



HAL
open science

Les difficultés d'accessibilité du public précaire aux soins psychiatriques : contribution pour améliorer leur prise en charge lors d'une hospitalisation

Gabriel Marion

► To cite this version:

Gabriel Marion. Les difficultés d'accessibilité du public précaire aux soins psychiatriques : contribution pour améliorer leur prise en charge lors d'une hospitalisation. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01078452

HAL Id: dumas-01078452

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01078452>

Submitted on 30 Oct 2014

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

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

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>



UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Les difficultés d'accessibilité du public précaire aux soins psychiatriques - Contribution pour améliorer leur prise en charge lors d'une hospitalisation

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Gabriel MARION
Né le 31 janvier 1985, à Orange

*Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble
le Vendredi 17 octobre 2014
devant le jury composé de :*

Président du jury : Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres : Madame le Professeur Catherine MASSOUBRE
Monsieur le Maître de conférence universitaire François PAYSANT
Monsieur le Docteur Claude d'ANTERROCHES
Monsieur le Docteur Pierre MICHELETTI, directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A Monsieur le professeur Thierry BOUGEROL, président de mon jury de thèse, vous avez suivi mon cursus d'interne avec patience et compréhension. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon parcours et à mon travail.

A Madame le professeur Catherine MASSOUBRE pour votre participation au jury mais aussi pour votre regard riche d'une grande expérience auprès du public concerné par mon travail de thèse.

A Monsieur le docteur et maître de conférence François PAYSANT, vous avez accepté sans hésitation d'être membre de mon jury et je vous en remercie.

A Monsieur le docteur Claude d'ANTERROCHES, de responsable de stage vous devenez membre de mon jury. Merci d'avoir suivi et ponctué de vos conseils ces six mois passés à vos côtés.

A Monsieur le docteur et professeur de sciences politiques Pierre MICHELETTI. Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail. Votre enseignement avec le synopsis et votre expérience de l'encadrement de travaux universitaires ont été pour moi d'une aide précieuse.

A Monsieur le docteur Patrick IMBERT pour votre disponibilité et vos conseils méthodologiques.

Aux médecins qui m'ont accompagnés quotidiennement dans ma découverte de la psychiatrie : Magali DREVON, Brigitte MANGIONE, Claire BUIS, Adeline DEMANGEL, Élodie HAXAIRE...

A ceux qui m'ont aidé pour mes projets futurs, Docteur VENTURI, Régis MIRAMOND, Docteur BIANCHI, Erine.

A toute l'équipe de l'EMPP-PASS, je vous dois cette thèse et tant de moments inoubliables.

Aux secrétaires médicales, « l'âme » de tous les services.

A mes co-internes, à mes amis... du soleil : Lulu, Del, Miloute, Bibine, Dorothee... et d'ailleurs : Nanou, Tom, Raphou, France, Zaza et Adeline, Sandra.

Au Diois qui m'a aidé à support la (m)Isère...

Aux trois générations de ma petite famille et surtout à mes parents tout simplement.

A Sarah pour avoir embelli mon travail.

Et à la merveille dans ma vie, Marc.

RÉSUMÉ

La mission des EMPP et PASS consiste en l'orientation du public dit « précaire » vers les dispositifs de droit commun et l'accompagnement des équipes soignantes dans leur prise en charge. En psychiatrie, les soins sont sectorisés et de ce fait rendent leur accès plus complexe pour le public précaire sans domicile fixe. Lors de l'hospitalisation d'une personne SDF, il faut alors se référer à un protocole spécifique à chaque établissement qui ne respecte pas toujours les règles de la continuité des soins du secteur.

Notre étude a pour objectif d'explorer la pertinence du protocole d'admission des patients SDF au centre hospitalier Alpes-Isère en vue d'en proposer des aménagements pour une meilleure continuité des soins en hospitalisation et pour un accompagnement plus adapté des patients et des équipes soignantes.

Nous étudions dans un premier temps les besoins de ces patients à travers les demandes qu'ils font à l'EMPP-PASSpsy de Grenoble en utilisant la technique qualitative de consensus du Groupe Nominal. Les résultats montrent que la question du sens de l'hospitalisation est primordial : un travail en réseau pour une meilleure cohérence du projet de soins est indispensable ainsi qu'un effort d'information tant des équipes que des patients, avec interprète s'il le faut. Les résultats montrent aussi que observation clinique et besoins fondamentaux sont des priorités en lien avec la particulière vulnérabilité de ce public.

Dans un second temps, nous discutons les résultats au regard de la littérature ce qui nous permet de mettre en lumière les dysfonctionnements actuels de l'admission des SDF à l'hôpital. Cela nous autorise à recommander certains aménagements comme l'affiliation définitive de chaque patient SDF à un pôle de référence et une prise en charge institutionnelle en réseau portée par l'EMPP.

Certaines limites restent à explorer comme les délais et conditions d'admission parfois incompatibles avec l'instabilité de la précarité et la question du secteur toujours en débat pour ce public.

Mots clefs : public précaire, SDF, EMPP-PASS, hospitalisation, continuité des soins, travail en réseau, psychiatrie.

VI. CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : **Gabriel MARION**

**TITRE: Les difficultés d'accessibilité du public précaire aux soins psychiatriques-
Contribution pour améliorer leur prise en charge lors d'une hospitalisation**

Cette étude a permis de mettre une technique de travail simple au service de la question complexe des besoins en soins psychiatriques des populations dites précaires et plus particulièrement d'explorer leurs difficultés tant au niveau de l'accès que de leur prise en charge en hospitalisation. Nous avons vu à travers les demandes adressées à l'équipe de l'EMPP-PASSpsy du CHAI par les patients en situation de précarité ou pressenties par celle-ci et plus particulièrement lors de leur accompagnement dans une démarche d'hospitalisation quels pouvaient bien être leurs réels besoins. Cela nous a donc permis de mettre en évidence les difficultés qu'un tel public si particulier tant dans son fonctionnement individuel et relationnel que dans sa situation sociale et médicale peut rencontrer au sein d'une institution telle que le CHAI. En outre ces informations recueillies auprès de ladite équipe permet de mieux comprendre comment le protocole d'admission aux soins peut ainsi en restreindre l'accès et générer bon nombre d'incompréhensions et de réticences tant au niveau des équipes accompagnantes et d'accueil que du patient lui