1

Introduction

La précarité a été définie par Joseph Wresinski[1] comme *“l’absence d’une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l’emploi, permettant aux personnes et familles d’assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux [] Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l’existence, qu’elle devient persistante, qu’elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible”*. De plus en plus de personnes peuvent être affectées par la précarité en ces temps de crise.

Diverses études[2, 3] ont montré que la précarité était un facteur de risque de mauvaise santé physique et mentale, avec un risque augmenté de mortalité précoce. Les personnes en précarité ont donc entre autres un besoin accru de soin.

Selon l’article 67 de la loi du 29 juillet 1998[4] relative à la lutte contre l’exclusion *“l’accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé”*.

L’hôpital public doit participer à cette mission, comme le dit E. Molinié[5] dans son rapport sur l’hôpital public en France : *“L’hôpital doit non seulement soigner mais aussi participer à la réinsertion des exclus dans un réseau de soins de type médico-social, adapté aux caractéristiques de cette population.”*

Le recours aux soins des personnes en grande précarité se fait très régulièrement par les urgences. Or, la venue de personnes en grande précarité aux urgences est perçue comme une difficulté, par les équipes médicales et paramédicales qui y travaillent. Ce constat est partagé par d’autres services d’urgences, comme le mentionne une étude réalisée aux urgences de Nice[6].

On observe ainsi un malaise des soignants lors de l’accueil des personnes en grande précarité aux urgences, qui peut nuire aux objectifs de soins fixés par l’Etat.

Notre objectif a été d’appréhender les représentations que le personnel des urgences de Chambéry se fait des personnes en grande précarité et le vécu du personnel lors de la venue de ces patients, pour pouvoir ensuite réfléchir à des solutions pour améliorer leur prise en charge et leur santé. En effet, les urgences étant souvent la première porte vers le soin, il nous apparaît essentiel que cette consultation se passe le mieux possible, pour encourager ces patients à poursuivre leurs démarches de soin si besoin.

Chapitre 2

Matériel et méthode

2.1 Une étude qualitative

La méthodologie qualitative nous est apparue comme la plus appropriée pour cette étude, car les données bibliographiques sont réduites à ce sujet, et elle est la méthode la plus propice pour l'exploration du vécu et ressenti des soignants.

2.2 Population et échantillonnage

2.2.1 Population étudiée

La population étudiée est l'ensemble du personnel soignant et non soignant travaillant aux urgences du Centre Hospitalier de Chambéry.

Cela représente :

- 31 ETP d'IDE
- 13 ETP d'aide-soignant
- 31 médecins du pool Urgences - SAMU - Régulation-UHCD
- 2 assistantes sociales (1.5 ETP)
- 2 cadres de santé des urgences exerçant de jour
- 3 cadres de santé de nuit
- 5.5 ETP d'ASH
- 7 internes
- 10 ETP d'agents administratifs dont 2 agents intervenant exclusivement de nuit.

2.2.2 Méthode d'échantillonnage

Nous avons pris le parti d'un échantillonnage non aléatoire, dit échantillonnage en variation maximale ou échantillonnage théorique, afin d'avoir un panorama des représentations aussi divers que possible.

L'ensemble du personnel a d'abord été informé de notre venue par une lettre rédigée par nos soins affichée en salle de repos (*annexe 1 p.86*) et pour certaines catégories de personnel par une information orale délivrée par les cadres de santé lors d'une réunion de service.

Puis le recrutement s'est fait en allant à la rencontre du personnel, sur la base du volontariat, en réexpliquant notre travail et ses modalités, les jours mêmes des entretiens. Nous avons

interviewé des représentants de chaque corps de métier, travaillant de jour, jour et nuit, mais aussi exclusivement de nuit. Le personnel n'a pas été informé par avance des dates où nous allions réaliser les entretiens, pour minimiser le biais de recrutement.

Nous avons réalisé 11 demi-journées d'entretiens se déroulant de mi-avril à fin mai 2012 dont 2 séries de 3 entretiens réalisés de nuit.

Nous avons interrogé 36 personnes :

- 7 médecins
- 10 IDE
- 6 aides-soignants
- 2 assistantes sociales
- 3 secrétaires
- 4 cadres de santé
- 2 ASH
- 2 internes.

2.3 Réalisation des entretiens

Nous nous sommes appuyées sur le livre de Gotman et Blanchet[7] pour construire notre étude.

2.3.1 Conception de la grille d'entretien

Pour bien comprendre le vécu des professionnels des urgences lors de la prise en charge des personnes en grande précarité, il nous a semblé indispensable de connaître leurs représentations de ce public, c'est-à-dire :

- qui ils sont et leur mode de vie,
- leur accès aux soins et à la bonne santé,
- le déroulement et les spécificités de leur prise en charge aux urgences.

Nous avons construit notre première grille d'entretien (annexe 1) pour explorer ces différents thèmes sous la forme d'un questionnaire assez détaillé. Nous l'avons testée avec 2 sessions d'entretiens, une par chaque intervieweur. Au terme de ces 6 entretiens, nous avons demandé l'avis du Dr B. Gales qui a utilisé cette méthode à plusieurs reprises. Une des limites de cette grille était sa forme rigide avec des questions fixes, cloisonnant le discours des interviewés. Nous l'avons donc reformulée (annexe 2) et l'avons alors utilisée comme support d'exploration de ces différents thèmes. Ainsi, les questions pouvaient être formulées sous plusieurs formes, et dans un ordre variable, privilégiant ainsi le libre cours des idées des interviewés, comme le veut la méthodologie qualitative.

2.3.2 Conditions matérielles et temporelles

2.3.2.1 Le lieu

L'ensemble des entretiens ont eu lieu au sein des urgences du centre hospitalier de Chambéry, dans la majorité des cas dans un bureau "neutre", et pour certains cas dans le bureau personnel des interviewés.

2.3.2.2 Le temps

L'ensemble des entretiens s'est déroulé sur le temps de travail des interviewés, de jour comme de nuit, en fonction de la disponibilité que leur permettait la charge de travail du moment. Il leur était annoncé une durée d'entretien de 30 minutes à 45 minutes, modulable en fonction du déroulement de l'entretien. Les entretiens ont duré de 13min16s à 1h26min15s.

2.3.2.3 Les acteurs

Tous les entretiens ont été réalisés en individuel, par un seul intervieweur. Il y a eu 2 intervieweurs : Claire Delepouille et Mathilde Fabre.

2.3.2.4 L'enregistrement et la retranscription

L'enregistrement des entretiens s'est fait sur dictaphone numérique, après accord de l'interviewé. La retranscription s'est faite mot à mot et à été réalisée par chacun des 2 intervieweurs. L'intégralité des verbatims est retranscrit en annexe à la thèse, ils sont anonymisés.

2.4 Analyse des données

Deux des interviews n'étaient que partiellement exploitables : le 10e enregistrement n'est pas audible et le 21e n'a été enregistré que sur la seconde moitié de l'entretien. La 10e personne interrogée était une infirmière, et le 21e une cadre de santé. Nous avons donc décidé de ne pas les analyser, car nous étions arrivées à saturation des données, depuis plusieurs entretiens.

Nous avons réalisé chacune l'analyse des 34 entretiens exploitables, par une analyse thématique, en se basant sur la méthodologie conseillée par P. Paillé et A. Mucchielli dans leur ouvrage : "L'analyse qualitative en sciences humaines" [8]. Nous avons utilisé pour ce faire le logiciel Excel.

Cette analyse double a permis de renforcer la validité interne de nos résultats, ainsi que la saturation des données.

2.5 Recherche bibliographique

La recherche sur PubMed avec les mots clés "precariousness", "material deprivation", "social deprivation", "access", "point of view", et les MeSH "emergency medical services", "hospital", "poverty", "health services needs and demand" a permis de retrouver seulement quelques articles, peu exploitables pour notre sujet.

Les bases de recherche SUDOC, EM premium, Francis et Pascal ont permis de retrouver certains documents intéressants.

Le moteur de recherche Google nous a renseigné pour cette bibliographie.

Nous avons aussi utilisé les ouvrages que possédait notre directeur de thèse.

Chapitre 3

Résultats

3.1 Les représentations de la grande précarité

3.1.1 Définir la grande précarité

Les personnes	<ul style="list-style-type: none">- SDF- Personnes âgées- Etrangers, réfugiés, demandeurs d’asile et sans papiers- Personnes présentant une pathologie psychiatrique- Familles, souvent monoparentales- Femmes battues	<ul style="list-style-type: none">- Dépendance à l’alcool- Toxicomanie- Dépression- Pathologie psychiatrique non précisée
Touche tous les âges et tous les milieux		

TABLEAU 3.1 – Qui est touché par la grande précarité ?

3.1.1.1 Qui est touché par la grande précarité ?

3.1.1.1.1 Les personnes

Les **SDF** sont les premiers cités bien souvent, et par la plupart des interviewés, mais ne sont pas les seules personnes en grande précarité (E1, E2, E4, E5, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E20, E22, E23, E24, E26, E27, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E35).

E30 : *“Les sans domicile fixe, c’est un peu l’exemple typique, mais après c’est pas forcément des sans domicile les gens en grande précarité”*

Sont aussi retrouvés :

Les **personnes âgées** sont citées par E1, E2, E5, E7, E8, E11, E13, E 16, E17, E24, E27, E28, E33, E34, E36.

Elles peuvent être en précarité du fait de leur dépendance, du manque d’aides au domicile, ou de leurs faibles revenus, comme nous le dit E11 : *“C’est vrai que selon le salaire qu’on touche, la pension qu’on touche ou la retraite qu’on touche, c’est la solitude, des personnes âgées qui sont dans une grande solitude. Des fois, on voit arriver des personnes âgées dans un état d’incurie complète, de délabrement.”*

Les étrangers, réfugiés, les demandeurs d'asile et les sans papiers sont cités par E3, E5, E6, E9, E13, E14, E18, E19, E20, E24, E25, E35.

E6 : *“Des patients qui sont en demande, qui viennent de l'étranger, qui sont en demande d'ouverture de droits, ou qui ... (incompris) le statut de réfugié politique”*

Les personnes présentant une pathologie psychiatrique :

- le plus souvent une **dépendance à l'alcool** (E4, E7, E13, E16, E17, E18, E30, E32, E34, E35).

E11 rapporte : *“Il y a l'alcool qui est toujours présent, l'alcool pousse vers la précarité, c'est un bon moteur de précarité, enfin pour moi.”*

- ou plus rarement une **toxicomanie** (E8, E11, E17, E19, E33). *“J'ai essentiellement rencontré des toxicos, qui vont jusqu'à la déchéance d'être dans la rue... Leur seule motif c'est de trouver de quoi s'injecter des choses”* nous dit E17.
- une **dépression** (E1, E3, E4, E6, E13, E16, E17, E23), E3 : *“Ça peut être une précarité psychologique quoi. Quelqu'un qui a des troubles, heu, fin quelqu'un qui est dépressif, ou qui peut être, heu, pas forcément pauvre, mais qui peut être rejeté, ou... oui, par exemple, s'il est dépressif, se sentir rejeté”*
- ou **pathologie psychiatrique non précisée** (E1, E17, E19, E23, E28, E30). Ainsi, E28 nous rapporte : *“C'est quelqu'un qui a aussi un handicap, plus mental, on a l'impression qu'il vit en grande précarité. C'est vrai que quand on le voit dans la rue, pour moi, je le vois dans la rue, c'est quelqu'un en grande précarité. Mais en fin de compte, pas du tout. Je l'ai eu en tant que patient, en fait, c'est quelqu'un qui aime être dans la rue. (...) C'est inexplicable, c'est tout comme ça. C'est sa notion de sa vie à lui.”* Et E19 dit : *“C'est des gens qui ont souvent des problèmes psychiatriques. Pas toujours. Donc c'est des gens qui socialement sont souvent très marginalisés.”*

Les familles, souvent monoparentales. E28 : *“La plus grande des précarités, ça toucherait une famille (...) La grande précarité, c'est heu, c'est une mère qui peut pas heu, ben donner à manger à ses enfants de manière équilibrée. Une mère qui a peur parce qu'elle peut pas payer son loyer, qui craint. Pour moi, c'est ça la grande précarité.”*

Les femmes battues (E8, E16, E28, E32)

E32 : *Je mettrais aussi dans la précarité tous ces cas de femmes battues qu'on voit arriver.*

E28 : *“Qui vivent en précarité, pour moi, c'est une précarité, une femme, qui se fait taper dessus hein.”*

3.1.1.1.2 Leur âge :

Au niveau de l'âge, les interviewés parlent surtout de jeunes (E4, E12, E32, E33, E34) :

E33 : *“Si, on a pas mal de jeunes aussi. Des jeunes, bon ça va souvent avec les SDF, ils sont souvent toxicomanes, et puis désocialisés”*,

E34 : *“jeunes avant qu'ils travaillent : entre 18 et 25 ans.”*

E25 : *“jeunes en rupture avec leur famille”*

E34 note aussi des personnes plus mûres : *“Il y a les gens qui sont... sortis entre guillemets de la société classique parce qu'ils boivent, enfin je sais pas, on voit beaucoup de gens de 40-50 ans.”*

Par contre, pour E17 : *“Il n'y a pas d'âge pour la précarité.”*

3.1.1.1.3 Les milieux :

Il peut y avoir de la précarité dans tous les milieux, selon E3, E7, E11, E14, E29, E32.

E3 : *“Ça peut être n’importe qui. Enfin, ça peut arriver... Oui ça peut atteindre n’importe qui. Ça peut être des riches qui du jour au lendemain, par exemple, perdent leur boulot et se retrouve dans la précarité ; comme des gens qui ont toujours été, enfin issus de famille précaire.”*

E29 : *“On a l’impression qu’en plus tous les milieux en plus sont touchés aussi bien favorisé que défavorisé que les classes moyennes.”*

Des interviewés citent plus précisément :

- le milieu carcéral pour E34, *“ M : Et au milieu carcéral, il y a de la précarité aussi ? E 34 : Oui, énormément.”*
- le milieu de soin pour E17 : *“Je trouve qu’il y a de la précarité même dans certaines institutions (...). Suivant le vécu, l’usure du soignant, on peut maintenir des gens dans la précarité.”*

3.1.1.2 La précarité vue comme un ou des manques

Certains interviewés vont spontanément définir la grande précarité comme un ou une associations de manques ou carences.

Ainsi, E22 va dire : *“Pour moi, une personne précaire, c’est une personne qui à la fin du mois, n’a pas les moyens de vivre dignement, en ayant suffisamment pour se loger, pour manger, pour l’hygiène, pour la vie de tous les jours...”*

Et E8 : *“... isolée, sans famille, sans travail, sans ressources, enfin ça touche à beaucoup de domaines.”*

Pour E31, *“C’est des personnes qui sont vraiment démunies de tout”*.

Ces manques concernent :

- la nourriture (E 6, E11, E15, E 16, E17, E32, E34)
- l’hygiène et le chauffage, (E 6, E11, E32)
- le logement (E6, E8, E15, E22, E23, E25, E30, E32, E34, E36)
- l’entourage (E1, E2, E3, E7, E8, E15, E16, E8, E31, E19, E22, E23, E25, E27 E32, E35)
- les aides au domicile, surtout pour les personnes âgées dépendantes (E 2, E7, E11, E12, E22, E27, E31, E33)
- l’accès aux soins pour des raisons financières (E 2, E11, E14, E17)
- la couverture sociale (E2, E11, E20)
- les ressources financières (E3, E5, E6, E12, E14, E15, E17, E20, E24, E26, E29, E30, E33, E36)
- le travail (E8, E20, E27)
- les droits (E6, E8, E25)

Certains de ces manques seront développés dans la partie “quotidien des grands précaires” p.22.

3.1.1.3 Difficultés pour définir la grande précarité :

Les interviewés ont pu avoir des difficultés à définir la grande précarité (E2, E7, E8, E12, E13, E15, E18, E22, E24, E28, E35).

Domaine vaste	- Limites difficiles à poser - Nuance entre "précarité" et "grande précarité" difficile à saisir	
Multiples facettes	- Financière - Sociale - Psychologique - Psychiatrique - Avec des sous groupes distincts	- Dans le couple - Dans l'éducation - Dans la situation - De la santé
Variabilité selon les avis	- Variations selon les cultures et les âges - Avis contradictoires	

TABLEAU 3.2 – Difficultés à définir la grande précarité.

3.1.1.3.1 Sujet vaste, avec des limites difficiles à poser :

Ainsi, E8 nous dit que c'est un sujet vaste : *"La précarité touche beaucoup de domaine"*. E2, E3, E7, E12, E13, E15, E18, E22, E24, E28 et E35 le rejoignent sur cette idée.

E12 : *"Après la précarité, c'est, fff, c'est vachement divers en plus, c'est... Ca appartient vraiment à chacun."*

D'autres se posent la question de ses limites.

E7 se demande : *"à partir de quand on peut dire que quelqu'un est précaire"*.

E28 : *"C'est pour ça, on sait pas trop heu, à quel moment on parle de précarité parfois."*

E35 dit que selon la définition, cela va représenter plus ou moins de personnes. *"Du coup c'est difficile à définir hein, c'est ça aussi. Est-ce que... Est-ce que c'est : pas avoir de toit, ou... Est-ce c'est : être tout seul. (...) Parce que si on rentre dans le : être tout seul, et puis avoir des difficultés pour heu, pour s'assumer, alors toutes les personnes vont entrer dans la grande..."*

La nuance entre "précarité" et "grande précarité" est difficile à saisir. Ainsi, E30 nous dit : *" Je vais avoir un peu de mal à faire la différence entre les deux"*. Et pour E15 : *" Pour le définir, je sais pas trop en fait. Qu'est ce qu'elle a de pire, la grande, que la petite ? Heu... la grande précarité, je sais pas quoi dire"*. Pour E11, il n'y a pas de degré dans la précarité : *"Ils sont dedans, ensuite, on est plus ou moins précaire, je n'en sais rien. Moi je pense qu'on est précaire tout court."*

3.1.1.3.2 Multiples facettes de la précarité :

Il peut y avoir plusieurs précarités :

– financière (E12, E13, E15, E23, E28, E31, E34)

– sociale (E9, E15, E17, E23, E28, E29, E31, E33)

E28 : *" Il y a plus de la précarité sociale, mais d'un point de vue heu, solitude heu, sentiment d'abandon, d'abord la famille, les amis dans les moments difficiles."* psychologique ou psychiatrique (E3, E12, E13, E17, E23)

E13 : *"La pauvre madame, elle est toute seule dans son logement. Il y a quand même encore une petite précarité, peut-être morale de ce côté-là."*

– de la santé (E34, E17)

– dans le couple, avec les violences conjugales (E34)

– dans l'éducation (E31)

– dans la situation (E15, E28)

E28 : *“Quelque chose de précaire, ça veut dire que notre vie est mise entre parenthèses, et que, à tout moment heu, ça peut basculer soit vivre dans de meilleures conditions, soit au contraire, être vraiment dans la déchéance totale”*.

E15 : *“Précarité aussi, c’est pas que du financier. On a l’impression que c’est une situation qui peut décompenser d’un moment à l’autre.”*

Certains membres du personnel distinguent plusieurs sous-groupes dans la grande précarité :

E13 : *“Je pense que je distingue les gens qui sont dans la rue et les gens qui, entre parenthèses «normaux» qui sont dans la précarité par manque de moyens, par malchance dans la vie”*.

E35 : *“Entre un immigré qui vient d’arriver ou un clochard, c’est pas la même quoi”*.

E30 : *“Non, je veux juste pas mettre dans le mot ‘précarité sociale’ je veux pas inclure, enfin je veux pas que ça se confonde avec le terme de ‘patient désocialisé’ ... Euh, qui sont par exemple ... des gens sans domicile fixe ... qui sont dans le refus des prises en charge et des aides sociales, et qui sont encore en repli sur eux-mêmes”*.

E20 : *“(L’alcool) dans la grande précarité, c’est indissociable. Après il y a la précarité où je mettrais plutôt les familles des réfugiés, des asiles... Non, l’alcool, ils y touchent pas... Pareil, c’est des gens qui sont quand même à part.”*

3.1.1.3.3 Variabilité selon les points de vue :

D’autres interviewés notent que la notion de précarité peut varier selon les cultures et les âges. Au niveau de l’hygiène, les soignants pourront avoir l’impression qu’une personne est en précarité par rapport à son niveau d’incurie, alors que cette personne ne s’y sent pas. E17 : *“C’est de la précarité plus, euh... C’est plus perçue par nous qui n’avons pas cette vision de la vie]]. Pour eux c’est pas illogique d’avoir... ’Fin ils ont toujours connu ça... Enfin des personnes âgées qui ont 80 ans ou 70/80 ans à la campagne, se doucher tous les jours, il n’y a aucun intérêt, quoi...”*. Et E28 nous dit : *“C’est délicat parce qu’il y a une certaine génération, où l’hygiène n’est pas forcément une priorité”*.

Enfin, ils ont pu avoir des avis contradictoires.

Ainsi, pour E14 et E26, si on a un toit, on n’est pas en grande précarité. *“Alors c’est pas de la grande précarité, puisque ceux à qui je pense, ils ont un toit sur la tête”* selon E14. Tandis que d’autres estiment qu’on peut être en grande précarité si on habite dans un logement insalubre, trop petit ou vétuste, comme le dit E22 : *“Il y en a qui sont en grande précarité, mais qui ont un domicile, hein... qui ont pas forcément les moyens, de ... enfin de se loger correctement.”*

De même, les avis divergent sur la précarité des personnes âgées. Pour certains, comme elles ont des aides elles ne sont pas en grande précarité, contrairement à ce que pensent les interviewés cités précédemment.

E35 : *“Tout ce qui est précarité des personnes âgées, heu, avec heu, avec du coup des problèmes de maintien à domicile. Mais pour moi là, ce sont pas vraiment des cas de grande précarité, étant donné qu’on a quand même des réponses assez adaptées, avec l’assistante sociale, avec des aides adaptées quoi.”*

Les opinions diffèrent aussi sur les gens du voyage. Comme c'est leur choix de vie, selon E20, ils ne sont pas en grande précarité : *“Les gens du voyage... enfin je pense pas qu'ils sont dans la grande précarité. Parce que bon, ils ont quand même un logement... C'est un choix après de... mode de vie... les gens du voyage...”*, tandis que pour E36 : *“Ils sont en grande précarité : c'était des gens du voyage, ou des... ben on a eu pas mal de roumains, de gens comme ça.”*

Ces différents points de vues se recoupent ou s'opposent, et montrent bien les difficultés qu'ont pu avoir les personnels de Chambéry à définir la grande précarité.

3.1.2 Le quotidien des grands précaires

Logement	Logement personnel	- Appartements, HLM - Maisons secteur rural
	Risque d'expulsion Inadaptés : surpeuplés, vétustes et insalubres	
	Rue et logement informel	- Squat, cabane, voiture, hôtel
	Hébergements sociaux	- CHU, Foyers, CHRS, - Appartements sociaux, - Maison haut seuil de tolérance
	Avec des soins médicaux	- LHSS
Ressources	Absentes ou insuffisantes	
	Travail	- Temps partiel - Faible rémunération
	Trafics et mendicité	
	Allocations	- RSA, AAH, CAF, aides du Conseil Général - Retraite, ASSEDIC
	- Gestion : Dépense rapide, vol, curatelle ou tutelle	
Entourage	- Isolement au premier plan	
	- Famille rarement présente - Amis ou connaissances de rue - Réseau social :	
		- Voisins ou commerçants - Travailleurs sociaux, Personnel médical
Hygiène	- Dégradée, négligence de Soi - Certains essaient de maintenir une hygiène corporelle	
Alimentation	- non suffisante - Recours à l'aide alimentaire	
Mode de vie	Vie au jour le jour	- Errance, inactivité - Recherche d'un logement, d'argent
	Quotidien rude	- Alcool, Violence

TABLEAU 3.3 – Représentations de la vie quotidienne des personnes en grande précarité

3.1.2.1 Leur logement

Pour le personnel des urgences de Chambéry, les personnes en grande précarité peuvent avoir un logement personnel, mais souvent non adapté, vivre dans la rue ou dans un logement informel, ou dormir dans des hébergements sociaux.

3.1.2.1.1 Logement personnel

Certaines personnes en grande précarité ont une habitation personnelle (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E11, E13, E15, E16, E17, E22, E23, E25, E26, E28). Cela concerne surtout les personnes âgées, qui vivent «à l'ancienne» ou qui sont dépendantes au domicile (E1, E7, E12, E13, E17), ou des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique (E1). Ces logements peuvent être des appartements (E2, E3, E4), des maisons en milieu rural (E13, E17), ou des HLM (E23).

Mais bien souvent, ce logement est instable, avec la nécessité de déménager régulièrement, ou avec un risque d'expulsion (E3, E6)

E3 : *“Le logement peut être correct, mais ça peut être des patients menacés de se faire expulser”*.

Ces logements peuvent être inadaptés :

Surpeuplés (E3, E8, E15) E15 : *“L'ambulancier qui est arrivé au domicile et qui a vu que c'était heu... vraiment la misère, qui a regardé dans le frigo, et que ils vivaient à 12 dans un studio.”*

Vétustes et insalubres (E6, E7 ; E8, E13, E16, E22, E25, E26, E28)

E13 : *“La précarité dans la vétusté des habitations.”*

E7 : *“Du papy, il vit chez lui, mais ça doit être un peu vétuste chez lui. Il avait un peu d'entourage, je sais pas s'il lui faisaient le ménage ou quoi que ce soit...”*

E8 : *“Ont un logement, mais[] jonché de détrit.”*

E25 : *“Une personne qui est logée, mais mal logée, qui est dans un appartement plutôt insalubre, et qui n'en part pas parce qu'il n'y a pas d'autres moyens pour l'instant... pour éviter quand même aussi de se retrouver dans la rue, mais quand même dans un appartement insalubre.”*

Sans confort (E8, E11, E12, E13, E17, E26)

E13 : *“Parce que souvent, les grands-pères avaient, ou les grands-mères avaient l'évier de la cuisine et puis voilà, c'est tout quoi. Et souvent les toilettes étaient à l'extérieur. Mais maintenant c'est de moins en moins mais voilà ... souvent les gens ont encore des poêles à bois, ils ont pas forcément le chauffage central, enfin voilà”*.

E17 : *“C'est en campagne, avec, on en a 2 ou 3, ils vivent avec leurs animaux en fait... enfin, ou juste à côté. Ça reste, je dirais «à l'ancienne». Avec euh... Le poêle à bois, les animaux qui sont pas loin. C'est de la précarité plus, euh... C'est plus perçu par nous qui n'avons pas cette vision de la vie...”*.

3.1.2.1.2 Rue et logement informel

La rue est régulièrement citée (E1, E2, E3, E4, E11, E16, E17, E19, E20, E22, E23, E25, E32).

E17 : *“ C'est la rue, il y en a qui sont sous des cartons pas très loin d'ici.”*

Certaines personnes peuvent vivre dans des squats (E8), des cabanes (E26), des voitures (E3), ou à l'hôtel (E25).

3.1.2.1.3 Les hébergements sociaux

Les Centres d'Hébergement d'Urgences sont bien connus aux urgences (E2, E3, E4, E7, E9, E11, E12, E17, E18, E19, E20, E22, E23, E24, E25, E27, E29, E32, E33). Certains interviewés assimilent le relais Grand Froid aux CHU, et pensent que les CHU sont ouverts seulement l'hiver. Et pour d'autres, ces centres ne sont pas agréables :

E4 : *“Parce que moi quand on envoie des femmes au centre d'hébergement d'urgence, j'y trouve très gênant. Le retour qu'on en a, c'est cette espèce de violence qu'il y a dans ces centres, parce qu'il y a l'alcool, parce qu'il y a...”*

E20 : *“Moi, je l'ai visité le Grand Froid. (...). En disant, “moi je veux pas y aller”, parce que quand on l'a visité et on se dit... On comprend pourquoi ils ne veulent pas y dormir... (...) Je trouve, c'est horrible, immonde cet endroit. (...) C'est des box, avec du carrelage jusqu'au plafond, on a l'impression qu'on rentre dans un truc de boucherie, sur des ... C'est même pas des lit... C'est comme en prison, du béton carrelé, ils posent juste le matelas dessus. Pas de porte, rien du tout...”*

Les Foyers (E1, E3, E5, E11, E16, E18, E19)

E19 : *“qui sont en foyer ou entre 2 foyers.”*

Certains interviewés ont aussi une image négative de ces foyers, via les retours des usagers.

E27 : *“Certaines personnes, je pense qu'ils ont, qu'ils ont pas envie d'y aller ...Peur de, peur de rencontrer des gens heu, qui leur font peur quoi. C'est... Et puis pas se sentir à leur place aussi quoi.”*

E29 : *“La violence là-bas dans les foyers euh... Ils se font voler des choses, les peu de choses qu'ils ont, ils se les volent entre eux... Ils se tapent.”*

E24 : *“Mais où souvent il y a des tensions, parce qu'il y a quand même pas mal d'alcoolisme dans ces milieux-là... Et du coup, il y a des disputes pour des cigarettes, ou quoi que ce soit... Du coup, souvent les gens repartent... Ils sont pas très satisfaits.”*

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) sont cités (E24, E25), ou on parle de lieux de réinsertion, sans précision (E16, E17, E19).

E25 : *“En CHRS, aussi, temporairement, dans des établissements dans lesquels ils savent que bon... ça va durer un temps, mais que effectivement, il faut qu'il mettent un projet en route pour pouvoir rentrer dans le droit commun.”*

E16 : *“Il y a un lieu d'accueil pour les SDF, les gens qui sortent de prison, pour une réinsertion... qui font des jardins, ils jardinent et après, ils vendent leurs paniers. . .”*

E17 : *“Qui s'occupe d'eux pour les réinsérer, justement... Donc qui leur permet déjà d'avoir un logement, qui leur impose l'entretien de ce logement, puis après, ils participent à des paniers de légumes, donc ils aident à aller s'occuper des légumes... Donc c'est la réinsertion...”*

Des appartements sociaux liés à l'espace solidarité.

E20 : *“des appartements liés à l'espace «Saint François»”*

La maison haut seuil de tolérance (ou bas seuil d'exigence), aussi appelée la Maison des Monts, accueille les personnes sans domicile avec des critères d'entrée plus souples que ceux des foyers.

E33 : *“Y a une nouvelle maison, là, qui est mis en place pour les SDF qui rentrent vraiment pas dans les clous pour les autres centres d'hébergement, y a un nouveau centre, je crois, pour... Où ils sont un peu moins exigeants.”*

E26 :“*On a l'impression que depuis la création de la Maison de Monts, on voit moins certaines personnes, notamment (nom du patient 1), on le voit moins.[] Il y a une dizaine de personnes, des gens en grande précarité, des SDF, avec un travailleur social sur place.[] Ils dorment, ils y passent la journée quoi.*”

Les Lits Halte Soins Santé (E2, E24, E26) avec des soins médicaux :

E2 :“*Les Lits Halte Soins Santé dont peuvent bénéficier les personnes, qui, heu sont SDF, qui n'ont pas de logement, mais qui, heu, dont leur état de santé, en fait nécessite une prise en charge avec une infirmière qui est sur place.*”

3.1.2.2 Leurs ressources

3.1.2.2.1 Evaluation des ressources

Leurs ressources peuvent être absentes (E15, E19, E20, E24).

E19 :“*En général, c'est des gens qui n'ont pas des revenus*”.

Ou leurs revenus sont insuffisants pour vivre correctement. (E1, E4, E6, E12, E19, E26, E28, E30)

E26 :“*La grande précarité, oui, c'est des gens qui ont pas les moyens, qui sont bien en-dessous du seuil de pauvreté.*”

E30 :“*Un revenu qui leur permet pas de subvenir à ... aux besoins de la vie quotidienne.*”

3.1.2.2.2 Origines des ressources

Leurs ressources peuvent venir d'un travail, officiel ou informel, et d'allocations.

Le travail Les personnes en grande précarité peuvent travailler. (E11, E20, E23, E26)

E11 nous dit :“*Il y a encore des gens qui sont à la rue, qui ont encore un métier.*”

C'est souvent un travail à temps partiel, ou faiblement rémunéré, comme précise E23 :“*C'est des personnes qui peuvent travailler, qui ont des si petits salaires avec des charges*”.

E16 n'est pas d'accord :“*Je pense qu'à partir du moment où tu as un salaire et que tu travailles, tu dois pouvoir te trouver un petit truc... même si c'est un studio.*”

Trafics et mendicité D'autres personnes gagnent de l'argent dans des «trafics» (E8), ou par la mendicité (E11, E12, E13, E14, E17, E18, E25, E30).

Allocations et aides financières :

Sont citées :

– le **RSA** (Revenu de Solidarité Active) ou revenu minimum : E1, E4, E6, E8, E11, E14, E15, E16, E17, E20, E23, E24, E25, E26, E33,

– l'**AAH** (Allocation Adulte Handicapé) (E6, E8, E24, E25)

E6 :“*C'est des patients qui touchent l'Allocation Adulte Handicapé. C'est vrai que les personnes qui ont des pathologies psychiatriques ou des pathologies physiques qui les empêchent d'avoir un emploi, qui tiennent avec l'AAH, ça les met dans une situation forcément plus précaire.*”

– la **retraite** (E16, E6, E15)

– les **ASSEDIC** (allocation chômage) (E4, E12, E25, E17)

- les **aides de la CAF** (Caisse d’Allocations familiales) (E3, E4, E12, 14) : Allocations familiales (E4, E12, E14) et Allocation Logement (E12)
- Les **aides du Conseil Général** (E3)

Pour obtenir ces aides, il faut faire des démarches administratives, ce qui n’est pas toujours fait. (E2, E8)

E2 : *“Il faut faire des démarches quoi, pour avoir un minimum. [] Mais il me semble qu’elles peuvent avoir le droit à quelque chose, mais il faut faire des démarches administratives.”*

E8 : *“à moins qu’ils n’aient pas fait les démarches, du coup c’est en arrêt momentané”.*

De plus, ces aides ne sont pas accessibles à tout le monde (E1, E2, E3, E8, E23, E24, E25), car il faut en avoir connaissance, et elles sont soumises à conditions.

E1 : *“En tous cas, je ne sais pas s’ils les utilisent. S’ils en ont conscience aussi, des fois”.*

E3 : *“Il y en a, mais il faut qu’ils soient informés”.*

E23 : *“Tout le monde n’y a pas droit, tout le monde ne les touche pas, et y a des gens qui sont même dans des situations irrégulières et qui du coup peuvent rien avoir.”*

E25 : *“ C’est par exemple les jeunes, qui ont en dessous de 25 ans, et il y a certaines conditions pour bénéficier du RSA, ils rentrent pas forcément dans ces conditions là... Eux, ils ont pas grand chose... Ils ont rien, des fois.”*

3.1.2.2.3 La gestion de ces ressources :

Ces allocations peuvent être rapidement dépensées (E17, E26), être volées (E26) ou utilisées mal à propos (E1, E12).

E17 : *“Ça aussi... qui fait pas le mois d’ailleurs, qui fait souvent les 5 premiers jours, et ensuite... Même quand on discute avec eux... ils le reconnaissent très bien... que ils vont chercher leur RMI ou leur... au début du mois et que rapidement c’est dépensé.”*

E26 : *“Le problème, c’est que lui, soit il le boit très rapidement, soit il se le fait piquer très rapidement aussi.”*

E12 : *“J’en ai vu aussi des familles, ne pas... Prendre l’argent, mais pas pour les gosses quoi. Donc voilà, c’est toujours pareil.”*

Certains patients peuvent être sous curatelle ou tutelle (E9, E12, E25).

E12 : *“Il y a des organismes qui s’occupent d’eux, pour ça, pour faire les papiers.”*

E25 : *“Ils ont souvent une tutelle ou une curatelle, donc ils ont une protection juridique.”*

3.1.2.3 Leur entourage

3.1.2.3.1 La famille

La famille peut être présente (E7), surtout s’il s’agit de jeunes personnes en précarité (E19).

E19 : *“Puis on a parfois des parents si ce sont des jeunes. Mais ceux là, ils sont quand même moins en grande précarité... Ils ont des problèmes de toxicomanie ou psychiatriques.”*

Mais le plus souvent, ils sont **plutôt en rupture avec la famille** (E1, E6, E7, E8, E9, E16, E17, E18, E20, E24, E25).

E11 : *“La famille généralement, il y a une rupture, une coupure complète avec la famille.”*

Soit la famille est à l'origine de cette séparation,

E1 : *“Abandonnées par leur famille”*,

E24 : *“Ou c'est souvent des gens qui ont été écartés de la famille, justement, parce qu'ils étaient un peu marginaux.”*

Soit on explique cet éloignement suite à une volonté du patient :

E6 : *“Il peut y avoir un soutien familial, mais que le patient refuse, je pense aux patients un petit peu psychiatriques «état limite» qui sont un peu dans le rejet de la famille, sans aucune forme de préjugé.”*

E16 : *“Le problème c'est que eux, des fois se... s'isolent de sa famille... Une femme battue pour que sa famille ne sache pas qu'elle est battue, ben elle va peut-être un petit peu s'éloigner.”*

3.1.2.3.2 Les amis et connaissances

Ils peuvent avoir des amis, ou des connaissances de la rue (E2, E4, E5, E7, E9, E11, E12, E14, E17, E19, E20, E22, E24, E25).

E20 : *“Seuls amis et copains qu'ils ont, c'est les copains de la rue”*.

E4 : *“Les compagnons aussi fragiles qu'eux dans la rue ou ces foyers d'hébergement.”*

Ce réseau peut apporter un support, selon certains interviewés :

E17 : *“Entre eux, ils peuvent être... alors relations humaines... Je dirais qu'ils sont à la fois solidaires et extrêmement euh... entre eux... C'est à la fois de la solidarité, parce que des fois ils s'entraident.”*

E14 : *“J'imagine bien qu'ils se connaissent tous et qu'ils partagent leurs galères.”*

D'autres pensent plutôt qu'il y a peu de soutien entre personnes de la rue.

E11 : *“C'est là où je dis «il n'y a pas spécialement d'entraide dans la rue». C'est que les autres se battent avec, ils se font voler.”*

E12 : *“Je pense que la rue, c'est la solitude, enfin je n'ai pas l'impression qu'il y ait un soutien entre gens qui sont à la rue. J'ai l'impression que l'entraide est limitée.”*

E17 : *“Ils hésitent pas non plus à se faire des mauvais coups quoi (...) Oui à la fois ils sont précaires, mais alors dès qu'ils peuvent prendre quelque chose, ils n'hésitent pas.”*

3.1.2.3.3 Le réseau social :

Ils sont aussi entourés par un réseau social avec :

Des travailleurs sociaux (E1, E5, E9, E18, E25), en précisant :

– assistant social (E3, E7, E16, E17, E22, E24, E26)

E17 : *“Ils connaissent bien les assistantes sociales, ça ils les connaissent bien.”*

E26 : *“Y a l'assistante sociale qui connaît les gens de CHU, qui sympathise, tout ça.”*

– équipe de rue (E4, E9, E13, E19, E23, E33)

– SAMU social (E7, E31)

– SAOD (E25), le Service d'Aide et d'Orientation Départemental

– Sasson (E19), qui est une association gestionnaire de lieux d'accueil

Du personnel médical :

- CMP (E3, E24)
- PASS et le Point Santé (E17)
- Urgences (E17)

Des voisins, ou des commerçants (E16, E25)

E16 : *“Il y a des voisins des fois qui s’occupent de personnes âgées”*.

E25 : *“Il y en a même qui tissent des relations sociales dans la ville... ça peut être avec des commerçants... hein... avec des commerçants”*.

3.1.2.3.4 L’isolement :

Mais l’isolement de ces personnes revient régulièrement lors des entretiens (E1, E2, E3, E7, E8, E11, E15, E16, E18, E19, E22, E23, E25, E27, E31, E32, E33, E35), via la rupture familiale dont nous avons parlé précédemment, le manque d’aides au domicile pour les personnes âgées, et les mises aux bans de la société :

E11 : *“Il n’y a plus grand monde qui leur ouvre des portes, il n’y a plus grand monde qui leur vient en aide [] Il y a souvent l’alcool, qui fait que quelqu’un qui est «bourré», pour dire un mot, il n’y a personne qui vient vers lui.”*

Comme pour les aides financières, être entouré au niveau social nécessite souvent une démarche active de la part de la personne en précarité, comme le disent E18 : *“Mais c’est vrai que s’ils font pas de démarches, ils peuvent être complètement isolés”* et E31.

3.1.2.4 Leur hygiène

Les interviewés notent pour la plupart une hygiène dégradée (E2, E4, E5, E6, E7, E11, E12, E13, E14, E16, E17, E18, E20, E23, E26, E27, E28, E29, E31, E32), avec un état d’incurie avancé.

E12 : *“Ils sont crades, mais ils puent, mais grave !”*,

E29 : *“Quelqu’un qui est alcoolisé, qui est sale, qui s’est fait dessus.”*.

Certains parlent d’une négligence de soi (E4, E26, E28) :

E28 : *“La grande précarité, c’est aussi une négligence de soi.”*,

E4 : *“Souvent il y a une représentation physique, qui est pas très, euh on va dire un peu négligé.”*

Ce manque d’hygiène peut porter atteinte à leur dignité, selon E4 : *“ On est obligé de prendre en compte cet aspect des choses pour qu’ils soient présentables entre guillemets, mais aussi pour leur dignité à eux. Pour qu’ils ne soient pas repoussants à l’accueil.”*

E4 et E11 notent cependant que certaines personnes essaient de garder une hygiène corporelle : E11 *“Ensuite il y a des gens précaires qui ont un souci d’hygiène, qui ont un souci d’essayer de conserver, dans les moyens qu’ils ont, la possibilité d’une douche. Y en a qui arrivent.”*.

D'autres nous disent qu'il faut nuancer cette évaluation de la propreté, car certaines personnes, notamment celles qui sont plus âgées, n'ont pas les mêmes repères en matière d'hygiène.

E13 : *“Dans les générations avant, prendre une douche quotidiennement n'était pas dans les mœurs quoi, on allait, on se lavait le jour du seigneur pour aller à la messe et puis voilà.”*

E16 : *“Après, il y a des gens, nous on pense qu'ils sont pas bien, mais il sont pas forcément, malheureux, c'est leur façon de vivre. Les gens qui vivent dans la campagne... Ils arrivent, ils sont sales, mais p'têtre que eux ça les dérange pas d'être sales, nous on en fait tout un patacaille et voilà.”*

3.1.2.5 Leur alimentation

Les personnes en grande précarité ne peuvent pas s'alimenter correctement, pour E6, E11, E14, E17, E26, E27, E32.

E11 : *“Ils n'ont pas les moyens de se nourrir correctement tous les jours.”* E27 : *“Après, au niveau repas, mais après... Ils mangent pas forcément à la faim quoi.”*

Ils ont accès à des aides alimentaires (E12, E17, E18, E20, E22, E27, E28, E31, E33), via :

– La Cantine Savoyarde (E17, E18, E20, E22, E27, E28)

E27 : *“En hiver, ils ont l'accueil savoyard, donc il mangent, ils peuvent manger un repas chaud par jour.”*

– Les Restos du Cœur (E14, E28)

– Les banques alimentaires (E28)

– Le GAF, groupement d'Alimentation Familiale, qui dépend du Secours Catholique

E14 : *“C'est le surplus des magasins qu'on récupère et qu'on revend à un prix défiant toute concurrence. Alors on leur revend, quand même, contrairement aux Restos du Cœur, pour leur garder leur dignité.”*

3.1.2.6 Leur mode de vie

Pour certains interviewés, l'inactivité est au premier plan (E1, E2, E3, E4, E17).

E17 : *“s'allonger dans un coin et attendre que la journée se passe”.*

Pour d'autres, leur quotidien peut tourner autour :

– de la recherche d'un logement (E2, E7, E24)

– de la recherche d'argent (E11, E17)

– d'une déambulation, ou errance (E9, E17, E20, E24, E25), volontaire ou due aux conditions d'accueil de certains foyers, qu'ils doivent quitter le matin, .

E9 : *“Au relais grand froid, il y a des horaires, ils sont censés partir le matin, il y a un horaire ou voilà... ils doivent partir.”*

– d'une venue aux urgences (E4, E11).

Il ressort que les personnes en grande précarité vivent au jour le jour (E7, E8, E11, E26, E27) selon leurs propres règles, ou celles de leur milieu.

E26 : *“La priorité c'est pas forcément l'appartement, le toit, s'habiller, prendre soin de soi, non c'est plutôt... Peut-être oublier la situation aussi, à travers les addictions.”*

E11 : *“Ils ont leur tournée à faire, ils ont des choses à faire, ils ont des gens à voir dans la rue. Malgré tout, ils ont une activité qui leur est propre.”*

E8 : *“Il y a la façon aussi de vivre qui n'est pas comme tout le monde.”*

E27 : *“Ils font ce qu'ils veulent, chez eux ils font ce qu'ils veulent, ils ont pas de limite, donc ils respectent pas forcément.”*

3.1.2.6.1 L'importance de l'alcool

On peut noter l'importance de l'alcool pour les interviewés, chez ce public. Ils remarquent en effet que l'alcool est souvent très présent dans le quotidien des personnes en grande précarité, surtout chez les SDF. (E1, E5, E6, E11, E12, E13, E14, E17, E18, E20, E24, E25, E26, E29)

E1 : *“Ben les SDF : pas grand-chose à part boire.”*

E29 : *“Ils retombent dans l'alcool et fin, gros problème d'alcoolisme chez eux.”*

E16 : *“Quelle cochonnerie ct'alcool, quand même... Ben, parce que... Ce qu'on disait ce matin... Ils sont dans des états...Euh.. 'Fin ça les mets dans des états, et on sent bien qu'ils sont prisonniers de ça.”*

L'alcool peut être une cause ou une conséquence de la grande précarité. (E11, E20)

E11 : *“Il y a l'alcool qui est toujours présent, l'alcool pousse vers la précarité, c'est un bon moteur de précarité.”*

E20 : *“Dans la grande précarité, c'est indissociable.”*

Il entraîne souvent des consultations aux urgences, soit à la demande des patients, soit lorsqu'ils sont amenés par les pompiers dans un état d'ivresse aiguë. (E1, E4, E9, E11, E14, E16, E30, E31, E32, E35, E36)

Certains interviewés expliquent cette consommation d'alcool comme une thérapie : pour oublier leurs conditions de vie ou leur détresse.

E11 : *“Je pense que quelque part, il vaut mieux se déconnecter que de s'imaginer «Voilà, je ne peux plus remonter, je ne peux plus rien reconstruire, j'ai tout perdu». J'imagine que c'est une sorte de thérapie pour oublier. Au début c'était le mal, et puis à la fin ça devient la thérapie, parce qu'il n'y a rien d'autre. De toutes façons, ils n'ont pas les moyens pour s'acheter de la drogue, il y a que l'alcool quoi.”*

E29 : *“Je me dis : pour eux, vaut mieux qu'ils soient saouls et qu'ils s'en souviennent pas.”*

3.1.2.6.2 La violence

La violence est aussi très présente, selon le personnel des urgences interrogé. (E4, E11, E13, E16, E18, E24, E26, E27, E29, E32)

E18 : *“C'est un mode de vie qui n'est pas très facile, parce qu'il y a souvent des violences entre eux... des vols, des agressions physiques.”*

E24 : *“Souvent il y a des tensions, parce qu'il y a quand même pas mal d'alcoolisme dans ces milieux-là... Et du coup il y a des disputes pour des cigarettes, ou quoi que ce soit.”*

E29 : *“La violence là-bas dans les foyers euh... Ils se font voler des choses, les peu de choses qu'ils ont, ils se les volent entre eux... Ils se tapent... Aussi bien physique, verbal, psychologique.”*

3.1.2.6.3 Un quotidien rude

Les interviewés décrivent donc un quotidien rude, surtout pour les SDF, qui peut transformer la personnalité des personnes en précarité.

E11 : *“Je pense que c'est très dur la rue, où la politesse, la courtoisie, enfin tout ça, ça n'existe plus. Il faut survivre, c'est un endroit où on survit, c'est un endroit hostile quand même la rue. Donc c'est là où ça modifie l'humain. Mais pour moi, ça reste des êtres humains.”*

E12 : “*Quand on vit dans la rue pendant vingt ans, on peut être que diminué, c’est pas possible autrement.*”

E29 : “*Ils font plus, ils veulent plus, ils sont désespérés, ils sont... Puis une chose en entraînant une autre, je pense que c’est une spirale.*”

3.1.2.6.4 Des personnes exclues

De plus, ces personnes de la rue sont bien souvent perçues comme exclues de la société. (E11, E13)

E11 : “*Par contre, je ne sais pas s’ils sont vécus comme être humains comme tout le monde. Entre êtres humains, on s’entraide, logiquement.*”

E13 : “*Et puis aussi un regard très négatif que les gens peuvent porter sur eux. On vit tellement dans un monde d’indifférence que ça en est vraiment...*”

3.1.3 Entrée et sortie de la grande précarité

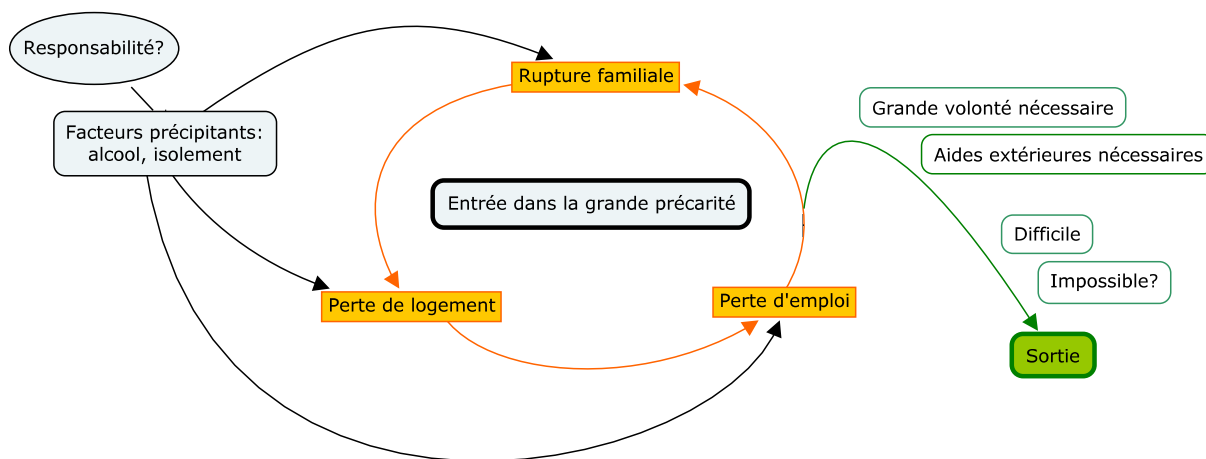


FIGURE 3.1 – Entrée et sortie de la grande précarité.

3.1.3.1 Entrée

3.1.3.1.1 Comment

On arrive en grande précarité suite à une rupture ou perte d’emploi. Il est souvent décrit une spirale : cette rupture ou chômage entraîne une perte de logement (ou dans un ordre autre), et ainsi s’installe la précarité. (E3, E11, E13, E14, E15, E17, E20, E22, E26, E27, E32)

E11 : “*L’alcool, une rupture, la perte d’un emploi, enfin tout ça c’est insidieux, on ne sait pas dans quel sens ça vient. Mais l’alcool, la rupture et tout ça, ça mène à des gens qui arrivent plus à tenir un emploi, qui arrivent plus à tenir une entreprise, et puis qui assez rapidement se retrouvent à la rue visiblement. C’est ouvert à tout le monde la rue.*”

E14 : “*Ça peut être très rapide hein. J’ai un copain qui a perdu son boulot, qui a divorcé, qui s’est retrouvé SDF.*”

E13 : “*Après la famille qui s’écroule parce qu’il y a plus de travail, plus de logement, il y a des dettes, il y a des enfants qui sont là dessus, qui peuvent pas suivre à l’école, parce que justement*

il y a plus les moyens. Le papa qui s'alcoolise et la maman qui fait autre chose et machin, ça c'est pire que tout."

L'alcool ou d'autres addictions peuvent précipiter cet engrenage. (E11, E13, E17, E28, E32, E33)

E11 : *"Des fois, enfin souvent, c'est l'alcool, un point commun c'est l'alcool."*

Pour les personnes âgées, c'est surtout l'isolement qui entraîne la grande précarité. (E8, E33)

3.1.3.1.2 Responsabilité

Peu disent qu'on y arrive par choix (E12, E28), ou par mauvais choix (E33).

E12 : *"La précarité y en a qui se le veulent. Je ne les plains pas."*

E33 : *"Comme heu, de la même façon, pour en arriver à se mettre dans cet état-là, ils font des choix, pas forcément les bons à un moment donné."*

Consommer de l'alcool entraîne une part de responsabilité. (E34, E35)

E35 : *"Alors que le patient alcoolique heu... qui, enfin voilà, on va forcément avoir une petite heu, une petite idée en tête qui va nous dire "quand même, bon, c'est un peu de sa faute quoi"."*

D'autres pensent que ce n'est pas leur faute (E3, E13, E22).

3.1.3.2 En sortir

On peut sortir de la grande précarité, mais c'est très difficile, voire impossible pour certains.

Pour en sortir, une **grande volonté est nécessaire** (E11, E12, E13), ainsi que des aides extérieures (E1, E11, E20).

E11 : *"Je pense que si on apporte l'aide sociale au moment où, aux gens qui sont encore avec la volonté, je pense que ces gens-là, la réussite pour s'en sortir, s'ils arrivent à trouver le toit pour se loger et s'ils ont le boulot ils peuvent s'en sortir. (...) Pour s'en sortir, faute être blindé de volonté quoi. Faut être épaulé, faut être tenu à bout de bras, jamais lâché."*

E12 : *"Si on s'en donne les moyens, et pas se décourager, on s'en sort."*

Mais les **difficultés sont souvent au premier plan**. (E1, E4, E7, E11, E27, E28, E35)

E7 : *"C'est vrai, s'ils n'ont pas de maison, c'est compliqué pour dormir, manger, se laver, et pour travailler derrière, c'est compliqué. Oui c'est un cercle vicieux. Pas de travail, pas de maison. Pas de maison, pas de travail."*

E 27 : *"Je pense, que... Au début, qui se, qui essaient de s'en sortir, je pense qu'ils ont la volonté, mais après ils se découragent quand même. S'ils voient que ça marche pas, et pas comme ils veulent, et pas assez vite, je pense qu'ils se découragent."*

Ainsi, des interviewés nous disent que c'est **impossible d'en sortir**, surtout pour les SDF désocialisés. (E1, E11, E13, E16, E29)

E29 : *"Ils se fichent d'eux même, moi j pense qu'ils se fichent d'eux même... Ils ont plus d'estime, plus de regard valorisant, plus de.. ils ont plus envie.."*

E13 : *"Je pense qu'on a fait tout pour qu'ils retournent dans un cercle de vie normale, mais ils sont tellement dans leur façon de vivre que ils sont plus réinsérables quoi je pense."*

E16 :*“Ils sont quand même déconnectés, et pour reprendre une vie, une vie, je ne dirais pas normale , parce qu’on sait pas... comment on pourrait dire... équilibrée..... ben voilà, ils y arrivent pas quoi.”*

3.1.4 Visibilité de la grande précarité aux urgences

Possible	- Par l'apparence - Par le comportement - Par le motif de venue - Avec les visites au domicile (SAMU) - Exprimée par le patient	- Si incurie - Si inapproprié - Patients virulents
Difficile	- Précarité non visible - Précarité cachée - Motif de venue sans rapport avec la précarité	
Intérêt d'un dépistage	- Pourquoi pas ? - Pour pouvoir améliorer la prise en charge - Mais compliqué et chronophage	

TABLEAU 3.4 – Reconnaître la grande précarité

3.1.4.1 On peut les reconnaître

Certains membres du personnel nous disent qu'on peut les reconnaître, par leur apparence, leur comportement aux urgences, ou leur motif de venue.

Ainsi, on va suspecter une grande précarité devant des patients présentant :

- **une incurie** ou une tenue vestimentaire un peu dégradée. (E11, E13, E23, E26, E27, E28, E31, E33)

E26 :*“Ils ont un... une approche quand même particulière quoi. Heu... On les reconnaît, oui, enfin on voit que c'est des SDF quoi.(...) Physiquement, ils sentent un peu fort, quand même (rires). [] Alors ça peut être des gens en précarité dans la rue, ou qui viennent de chez eux hein, et qui sont aussi en grande précarité, qui vivent heu, qui vivent dans un dénuement important. Je crois que c'est, oui, je crois que le, l'aspect extérieur peut être un, pour nous...”*

E31 :*“J'avais reconnu le fumet heu... «Y en a un qui est planqué quelque part».”*

- Ou devant des **patients virulents**, ou ayant un comportement inapproprié.

E23 :*“C'est plus comment dire le trouble de l'ordre établi qui est à prendre en compte. [] Quelqu'un qui va arriver avec un problème X à la jambe par exemple, et qui va crier, qui va dire des insanités et qui va... voilà, qui va répandre une odeur terrible. Là on va la remarquer.”*

Leur motif de venue peut indiquer la grande précarité. (E15, E26)

E15 :*“Parfois sous le masque de difficultés, de problèmes psycho-somatiques, on arrive à cerner. [] Et puis parfois, c'est la précarité qui amène aux urgences. C'est-à-dire, je ne sais pas, on retrouve quelqu'un qui ne s'alimente plus, qui vit dans des conditions complètement aberrantes, et finalement, quelqu'un décide d'orienter vers l'hôpital. ”*

Ou la précarité peut être suspectée par le SAMU, lorsqu'ils sont au domicile des patients. (E15, E28)

E28 : *“C'est les gens du SAMU qui ont dit qu'elle était, elle vivait dans un contexte de grande précarité.”*

Enfin, dans certains cas, le patient peut aborder le sujet de lui même. (E26, E28)

E28 : *“... Après, il y en a d'autres qui le disent clairement quoi, qu'ils sont dans le besoin.”*

3.1.4.2 La précarité peut passer inaperçue

Cependant, la grande précarité n'est pas toujours visible. (E11, E12, E15, E16, E18, E22, E23, E26, E27, E31, E35)

E23 : *“Y a des gens qui sont en grande précarité, peut-être qu'ils le montrent pas d'emblée, c'est pas écrit sur leur visage.”*

Certains patients peuvent la cacher (E9). Ou lorsque le motif de venue n'évoque pas la grande précarité, ou que le temps ne permet pas aux soignants de creuser l'interrogatoire au sujet du mode de vie, alors la grande précarité n'est pas dépistée.

E31 : *“... que je suis sûre qu'on passe à côté de tas de personnes qui sont dans la précarité.”*

3.1.4.3 La question du dépistage de la précarité

Quelques interviewés se sont posés alors la question d'un dépistage systématique.

Pour E15, E31, E34 et E35, il y aurait un intérêt à dépister les patients en grande précarité, pour pouvoir adapter la prise en charge.

E31 : *“... une autre approche du patient quand il est là... Humaine.”*

Mais ce dépistage serait difficile et chronophage, selon E26 et E34. Et E26 doute de l'intérêt de ce dépistage. : *“Après, je sais pas si c'est vraiment utile, enfin en tout cas, c'est chronophage, de repérer, et puis, pour quel... Si après, ça peut être intéressant, si jamais, mais ils nous le disent ça, si jamais ils n'ont pas les moyens de s'acheter le médicaments ou tout ça, en sortant.”*

On voit donc que les avis sont partagés sur cette question.

3.2 Accès aux soins et bonne santé

3.2.1 Accès aux soins

L'accès aux soins dépend de la couverture sociale	- Limitée	- Aucune couverture sociale - Régime général seul fréquent	
	- Totale	- CMUc - AME	
L'accès aux soins nécessite l'accès aux consultations	à l'hôpital	- Urgences ++ car "gratuit" et 24h/24h - PASS+ - Equipe d'alcoologie - Equipe de psychiatrie - Autres services	
		en ville	Payant
	Gratuit ¹		- Point Santé - LHSS - Pélican - CMP - Autres dispensaires
L'accès aux soins nécessite l'accès au médicament	Payant Gratuit ¹	- Pharmacie (sauf CMUc ou AME ou gratuité) - UF5032=PASS - Point santé - Urgences	

TABLEAU 3.5 – Accès aux soins du patient précaire

3.2.1.1 Lieux d'accès aux soins

3.2.1.1.1 L'hôpital

Les urgences Les urgences sont citées par la majorité des interviewés comme un lieu de recours aux soins pour les patients précaires (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E11, E14, E15, E16, E18, E19, E20, E24, E28, E29, E36).

Les motivations pouvant être :

- l'**apparente gratuité des soins** citée par E20 : "*Enfin pour eux, c'est gratuit parce qu'ils n'ont pas à avancer de l'argent.*" ;
- ou encore l'**ouverture permanente** et la mission de service public d'accueil sans distinction de tout public comme l'explique E1 : "*Les urgences sont toujours ouvertes, 24h sur 24h, les gens sont toujours accueillis, comme je le disais tout à l'heure, il peut sortir, une demi-heure après il revient, et bien on sera toujours présent.*"

La PASS La PASS est citée par un tiers des interviewés environ (E4, E6, E8, E9, E14, E15, E17, E19, E23, E27, E35, E36).

1. Gratuit veut dire ici : "apparente gratuité pour le patient". En effet, hormis la délivrance au point santé, et sur le budget de l'UF5032, il s'agit de la pratique du tiers payant total dans le cadre de la CMUc, des 100% et de l'AME

Le rôle de la PASS est perçu comme :

- un lieu de consultation pour les personnes sans ressources, et sans couverture sociale pour E36 : *“Mais je sais qu’ils faisaient des consultations pour justement, les personnes qui avaient pas de quoi se soigner.”* et E6 : *“Il y a des gens qui consultent via la PASS, [] c’est des gens qui n’ont pas de droits, mais qui ont un système de consultation je crois sur l’hôpital.”*
- une équipe experte sur le sujet de la précarité et réalisant un travail pluridisciplinaire selon E25, mais aussi E35 : *“Des gens qui ont l’habitude de tous ces problèmes, et multi disciplinaire pour gérer les problèmes... entre équipe sociale, équipe médicale, comme ça doit être déjà le cas j’imagine à la PASS.”*
- un acteur central du réseau santé précarité selon E19 et E25 *“Il y a un réseau, en tout les cas, au niveau de la précarité santé ville qui marche bien [] notamment avec la Permanence d’Accès aux Soins de Santé, à l’intérieur de l’hôpital, mais qui ont des contacts aussi à l’extérieur, avec les partenaires”*.

L’espace santé publique est cité par trois interviewés (E14, E34, E35).

L’addictologie est citée par 2 interviewés (E11 et E1).

Les équipes psychiatriques citées par E1.

3.2.1.1.2 Soins ambulatoires “gratuits”

Le point santé est la structure externe la mieux connue des professionnels interviewés (E8, E13, E14, E18, E20, E22, E23, E25, E26, E32).

Elle est perçue comme :

- un centre de soins et de consultations gratuites avec IDE et médecins par E25 : *“Le point santé, qui permet aussi aux personnes d’avoir une consultation avec un médecin, une infirmière... si il n’y a pas de droits, ce sera gratuit.”*
- un lieu d’écoute cité par E14 : *“au point santé et la PASS, c’est des gens qui ont choisi de travailler avec ces gens-là, et qui du coup, sont plus à l’écoute.”*
- fonctionnant grâce à du volontariat d’infirmières et de médecins hospitaliers ou libéraux E4, E25 et E26 : *“Les médecins qui interviennent, c’est soit des médecins hospitaliers, soit des médecins libéraux, sur la base du volontariat.”*
- une antenne de la PASS, selon E26 : *“Le Point Santé ça dépend du, de la PASS de l’hôpital.”* ; qui fait le lien avec l’hôpital selon E20 *“C’est en relation avec nous... avec le B7 d’ici, les infectiologues, le Dr Rogeaux qui est un petit peu référent.”*

Le point dentaire est cité par E8, E14, E16, E20, et E25, selon E14, il s’agit de : *“ A côté du point santé, on a un dentiste, qui donne des consultations gratuites et qui fait des soins gratuits.”*

Les Lits halte soins santé sont cités par E14, E15, E18, E19, E23, E24. Leur vocation est selon E15 d’être : *“Une structure, médicalisée, où il y a des lits, où ils accueillent des gens en précarité qui ont des problèmes médicaux.”*, cette vision est partagée par E14, E15, E18, E19 et E23.

Le Pélican est cité, par, E17, E8, et par E33 qui nous dit qu'il "*fait des consultations, il me semble, pour tout ce qui est addictions.*".

La PMI est citée par E36 et E31.

Le CMP est cité par E26 et E1.

La Croix Rouge et un dispensaire sont cités une fois, respectivement par E2 et E12.

3.2.1.1.3 Soins ambulatoires "payants"

Le médecin traitant est une possibilité d'accès aux soins pour E15 : "*Il y a les médecins traitants, les cabinets médicaux, rien n'empêche aux gens dans une situation précaire d'aller prendre un rendez vous de consultation.*".

Certains nous disent comme E28 et E34, que le médecin peut ne pas facturer la consultation.

E34 : "*Elle a un médecin gentil, qui accepte de ne pas facturer sa consultation, ça existe.*".

Mais d'autres comme E36 remarquent que bien souvent il n'y a pas de médecin traitant.
E36 : "*En général on leur dit de voir leur médecin traitant, mais ils ont pas de médecin traitant.*".

La clinique mutualiste dentaire est citée par E31.

3.2.1.2 L'accès au médicament

En pharmacie : Si on peut avancer les frais comme le dit E17 : "*Les pharmacies classiques, il faut avoir une ordonnance mais il faut avoir les moyens de payer*" ; ou si l'on bénéficie de la CMUc, comme le dit E20 : "*Dans les pharmacies... ceux qui ont la couverture, avec la CMU, ils peuvent y aller.*".

Aux urgences : Les soignants peuvent parfois être amenés à délivrer des médicaments selon E17 et E18 : "*Nous on délivre gratuitement quand il y a des gens qui n'ont rien.*".

A la pharmacie hospitalière : Il existe une possibilité de délivrance via l'UF5032 selon E26 : "*On fait une ordonnance, l'UF 5032, on téléphone au pharmacien, qui délivre gratuitement les 24 premières heures de médicaments.[] Par la pharmacie de l'hôpital.*" ; et aussi via l'assistante sociale.

E35 : "*Leur donner des antibiotiques, c'est pareil, il faut qu'on ait l'assistante sociale, parce que souvent, ils n'ont pas les sous pour acheter les médicaments, on fait tout ça avec eux, ils vont les chercher à la PASS.*".

Au Point Santé Il existe des possibilités de délivrance de médicaments selon E18.

3.2.1.3 La couverture sociale

3.2.1.3.1 Régime général seul

Les interviewés E8, E11, E25, E26 pointent l'existence d'une couverture sociale partielle, se limitant au régime général de la sécurité sociale.

E25 : *“Donc ils savent qu'ils ont juste au moins la sécu, mais la mutuelle ils ont rien fait parce qu'ils disent qu'ils ont pas les moyens.”*

3.2.1.3.2 Couverture sociale liée à la situation précaire

La CMUc La CMU complémentaire est en général bien connue des interviewés, puisqu'elle est citée par E6, E8, E12, E15, E16, E17, E18, E20, E22, E23, E25, E26 et E30. E6 et E30 nous précisent qu'il s'agit d'une *“prise en charge à 100%, avec exonération du ticket modérateur.”* (E30). E25 mentionne le fait que l'obtention de la CMUc se fait *“en fonction des ressources”*.

L'AME est citée par 2 interviewés : E22 et E25. E22 décrit l'AME comme étant *“pour ceux qui sont étrangers, l'aide médicale état, pour être pris en charge à 100%.”*

3.2.1.3.3 Absence de couverture sociale

Pour E6, E11, E19, E23, E27 et E36, les grands précaires n'ont pas de couverture sociale. E19 : *“C'est des personnes qui n'ont pas de couverture sociale”*.

3.2.1.4 Possibilités d'accès aux soins

Soins d'urgences Les interviewés E6, E12, E18, E23 remarquent qu'en cas d'urgence les soins sont prodigués, même en l'absence de couverture sociale.

E18 : *“Il y a moyen, même le temps d'obtenir la couverture médicale, la CMU, de bénéficier de soins, donc de médicaments, si urgence il y a. Ça on le fait régulièrement.”*

E20 : *“ Quand on les reçoit aux urgences on se pose pas la question de savoir si il y a une couverture sociale ou pas, on les soigne et puis si il n'y a pas de couverture sociale ben tant pis c'est une ardoise pour l'hôpital.”*

Ce que permet le système de soins français Selon certains interviewés, le système de santé français permet mieux l'accès aux soins que dans d'autres pays : ainsi E12 dit *“en France, en grande précarité, ils ont la CMU pour se faire soigner. Je veux dire on est pas... Ça serait les États-Unis, tout ça, je comprendrais, mais ici, en France, ils ont tout ce qu'il faut. Pour se faire soigner”* et E17 mentionne son expérience : *“Par rapport à ce que j'ai pu voir à l'étranger où l'accès aux soins est quand même nettement plus limité pour ces personnes là, je trouve qu'ils sont quand même bien lotis,[] il y aura toujours quelqu'un, que ce soit médical, pas médical, ou alors social.”*

3.2.2 Freins à l'accès aux soins

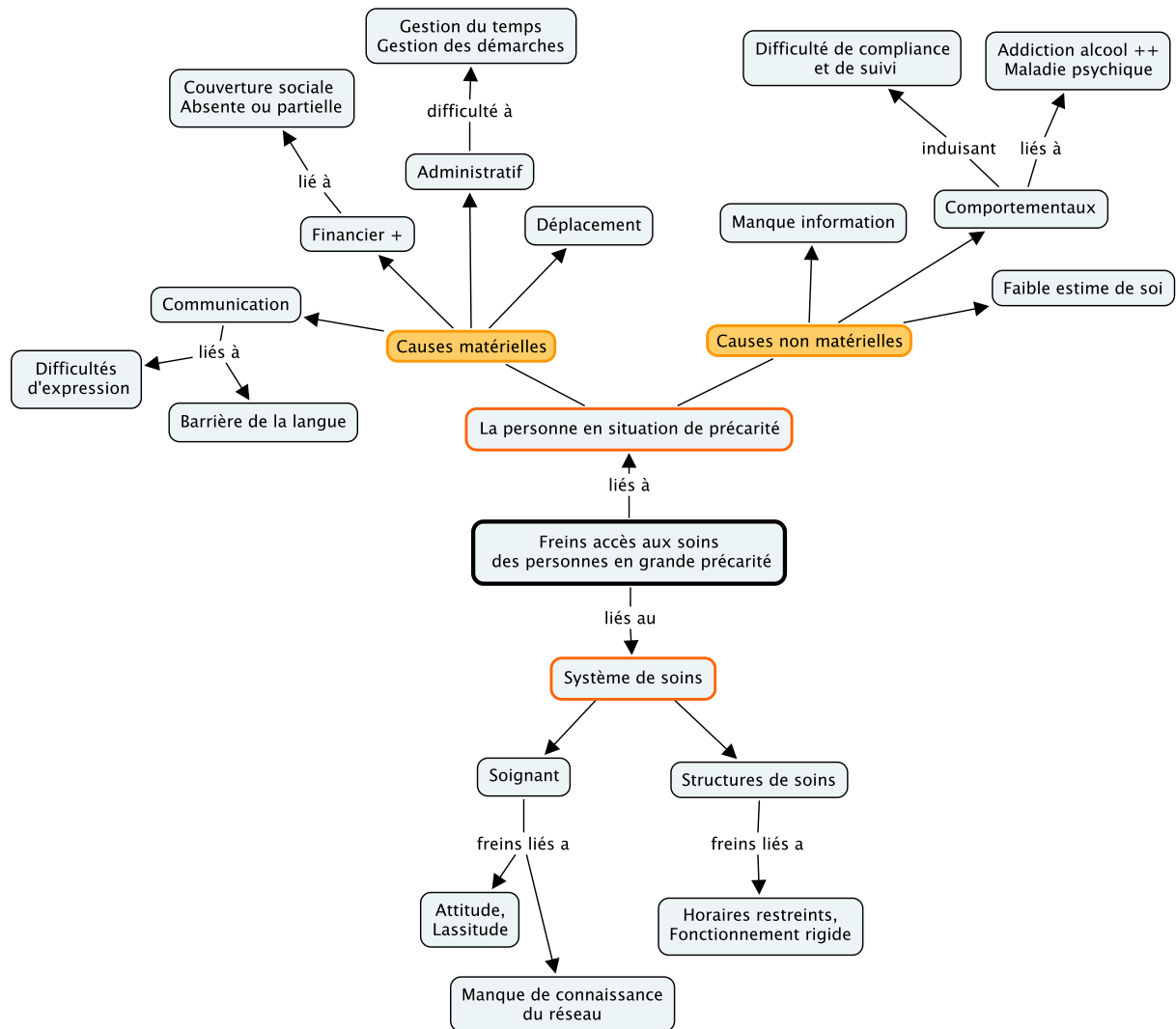


FIGURE 3.2 – Freins à l'accès aux soins

3.2.2.1 Liés aux patients

3.2.2.1.1 Freins matériels

Le frein financier Le frein financier à l'accès aux soins est un des freins cités le plus fréquemment.

Il concerne d'abord les difficultés liées à l'avance des frais de consultation lors de soins en ville (E2, E11, E14, E20, E27, E34, E35).

E20 : *“Ils peuvent pas aller chez le médecin parce qu'il faut avancer l'argent...”*

Puis vient la difficulté financière à accéder au traitement qui peut être une nouvelle barrière si le patient a malgré tout pu bénéficier d'une consultation (E2, E11, E36).

E36 : *“Elle était venue aux urgences gynéco deux jours avant, ils lui avaient donné un traitement par spasfon-antadys, qu'elle avait pas pris parce qu'elle avait pas pu se les acheter.”*

E2 : *“Après, ils peuvent toujours consulter, mais après pour suivre un traitement, est-ce qu’ils le feront ? Est-ce que ils auront possibilité d’acheter les traitements ?”*

Difficultés de déplacement Ce frein se matérialise par l’incapacité à rejoindre ou à quitter de manière autonome le lieu de soins (E11, E20, E24, E32, E34).

E32 : *“ la difficulté de se déplacer, tout simplement, géographiquement, ”*

Frein administratif

- **Les difficultés à faire les démarches** pour obtenir une couverture sociale sont citées par plusieurs interviewés tels que E8 : *“Accès aux soins ça veut dire au moins faire le dossier CMU, le dossier pour être remboursé, être prise en charge, tout au moins. Et des fois, rien que de chercher des papiers, de les apporter. Ils perdent beaucoup leurs papiers,[] donc du coup pour mettre en place un dossier, c’est la croix et la bannière. Ça, c’est déjà compliqué.”* ou d’autres démarches administratives citées par E35 : *“On a aussi certains qui sont désocialisés, et qui du coup vont pas aller faire des démarches ou quoi que ce soit.”*
- **Les difficultés de gestion du temps et des rendez vous** : illustrées par E14 : *“Je pense que ça doit être difficile pour eux d’avoir en tête des horaires, des jours”* ainsi que E35 : *“C’est des gens, on leur donne des rendez-vous... Les papiers, on sait pas où ils filent, ils peuvent les perdre, voilà. Et si le rendez vous est dans 2 mois, il y a de fortes chances que le jour du rendez-vous, ils y pensent, mais pas du tout quoi.”*

De cette difficulté de gestion du temps semble émerger pour ces patients une demande de soins qui doit être satisfaite “immédiatement” :

E14 : *“Il faudrait que ce soit ouvert quand ils ont envie, quand ils ont besoin.[] Ils arrivaient, c’était fermé.[] Et c’était : «Mais pourquoi vous avez fermé maintenant ? Je veux voir le docteur tout de suite».”* ;

E20 : *“Et eux, la notion d’heure, de journée... Là, à cette heure là, bien précise, j’ai mal, je veux tout de suite... J’ai mal.. et il y a les urgences qui 24h/24, 7 jours sur 7”*.

Difficultés de communication

Elles sont notamment liées à la **barrière de la langue** chez les étrangers en situation précaire :

E14 : *“Déjà parfois la barrière de la langue.[] Ils parlent pas forcément bien le français. Donc ça pose des soucis au niveau de l’interrogatoire médical et paramédical. Et du coup, c’est vrai que pour identifier leurs besoins, c’est difficile.”*

E35 : *“Si c’est des étrangers qui viennent d’arriver, on a souvent des problèmes [] de traduction, donc il faut arriver à trouver un traducteur.”*

Cette idée est aussi formulée par E19, E20, E24 et E29.

Elles ont pour conséquence :

- des **difficultés de compréhension et de décodage**, selon E19 : *“la médecine c’est quand même très culturel. Ça dépend comment les gens arrivent à exprimer.. leurs... parce quand ils viennent aux urgences c’est bien qu’ils ont besoin de quelque chose... ils viennent pas pour le plaisir. Ça dépend de la façon dont ils expriment leurs souhaits et que nous on a la capacité de les décoder. Et je pense que décoder ce que disent les gens, les malades, c’est pas évident.”*
- et des **tensions entre soignant et soigné** selon E20 : *“Et du coup on est là devant la barrière de la langue, qu’on comprend pas du tout. Parce qu’il y en a très peu ... donc ils parlent pas le français, très peu qui parlent anglais. Nous on parle même pas l’anglais,*

enfin bon... Donc on se trouve dans une barrière... qu'est ce qu'ils ont, enfin, voilà. Et du coup ils sont obligés de venir à plusieurs, il y a un effet de masse. Que du coup, qui fait monter plus vite la tension, si on prend pas tout de suite en charge...”

Frein lié à la couverture sociale absente ou partielle Une absence de couverture sociale ou une couverture sociale partielle génère un frein financier, comme décrit précédemment. S'il n'est cependant pas impossible de prodiguer des soins en l'absence de couverture sociale, 2 interviewés nous décrivent les difficultés créées si une hospitalisation est nécessaire :

E6 : *“J'ai été confronté l'autre jour à un patient qui était en cours de demande d'asile politique. Qu'avait pas encore de... Qui était suivi via la PASS, [] on devait l'hospitaliser, j'ai du faire un certificat comme quoi son état nécessitait vraiment une hospitalisation, sinon ça pouvait mettre en jeu son pronostic vital ou fonctionnel. Et en faisant le certificat on a pu avoir accès à une hospitalisation.”*

E11 : *“Pour une hospitalisation sur de la longue durée, c'est très très compliqué. Il y a des pathologies où ça nécessiterait ... Enfin on a vu des gens revenir tous les deux jours pour une ponction d'ascite, alors qu'il n'y avait aucune couverture sociale, rien. [] Si elle avait une couverture sociale, si elle avait quelque chose, on s'en occuperait autrement, mais là, on n'a pas de choix.”*

Frein lié à la présence d'un chien Selon E31, la présence d'un chien peut être un frein : *“Ou ceux qui ont des chiens, qui veulent pas les laisser pour venir se faire soigner...”*

3.2.2.1.2 Un manque de connaissance de l'offre de soins

Un manque de connaissance de l'offre de soins de la part des patients est pointé par plusieurs interviewés.

E3 : *“Des fois c'est l'information ; mais déjà s'ils savaient qu'ils pouvaient se faire soigner gratuitement, je pense qu'ils iraient.”*

E6 : *“Peut être qu'ils ne sont pas tous au courant, peut être pas tous informés de ce qui existe déjà, comme moi je ne le suis peut être pas suffisamment.”*

E2 : *“Oui la non connaissance des structures.”*

Comme E6, E3 pointe aussi le manque de connaissance du réseau de structures chambériennes de la part des soignants : *“Mais après encore faut-il que, enfin qu'on les oriente vers eux, et puis après, tout dépend de leurs besoins. Pour ça faudrait qu'on soit nous déjà au courant, des différentes aides qu'ils peuvent avoir.”*

3.2.2.1.3 Une mauvaise estime de soi

Une mauvaise estime de soi est rapportée par plusieurs interviewés dont E16 : *“Je pense que ces gens là, souvent ont peu d'estime d'eux même... Et donc du coup, peut-être qu'ils se négligent à tout point de vue, même au niveau de la santé...”*

E25 ainsi que E26, E14, et E34 rapportent que la mauvaise estime de soi rend difficile la confrontation avec des personnes “normales” dans le système de santé de droit commun :

E25 : *“On ne fréquente pas les hôpitaux parce qu'on aime pas tellement ça, parce qu'il faut se retrouver au milieu des autres. Comme on n'a pas, comme ils ont peut être plus un sentiment de dévalorisation par rapport à eux même et de honte, ben c'est difficile de venir.”*

E26 : *“Il y a des personnes qui ont une image très négative d’eux-mêmes, de venir se montrer, alors qu’ils savent qu’ils sentent pas bon[] ; ça peut être difficile pour eux de venir ici.”*

3.2.2.1.4 Difficulté à établir une demande d’aide et à consulter dans un circuit spécifique :

Il est parfois difficile pour le patient précaire de demander de l’aide et de consulter dans un circuit dédié.

E9 *“Et je pense que pour certaines personnes aussi, c’est difficile d’admettre qu’ils n’ont pas les moyens d’aller...d’avoir une prise en charge classique et de devoir aller à la PASS ou ailleurs pour se faire soigner...”*

3.2.2.1.5 La volonté de soins en question :

Un certain nombre des personnels interviewés citent la non volonté de soins des patients parmi les freins à l’accès aux soins (E18, E19, E27, E33). En témoignent les citations suivantes :

E18 : *“Il y a des freins liés à la personne... ben déjà, il faut qu’il y ait une volonté.”*

E33 : *“Y a des fois on a l’impression qu’on est pas spécialement efficace parce que justement, ils en ont pas la volonté, ils ont pas la volonté d’avancer”*

3.2.2.1.6 Des difficultés d’observance, de compliance aux soins et de suivi :

Des difficultés d’observance, de compliance aux soins et de suivi sont notées fréquemment par nos interviewés. Ces 3 notions sont évoquées de manière entremêlées. Elles ont des conséquences délétères sur l’accès aux soins et sur la santé des personnes en grande précarité.

Compliance lors du passage aux urgences et à l’hôpital La compliance aux soins lors du passage aux urgences et à l’hôpital est décrite comme étant médiocre par les interviewés, avec des fugues (E15, E35), et une difficulté à adhérer aux soins proposés (E11, E28), allant jusqu’au refus de soins parfois(E34).

E15 : *“On a un contingent, qui vont fuguer, partir, en tous cas, dès que ça va mieux, sur lequel on aura du mal à aller au bout des choses”*

E35 : *“C’est des patients souvent qui sont partis sans qu’on les voit, ou qui, quand on les voit, veulent déjà partir alors qu’on a rien fait.”*

E11 : *“C’est des gens qui viennent aux urgences, et qu’on aura toutes les peines du monde à soigner, parce que déjà ils ne veulent pas y rester. Ils y restent le temps d’être comateux, et dès qu’ils commencent à se réveiller, ils ont leur tournée à faire.”*

E28 : *“Quand il avait mal, il voulait bien qu’on s’en occupe, et dès que la douleur heu, partait, il se rendait pas compte, qu’effectivement, il y avait quand même un suivi avant.”*

E34 : *“Parce que c’est pareil, je veux dire ils refusent de se faire soigner parfois, ”*

L’observance des soins et traitements après les urgences est incertaine :

E11 : *“ On a passé certains contrats avec des gens pour qu’ils puissent revenir faire des pansements ici, parce qu’ailleurs ce serait pas possible, on le sait. Ils ne peuvent pas du tout être assidus, pas du tout s’impliquer dans un processus de soins.”*

E26 : *“On a beau leur trouver des pathologies, tout ça, on est pas sur qu’ensuite, les épileptiques prennent leur traitement, ou arrêtent de boire, les bronchopathes arrêtent de fumer, ectétera... Si ils prennent vraiment leur traitement aussi, de façon irrégulière hein.”*

Suivi : Les soignants ont l'impression d'être régulièrement confrontés à l'échec des reconvoications ou des rendez vous.

E15 : *“C'est difficile de reconvoquer les gens, parce qu'ils ne reviennent pas toujours.”*

E35 : *“On leur fait des ordonnances, on leur dit qu'il faut aller heu, consulter ici ou ici, mais bon on se doute bien que.. s'il revient dans un mois, il y aura rien qui aura été fait quoi.”*

Selon les interviewés, les difficultés de suivi sont liées à des difficultés de gestion du temps évoquées précédemment (p. 40), et à une absence de conscience de la nécessité du suivi ou à une absence de volonté de suivi.

3.2.2.1.7 Un recours tardif aux soins

Les patients en situation de grande précarité consultent parfois très tardivement (E14, E25, E30) :

E25 : *“Des fois ils attendent un petit peu le dernier moment. Parfois, mais pas toujours.”*

E14 : *“Ils viennent consulter quand vraiment ils ont un gros souci et qu'ils peuvent plus faire autrement. Quand ils viennent consulter !”*

La cause du retard à la prise en charge médicale peut être liée à un frein unique ou à un cumul des freins précédemment cités ; comme l'expliquent ces 2 citations à propos du frein financier.

E36 : *“On voit souvent les gens arriver avec des états dentaires complètement déplorables. Et parce que heu, il y en a qui vont attendre, se dire j'ai pas de quoi payer, [] donc je vais attendre très très longtemps avant de faire des soins.”*

E3 : *“Je connais pas mal de gens qui vont pas se faire soigner parce qu'ils n'ont pas l'argent pour payer”*

3.2.2.2 Liés à l'institution

3.2.2.2.1 Freins liés aux soignants

L'attitude et le regard des soignants :

Le soignant refuse parfois de prodiguer des soins comme le médecin de ville dont parle E17 : *“Il y a des médecins qui même malgré la CMU refusent de prendre les patients..[] Ils nous refusaient, ou alors nous faisaient patienter en salle d'attente la journée entière, et nous prenaient quand ils avaient le temps...”*

D'autres fois, c'est la manière d'accueillir les patients qui est limitante :

E17 : *“Dans notre regard, c'est pas qu'on leur refuse l'accès, c'est que on n'est pas toujours... je pense qu'on ne réagit pas toujours comme si c'était une personne normale qui arrive... le fait de les connaître, on agit d'une autre façon”*

E20 : *“La personne en précarité, elle doit sentir qu'on doit avoir de la lassitude, on le traite peut être pas aussi bien qu'une autre personne...”*

Un manque de connaissance des structures de recours :

Un manque de connaissance des structures de recours est mentionné par certains interviewés et entraîne des difficultés d'orientation des patients précaires vers les structures adaptées.

E14 : *“Ça c'est pareil, il faut savoir un peu les structures, parce que je pense que sur les 60 infirmiers qu'on est ici, je suis pas sûre qu'on soit très nombreux à savoir que ça existe.”*

E28 : *“Les connaissances qu'il me manque, c'est pour les orienter à l'extérieur.”*

3.2.2.2 Freins liés aux structures

Les horaires restreints des structures et notamment du point santé sont mentionnées régulièrement comme étant un frein à l'accès aux soins des grands précaires.

E14 : *“Au point santé, à mon sens hein, [] c'est le fait [] que ce soit ouvert que 2 jours par semaine sur 2h d'affilée. Parce que du coup, ça veut dire qu'ils doivent se repérer dans le temps et dans la semaine pour venir.”*

E20 : *“Les autres structures : le soir elles sont fermées, le matin de bonne heure elles sont fermées. Dans la journée il y a des horaires bien précis, ils doivent respecter des rendez vous.”*

Le mode de fonctionnement et notamment la difficulté pour des structures comme l'hôpital de s'adapter au mode de fonctionnement de certains grands précaires comme le disent :

E35 : *“Le cadre hospitalier, si c'est... qui est trop rigide pour les gens qui ne sont pas habitués à ça. Est-ce que c'est le fait qu'ils soient désocialisés aussi, qui fait que pour certain, qui fait qu'ils ont du mal à... à adhérer, à du coup à s'intégrer dans un programme de soin avec une prise en charge par d'autres personnes.”*

et E23 : *“L'acceptation du suivi de la procédure de soins par ces populations qui rentrent pas dans le moule du circuit patient habituel . Et nous on a des schémas, voilà « Vous allez en radio, vous allez là, vous allez là ». Et du coup des fois ils sont plus là, parce que c'était un peu compliqué. C'est que notre circuit de soins ne permet pas d'aller fumer facilement, ne permet pas de se coucher quand on a envie alors que y a des fauteuils et pas des lits..”*

3.2.3 La bonne santé : est-elle accessible aux grands précaires ?

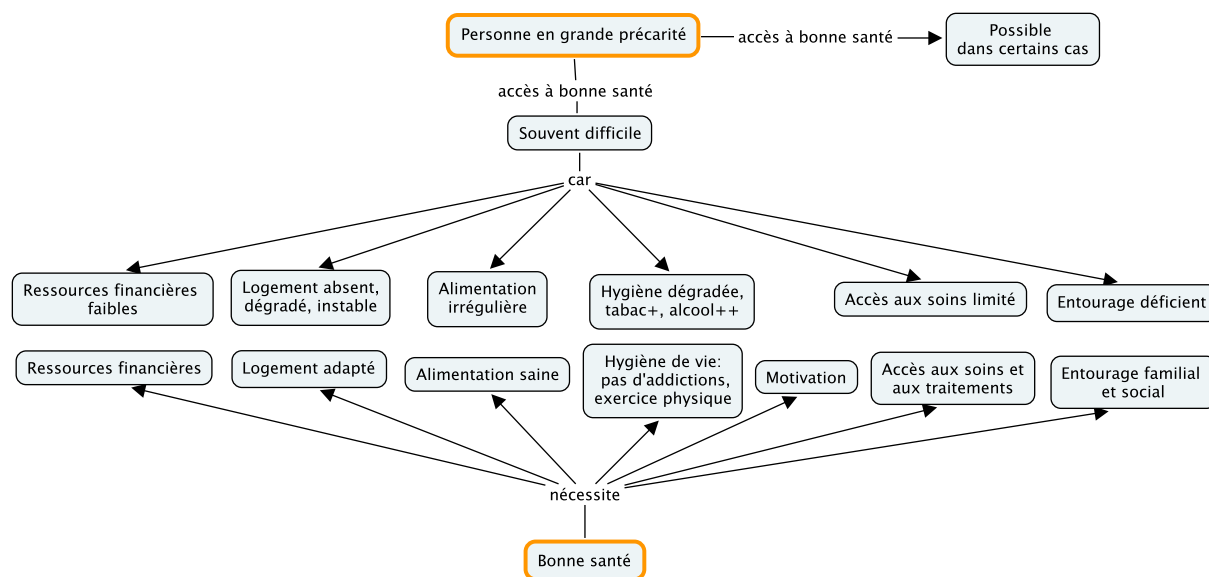


FIGURE 3.3 – Bonne santé : déterminants et accessibilité aux grands précaires

3.2.3.1 La bonne santé

La définition de la santé se calque sur celle de l’OMS selon E23 : “*Le bien être physique psychique social corporel, nutritionnel.*”

Selon nos interviewés, la bonne santé est multifactorielle et dépend des déterminants suivants :

3.2.3.1.1 Les conditions de vie :

Les conditions de vie nécessaires à la bonne santé doivent être “*correctes*” pour E35 et “*sécurisantes*” pour E25.

On peut les décliner sous différents aspects.

L’aspect financier est cité régulièrement comme un facteur limitant l’accès à la bonne santé si il y a absence ou faiblesse des ressources.

E19 : “*L’espérance de vie, monte chez les gens qui ont un bon niveau socio-économique...*”

E2 : “*Après vivre sainement, c’est difficile quand on n’a pas de moyens.*”

Le logement doit “*être sain*” selon E8 et pouvoir être chauffé selon E11.

L’alimentation nécessaire à la bonne santé est qualifiée de “*bonne*” par E22, elle doit être en quantité suffisante selon E13 qui dit : “*Faut pouvoir manger à sa faim*”. E16 et E24 expriment aussi cette idée.

3.2.3.1.2 L'entourage familial, amical et social

L'entourage familial, amical et social est décrit comme un des déterminants de la bonne santé.

E11 : *“La famille, c'est très important aussi, faut être bien entouré.”*

E19 : *“Les relations sociales, la vie professionnelle, familiale...”*

E24 *“Et puis avoir un équilibre, je pense... familial et socio professionnel, on va dire.”*

3.2.3.1.3 L'activité professionnelle

L'activité professionnelle a aussi sa part dans la bonne santé.

E22 : *“Activité physique, ou même professionnelle, pour avoir un lien... un lien avec la société et le monde professionnel...”*

E13 : *“Faut pouvoir avancer dans la vie, mais avancer dans son travail, dans ses études, par rapport à l'évolution de son conjoint, de ses enfants.”*

3.2.3.1.4 L'hygiène de vie et les prises de risque

Une bonne hygiène de vie, en général avec une limitation des prises de risque de type tabac et alcool semble centrale pour certains interviewés.

E25 : *“Parce que pour nous la bonne santé, telle qu'on l'a en tête, c'est effectivement... bah... pas boire de trop, pas fumer.”*

E23 : *“La bonne santé, moi je met l'hygiène de vie en premier, l'hygiène de vie bah c'est l'alimentation, c'est un peu de mouvement d'activité, c'est des relations sociales, voilà .”*

E16 et E9 : *“Avoir une bonne hygiène de vie”*

E12 : *“Faut pas fumer”*

3.2.3.1.5 La motivation

La bonne santé est aussi une question d'envie selon E8 : *“L'envie, parce que déjà il faut avoir envie d'aller voir le médecin, de faire les démarches, ce qui n'est pas donné à tout le monde.”* et E29 : *“Faut pouvoir mais faut avoir envie ! Faut avoir envie j'pense que c'est.. les deux.”*

3.2.3.1.6 L'accès aux soins et aux traitements

L'accès aux soins et aux traitements, tant financier que géographique.

E8 : *“Avoir de l'argent pour pouvoir acheter ses médicaments, aller voir le médecin...Les spécialiste qu'on a envie d'aller voir...”*

E17 : *“Il y a tout ce qui est accès aux traitements qui peuvent maintenir la bonne santé.”*

E11 *“Pouvoir accéder aux soins régulièrement, parce que je pense les dents, quand on peut voir un dentiste régulièrement, ça évite pas mal de désagréments par la suite. Faut avoir un minimum d'argent, il y a un minimum à avoir pour pouvoir s'offrir tout ça.”*

E9 : *“Des moyens de se déplacer pour pouvoir aller jusqu'au service de soins.”*

3.2.3.2 La bonne santé est possible pour les grands précaires

3.2.3.2.1 la bonne santé est accessible

Selon certains de nos interviewés la bonne santé est accessible aux populations précaires, ainsi E30, nous dit : *“Elle peut être en bonne santé.”*. Cette idée est aussi défendue par E15, E24 et E36 qui nous disent de concert *“Je pense que c’est possible.”*.

E26 nuance cette position en créant une dichotomie entre bonne santé somatique et santé mentale : *“Oh oui. En tous cas bonne santé physique, après mentale, je sais pas hein.”*.

E6 quand à lui estime que la possibilité de la bonne santé des précaires ne concerne que les personnes indemnes de pathologies psychiatriques ou addictives : *“Le problème c’est que si tu prends quelqu’un qui n’a aucune ressources financières, pas de logement, mais qui est sain dans sa tête qui n’a pas de maladie psychiatrique et aucune addiction, et qu’est pas trop bête, il n’a aucune... Tu te diras que cette personne là elle a toutes les chances de se faire bien soigner.”*

3.2.3.2.2 Une bonne santé relative :

Il s’agit cependant pour d’autres d’une bonne santé relative. E12 et E17 expriment que ces personnes en grande précarité sont finalement en meilleure santé que ce que leurs conditions de vie pourraient laisser présager :

E12 : *“Je me demande si, si la crasse, ça... ou même à la limite ça les, ça les endure pas. Ou qu’ils se... Comment dire, qu’ils tombent pas malades comme ça au final.”*

E17 : *“Après, curieusement, les gens qui sont en précarité sont, je pense de bonne constitution naturelle, parce que je pense que nous, on ne pourrait pas supporter, ou être... enfin, quand on voit par où ils passent... certes ils sont usés, à 50 ans ils en font 60 voire même 70, mais euh... ils sont plus costauds que certaines personnes qu’on reçoit.”*

E25 nous dit aussi que la définition de la bonne santé, par les grands précaires, ne serait pas la même que celle habituellement retenue.

E25 : *“Mais par rapport à eux, peut être qu’ils se considèrent comme relativement en bonne santé. Parce que ça les empêche pas de se déplacer, ça les empêche pas, enfin, pas toujours, de vivre... donc c’est vrai qu’on se place toujours en fonction de là où on est, et de la situation dans laquelle on est. Donc je pense, qu’ils ont effectivement, ils ont quand même accès à une bonne santé... à une santé relative.”*

3.2.3.3 Difficultés à être en bonne santé dans les faits

3.2.3.3.1 Difficultés

La bonne santé n’est pas accessible à tous selon les interviewés E9, E11 et E23.

La bonne santé concerne même une minorité des précaires selon E15 qui dit : *“Ça doit concerner une minorité”* ou encore *“Est ce qu’il y a vraiment des SDF en bonne santé ? Vu du service d’urgences, je ne pourrais pas vous répondre oui. Il y a en peut-être.”*

3.2.3.3.2 Causes de mauvaise santé décrites par les interviewés :

Les conditions de vie : en grande précarité, chez les SDF notamment, les conditions de vies sont décrites comme sévères et ayant un impact négatif sur la santé.

En particulier autour de la question du **logement**, des conditions de sommeil, de l'**hygiène** et de l'**alimentation**. Ce que résumait bien E19 : *“Si vous dormez sous les ponts... vous êtes SDF... c’est quand même plus difficile que si vous avez un toit, un chauffage... c’est sûr... autant sur le plan hygiène, sur le plan infectieux, sur le plan de l’espérance de vie, la récupération, la fatigue... Les gens ils sont plus fragiles, forcément les gens ils sont plus fragiles.”*, ou encore E34 *“Ah ben non ! A partir du moment où on mange mal, où on dort mal, où on a des problèmes d’hygiène, tout en découle quoi. C’est forcément des gens qui doivent avoir beaucoup de problèmes.”*.

Les addictions notamment liées à l'**alcool**, au **cannabis** et au **tabac** sont aussi citées par certains interviewés comme un facteur de mauvaise santé chez les grands précaires.

Les conséquences de l'alcoolisme sur la santé sont relevées par (E6, E12, E15, E24).

E6 : *“C’est clair que l’alcool pose un gros problème en tout cas chez les patients qui n’ont pas de domicile, parce qu’ils tiennent pas mal avec l’alcool et que ça ça leur fusille la santé à tous les niveaux.”*

E4 cite le problème de l'addiction au cannabis : *“La prise en charge de l’alcoolisme pour certains et du cannabis pour d’autres.”*

E27 mentionne les problèmes liés au tabac : *“Ils s’alcoolisent, ils fument, donc forcément, ben au niveau santé, c’est pas terrible aussi.”*

La précarité : un facteur de risque de mauvaise santé selon les interviewés E3, E27 et E30 :

E30 : *“On sait que c’est des facteurs de risque d’avoir, déjà un mauvais suivi médical, et ensuite d’avoir des pathologies liées au manque d’hygiène ou de malnutrition.”*

E27 : *“La précarité, c’est un facteur, aussi de, de... Ben voilà quoi, ils sont malades, et ben on sait pourquoi, c’est la source quoi.”*

3.2.3.3.3 Pathologies de la précarité :

Les patients grands précaires, à défaut d’avoir des pathologies spécifiques semblent avoir une prévalence particulière de certaines pathologies.

Les pathologies mentales et addictives :

Les pathologies addictives, notamment l'**éthylisme chronique**, sont décrites par nos interviewés comme particulièrement fréquentes chez le public grand précaire et notamment SDF.(voir p.30)

Les pathologies mentales autres sont décrites comme étant une cause de la précarité (E16) ou une de ses conséquences : les interviewés décrivent des **troubles anxieux** (E26), des **syndromes dépressifs** (E16 et E26) et d'une manière générale un **impact psychologique**(E11, E14 et E31) et **psychiatrique** (E25 et E11).

E16 : *“Il y a des gens qui ont un passé lourd... qui au niveau psychologique, ont du mal... y'a des gens dépressifs.”*

E26 : *“Il doit y avoir quand même des conséquences psychiques, sur la grande précarité. Une angoisse de l'avenir, une angoisse du lendemain...”*

E26 : *“C'est quand même des gens qui sont en dépression. C'est du à la grande précarité quand même, ils le disent eux-mêmes.”*

E11 : *“Il y a une pathologie propre à la rue : psychologique, psychiatrique.”*

E14 : *“Ils seront plus fragiles psychologiquement que certains.”*

E31 : *“La précarité veut dire que [l'impact psychologique,] non, je pense que progressivement, ils ne sont pas en très bonne santé. Puis physique] ou mental, y a forcément un impact.”*

E25 : *“Pathologies de rue : ben, des problèmes d'alcool, des problèmes psychiatriques, d'ordre psychiatriques et peut être... des problèmes aussi de toxicomanie...”*

Les pathologies traumatiques : Elles sont un motif régulier de venue aux urgences. (voir p. 51)

La malnutrition et la dénutrition sont rapportés par E27 : *“Ils sont dénutris”* ; E23 quand à lui rapporte *“soit une malnutrition, parfois une déshydratation”*.

Les pathologies infectieuses sont citées par E26 : *“les problèmes d'infections, de broncho-pneumopathies chroniques”*.

Les pathologies dermatologiques sont citées par E26 et E15. E14 évoque aussi les dermatoses parasitaires : *“Il y a quelques, quelques maladies un peu plus spécifiques, enfin qui les touchent peut-être un peu plus que le commun des mortels, et notamment au niveau dermato, au niveau parasites.”*

3.3 Passage aux urgences

Motif de venue	Médical	- Traumatologie ++ - Alcoolisation aigue ++ - Pathologies médicales et psychiatriques
	Social	- Demande d'hébergement - Demande de nourriture - Demande d'écoute et de lien social
	Par défaut	- Pas d'avance de frais possible pour soins de ville - Ne connaît pas d'autres structures médicales
	Motif incompris	- Pas de décodage possible du motif de venue réel
Prise en charge	Accueil	- Variable : dépend de affluence, comportement des patients
	Soins infirmiers	- Soins de nursing ++ - Autres soins infirmiers
	Médicale	- Peu spécifique
	Sociale	- Importante, via l'assistante sociale et la PASS
	Post urgence	- Sorties ++ - Proposition hospitalisation "facile" si pathologie évolutive
Spécificités	Venues aux urgences	- Passages itératifs - Venues non volontaires
	Prise en charge	- Temps de prise en charge augmenté - Lien AS et PASS fréquent
	Difficultés	- Difficultés de communication - Troubles du comportement liés à alcoolisation - Peu de compliance - Difficultés à mettre en place un suivi

TABLEAU 3.6 – Prise en charge d'un patient en grande précarité aux urgences.

3.3.1 Motif de venue

3.3.1.1 Motif médical :

Les motifs médicaux cités sont aussi divers que ce que résume E14 : *“Ça peut être pour enlever des points, ça peut être pour une rhino, parce qu'ils ont trop bu et que c'est les pompiers qui nous les amènent, parce qu'ils se sont un peu castagnés, qu'ils ont des plaies partout, ça peut être, comme celui qu'on a eu ce matin, qui a été retrouvé par les pompiers inconscient sur la voie publique.”*

On les classe en plusieurs catégories :

3.3.1.1.1 Alcoolisation aigue :

L'alcoolisation est un motif de consultation aux urgences des patients en grande précarité, SDF en particulier, cité fréquemment par les interviewés (E1, E9, E15, E16, E20, E26, E30). On retiendra à ce propos la citation de E1 : *“Bien souvent ils viennent chez nous pour alcoolisation aigüe”*.

3.3.1.1.2 Les pathologies traumatiques :

Les pathologies traumatiques qu'elles soient **accidentelles** (E26) ou liées à la **violence de la rue** (bagarres, agressions citées selon E12, E26 et E32) sont citées régulièrement.

E26 : *“Chutes, violence, coups de couteau, heu... oui, oui, oui. Traumatisme crânien, fracture de clavicule.”*

E12 : *“Il avait déjà un cocard. Il est reparti, on lui a refoutu sur la gueule, il est revenu, le jour même quoi.”*

E32 : *“Principalement, ils se sont fait tabasser dans la rue...”*

3.3.1.1.3 Autres pathologies médicales :

D'autres pathologies médicales sont citées par les interviewés :

- des **pathologies infectieuses banales** citées par E15 : *“une rhino”* ; ou encore E35 : *“ça peut être une angine”*.
- **Epilepsie** citée par E11 : *“Ils convulsent”*
- Décompensation d'asthme ou de **BPCO** citée par E35 : *“une BPCO qui est sévère, décompensée”*.

3.3.1.1.4 Des pathologies psychiatriques :

Telles que des crises d'angoisse (E14), des idéations suicidaires (E31) peuvent motiver une venue aux urgences.

E14 : *“C'est un monsieur qui arrivait, qui était complètement paniqué, grosse crise d'angoisse.”*

E31 : *“Elle veut se mettre un coup de couteau ce soir”*

3.3.1.1.5 La délivrance de médicaments

La délivrance de médicaments est parfois le seul motif de consultation nous rapporte E32 : *“Il venait pour qu'on lui donne ses Doliprane ici. Il venait, on lui donnait du doliprane, et il repartait.”*

3.3.1.2 Motif social :

3.3.1.2.1 Demande “hôtelière” :

La demande d'hébergement (E11, E12, E16, E22, E26, E31), de repas (E1, E13, E14, E31, E37) et parfois de douche (E1, E27, E31) est citée régulièrement par les personnels interrogés comme un motif de venue aux urgences pour les patients en grande précarité.

E22 : *“C'est vrai qu'aux urgences on a ceux qui viennent pour un hébergement mais pas forcément pour consulter ou voir un médecin...”*

E13 : *“J'en ai vu, des gens ça faisait 3-4 jours qu'ils avaient faim et ils savaient qu'à l'hôpital on pourrait leur servir un repas.”*

E1 : *“Des fois même ils viennent parce que c'est leur maison pratiquement, y en a certains, ils viennent là parce qu'ils savent qu'ils ont un repas chaud et une douche.”*

3.3.1.2.2 Demande d'écoute :

Certains interviewés rapportent un besoin d'écoute attentive et de relation humaine bienveillante comme motif de venue.

E14 : *“Il espérait qu'on allait l'écouter, trouver un peu de chaleur.”*

E14 : *“Ils viennent chercher un soin mais beaucoup viennent aussi chercher de l'écoute, en même temps que le soin.”*

E29 : *“Il vient de lui même, il vient parler avec nous.”*

3.3.1.2.3 Les urgences, un refuge :

Certains interviewés rapportent que les urgences peuvent être perçues comme un abri, un lieu sécurisant et protecteur.

E4 : *“Pour d'autres c'est ce protéger de la violence de la rue que de venir ici.”*

E20 : *“On est aux urgences on est au chaud, on est en sécurité.”*

3.3.1.3 Venue “par défaut”

L'arrivée aux urgences, ne se fait pas toujours par choix, mais parfois par méconnaissance d'autres structures (E20) de soins possibles, ou par incapacité à avancer les frais liés à la consultation (E36).

E36 : *“Y en a qui viennent aux urgences en première intention parce qu'ils ont pas de médecin traitant, et parce qu'aux urgences, ils paient pas.”*

E20 : *“ils viennent aux urgences parce que c'est le seul endroit qu'ils connaissent, qu'ils savent qu'ils peuvent se faire soigner gratuitement.”*

3.3.1.4 Motif de recours aux urgences flou ou non compris :

Le motif de recours semble être parfois un prétexte comme le rapporte E20 : *“Ils disent qu'ils viennent parce qu'ils ont mal au poignet, mais on les voit bouger dans tous les sens”*.

Le motif réel de recours aux urgences est en tout cas régulièrement masqué, difficile à décoder comme l'expliquent E28 : *“Généralement, ils ne verbalisent pas comme ça, y a des excuses «j'ai mal au ventre, j'ai mal au pied», et puis finalement, en creusant un peu, on se rend compte que... il y a une précarité.”* et E23 : *“Comment être sûr de ce dont il a besoin ? Des fois c'est bien exprimé, des fois ça se voit, et puis des fois c'est hasardeux.”*

3.3.1.5 Venue aux urgences à l'initiative d'un tiers :

Une venue aux urgences sans motivation de la part du patient semble être assez spécifique du public SDF, et est citée régulièrement par les personnels interrogés (E1, E7, E11, E15, E19, E24, E29, E32).

E24 nous dit : *“Il a été ramassé par les pompiers parce qu'il était dans la rue en train de dormir... Quelqu'un passait à côté en disant «il est inconscient, j'arrive pas à le réveiller»... Les pompiers le prennent en charge et du coup ils l'amènent aux urgences...”*

Une venue non spontanée aux urgences entraîne alors la difficulté du soins des patients contre leur volonté (E32, E33).

E33 : *“C’est qu’il aura été amené plus à la demande de quelqu’un d’autre, et plus ou moins de force, et à ce compte-là, ça se passera pas bien, c’est sûr.”*

3.3.2 Prise en charge

La prise en charge d’un patient en grande précarité pourrait se résumer assez bien par ce que dit E7 : *“Ils arrivent, on les installe, ils sont bien souvent sales, on leur prend la douche, on leur donne des vêtements, propres, ils voient le médecin, et puis bien souvent ils restent un peu pour se reposer, pour faire les examens qu’ils ont besoins et ils repartent derrière.”*

Pour les besoins de l’analyse nous allons décrire le déroulement du séjour aux urgences des grandes précaires par étapes.

3.3.2.1 Accueil et administratif

La première phase lors d’un passage aux urgences est l’accueil et la constitution d’un dossier.

L’accueil réservé aux grands précaires est décrit comme **identique** à celui des autres patients par nombre d’interviewés (E2, E5, E7, E12, E13, E17, E23, E25 et E34).

E5 : *“Mais après, à l’arrivée, ils sont pris en charge comme tout le monde, les constantes sont prises, il y a un dossier qui est fait...”*

E17 : *“J’essaye qu’il n’y aie pas de distinctions. Je sais pas si ça se voit ou si ça se ressent, mais je fais pas de distinction dans la prise en charge... je vais dire un truc affreux, mais «c’est des êtres humains»...”*

Mais cet accueil et cette prise en charge identique semblent être conditionnés par plusieurs choses :

- un **comportement “adéquat” du patient**, selon E17, E19, E23 et E32.
E19 : *“Si ils ne sont pas pressés, agressifs, vindicatifs ou quoique ce soit, ils se passe rien. Ils sont pris en charge comme les autres.”*
- la présence d’un motif de soins, selon E17 et E18.
E18 : *“Dès lors qu’il y a un motif médical, ils sont pris en charge comme tous les autres patients, sans distinction.”*
- les soignants peuvent avoir des attitudes différentes les un des autres avec ces patients selon E25 et E26.
E26 : *“Parce que les réactions sont différentes hein, il y a des gens qui les acceptent, et puis d’autres qui, les supportent pas, et qui les virent immédiatement quand ils arrivent quoi.”*
- l’**absence d’affluence aux urgences** selon E25 : *“Quand les urgences sont relativement calmes, bon, on va s’organiser, chacun va faire sa part de travail. Quand il y a beaucoup de monde et qu’il y a un patient comme ça... c’est vrai qu’il est pas toujours le bienvenu”*

Dans le cas contraire l’accueil de ces patients peut être mauvais ou difficile et aller jusqu’à un rejet hors des urgences.

E25 : *“Il y en a d’autres, avec qui, ça va être systématiquement quand même un accueil pas très bon, des personnes qu’on va faire attendre super longtemps, très longtemps,”*

E20 : *“Il y en a certains, qu’on a tendance à mettre dehors parce que ben... ils gênent.”*

E8 : *“En général, c’est des patients qui sont pas forcément les bienvenus aux urgences, parce qu’ils encombrant plus le service qu’autre chose...”*

3.3.2.2 Des soins d’hygiène et d’alimentation :

Des **soins d’hygiène (douche, don de vêtements)** doivent régulièrement être prodigués afin de permettre la prise en charge ultérieure de ces patients (E2, E4, E7, E12, E16, E25, E27, E28, et E29).

E2 : *“Ils arrivent dans un état d’incurie, donc ils sont ... On les oriente vers la douche, ou vers quelque chose comme ça, avant de vraiment pouvoir les examiner correctement.”*

E28 : *“ On les douche bien, moi je les félicite, je leur dis qu’ils sont beaux comme des princes, machin. Et après, ben je me débrouille pour trouver des vêtements heu propres”*

Régulièrement, les soignants décrivent aussi **apporter de la nourriture** aux patients en grande précarité : à leur initiative ou à la demande du patient (E4, E12, E23, E28).

E12 : *“ Il me disait «j’ai faim, j’ai rien eu, j’ai pas pu manger, ça fait plusieurs jours». Bon ben, que ce soit vrai ou pas, j’en sais rien, mais j’ai été lui faire un sandwich, obligé.”*

E28 : *“Par contre, mon rôle, en tant qu’aide-soignante, ça va être de, ben de pallier, de dire «vous voulez boire quelque chose ?» heu, «vous avez faim ?»”*

3.3.2.3 Prise en charge médicale

La prise en charge médicale est décrite par les interviewés comme finalement peu spécifique du public en grande précarité (E15, E18).

E15 : *“La prise en charge, je dirais qu’elle a pas vraiment de spécificité hein. Il y aura un examen clinique, enfin il y a une prise en charge médicale.”*

Selon E6, la prise en charge médicale pose peu de difficultés si il y a une pathologie aigue : *“Quelqu’un qui est en situation de grande précarité mais qui a quelque chose d’aigu aux urgences on va je pense le traiter sans trop trop de difficultés. Parce que pour un problème médical sévère, quelqu’un qu’il soit en grande précarité ou pas sera plutôt compliant aux soins.”*

3.3.2.4 Prise en charge sociale :

Une prise en charge sociale s’effectue ensuite dans un second temps, si la précarité à été repérée. (voir la rubrique “avis spécialisé médico-social” page 57)

3.3.2.5 Après le passage aux urgences

3.3.2.5.1 Sortie La sortie hors de l’hôpital semble être le cas le plus fréquent (E22, E23), compte tenu du motif de venue : médical (alcoolisation aigue et petite traumatologie) ou social.

E22 : *“Bien souvent ils repartent. Il y a très peu d’hospitalisations[] parce que c’est des traumatismes.”*

La sortie peut poser des difficultés aux soignants du fait de difficultés de transport (E5) ou du fait de l’absence de solution sociale à proposer (E2).

E6 : *“Les retours quand les gens sont ramenés par les pompiers, qu’il faut qu’ils rentrent, qu’ils habitent loin, qu’ils ont pas de papiers, ils ne peuvent pas payer...C’est vrai que ça c’est pas facile à gérer.”*

E2 : *“Problématique de «retour entre guillemets» parce que retour à domicile, c’est difficile de renvoyer quelqu’un dans la rue, comme il n’y a pas de domicile.”*

3.3.2.5.2 Hospitalisation

Cependant, le recours à l'hospitalisation est décrit comme étant plus facile que pour un autre public si il y a une pathologie médicale a risque d'instabilité (E35 et E36).

E36 : *“Nous c'est vrai qu'en pédiatrie, on fait vachement en fonction des problèmes socio-économiques, si c'est pas... très grave, que ça pourrait être traité en ville mais qu'on voit que derrière, ça suit pas, ben on hospitalise très facilement.”*

3.3.3 Spécificités

3.3.3.1 Difficultés

3.3.3.1.1 Troubles du comportement et agitation :

E6 et E8 rappellent que **les troubles du comportement ne sont pas la règle** quand on parle de grands précaires, mais qu'ils existent parfois.

E8 : *“Oui le comportement parfois pose problème, mais pas tout le temps, parfois.”*

Il peut s'agir :

- d'**agitation**(E3, E19, E26).

E26 : *“ Et puis surtout quand ils sont excités, quand il y a plein de boulot partout, et qu'ils sont là heu... excités, à crier, ils nous facilitent pas les choses”*

- d'**agressivité verbale** (E4, E18) ou **physique** (E1, E7).

E7 : *“Ils peuvent être violents parfois, ils tapent, ils s'énervent,”*

E18 : *“Ils sont très agressifs, ils insultent les gens donc c'est vrai que ça pose parfois des problèmes.”*

- de **comportements anormaux** (E4, E6).

E4 : *“Aux urgences ça ne les gêne pas de se lever et d'aller pisser contre un mur.”*

3.3.3.1.2 L'alcoolisation :

L'alcoolisation est non spécifique de la précarité, mais rapportée comme un motif de venue aux urgences fréquent chez les grand précaires, notamment SDF (voir page 50).

L'alcoolisation induit des difficultés de prise en charge par le biais de :

- **troubles du comportement et d'agitation**(E1, E2, E3, E4, E7, E11, E15, E26, E32, E33). E15 : *“Qui dit alcool dit parfois, troubles du comportement”*

- **peu de compliance** aux soins (E11) et fugues (E16).

E11 : *“«Tu as bu ?», il va nous dire «ben oui, foutez moi la paix» ,parce que généralement, ils ne sont pas compliants.”*

- **l'attente de la chute du taux d'alcoolémie** avant de pouvoir entreprendre des démarches de fond si il y a lieu (E25, E20, E9, E31).

E25 : *“C'est vrai que si la personne est fortement alcoolisée, et cetera, on peut pas faire grand chose au départ. Déjà, parce que l'entretien sera pas valable, mais aussi bien, pour le médecin ou l'infirmière, que pour le travailleur social... c'est pareil, je veux dire...on va pas... c'est un peu compliqué... c'est un peu compliqué...”*

E9 : *“Souvent ils viennent alcoolisés, y'a grand chose à faire pour eux à part attendre qu'ils décuvent.”*

3.3.3.1.3 Des difficultés de communication

Des difficultés de communication sont citées comme étant une spécificité de ce public. Ce thème a été développé page 40, dans le paragraphe difficultés de communication.

3.3.3.1.4 Des difficultés d'observance, de suivi, de compliance aux soins

Des difficultés d'observance, de suivi, de compliance aux soins sont citées comme étant une difficulté majeure dans la prise en charge à court et à long terme des patients en grande précarité et notamment SDF. Ceci a été développé page 42, dans les freins d'accès aux soins.

3.3.3.1.5 Difficultés liées à la récurrence des passages

Importance de la récurrence des passages Un certain nombre d'interviewés notent que quelques patients sont vus très régulièrement par le service des urgences (E1, E2, E7, E11, E15, E18, E19, E22, E29, E30, E32).

E11, E22, et E29 précisent que ces patients très récurrents sont souvent des SDF.

E22 : *“C'est vrai qu'on voit souvent les mêmes, c'est souvent des personnes sans domicile fixe sur Chambéry.”*

E25 nuance cette position en rappelant que : *“On a l'impression que effectivement on va les voir tout le temps. Alors que en fait si on fait un petit peu l'historique, et ben non, c'est pas forcément tout le temps non plus.”* et que *“Ils ne représentent pas forcément le gros des patients. C'est ça que je veux dire. En pourcentage.”*

Liens créés par la récurrence : La récurrence des passages crée des liens entre patients et soignants selon E8, et E11. Ces liens sont quasi amicaux selon E6 : *“Il y a même des relations parfois assez amicale avec certains d'entre eux.”*

Les patients sont alors habitués au fonctionnement des urgences (E8) : *“Ils ont leurs repères, leurs habitudes. Ouais, ils ont leurs habitudes”*

Le personnel connaît ces patients et sait mieux les appréhender (E8, E30, E33).

E30 : *“C'est souvent des gens qu'on connaît relativement, donc on sait un petit peu comment les prendre”*

Banalisation : A contrario, d'autres interviewés, citent la récurrence des passages comme étant une difficulté (E2, E18, E20, et E26). Et expliquent qu'ils ont tendance à banaliser, à être moins vigilants lors des prises en charge que pour des personnes venant pour la première fois (E4, E5, E6, E11, E20, E22, E24).

E11 : *“«bah, c'est untel. Ah ben il a encore...» On va voir, on va s'assurer qu'il a bien bu, on va le mettre dans un coin, et puis bon voilà, on ne va pas se jeter dessus comme quelqu'un qu'on ne connaît pas. Des fois, je trouve que ce n'est pas forcément à leur avantage.”*

Peur de négliger une pathologie grave : Paradoxalement, les interviewés qui citent la baisse de vigilance pour ce public, expliquent aussi qu'ils ont peur de méconnaître une pathologie grave chez ces patients (E1, E6, E11, E17, E20).

E20 : *“Un jour on va passer à côté d'un truc... un truc grave, parce qu'ils viennent tellement souvent, pour n'importe quelle raison, qui des fois sont fausses...”*

3.3.3.2 Le temps de prise en charge

Il est décrit comme augmenté pour la population en grande précarité (E2, E14, E19, E35).

E19 : *“Parce que finalement quand ils sont pas bien c’est des gens qui demandent... pour bien les prendre en charge il faut du temps...”*

Cette augmentation concerne finalement assez **peu le temps médical** mais surtout la prise en charge au niveau des **soins de nursing** (E7), et du **temps social** (E18).

E7 : *“C’est un peu du travail en plus quoi, on les lave, on les met propre, on leur donne à manger.”*

E18 : *“Après c’est plus dans le temps soignant, euh , social, tout ce qui va être la prise en charge en fait non médicale, qui elle prend du temps.”*

3.3.3.3 Avis spécialisé “médico-social”

Le recours à un avis médico social est quasi systématique si le personnel a identifié une situation de précarité.

Les recours les plus fréquents sont faits :

- auprès des **assistantes sociales des urgences** (E6, E7, E14, E15, E17, E20, E27, E29, E30, E36).

E6 : *“Après, si je peux les aider dans des soucis d’ordre social, je fais effectivement appel à l’assistante sociale. On l’appelle très souvent”*

- et de **la PASS** (E15, E18, E19, E35).

E19 : *“On contacte la PASS pour savoir si ils ont déjà été vu et où on en est pour leur prise en charge.”*

3.3.4 La place des urgences vis-à-vis du soin des grands précaires

3.3.4.1 Perception du nombre de précaires aux urgences

Les perceptions du nombre de patients en situation de grande précarité consultant aux urgences sont variées :

- **Peu de passages**, pour certains (E18, E19, E26, E30, E35, E36), notamment grâce à l’existence d’un réseau santé-précarité (E18, E26).

E18 : *“Je pense que ça tient vraiment à l’organisation du réseau, le fait qu’on en aie... que l’on n’aie l’impression de pas en voir beaucoup. Parce que moi j’ai vraiment l’impression qu’on n’en n’a pas beaucoup.”*

- **Beaucoup de passages**, pour d’autres interviewés (E2, E11, E13, E20, E23, E32, E34).

E23 : *“Je pense qu’il y en a une grande proportion, en tout cas probablement d’avantage que ce que je pouvais imaginer avant d’être la .”*

3.3.4.2 Le rôle du soignant par rapport à la grande précarité

Certains soignants considèrent que la prise en charge sociale ne relève pas de leur rôle, mais de celui de l’assistante sociale et des structures extérieures.

E18 : *“C’est vrai qu’au service d’urgences, les médecins ils s’occupent surtout de la médecine... euh... nous on sollicite beaucoup l’assistante sociale pour ces patients..”*

3.3.4.3 L'assistante sociale aux urgences :

3.3.4.3.1 Les rôles de l'assistante sociale

Le rôle de l'assistante sociale aux urgences est rapporté comme étant important, central dans la prise en charge de la précarité.

Rôle de coordination : L'assistante sociale est le lien entre les urgences et les structures extérieures à l'hôpital (E4, E8, E11, E18, E33, E35) ; elle permet le travail en réseau.

E11 : *“Pour moi, notre support ici, c'est l'assistante sociale qui vraiment articule avec les structures extérieures, la prise en charge ou l'hébergement de ces gens-là.”*

Ouverture de droits sécurité sociale et mise en place d'aides : Une part importante du travail de l'assistante sociale des urgences est l'ouverture de droits sécurité sociale : CMUc ou AME (E11, E17, E18, E34).

E34 : *“Quand on a quelqu'un qui nous explique clairement : ”j'ai rien“, elle met en route tout : tout le dossier de demande de CMU.”*

L'assistante sociale peut aussi initier les démarches en vue d'aides à domicile (E13, E16).

3.3.4.3.2 Présence et implication

La présence des assistantes sociales aux urgences est perçue comme forte (E14, E23, E24), malgré une absence la nuit et le WE signalée par d'autres interviewés (E9, E11, E15, E22).

E14 : *“C'est vrai qu'aux urgences, on a une assistante sociale quasiment en permanence, en tout cas dans la journée, donc c'est quand même bien.”*

E9 : *“Le week-end, des fois, on est un petit peu embêté, quand on n'a pas d'assistante sociale... euh.. et que il y a des prises en charges particulières à mettre en place..”*

3.3.4.3.3 Une personne ressource

L'assistante sociale est la personne ressource pour beaucoup dans la prise en charge de la précarité (E7, E9, E11, E15, E16, E22, E23, E26, E33, E34).

E9 : *“Moi j'y connais pas grand chose et en général, quand il y a un problème comme ça, j'appelle l'assistante sociale «au secours, viens m'aider».”*

E16 : *“Si on a repéré quoi que ce soit, on met en rapport avec l'assistante sociale qui essaye de mettre en route des choses.”*

3.3.4.4 La position de l'institution par rapport à la grande précarité :

L'accueil fait-il partie de la mission des urgences si il n'y a pas de soins ? Les réponses sont plutôt négatives (E23, E32).

E23 : *“Et que donc c'est toujours la difficulté à l'accueil, de qu'est ce qu'on doit proposer à ce patient ? Traditionnellement il a besoin d'un médecin. Si il a pas besoin d'un médecin logiquement il a rien à faire ici.”*

E31 et E14 pointent la difficulté, et l'ambivalence, sur le plan humain, à refuser l'accueil :

E31 : *“Et nous, en même temps, si on met le doigt dedans, à dire... Bah oui c'est vrai que moi, ça me fend le cœur de devoir dire ”il faut sortir“, alors qu'il pleut à seaux ou qu'il fait froid. Et en même temps, si on commence à dire OK heu, je t'installe ici dans un coin, tu fais pas de bruit. Heu... le lendemain, il reviendra, le surlendemain, il reviendra avec un copain...”*

3.4 Le vécu de la prise en charge de la grande précarité

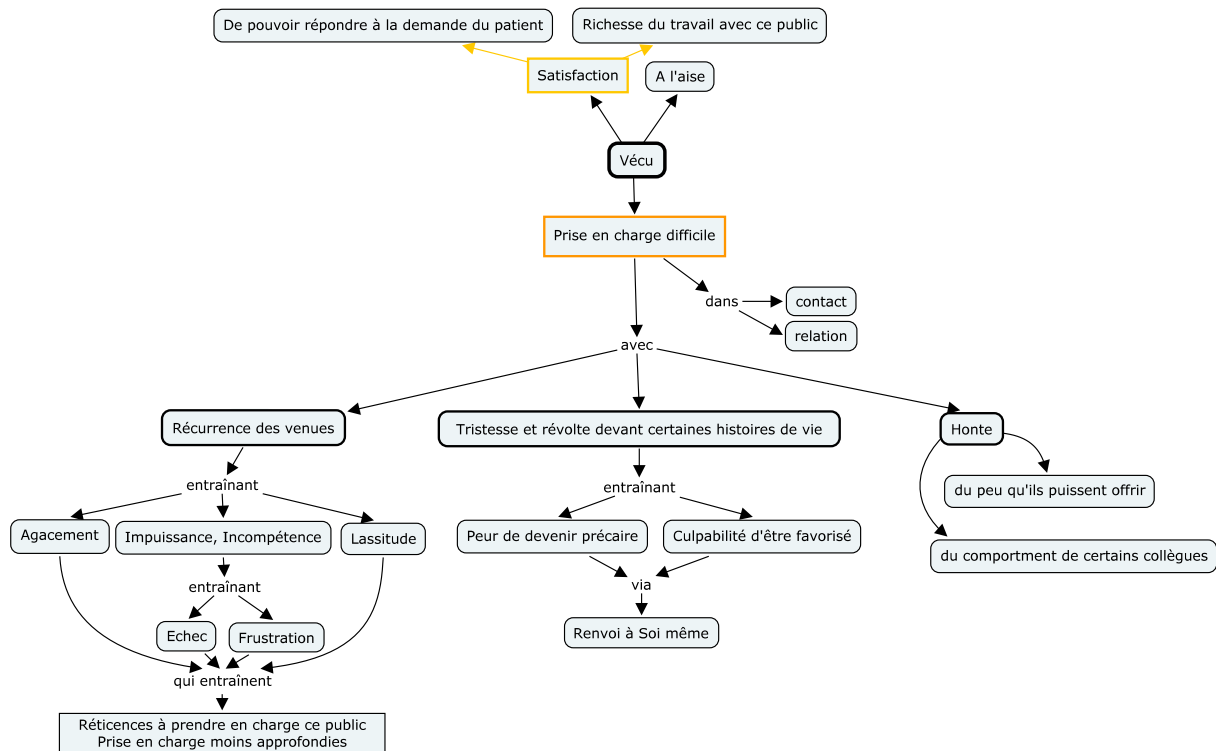


FIGURE 3.4 – Prise en charge aux urgences des grands précaires : vécu des soignants

3.4.1 Ressenti positif

Certains interviewés **apprécient** globalement le fonctionnement des urgences de Chambéry (E7, E8, E13, E16, E17, E18, E20, E22, E23, E24, E25, E33, E35).

Ils disent être satisfaits de leur prise en charge plus précisément lorsqu'ils voient qu'ils ont pu répondre à la demande du patient. (E4, E11, E13, E16, E20, E22).

E13 : *“On avait trouvé une solution pour régler au mieux son problème, mais pas à la «va-vite», on avait pris le temps pour lui expliquer.”*

E20 : *“Si on y a répondu, donc on l'a satisfait, donc on est satisfait.”*

E22 : *“On essaie quand même d'être au maximum là pour eux dans leur demande.”*

Ils affectionnent aussi certaines particularités du travail avec ce public :

E8 : *“Il y a plus de sentiments... Il y a plus d'émotions, il y a plus de choses qui passent, parce que pour la plupart, ils vont revenir, il y a un lien qui va se créer.[] Là, la personne va revenir, on va parler de sa famille... On va parler de choses qui étaient tenues secrètes, un peu ...On va rentrer vraiment dans... dans son jardin secret quoi... Donc c'est plus riche comme relation, je trouve en tout cas pour moi. [] C'est un investissement beaucoup plus important. Des fois, c'est bien compliqué, mais le résultat, il en vaut la chandelle. Y a un résultat, y a quelque chose quoi, y a vraiment quelque chose qui s'établit, une petite étincelle qui a un moment va jaillir et qui va faire que y aura un déclic de la part de la personne.”*

E25 : *“Les gens qui arrivent là et que je ne connais pas... Voilà, c'est toujours intéressant et puis, bon, moi, je trouve ça intéressant de travailler avec ces patients.”*

Quelques interviewés se sentent à l’aise dans leur prise en charge des personnes en grande précarité. (E3, E12, E13, E20, E25, E33, E35)

E3 : *“On fait brancardier aussi, donc si on les transporte, mais en général, j’ai jamais eu de soucis quoi. [] Mais en général, ça se passe plutôt bien ; ici, c’est pour accueillir n’importe qui, enfin, tout le monde plutôt, que n’importe qui. Bon voilà, il n’y a pas forcément d’appréhension.”*

E25 : *“Et puis une fois que je suis avec la personne, les choses se passent, hein et puis bien, en général.”*

E35 : *“Je peux pas dire que je sois heu, que je me sente heu, disons, mal à l’aise par rapport à ça.”*

3.4.2 Vécu difficile

Les venues récurrentes entraînent une **lassitude** et par là-même des soins moins approfondis (E1, E2, E13, E20, E25, E27, E35).

E1 : *“Quand c’est le 20^è fois qu’on le voit : lassé.”*

E25 : *“C’est effectivement ce qui peut leur porter préjudice, c’est le phénomène de lassitude, voilà ce que je disais précédemment. «Ah, c’est encore lui, on va encore recommencer... à faire les mêmes examens, mais bon, on sait bien ce qu’il a»”*

E27 : *“On laisse un peu, tomber quoi. S’ils veulent pas, ils veulent pas quoi.”*

Elles engendrent aussi un sentiment d’**impuissance** (E4, E9, E11, E15, E16, E29, E31, E32), face au manque d’adhésion aux soins de ce public et donc l’impossibilité d’une prise en charge au long terme.

E9 : *“Donc souvent, on se sent un petit peu inutile par rapport à ça... Parce que nous, on fait des soins aux urgences, et parfois on se dit que ça servira à rien parce que le patient va pas respecter la prise en charge derrière”.*

E29 : *“On le sait, on essaie mais... On sait nous, que ça sert à rien”.*

Voire un ressenti d’**échec** exprimé. (E4, E11, E15, E18, E35)

E4 : *“Il y a ce sentiment un petit peu d’échec devant ces personnes qui reviennent toujours sales, toujours alcoolisées, toujours en demande de on sait pas trop quoi.”*

E15 : *“C’est plutôt un sentiment d’échec. C’est, c’est plus énervant que rassurant. (...) Ça paraît pas très satisfaisant de les voir revenir de manière... de manière régulière.”*

De ce fait, E11 avoue une impression d’**incompétence** :

“Des fois vraiment, en tant que soignant, je me retrouve dans une impasse, une impasse de compétence. C’est-à-dire, voilà, je sais qu’il y a tout un tas de choses qui devraient, qui pourraient être faites, qui devraient peut-être être faites, mais voilà, il n’y a pas de structures, il n’y a pas de possibilité, il n’y a pas de consentement du patient. Il nous renvoie à des difficultés.”

Et E18, E25 et E29 nous disent qu’ils sont **découragés**.

E18 : *“Par exemple, les gens qu’on voit de manière habituelle, des fois on a un peu le sentiment, «Là, il n’y a plus d’espoir», on essaie de faire au mieux, mais on sent bien...”*

L’impuissance s’accompagne de **frustration** de faire un travail pour lequel on sait qu’il n’apportera rien, ou de ressentir qu’on n’a pas les moyens d’agir correctement. (E7, E9, E14, E15, E25, E31, E33, E34)

E9 : *“Quand on sait qu’il y a peu de chances que la prise en charge perdure, ouais, c’est un petit peu frustrant”.*

E14 : *“De la frustration... C’est des gens qui vont pas forcément repartir des urgences satisfaits parce qu’on aura pas eu le temps de les écouter et de répondre à leur demande.”*

E11 : *“Enfin je n’implique que le professionnel que je suis, c’est une frustration parce que ces gens-là, j’ai l’impression que je ne peux pas les aider.”*

Les venues récurrentes ou le comportement de certains patients en grande précarité peuvent aussi engendrer de l’**agacement** chez le personnel des urgences. (E4, E9, E26, E27, E35)

E4 : *“Et puis après comme ils sont toujours un petit peu demandeur, un petit peu plus, ou dans des moments où ils sont un petit peu plus difficile à prendre en charge, on arrive à un agacement au bout de quelque mois, d’une partie de l’équipe ou de l’ensemble de l’équipe.”*

E26 : *“Qui vont être chronophages, lorsqu’ils sont excités. Ça prend plusieurs personnes, et bon, ça énerve un peu, quand même, l’équipe. C’est pas toujours facile. Ça peut être un facteur de déstabilisation.”*

E35 : *“Ça les énerve de voir des gens qui viennent pour des petits problèmes de santé au final.”*

Tous ces sentiments vont entraîner des **réticences** à prendre en charge ce public. (E1, E2, E4, E7, E9, E13, E14, E25, E33)

E7 : *“Je dis pas tout le temps hein, parce que c’est vrai que quand les patients sont violents, enfin, on a pas spécialement envie de donner du temps, de leur accorder du temps.”*

E9 : *“Ils mettent le bazar parce qu’ils exigent d’avoir leur plateau repas... Oui, souvent, c’est pas... C’est pas des patients qu’on est content de recevoir... C’est sûr...”*

E25 : *“C’est quand même pas une catégorie de public qui est appréciée... Moi, j’aurais quand même tendance un peu à dire ça.”*

Des interviewés disent avoir des **difficultés dans leur prise en charge**, difficultés non spécifiques pour E20, ou plus spécialement **au niveau du contact et de la relation**, notamment si le patient est agressif ou alcoolisé (E2, E3, E23, E24, E32).

E3 : *“Des fois, on a un peu d’appréhension, s’ils sont agressifs, [] si la personne est violente, on est tout de suite un peu méfiant, et c’est un peu stressant”*.

E23 : *“Mais souvent, ils (les soignants) se font agresser verbalement”*.

E32 : *“Bon, on n’a pas appelé la police, mais c’était limite. C’était vraiment limite. Fin... Il y a eu un sentiment d’insécurité vraiment énorme.”*

Certains membres du personnel peuvent se sentir **attristés** par des histoires de vie de personnes de grande précarité (E7, E11, E12, E13, E25, E31).

E36 : *“Parce que, enfin elle avait l’air de vivre, ... pas mal difficilement, mais c’était heu... Je trouve que c’est un peu triste.”*

E7 : *“Ca fait de la peine de se dire qu’il y a autant de gens comme ça.”*

E31 : *“Cette femme, elle interpellait quand même, par son, par son look. Voilà... Mais on se dit, comment elle fait cette pauvre femme, pour manger, pis elle doit pas manger correctement pour avoir une dentition dans cet état-là.”*

Ils peuvent aussi être **marqués** par des situations de patients, voire **choqués** ou **révoltés** (E2, E11, E16, E17, E23, E27, E29, E32, E34, E36).

E27 : *“C’était ffiou, c’était pas possible quoi. C’est, moi, laisser une personne comme ça, heu, on est pas des, c’est pas des animaux quoi. [] Et laisser des personnes comme ça, pour moi, ça me, humpf, ça me scandalise quoi.”*

E 17 : *«Des fois de la révolte, comment... par rapport aux institutions.[]Le fait que ce soit des gens institutionnalisés , et qui restent précaire et qui arrivent aux urgences... c'est de la... de la... l'incompréhension vis à vis de l'institution... de ma part. J'ai envie d'aller un peu les secouer et de leur dire «comment vous avez réussi à ce que cette personne là arrive dans un état de précarité de santé aussi important alors qu'elle est en institution.»»*

Ils nous disent aussi être **peu fiers** quelquefois, du peu qu'ils peuvent offrir ou proposer. (E2, E4, E7, E29, E31)

E2 : *«...retour à domicile, c'est difficile de renvoyer quelqu'un dans la rue, comme il n'y a pas de domicile.»*

E31 : *«Ça me fend le cœur de devoir dire "il faut sortir", alors qu'il pleut à seaux, ou qu'il fait froid.»*

E4 : *«Parce que moi quand on envoie des femmes au centre d'hébergement d'urgence, j'y trouve très gênant. Le retour qu'on en a c'est cette espèce de violence.»*

E29 : *«On est gêné vis à vis d'eux parce que quoi, leur offrir d'un repas, qu'un.. qu'un brancard ou qu'un lit si ils restent la nuit.»*

Ou **honteux** des comportements de certains collègues (E14, E23).

E14 : *«J'ai vu un SDF être viré à coups de pied, c'était violent.»*

E23 : *«Dire «Allez venez on vous emmène !» avec un gars de chaque côté, c'était voilà, c'est un arrachement , je pense que c'est violent».*

La prise en charge de personnes en grande précarité **renvoie à soi-même** (E13, E14, E31) ou à un dysfonctionnement de la société(E13, E18).

E13 : *«Aller aux Restos du Cœur, quémander à manger, pour moi, je sais pas si j'aurai la force de le faire.»*

E18 : *«Ce que je trouve difficile, c'est quand on voit des jeunes... Moi je trouve que c'est un échec de la société de voir des gens en marge... jeunes...»*

E13 : *«Et puis aussi un regard très négatif que les gens peuvent porter sur eux. On vit tellement dans un monde d'indifférence que ça en est vraiment... »*

Des membres du personnel nous parlent de leur **peur de tomber en précarité** (E29), ou du fait que ce travail leur rappelle leur **position de personnes «aisées»** (E4, E16, E27, E28), avec parfois une note de culpabilité.

E4 : *«J'ai de la chance d'être du bon côté de la barrière.»*

E27 : *« C'est toujours difficile, parce que heu, oui, ben, nous on a, on va pas dire qu'on a tout, mais on est pas à plaindre.»*

E29 : *«Je m'estime heureuse, de me dire que ça peut arriver mais que, on fait tout, tout pour pas que ça arrive, mais ça fait peur quand même quoi.»*

Ces remarques montrent à quel point les interviewés peuvent être interpellés par la précarité.

3.4.3 Prise de recul

Certains interviewés expriment le besoin de **prendre de la distance par rapport au poids du vécu de leur travail avec ce public**. (E7, E8, E12, E28, E29, E34)

E7 : *«Enfin moi je prends beaucoup de recul, mais c'est vrai qu'au début c'était compliqué.»*

E12 : *«Il y a des choses dramatiques, et heu.. Moi je ne pars pas avec ça chez moi. Jamais de la vie ! C'est va pas ou quoi ? Sinon, on finit par péter un câble.»*

E34 :“*Enfin moi, c’est ma façon de fonctionner et de résister, de pouvoir continuer à dormir, c’est de ... voilà, je range, je passe à autre chose.*”

Ils parlent aussi des **limites de leur travail**. En prendre conscience leur permet de relativiser leurs objectifs de soins. (E8, E25, E31, E33)

Il peut s’agir de limites dans les propositions qu’on peut leur faire pour des aides extérieures.

E8 :“*Après voilà, avec toutes les limites qu’il peut y avoir dans l’offre des urgences.*”

E25 :“*Même si, des fois, on aurait envie d’aller plus loin et qu’on peut pas, pour voilà... à cause des limites dont je vous parlais précédemment. (limites du système et limites du patient, ndla)*”

E31 :“*On peut pas se substituer à... aux centres qui sont là... pour les accueillir.*”

Ou de limites que posent les patients lorsqu’ils refusent les soins, ou n’entrent pas dans la démarche de suivi proposée.

E33 :“*Et puis le lendemain, on sait qu’ils vont revenir dans le même état, et puis on va recommencer, et puis voilà. Bon. Mais bon, c’est un service d’urgence quoi (rires). Ça fait partie malheureusement des... du quotidien et ça pose pas de difficulté particulière. (...) On a pas de pouvoir magique, on ne peut pas tout régler, et voilà.*”

E31 :“*Ça, on peut pas... faire à leur place.*”

3.5 Formations et améliorations proposées

3.5.1 Formations

Formations effectuées	Théoriques	- Pendant les études (IDE) - lors d’un stage d’internat
		- Formation d’IAO - Co-formation - Formation “Mieux connaître pour moins exclure” - Formation sur les Roms
	Personnelle	- Lectures - Intranet de l’hôpital - Discussion avec les collègues - Expérience professionnelle
	Aucune	
Souhait d’une formation	Oui	- Pour mieux définir la grande précarité - Pour mieux connaître les aides - Pour mieux comprendre ce public - Pour améliorer leur prise en charge
	Non	

TABLEAU 3.7 – Formations au sujet de la précarité.

3.5.1.1 Formations Passées

3.5.1.1.1 Formations théorique

Nombreux sont ceux qui n'ont pas eu de formation sur la grande précarité. (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E12, E13, E16, E18, E19, E22, E23, E24, E25, E27, E29, E30, E31, E32, E33, E34, E36)

Quelques interviewés ont bénéficié d'une formation théorique :

- pendant les études d'infirmier pour E1 et E17
- formation «Mieux connaître pour moins exclure» pour E4 et E20
- co-formation sur la précarité proposée par la PASS pour E26
- formation sur les roms pour E14
- pendant la formation d'IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) pour E11
- pendant l'internat pour E35.

3.5.1.1.2 Formation personnelle

Certains interviewés ont pu acquérir des connaissances par des lectures (E11), avec l'intranet de l'hôpital (E14, E18), en discutant avec les collègues (E13, E23, E35) comme nous le dit E23 : *“Tout ce que je sais je l'ai appris au cours de mes échanges avec les Assistantes Sociales”*, ou par leur expérience professionnelle (E8, E11, E17, E25).

Le fait de mieux comprendre la grande précarité a pu modifier leurs pratiques. (E4, E14, E17, E20, E34, E35)

E20 : *“On peut être un peu plus tolérant avec certains”*

E34 : *“Quand on essaie de comprendre et quand on a un peu les clés de lecture et bien du coup, on réagit pas de la même façon.”*

E35 : *“... que ça a du m'apporter des choses sur oui, sur la prise en charge de ces patients. On est plus facilement derrière, on apprend à être plus prudent avec ces patients-là justement sur les problèmes médicaux.”*

E20 n'a pas été totalement satisfaite de sa formation, car certaines de ses questions restent sans réponse. Ainsi, elle nous dit : *“On a bien reçu des formations pour les accueillir, mais... ça nous donne pas plus, on connaît les structures, (...) Mais ça nous dit pas quand ils arrivent aux urgences...”*

3.5.1.2 Souhait d'une formation

Si on leur pose la question, de nombreux interviewés trouvent utile, ou souhaitent une formation sur la grande précarité. (E1, E2, E3, E5, E7, E8, E9, E11, E13, E16, E22, E23, E25, E26, E30, E31, E32, E35, E36).

3.5.1.2.1 Objectifs de formation

Par ces formations, ils espèrent :

Mieux savoir définir la grande précarité (E11, E24, E31)

E11 : *“Dire voilà, la précarité, c'est ça, c'est ça, c'est ça. Les aides, ça peut être ça, ça peut être ça. Les difficultés de prise en charge, ça peut être lié à ça, ça, ça, ça.”*

Mieux connaître les aides (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E18, E20, E22, E23, E24, E25, E28, E31, E35)

E5 : *“Oui, savoir ce qui est offert, ce qui est possible. Quand les gens viennent chez nous, si ils doivent repartir, mais qu’ils n’ont nulle part ou repartir, savoir ce qu’il existe, vraiment et concrètement comment ça se passe.”*

Mieux comprendre ce public (E1, E7, E8, E16, E29, E32, E35)

E35 : *“Qu’on me décrive un peu les recours, les structures... Des courtes présentations par des, des psy un peu spécialisés là-dedans, pour qu’ils nous expliquent un peu le fonctionnement des gens”*

E7 : *“Savoir leur devenir et puis essayer de les comprendre, en fait. Pourquoi ils ne veulent pas s’en sortir, pourquoi avec toutes les aides qu’ils ont, ils ne s’accrochent pas”*

Améliorer leur prise en charge (E1, E9, E23, E28)

E9 : *“Quelques conseils sur la façon de, de les soigner, sur la façon de leur prodiguer des soins et de les conseiller pour que la prise en charge soit la meilleure”*

E28 : *“... les réactions à avoir, quand on est face à quelqu’un qui heu, qui ne veut pas rester. Comment on peut faire pour heu, patienter, de manière à ce qu’il soit vu, quand il a un problème médical.”*

E3 : *“Après, des fois aussi sur le comportements à avoir, les attitudes à avoir, ou comment les aider.”*

3.5.1.2.2 Moyens de formation :

Ils proposent aussi d’aller visiter les structures d’accueil de ce public (E2, E8, E13, E20), et de rencontrer avec les travailleurs sociaux (E4, E13).

E4 : *“Qu’on devrait avoir plus fréquemment des rencontres avec toutes ces organisation extérieures qui prennent en charge, toute cette organisation de la PASS.”*

E20 : *“Après, des fois, on peut être un peu plus tolérant avec certains, en disant «Moi je veux pas y aller». Parce que quand on l’a visité et on se dit... On comprend pourquoi ils ne veulent pas y dormir...”*

Quelques interviewés souhaitent des formations annexes : sur la violence pour E27 et E29, sur la toxicomanie pour E20, une formation sur la pathologie des «diogènes» pour E8, et sur les gens du voyage pour E27.

3.5.1.2.3 Pas de souhait de formation :

Certains interrogés ne souhaitent pas de formation (E12, E18, E19, E33)

E33 : *“Je ne me sens pas plus attiré par cette spécificité dans mon activité.”*

E12 : *“J’ai eu mon propre vécu, c’est ça ma formation.”*

E19 : *“C : ça vous semble pas utile... E19 : pour être aux urgences non. Pour travailler autre part, pour son occupation, mais pour faire ce qu’on fait aux urgences. . .”*

Ou se posent la question de l’intérêt de cette formation. Pour E24 et E36, cette formation n’est pas leur priorité, et pour E17 et E29, la relation d’aide ne s’apprend pas.

E29 : *“J’pense que c’est une façon d’être. M : Ca, ça s’apprend pas ? E29 : Non”*

3.5.2 Améliorations proposées

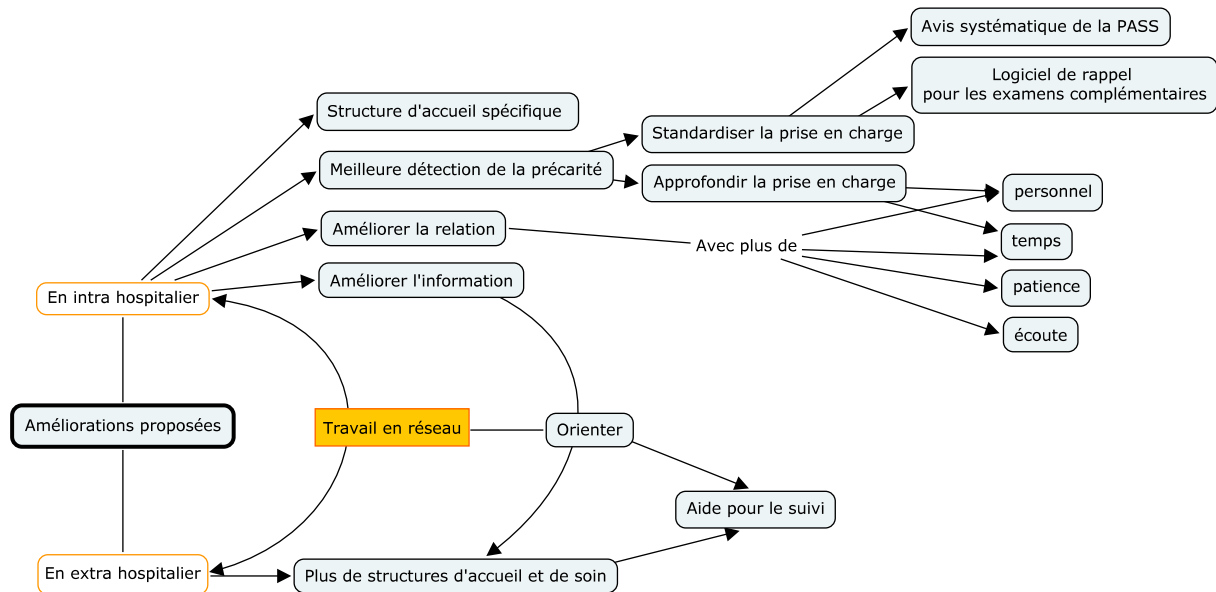


FIGURE 3.5 – Pistes d’améliorations proposées par les personnels.

Certains interviewés sont satisfaits du fonctionnement des urgences de Chambéry au niveau de la prise en charge des personnes en grande précarité, et ne voient pas ce qu’on pourrait changer pour améliorer (E1, E3, E11, E19, E25, E28, E31, E36).

E1 : *“La prise en charge est bien adaptée et assez optimale pour toutes ces personnes-là.”*

E28 : *“Je me dis que déjà, il y a tout qui est mis en place.”*

E31 : *“Mais je pense pas qu’on puisse faire plus heu. Ils sont pris en charge, quoiqu’il arrive, ils sont pris en charge.”*

D’autres proposent des améliorations, portant sur deux axes : au sein même de l’hôpital de Chambéry, et au niveau des structures externes et du suivi des patients.

3.5.2.1 En intra hospitalier

3.5.2.1.1 Une structure d’accueil spécifique :

Il ressort l’idée d’une structure d’accueil spécifique pour ce public, dans les urgences (E2, E7, E13, E22).

E2 : *“Créer une structure au sein même des urgences, particulière, pour prendre en charge ce genre de personnes en précarité, ça pourrait être une idée.”*

E13 : *“Peut-être créer une structure ? Est-ce que... Des urgences uniquement pour ça.”*

E7 : *“Ca serait bien qu’il y ait des urgences spécialement pour les gens comme ça, qui soient.”*

3.5.2.1.2 Détecter la précarité et standardiser la prise en charge :

Ils proposent aussi de mieux détecter les personnes en grande précarité (E15 et E35), et standardiser la prise en charge de ce public avec un protocole (E11 et E24).

E24 : *“Faire un système un peu protocolisé, justement ... chez ces gens là, avec justement peut-être une prise de sang systématique, pour contrôler, juste, une NF, un ionogramme, être sûr qu’il n’y a pas... Parce que c’est sûr que quand ces gens là viennent tous les 2 jours, je pense que... il y a des jours où ils sont pas examinés, pas bilantés, je pense qu’on pourrait peut être faire quelque chose pour qu’au moins une fois par an, on fasse un bilan... Bon pour ça il faudrait avoir un logiciel qui permette de faire des rappels...”*

3.5.2.1.3 Approfondir la prise en charge :

Il faut approfondir la prise en charge pour E17 : *“La spécificité des urgences, c’est de passer quand même assez rapidement sur les gens (...) Le fait des fois que ce soit plus approfondi ça pourrait aider... éviter peut être certaines erreurs, ou certaines représentations”*.

Dans cette même optique, E2 et E20 pensent qu’il faudrait plus de personnel et plus de temps à consacrer à ces personnes, et E4 dit qu’il faudrait pouvoir les garder plus longtemps aux urgences.

E15 et E17 pensent qu’il serait bénéfique de demander **un avis systématiquement à la PASS** lors de passage de personnes en grande précarité.

E15 : *“Il faudrait systématiquement qu’il y ait un avis, enfin qu’on puisse essayer de, d’en discuter avec quelqu’un heu... enfin une équipe, ... enfin quelqu’un de l’équipe de la PASS, qui s’occupe de la précarité sur l’établissement.”*

E17 : *“Quand c’est des gens dont on sait qu’ils côtoient la PASS, avoir un détachement ou une personne pour eux, ça pourrait être rassurant. Et puis pour nous, peut être...”*

Au niveau du **relationnel avec ce public**, E13 propose plus d’écoute, et E35 remarque que : *“obtenir, des fois, justement, un peu plus de patience vis-à-vis des soignants, (...) pourrait pas faire de mal.”*

3.5.2.2 En extra hospitalier

Les interviewés soulignent l’importance du suivi, et de l’implication du réseau dans ce suivi.

3.5.2.2.1 Orienter ou réorienter :

Ainsi, ils proposent d’orienter ou réorienter vers des structures d’accueil et/ou de soins par une information appropriée (E1, E3, E14, E18, E20, E28).

E18 : *“qu’on puisse offrir pour tous ces patients une réponse... extérieure...”*

E14 : *“faire une information sur les structures qui peuvent aider, sur le travail en réseau.”*

E28 : *“ Cette plaquette éventuellement, je disais tout à l’heure, mettre en place un système pour que soignants et soignés aient les meilleures informations possibles de manière claire, simple, accessible.”*

3.5.2.2.2 Structures d'accueil et de soins :

Ils souhaitent par ailleurs plus de structures d'accueil et de soins pour ce public (E11, E16, E18, E29, E32).

E29 :*" On manque de structure, mais j'pense que c'est ça qui manque le plus (...) Faut des structures j'pense à côté."*

E35 :*" Des sortes de secteurs semi-hospitaliers où on peut garder les gens heu, quelques jours, où ils ont une certaine, une certaine liberté d'accès, et puis de partir aussi. Et puis avec des gens qui ont l'habitude de tous ces problèmes, et multi disciplinaire pour gérer les problèmes."*

3.5.2.2.3 Suivi :

Une amélioration du suivi leur semble nécessaire, mais cela est difficile à faire aux urgences (E32). Ils proposent donc une **aide extérieure pour ce suivi**. (E6, E14, E27, E32, E34, E35)

E14 :*" On parlait du Point Santé tout à l'heure, et des horaires et des jours. Mais je me dis si effectivement, si on avait plus de 4h par semaine ce serait bien."*

E6 :*" Ca nous arrive de reconvoquer les patients aux urgences à 24h, à 48h pour avoir un suivi, alors pourquoi pas avoir une plage de consultation dédiée aux gens en grande précarité ou sans couverture sociale... Pourquoi pas organiser des visites à domicile, ou j'en sais rien... Améliorer le suivi derrière."*

E34 :*" Pouvoir mettre un premier contact en place, et puis un suivi à l'extérieur. Je pense effectivement que, ce qu'il faudrait, c'est qu'on les laisse pas partir sans qu'elles aient vu personne, et qu'elles aient pas un rendez vous quelque part, ou quelque chose comme ça, surtout si... elles sont complètement isolées."*

E2 et E4 proposent **un travail en réseau**, avec un suivi collégial des ces patients. E4 :*" On devrait avoir plus fréquemment des rencontres avec toutes ces organisation extérieures qui prennent en charge, toute cette organisation de la PASS. Je pense que ce serait important pour l'ensemble de l'équipe d'avoir de façon assez régulière des informations."*

Chapitre 4

Discussion

4.1 A propos de la méthode

4.1.1 Choix de la méthode

Nous avons exploré les représentations et le vécu du personnel des Urgences de Chambéry par des entretiens semi-directifs, plus adaptés à cette recherche qu'une étude quantitative.

Une exploration du vécu ne pouvait se faire sans connaissance préalable des représentations. Cela explique notre grande quantité de résultats. Cela implique aussi que nous n'ayons pu approfondir chaque point.

Notre grille d'entretien nous a permis d'aborder tous les sujets souhaités. Nous n'avons pas regretté l'apport de chaque item, ni l'absence d'un thème à posteriori.

4.1.2 Réalisation des entretiens

4.1.2.1 Cadre

Nous avons réalisé nos entretiens individuellement, dans un lieu familier des interviewés, pour qu'ils se sentent le plus à l'aise possible.

Nous avons organisé ces entretiens pendant leur temps de travail pour favoriser la participation, sans les prévenir du jour de notre venue, pour limiter les biais de recrutement.

La période choisie pour la réalisation des entretiens était une période calme, ce qui a permis de réaliser des entretiens dans de bonnes conditions, sans contraintes horaires. Le personnel des urgences a participé volontiers à ce travail, et y a montré un intérêt, témoignant d'une volonté de partager leur vécu.

Lors des entretiens, il n'a malheureusement pas été possible pour certains interviewés d'éteindre leur téléphone professionnel, ce qui a engendré quelques interruptions.

4.1.2.2 Population interrogée

Nous avons cherché à recruter nos interviewés parmi chaque profession des urgences concernée par la prise en charge des personnes en grande précarité. Notre priorité était d'explorer les points de vue de chaque profession, pour avoir une vue globale, et l'échantillonnage en méthodologie qualitative ne nécessite pas un recrutement aléatoire.

Nous avons par ailleurs réalisé 6 entretiens avec du personnel travaillant la nuit, car les perceptions de ces personnels étaient susceptibles d'être différentes de celles des interviewés travaillant de jour.

Nous avons pris le parti de limiter notre sujet d'étude au personnel des urgences du centre hospitalier de Chambéry. Certains interviewés ayant eu une expérience professionnelle sur d'autres centres hospitaliers, ou ayant rencontré des personnels exerçant en d'autres lieux, nous laissons à penser que le vécu ou les perceptions de la grande précarité peuvent être différents selon les lieux d'exercices et dépendent notamment de la qualité du réseau "précarité-santé-ville".

4.1.2.3 Retranscription

Nous avons choisi d'écrire mot pour mot le discours des interrogés, avec leurs hésitations, pour traduire au mieux leur pensée, et ne pas introduire de biais d'interprétation à ce niveau.

Nous avons précisé la profession des interviewés, jugeant que cela apportait à la compréhension des entretiens, et que cela ne risquait pas de dévoiler l'identité de l'interviewé(e).

4.1.2.4 Analyse

Nous nous sommes appuyées sur une méthodologie fiable, et applicable pour des novices en méthodologie qualitative[8].

L'analyse par chacune d'entre nous a permis de limiter le risque d'interprétation subjective des données, de même que la saturation des données, que nous avons largement obtenue.

Les entretiens ont été analysés dans leur ensemble et non par catégorie de personnel, car la saturation n'était pas obtenue au sein de chaque sous-groupe de personnel, notamment du fait du faible effectif dans certains groupes.

4.2 A propos de nos résultats

Nous avons dans un premier temps comparé nos résultats avec la littérature, puis discuté certains points marquants de notre étude.

4.2.1 Représentations communes avec la littérature

4.2.1.1 La Grande Précarité

4.2.1.1.1 Qui

Dans deux études qualitatives[9, 10], nous retrouvons des représentations des personnes en grande précarité similaires à celles décrites par les personnels interviewés dans notre travail.

Ainsi, l'étude menée par l'EHESP[9] cite "*les SDF, les personnes âgées du fait de leur isolement, les personnes n'ayant pas de couverture sociale, les personnes alcooliques*". On y retrouve aussi la notion de précarité "*pas toujours visible*", et le fait qu'"*il faut la rechercher*". L'étude réalisée par E. Colorado-Lasserre[10] décrit la population en grande précarité comme étant : les personnes âgées, les SDF, les sans papiers, les femmes battues, les détenus, les personnes désinsérées du tissu social, et les personnes ayant fait une tentative de suicide. Cette étude aborde aussi les facteurs de précarisation et de désocialisation que nous retrouvons dans nos données.

Une étude quantitative menée par L. Colson[11] rejoint nos résultats, avec une notion supplémentaire : elle inclut les personnes handicapées, qui ne sont pas citées formellement dans notre étude. Cela dit, l'AAH est citée au niveau des ressources, cela veut dire que nos interviewés ont aussi associé à la grande précarité la notion de handicap.

4.2.1.1.2 Une notion complexe et dynamique

Le fait que la grande précarité soit difficile à définir et présente de multiples facettes est régulièrement retrouvé dans la littérature, dans des études qualitatives et quantitatives.[9, 10, 11].

La définition de la précarité de J. Wresinski, citée en introduction, est la définition reconstruite par les auteurs dans la littérature. Elle est reprise par divers organismes, dont l'ONPES[12] et l'HCSP[13], qui précisent sa dynamique : elle est *“le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale”*[13].

Pour I. Parizot[14], *“l'emploi des termes globalisant tels que «précarité» ou «exclusion» ne doit cependant pas masquer la diversité des situations. [] Elles sont confrontées à un ensemble hétérogène de situations instables génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressives des liens sociaux”*.

Les deux études qualitatives[9, 10] reprennent ce terme *“d'hétérogénéité”* à propos des représentations de leurs interviewés.

4.2.1.1.3 Une définition du champ de la grande précarité variable

L'évaluation de la grande précarité peut varier selon les personnes interrogées.

En effet, certains interviewés décrivent la précarité comme une situation instable susceptible de basculer à tout moment en fonction des événements de vie. D'autres sont marqués par le fait qu'on puisse devenir précaire de manière très rapide.

Par ailleurs, la vision de la grande précarité diffère d'une personne à une autre. Nous avons pu relever dans nos résultats quelques avis contradictoires à propos de cette définition. L'étude de l'EHESP[9] elle, parle de *“critères communs, mais combinés différemment”*. De plus, les analystes de cette étude ont remarqué que selon les activités professionnelles, les définitions varient, et que *“plus la personne interrogée est confrontée à la précarité dans son exercice quotidien, plus elle en adoptera une définition restreinte [] seule la grande précarité restant alors suffisamment marquante (aux yeux des soignants)”*.

Nous avons nous-mêmes constaté lors de l'analyse de nos entretiens que les interviewés donnent une définition assez exhaustive du public en grande précarité. Mais lorsqu'ils abordent leur prise en charge aux urgences ou lorsqu'ils parlent de leur vécu, les réponses formulées sont surtout centrées sur le public des patients SDF, et en particulier ceux venant de façon récurrente aux urgences.

Nos hypothèses pour expliquer ce «recentrage» sont :

- La part importante de ces patients dans le discours des soignants peut être le reflet des difficultés non résolues auxquelles ils font face lors de leur accueil, alors que le reste du public en grande précarité leur pose moins de difficultés.
- Le public SDF est un public plus facilement identifiable que le reste du public en grande précarité. Par conséquent, les expériences avec ce public sont mieux identifiées comme étant des exemples de prise en charge des personnes en grande précarité.

4.2.1.2 Difficultés d'accès au soin et à la bonne santé

De nombreux documents dans la littérature s'accordent à dire que les personnes en précarité sont plus à risque de mauvaise santé, et que leur accès au soin est plus difficile[2, 3, 15, 16, 17].

Le rapport de la MRIE[15] détaille ces difficultés d'accès au soin. Elles ne diffèrent pas des données de nos interviewés.

4.2.1.3 Spécificités des prises en charge

Les difficultés de prise en charge énoncées par nos interviewés ont pu être retrouvées dans d'autres études[6, 9, 10, 11]

Dans l'étude de l'EHESP[9], les interrogés disent que ce public nécessite plus de temps (temps soignant, temps de négociation avant les soins et temps pour organiser la sortie), et qu'il présente des particularités : alcoolisations régulières, agressivité, manque de compliance aux soins et manquement au règlement intérieur, points que nous retrouvons dans nos analyses.

L'étude de Colorado Lasserre[10] rapporte des comportements à risque, une dépendance à l'alcool, une violence, et une auto et hétéro-agressivité. On y retrouve par ailleurs l'intolérance à l'attente, une absence de demande, un refus des contraintes et des solutions proposées, un refus de soin, et le fait de vouloir tout, tout de suite.

La question de l'agressivité est développée dans d'autres études, notamment l'article de C. Vassy[18], qui explique que «*l'agressivité découle plutôt du conflit entre la logique de l'institution et celle de l'individu*». L'institution demande à l'individu de patienter, selon l'évaluation de la gravité de son motif de venue, mais l'individu lui estime que son cas nécessite une prise en charge rapide. L'agressivité vient de la peur de l'individu devant son problème de santé, et de son incompréhension devant le délai d'attente, pour lequel il n'a souvent aucune explication.

Cette agressivité peut se transformer en violence, selon les auteurs de l'article "*Spécificités de la prise en charge d'un public précaire dans un service d'urgences*"[16]. Cette violence peut être expression de la souffrance, utilisée comme une provocation, ou comme un mode d'action[9, 16, 18].

4.2.1.4 Vécu de cette prise en charge

De nos résultats sur le vécu ressort surtout un ressenti négatif de la prise en charge. Ce vécu difficile trouve un écho dans la littérature.

L'étude quantitative de Colson[11] révèle que 80,4% des 51 personnes interrogées ne sont pas satisfaites de leur prise en charge des patients en situation de précarité. L'étude de Darcourt[6] rapporte pour les soignants un vécu difficile de la prise en charge des personnes en précarité, surtout si le patient est SDF et alcoolisé. L'étude de Colorado Lasserre[10] décrit des soignants désarmés, avec des incertitudes quant à l'attitude à adopter, et sans solutions pour ce public. Des infirmières s'avouent non formées pour cet accueil.

Nos résultats n'apportent pas d'idées nouvelles par rapport aux données actuelles, mais permettent de les compléter et de les renforcer. On peut noter cependant qu'en ce qui concerne l'exploration du vécu, nos données sont plus complètes et explicites que les documents que nous avons pu trouver dans la littérature à ce sujet.

4.2.2 Données marquantes

4.2.2.1 Récurrence des passages

Les interviewés sont nombreux à nous parler de la récurrence des venues des patients en grande précarité.

E32 précise que c'est le fait de seulement 5 ou 6 patients et E25 que les patients itératifs représentent un faible pourcentage des entrées. Même si les passages itératifs concernent un faible nombre de personnes, ces situations occupent une place conséquente dans le discours des soignants, ce qui montre l'impact important de ces venues itératives dans leur travail.

La littérature cite la récurrence des venues comme une des caractéristiques de cette population.

Une étude réalisée à Angers[19] estime même que la notion de la récurrence des passages est un critère utilisable pour repérer la précarité aux urgences. Ce critère a d'ailleurs été utilisé par une étude quantitative rétrospective sur la perception des SDF menée aux urgences de Nice en 1997[6] comme un critère de recrutement. Ce travail montre que les consultations de patients SDF représentent 47% des venues itératives. Elle note aussi que les soignants estiment ce taux entre 73 et 81%. Pour les auteurs, cette surévaluation vient du fait que les soignants considèrent pratiquement tous les itératifs comme des SDF. Nous pouvons rapprocher cette idée avec notre hypothèse citée plus haut, pour expliquer le fait que les interviewés parlent surtout des SDF dans leur vécu de la prise en charge de la grande précarité.

4.2.2.1.1 Causes

La venue à l'initiative d'un tiers est décrite par les interviewés comme un des facteurs de la récurrence de ces patients, notamment SDF. Elle est en partie liée au fait que nombre d'entre eux présentent une dépendance à l'alcool, et sont régulièrement en état d'ébriété dans des lieux publics, leurs lieux de vie. Ils sont alors fréquemment repérés par voisins et passants du fait de chutes, troubles du comportement ou malaises, et conduits aux urgences par les pompiers voire les policiers.

Selon une étude DREES[20], les venues non volontaires concernent 19% de l'ensemble des usagers. 30% des personnes amenées aux urgences contre leur gré le sont par les pompiers. Nous ne disposons pas de données statistiques concernant spécifiquement la population en grande précarité à ce sujet.

Nous émettons une autre hypothèse pour expliquer ces venues itératives : le renouvellement de la demande de soins quand le patient n'a pas été satisfait par les réponses obtenues lors de passages précédents. Une étude canadienne[21] rejoint cette hypothèse en montrant que les patients SDF reviennent moins souvent aux urgences s'ils y ont été reçus précédemment avec empathie.

4.2.2.1.2 Conséquences

Ces venues itératives peuvent avoir des conséquences sur les prises en charge des patients et sur le vécu des soignants.

Les interviewés nous disent que les venues itératives génèrent de la lassitude et peuvent induire la banalisation de situations potentiellement graves. La peur de ne pas prendre en charge une pathologie vitale est néanmoins présente dans le discours des interviewés.

Un travail réalisé aux urgences d'Amiens[22] nous montre cependant que les personnes en situation de grande précarité et consultant de façon récurrente bénéficient d'examen complémentaires

(donc a priori d'un examen clinique attentif). Ainsi, dans cette étude, 94% d'entre eux ont eu un bilan biologique, 56% une radiographie de thorax et 23% un scanner cérébral.

Il serait de intéressant confronter ce sentiment de banalisation avec la réalité des prises en charge.

Les venues itératives aux urgences, et particulièrement quand elles sont non volontaires, sont synonymes de prise en charge difficile, du fait de l'absence de demande –et de besoin- de soins de la part du patient. Elles sont vécues par les soignants comme une situation de mise en échec et font naître chez eux un sentiment d'incompétence.

4.2.2.2 Volonté de soin et refus de soins

Les interviewés nous parlent fréquemment du manque de volonté de soin, et du refus de soins de la part des patients.

Ce manque de volonté se matérialise pour nos interviewés dans le recours tardif au soins, les difficultés de compliance aux soins proposés et la difficulté à mettre en place un suivi.

Le recours tardif aux soins peut être la conséquence de freins matériels, notamment financiers, qui font que la santé et la prise en charge médicale ne sont pas une priorité bien que le besoin de soins soit perçu. Ceci est confirmé par le point de vue des patients dans le rapport de la MRIE[15] concernant la co-formation précarité.

Mais le retard à la prise en charge médicale peut être aussi la conséquence de phénomènes plus complexes, comme le syndrome d'auto exclusion[23], amenant par le biais d'un émoussement émotionnel à une inhibition des douleurs somatiques et une non conscience de la pathologie. La volonté n'entre à ce moment-là plus en jeu.

Concernant leur compliance aux soins et au suivi, les personnes en précarité ont exprimé lors de cette co-formation[15] un fort sentiment de dépendance vis-à-vis des autres du fait de leurs fragilités, avec des répercussions, car ce "*sentiment de dépendance entraîne la violence*". Elles ont parlé aussi de leurs difficultés à se positionner vis-à vis du soignant : se comporter comme de "*bons pauvres*" pour se conformer aux attentes des professionnels peut signifier pour eux risquer de perdre leur personnalité. Ceci pourrait être une piste pour expliquer le défaut de compliance de ce public, voire le refus de soins.

Une autre raison du refus de soins peut être la conséquence d'un système inadapté ou de prises en charges antérieures difficiles.

Une étude menée par l'IRDES[24] rapporte que, chez les grand précaires, "*le refus peut relever d'un désintérêt*" pour soi-même et son devenir. La même étude rapporte que le renoncement-refus aux soins peut aussi être un acte d'autonomie exprimant de la défiance à l'égard du système de soin, perçu comme un lieu de violence symbolique à l'égard des plus pauvres. Cette attitude est renforcée par des expériences antérieures négatives ou humiliantes.

4.2.2.3 Réflexions sur la place de l'hôpital et des soignants dans la prise en charge de ce public

4.2.2.3.1 La place de l'hôpital vis a vis de la prise en charge sociale des patients :

La prise en charge de la précarité et de la pauvreté était la vocation quasiment exclusive des hôpitaux à la création des "*hôpitaux-hospices*" au moyen âge : ces structures étaient des structures de bienfaisance assurant les besoins vitaux du public accueilli (hébergement, alimentation). La vocation à la prise en charge sociale de l'hôpital a progressivement décliné au cours des siècles, au profit de la prise en charge médicale, notamment depuis la seconde guerre mondiale[25].

Aujourd'hui, la priorité de l'institution hospitalière est la prise en charge médicale des patients. Leur prise en charge sociale est considérée comme un moyen de permettre les soins.

La loi de 1998[4] a cependant réaffirmé que l'accueil des publics en situation d'exclusion faisait partie des missions de l'hôpital. Cela a conduit à la mise en place des PRAPS et à la création des PASS. Ces dernières proposent un accueil pluridisciplinaire, médico-social ayant pour vocation la prise en charge médicale et la mise en place de couverture sociale pour le public en situation d'exclusion, avec pour objectif un retour au système de santé de droit commun.

Cette mission participant à la lutte contre l'exclusion sociale a été réactualisée par la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires[26].

L'accueil "hôtelier" de ce public ne fait cependant plus partie des missions, actuelles de l'Hôpital comme peuvent en témoigner ces récents événements à l'AP-HP[27]. Cette idée que le rôle des urgences et de l'hôpital est de n'accueillir que les personnes nécessitant des soins est défendue par quelques personnels interviewés dans notre étude. (paragraphe 3.3.4.4)

Nous pouvons même aller plus loin en disant que certains interviewés estiment que la prise en charge des ces personnes n'est pas le rôle des urgences. En effet, une idée d'amélioration retrouvée chez plusieurs interviewés est la structure d'urgences dédiée à la grande précarité. Un de leurs arguments est celui d'une prise en charge plus adaptée, car le soignant serait spécialiste de ce milieu là. Mais on peut se demander si cette proposition est formulée pour le bien du patient, ou pour le confort du soignant qui ne serait plus confronté à ces mises en échec ?

L'étude de Darcourt[6] relève aussi ce phénomène dans un service d'urgences de Nice : 70% des soignants interrogés ne pensent pas que le service d'accueil des urgences soit adapté à ce type de patients. Dans une autre étude réalisée aux urgences de Cherbourg et Valognes[11], 78,5% de ces mêmes interrogés estiment que l'accueil des personnes en précarité n'est pas le rôle des urgences, et 42% souhaiteraient les adresser à une structure extra hospitalière

Cependant, une structure spécifique signifierait pour le patient une sortie du droit commun dès les urgences. Or une des missions de l'hôpital est l'accueil de tous sans discrimination[26]. Le rôle de la PASS est celui d'un soutien aux services, mais non d'une voie alterne complètement distincte. De plus, le patient en grande précarité pourrait se sentir stigmatisé par cette voie alterne[15, 16], ce qui pourrait entraîner un refus de soin.

On remarque néanmoins qu'à travers le souhait de cette structure dédiée à la prise en charge des personnes en précarité, ces personnels des urgences préféreraient ne pas avoir à s'occuper de ce public.

4.2.2.4 La place du soignant vis à vis de la prise en charge des patients en situation de précarité

4.2.2.4.1 Prise en charge sociale

Dans notre étude, certains interviewés mentionnent clairement que la prise en charge sociale n'est "pas leur rôle". Ce, par manque de connaissance, mais aussi parfois par manque de motivation, car la prise en charge sociale n'est pas ressentie comme faisant partie de leur cœur de métier. Cependant, si l'on se penche sur les textes législatifs, le rôle social est bel et bien mentionné. L'IDE doit "*protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social*" [28] comme le définit le code de santé publique.

4.2.2.4.2 Prise en charge globale

Nous avons vu que certains soignants souhaiteraient ne pas prendre en charge ce public, que d'autres estiment que leur prise en charge ne doit être réalisée que s'il y a un besoin de soin, et non seulement d'hôtellerie. A contrario, certaines personnes sont particulièrement investies dans cette prise en charge.

Deux études [9, 18] reprennent ce constat. Ainsi, C. Vassy [18] explique que les soignants sont ambivalents quant à l'attitude à adopter avec ce public. Certains revendiquent la mission sociale de l'hôpital et vont prioriser les personnes en grande précarité, tandis que d'autres déclarent qu'ils ne devraient pas être traités aux urgences. Ces différences de points de vue peuvent créer aussi des tensions entre les soignants sur les conduites à tenir, notion relevée par une de nos interviewés.

L'étude de l'EHESP [9] décrit trois attitudes de soignants :

- l'attitude exclusive motivée par les convictions : consistant à la réalisation de soins sans prendre en compte les conditions de vie du patient.
- l'attitude inclusive motivée par la conscience professionnelle : prise en charge de la personne en précarité au même titre que les autres patients.
- l'attitude inclusive motivée par les convictions.

Nous retrouvons effectivement ces trois attitudes dans notre population d'étude.

4.3 Pistes d'amélioration

4.3.1 Dépistage

Les avis sur le repérage de la précarité chez nos interviewés semblent partagés : est-il vraiment utile ? Ceux qui le pensent estiment néanmoins que sa mise en œuvre serait coûteuse en temps et difficile du fait du besoin de participation de chaque soignant.

Pourtant, d'une façon logique, il semble primordial de savoir si la personne est précaire ou non pour pouvoir lui proposer une prise en charge adaptée. Cette notion de repérage est d'ailleurs retrouvée régulièrement dans la littérature [9, 11, 29, 30, 31, 32].

Pour Vallejo [29], un outil de dépistage utilisable aux urgences devra être simple d'emploi, aisément reproductible, utilisable dès l'accueil, à toute heure de la journée ou de la nuit. Il ne peut se faire sans une sensibilisation de l'ensemble du personnel des urgences, et surtout celui

de l'accueil, l'objectif étant de détecter des situations de précarité et d'entraîner un signalement à l'assistant social, qui pourra alors se saisir de la situation.

Il n'existe pas à ce jour de score de dépistage de précarité testé et validé pour un usage aux urgences.

De nombreux auteurs français et étrangers se sont intéressés à cette question et ont proposé des méthodes de repérage de la précarité[30].

En France, on pourra citer entre autres :

- une méthode de repérage utilisant le PMSI, avec les cotations de la CIM en rapport avec la précarité, mais elle a été jugée trop restrictive[9].
- le score de “prévisibilité sociale individuelle” de l'IRDES, qui fait intervenir l'emploi, la scolarité ou les diplômes, la nationalité et la couverture maladie
- un auto-questionnaire en 5 questions, construit en 2001 par une équipe de Santé Publique à Nantes[31] (Annexe 4)
- le score EPICES[24, 33] , créé puis généralisé en 2002 dans les Centres d'Examens de Santé de la Sécurité Sociale, initialement en 42 questions, puis simplifié en 11 questions. (Annexe 5)

Ce dernier semble être le plus utilisé ces dernières années en France, notamment lors d'études en diabétologie.

Une étude de faisabilité réalisée dans deux services d'urgences de Nice[30] montre que son utilisation nécessite une personne dédiée à son explication et à l'aide au remplissage. En effet, le médecin réalisant cette étude a eu un taux de réponse de 7% en faisant distribuer cet auto-questionnaire par les secrétaires, malgré une bonne information de celles-ci. Cela l'a amené à modifier sa méthode de recueil de données. En se rendant sur place, en expliquant les motivations de ce questionnaire et en aidant à le remplir si besoin, il a eu un taux de réponse à 96%. De même, ce score a été utilisé pour dépister le pourcentage de patients en précarité consultant aux urgences d'Arras[34] , et l'auteur rapporte que “*la généralisation de ce score aux urgences paraît difficile en raison d'un trop grand nombre d'items*”.

Si le repérage des personnes en précarité apparaît comme une condition préalable à leur prise en charge, sa mise en place systématique pose la question du respect de l'anonymat des personnes. En effet, nous avons vu dans les entretiens que la précarité pouvait être volontairement “cachée”. Ce dépistage reste à réfléchir, avec un outil utilisable aux urgences, et tenant compte du souhait d'anonymat de certaines personnes.

4.3.2 L'assistante sociale et le réseau : des ressources suffisamment exploitées ?

4.3.2.1 L'assistante sociale

L'assistante sociale des urgences est perçue par le personnel des urgences de Chambéry comme une personne ressource en ce qui concerne les questions sociales, ce avec raison. La SFMU définit son rôle dans son référentiel métier comme “*étant en lien avec l'équipe médicale et soignante, sachant repérer les personnes en situation de fragilité, faciliter l'accès au soins, rechercher l'accès aux droits et aidant à soutenir la poursuite des soins*”, ainsi qu'en lien avec de nombreux partenaires externes dans un souci de coordination.

Si le souci de lien avec l'assistante sociale est décrit par certains de nos interviewés comme étant systématique dès que la situation de précarité a été identifiée, la réalité de la sollicitation du travailleur social peut être différente.

En effet, A. Agnoli[35] , a montré lors d’une étude réalisée au centre hospitalier d’Annecy que seulement 1/3 des passages de personnes identifiées comme étant en situation de précarité par le personnel avait bénéficié d’un avis assistante sociale. Des résultats similaires sont retrouvés par P. Gosset au CHU d’Amiens[22], mais il nuance ce faible recours du fait des fugues fréquentes et de l’alcoolisation des patients rendant l’entretien social impossible.

Nous ne disposons pas de telles données au CH de Chambéry, mais il semblerait intéressant d’avoir un regard quantitatif sur l’identification de la précarité aux urgences et sur le recours aux avis médico-sociaux pour cette population.

4.3.2.2 Le réseau

Puisque l’on ne peut pas tout faire aux urgences, il est important de travailler en réseau pour la cohérence des prises en charge sur le long terme, selon certains interviewés. Cette nécessité du travail en réseau est relevée par plusieurs auteurs[9, 16, 29]. L’article “*Spécificités de la prise en charge d’un public précaire dans un service d’urgences*”[16] précise qu’*“Il est clair que dans les services d’urgences, ni le temps, ni les compétences ne peuvent être réunis pour effectuer un travail global en lien avec de nombreux partenaires. Mais les services d’urgences peuvent être une porte d’entrée. L’accueil est la première étape qui permet d’orienter, et cette orientation doit être effectuée en vérifiant qu’elle soit faisable : rien de pire que la « patate chaude ». Des Permanences d’accès aux Soins de Santé (PASS) ont ce rôle, et quand elles sont fonctionnelles il ne faut pas hésiter à les solliciter”*.

La PASS de Chambéry constitue une équipe pluridisciplinaire regroupant IDE, médecins, assistante sociale et secrétaire. Elle dispose d’un pôle hospitalier et d’une antenne permettant des consultations en ville à l’Espace Santé Publique. Cette structure est adaptée pour initier un suivi des personnes en grande précarité et ouvrir des droits sécurité sociale[36].

On peut remarquer qu’elle est citée spontanément seulement par une minorité de nos interviewés, environ un tiers. Elle n’est donc pas connue de l’ensemble du personnel des urgences de Chambéry, ce qui minimise de fait les possibilités de recours.

Une augmentation de l’information sur l’existence et le fonctionnement de la PASS et du reste du réseau pourrait être bénéfique.

Le réseau “Précarité - Santé - Ville” est d’ailleurs actuellement en mutation et se formalise en Savoie autour de l’association RESPECTS 73. Ces missions s’articulent autour de 3 axes :

- l’accompagnement et l’accès aux soins,
- la formation et la prévention,
- l’innovation et la recherche.

4.3.3 Informations sur les structures existantes

De nombreux interviewés demandent justement à mieux connaître les aides, pour savoir où et comment adresser les patients si besoin. C’est d’ailleurs une des pistes d’amélioration qu’ils proposent. Une aide soignante parle plus précisément d’une plaquette d’information à ce service. On remarque que peu de membres du personnel connaissent l’existence de cette information sur l’intranet de l’hôpital de Chambéry.

Et si l’on voit que certains connaissent les structures extérieures par leur nom, il leur est difficile d’en expliquer le fonctionnement et le mode d’accès. De plus, leur connaissance du réseau est maigre.

Certains nous disent qu'ils souhaiteraient rencontrer les travailleurs sociaux et visiter les structures d'accueil. Cela leur permettrait de mieux connaître le fonctionnement de ces structures, et de pouvoir orienter les patients en connaissance de cause. Cela pourrait par ailleurs leur montrer la façon qu'ont les travailleurs sociaux d'interagir avec le public en grande précarité, et les difficultés qu'ils peuvent aussi avoir dans leur prise en charge.

Nous avons pu voir dans les entretiens que les soignants des urgences peuvent se sentir isolés dans la prise en charge de la précarité, ou avoir l'impression d'en être les seuls actifs. Effectivement, lorsqu'on voit les mêmes personnes revenir encore et encore, on peut en déduire qu'elles n'ont nulle part ailleurs où aller, où demander de l'aide. Ils bénéficieraient donc par cette rencontre d'une meilleure connaissance du réseau, et des autres personnes travaillant avec ce public, dans un but commun : l'amélioration de leurs conditions de vie et ainsi de leur santé.

On peut rappeler qu'une formation à ce sujet existe déjà. Elle s'appelle "Mieux connaître pour moins exclure". Elle présente le réseau, et permet aux participants de visiter les différentes structures d'aides. Une interviewée seulement y a déjà participé.

Il semble donc important de rappeler aux membres du personnel l'existence de ces sources d'informations : l'intranet et la formation "Mieux connaître pour moins exclure".

Via l'imbrication entre grande précarité et mauvaise santé, comme les interviewés ont pu le formuler dans notre partie "accès aux soins", on comprend l'importance essentielle du travail en réseau. Tout soin nécessite un minimum de stabilité au niveau des conditions de vie, et cela implique une participation des travailleurs sociaux, dans et en dehors de l'hôpital. Ainsi, nous retrouvons l'importance du lien à faire avec l'assistante sociale à chaque consultation d'une personne en grande précarité. Cette transmission est à entendre comme un travail en commun pour une meilleure prise en charge, plutôt qu'une décharge du soignant au sujet de la prise en charge sociale. Ce recours systématique ne dédouane donc pas le soignant d'une bonne connaissance du réseau.

4.3.4 Vers une meilleure compréhension et une meilleure relation avec ce public

En parallèle à ces démarches de reconnaissance de la grande précarité et de sa prise en charge en réseau, une meilleure compréhension des personnes en grande précarité pourrait éviter certains agacements de la part du personnel, et par là même plus de patience et une meilleure prise en charge de ce public, comme nous l'a dit E14 "*Quand on essaie de comprendre et qu'on a un peu les clés de lecture, on ne réagit pas de la même façon.*" Une source d'information à ce sujet peut être les enseignements de la co-formation "Santé et Précarité" qui a eu lieu en mars 2011.

Une co-formation est une rencontre entre des professionnels, ici des professionnels de santé, et des personnes vivant dans des conditions difficiles, ici des personnes précaires. Elle est basée sur le postulat qu'ils existent trois types de savoirs : le savoir universitaire, le savoir professionnel de terrain, et le savoir issu de l'expérience vécue. Dans cette rencontre, chaque participant est à la fois formateur et formé, en partageant son savoir. Le but est de découvrir et de mieux comprendre les logiques et représentations de chacun.[15] Les apprentissages de cette co-formation ont pu répondre à certaines questions qu'ont pu se poser nos interviewés au sujet de l'agressivité, du refus de soin et du suivi difficile, du "tout, tout de suite".

On peut d'ailleurs remarquer que lors des entretiens, des membres du personnel avaient abordé certains points pouvant expliquer les difficultés d'accès aux soins des personnes en

précarité, points que l'on retrouve dans le discours des personnes en précarité lors de la co-formation :

- le coût de la santé, même avec une couverture sociale
- l'incompréhension
- les tensions entre soignants et soignés
- la difficulté à demander de l'aide
- l'attitude et le regard des soignants
- le manque de connaissance des structures.

Il semblerait intéressant que les soignants puissent échanger entre eux autour de ces problématiques. Cela pourrait limiter les tensions inter-soignants sur des différends de prise en charge, chacun ayant eu l'occasion d'expliquer son point de vue.

Chapitre 5

Conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR :
Claire DELEPOULLE, née le 21/06/1983
Mathilde FABRE, née le 17/12/1984

**TITRE : REPRÉSENTATIONS ET VÉCU DE LA GRANDE PRÉCARITÉ
PAR LE PERSONNEL DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE
CHAMBÉRY**

Notre étude qualitative réalisée auprès de 34 membres du personnel des urgences du centre hospitalier de Chambéry nous a permis de mieux comprendre leurs représentations de la grande précarité et le vécu qu'ils ont des rencontres avec ce public.

Les venues de personnes en grande précarité font partie de leur quotidien. Pour eux, les grands précaires ont des fragilités dans divers domaines de la vie (entourage humain, ressources financières, logement, hygiène, couverture sociale), qui leur rendent difficile l'accès à la bonne santé. Ils ont eu cependant des difficultés à définir précisément la grande précarité, devant sa complexité et ses multiples facettes. Quelles sont ses limites ? Que penser des choix de vie, des variations culturelles ?

Nous avons pu approfondir le vécu qu'ils avaient de leur prise en charge de ces personnes en grande précarité. Ils peuvent se sentir dépassés par les comportements d'agressivité ou de refus de soins de ce public. Cela leur fait dire qu'ils ne sont pas compétents pour cette prise en charge, et remettre en cause leur rôle dans l'accueil de ces patients au sein des urgences. Néanmoins, la prise en charge de ces personnes, si elle n'est pas toujours réalisée de bon gré, ne les laisse pas indifférents.

L'idée d'un recours systématique à une structure spécifique d'accueil pour ces personnes en grande précarité est pour certains une solution pour améliorer leur prise en charge. Mais peut-on éthiquement envisager des consultations spécifiques, peut-être plus adaptées, mais qui signifient une sortie du droit commun, et ce dès les urgences de façon systématique ? Une des missions de l'hôpital est bien l'accueil égal pour tous, sans discrimination. On peut envisager de systématiser le recours à l'assistante sociale ou à des structures comme la PASS, mais leur rôle doit être celui d'un appui pour la prise en charge de ce public, et ne pas de se substituer au travail effectué aux urgences.

Il apparaît alors nécessaire de redéfinir les rôles de chacun, au sein des urgences, de l'hôpital et du réseau de soin pour ce public en grande précarité. Pour le personnel des urgences, cela peut passer par un rappel -et une valorisation- des compétences de chacun, une information sur les structures composant le réseau "Santé-Précarité" et par des formations pour l'accueil des personnes précaires. En comprenant mieux leur fonctionnement, et avec une meilleure connaissance de tous les acteurs sociaux et soignants de la prise en charge de la précarité, on peut

espérer alors un meilleur ressenti des professionnels des urgences de Chambéry dans leur travail au quotidien.

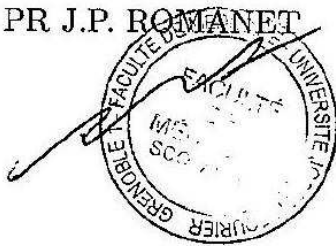
Il semblerait par ailleurs intéressant de dépister les patients précaires, afin de leur proposer un accueil et une prise en charge adaptée à leurs spécificités dans leurs démarches de soin. Des moyens de dépistage prenant en compte la complexité de ce phénomène, tels que le score EPICES existent. Mais ils restent à tester, voire à adapter, notamment à la contrainte de temps, pour permettre un usage effectif dans les services d'urgences.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 22/11/2012

LE DOYEN

PR J.P. ROMANET



LE PRÉSIDENT DU JURY

PR F. CARPENTIER

A handwritten signature, likely of F. Carpentier, written in black ink. The signature is stylized and somewhat illegible.

Bibliographie

- [1] Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Avis et rapports du conseil économique et social ; 1987.
- [2] Moulin JJ, Dauphinot V, Dupré C, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, et al . Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704128 personnes en situation de précarité à une population de 516607 personnes non précaires, France, 1995-2002. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2002 ;43 :213–16.
- [3] Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. Br Med J. 2003 ;327 :81.
- [4] République Française. Loi numéro 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JORF. 31 juillet 1998 ;175 :11679.
- [5] Molinié E. L'Hôpital public en France : Bilan et perspectives. Avis et Rapports du Conseil Economique et Social ; 2005.
- [6] Darcourt G, Dubert JM. La perception des exclus par les services d'urgence. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. 2003 ;7(62) :7–10.
- [7] Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2e édition. Paris : Armand Colin ; 2010.
- [8] Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3e édition. Paris :Armand Colin ; 2012.
- [9] Bissardon C, Mokede A, Faustini A, Perrin B, Galatola D, Poncet MC and al. La prise en charge des personnes en situation de précarité : le point de vue des acteurs hospitaliers dans le contexte de la T2A. Ecole Hautes études en Santé Publique ; 2010.
- [10] Colorado-Lasserre E. L'évolution de la prise en charge aux urgences : un enjeu pour le directeur de soins ; 2002.
- [11] Colson L. la prise en charge des adultes en situation de précarité dans les services d'urgences. Th D Med. Caen, Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010.
- [12] Loisy C. Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. Les travaux de l'Observatoire, ONPES ; 2000.
- [13] HCSP. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Ministère de l'emploi et de la Solidarité ; Février 1998.
- [14] Parizot I. Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires. In : Lebas J, Chauvin P, Précarité et Santé. Paris : Flammarion ; 1998. p. 33–45.
- [15] Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion. Co-formation Précarité et Santé : se former ensemble entre professionnels et personnes en grande difficultés sociales. MRIE ; 2011.
- [16] De Goër B, Gales B, Agnoli A. Spécificités de la prise en charge d'un public précaire dans un service d'urgences. Société Française de Médecine d'Urgences. 2010 ;p. 1–9.

- [17] Maric M, Gregoire E, Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques ; 2008.
- [18] Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements*. 2004 ;32 :67-74.
- [19] Delori M, Baudry E, Hitoto H, Page JD, Laborde N, Bordot AS, and al. Le multiple recours aux urgences est-il un signe de précarité ? *Journal Européen des Urgences*. 2008 ;21 (1) :A221-A222.
- [20] DREES. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et résultats*. janvier 2003 ;215 :1-12.
- [21] Redelmeier D, Molin JP, Tibshirani R. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet*. 1995 ;345 :1131-34.
- [22] Gosset P. Prise en charge de la grande précarité aux urgences du CHU d'Amiens.. Th D Med. Amiens, Faculté de médecine et de pharmacie ; 2010.
- [23] Furtos J. Le syndrome d'auto-exclusion. *Rhizome*. 2002 ;9 :15.
- [24] Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. IRDES ; 2010.
- [25] Imbault-Huart MJ. Médicalisation et fonctions de l'hôpital : une approche historique. In : Lebas J, Chauvin P, Précarité et Santé. Paris : Flammarion ; 1998. p. 75-83.
- [26] République Française. Loi numéro 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF*. 2009 ;167 :12184.
- [27] Verney-Caillat S. Le mode d'emploi de l'hôpital pour refouler les SDF. <http://www.rue89.com/2012/10/17/meme-lhopital-veut-mettre-les-sdf-dehors-236268> ; 2012. Consulté le 13/11/2012. Rue 89.
- [28] République Française. Code de la santé publique, Article R4311-2. *JORF*. 8 aout 2004 ;183 :37087.
- [29] Vallejo R, Granie A, Cannier O, Josset C, Duval G. Urgences et précarité : tri et gestion de la salle d'attente. *Urgences* 2007. 2007 ;p. 239-46.
- [30] Del Guidice F. Précarité : Etude sur la mise en place du score EPICES en routine aux urgences. Th D Med. Université de Nice Sophia-Antipolis, Faculté de Médecine ; 2010.
- [31] Pascal J, Quelier C, Agard C, Nguyen JM, Lombrail P. Peut on identifier simplement les patients en précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? *Sciences sociales et Santé*. 2006 ;24(3) :33-58.
- [32] Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *Revue de l'IREs*. 2007 ;53 :3-49.
- [33] Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, and al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2006 ;14 :93-96.
- [34] Chevelle M. Les personnes en situation de précarité aux urgences du centre hospitalier d'Arras : repérage avec le score EPICES, parcours de soins et mode de sortie. Th D Med. Lille, Faculté de médecine et de pharmacie ; 2011.
- [35] Agnoli A, Tinchant C, Mall D, Savary D, Driencourt JB. Les patients en situation de précarité ont-ils toutes les chances d'être pris en charge par la PASS ? *Journal Européen des Urgences*. 2004 03 ;17(1) :148.

- [36] Collin T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry -évaluation du retour au droit commun-. Th D Med. Grenoble, Faculté de médecine et de pharmacie ; 2011.

Annexes

Annexe 1 : Courrier d'information à destination du personnel des urgences

Le 04/04/12

Objet : **Participation à un travail de thèse sur la représentation et le vécu du personnel des urgences lors de l'accueil et des soins de personnes en grande précarité.**

Madame Monsieur,

Nous sommes Claire DELEPOULLE et Mathilde FABRE, médecins généralistes, et nous réalisons une thèse sur la représentation et le vécu du personnel des urgences lors de la prise en charge de personnes en grande précarité.

Pour nous aider à réaliser ce travail, nous recherchons toutes personnes intervenant dans la prise en charge des patients aux urgences au centre hospitalier de Chambéry (aide-soignant, ASH, assistant social, cadre de santé, infirmière, interne, médecin, secrétaire d'accueil, . . .), pour participer à un entretien individuel et anonyme.

L'entretien consistera en des questions ouvertes qui permettront de recueillir votre avis le plus librement possible.

Aucun jugement de valeur ne sera porté ce qui sera dit lors de l'entretien.

Ces entretiens seront analysés dans notre travail de thèse. Nous vous communiquerons les résultats de cette thèse avec plaisir dans quelques mois.

Ces entretiens auront lieu au sein des urgences, Ils dureront environ 30 à 45 minutes. Nous serons présentes parmi vous plusieurs matinées entre 9h et 13 heures entre fin avril et fin mai.

Un temps spécifique sera aussi prévu pour interviewer le personnel travaillant exclusivement de nuit.

Vous serez donc peut-être contacté pour un entretien.

Un échantillonnage sera réalisé pour être le plus représentatif de la diversité du personnel. De ce fait, tous les soignants ne seront interviewés.

Nous vous remercions par avance pour votre accueil et votre participation, essentiels à la réalisation de notre travail.

Cordialement

Claire Delepouille et Mathilde Fabre.

Annexe 2 : Guide d'entretien initial

Introduction aux entretiens semi dirigés :

Bonjour,

Je suis médecin généraliste, et je réalise avec une collègue médecin généraliste un travail de thèse sur la représentation et le vécu du personnel des urgences lors de l'accueil et des soins de personnes en grande précarité. Pour ce faire, nous souhaitons recueillir votre avis à ce sujet, lors de l'entretien qui va suivre. Cet entretien va être enregistré puis retranscrit par nos soins, en vue de l'analyse. Il sera présenté dans notre travail final, de manière anonyme. Nous vous communiquerons les résultats de ce travail dans quelques mois. Nous ne jugeons pas vos réponses et souhaitons que vous puissiez parler le plus librement possible.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

Questions posées par l'interviewer :

1) profil de l'interviewé :

- a. profession, âge, sexe
- b. en poste depuis X années aux urgences du CH de Chambéry.

2) Que vous évoque la grande précarité ?

3) Pour vous, qui sont les personnes en grande précarité ?

4) Pour vous, quel est le mode de vie des personnes en grande précarité ?

- a. Que font-ils de leur journée ?
- b. Où logent-ils ?
- c. Quelles sont leurs ressources ?
- d. Quel est leur entourage ?

5) Selon vous, que faudrait-il que les patients en grande précarité sociale fassent pour être en bonne santé ?

6) Quelles sont selon vous les possibilités d'accès aux soins pour les personnes en situation de grande précarité sur le bassin chambérien ?

7) Quelles sont selon vous leurs difficultés d'accès aux soins ?

- a. Relation
- b. satisfaction

8) Quelles sont les problématiques posées par les patients en situation de grande précarité consultant aux urgences ?

- a. Le type de demande ?
- b. Le comportement ?
- c. La prise en charge médicale ?
- d. Différents d'autres personnes ?

9) Comment vous sentez-vous quand vous réalisez la prise en charge de ces personnes ?

10) Selon vous que faudrait-il faire pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de grande précarité aux urgences de Chambéry ?

11) Avez-vous suivi une formation spécifique sur le thème de la précarité ? :

- a. si oui, la ou lesquelles,
- b. si non, en ressentez-vous le besoin, et sur quels axes.

Annexe 3 : Guide d'entretien remanié

Introduction aux entretiens semi dirigés :

Bonjour,

Je suis médecin généraliste, et je réalise avec une collègue médecin généraliste un travail de thèse sur la représentation et le vécu du personnel des urgences lors de l'accueil et des soins

de personnes en grande précarité. Pour ce faire, nous souhaitons recueillir votre avis à ce sujet, lors de l'entretien qui va suivre. Cet entretien va être enregistré puis retranscrit par nos soins, en vue de l'analyse. Il sera présenté dans notre travail final, de manière anonyme. Nous vous communiquerons les résultats de ce travail dans quelques mois. Nous ne jugeons pas vos réponses et souhaitons que vous puissiez parler le plus librement possible.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

Questions posées par l'interviewer :

1) Selon vous, il y en a beaucoup, de la grande précarité aux urgences ?

Représentations de la précarité :

- Profil de la personne en grande précarité (qui, logement, revenus/ressources, entourage)
- Son accès aux soins (lieux de soins, couverture sociale, difficultés d'accès)
- Les personnes en grande précarité aux urgences (particularité du comportement ? problématique(s) spécifique(s) ?)

2) Que faut-il pour être en bonne santé ? Est-ce accessible à tous ?

3) Comment vous sentez-vous lors de la prise en charge d'un patient en grande précarité ?

Vécu de la prise en charge de ces personnes en grande précarité :

- Dans la relation soignant-patient (difficultés ressenties ? spécificité de ce public ?)
- Dans la satisfaction de la prise en charge (sensation d'être mis en difficulté ? d'un manque de connaissances ?)
- Dans l'«organisation» (remarques sur la place des urgences dans la prise en charge de ce public, améliorations à proposer, formation)

4) Profil de l'interviewé : Pouvez-vous vous présenter ?

- profession, âge, sexe
- en poste depuis X années aux urgences du CH de Chambéry.

Annexe 4 : Outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital créé par une équipe de Santé Publique de l'hôpital de Nantes.

Pour répondre à chacune des questions : entourer le "oui" ou le "non"

1. Avez-vous la CMU (couverture maladie universelle) ou l'Aide Médicale d'Etat (AME : hospitalière ou totale) ?	Oui	Non*
2. Avez-vous une Mutuelle santé ou une Assurance maladie complémentaire ?	Oui	Non
3. Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ?	Oui	Non
4. Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'AAH (allocation adulte handicapé), l'API (allocation parent isolé), l'ASS (allocation solidarité spécifique), l'AI (allocation d'insertion), l'allocation de veuvage, le minimum vieillesse ou l'allocation supplémentaire de vieillesse ?	Oui	Non
5. Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1er emploi ?	Oui	Non

* : A la différence des autres caractéristiques, c'est la réponse "non" à cette caractéristique qui contribue à identifier une situation de précarité sociale.

Une situation de précarité est définie selon le règle de décision suivante : 1 ou 4 ou 2+3 ou 2+5, ou 3+5

Annexe 5 : Grille du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	+10.06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11.83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8.28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8.28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	+14.8	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6.51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7.10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7.10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9.47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9.47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7.10	0
	Constante	75.14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées.** Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Les résultats sont répartis en quintiles. Les limites de définition de ces quintiles sont : 0 – 7,1 – 16,6 – 30,2 – 48,5 – 100, délimitant ainsi 5 groupes distincts. On considère une personne en précarité si son score de précarité est dans les deux derniers quintiles, c'est-à-dire si son score de précarité est supérieur à 30,2.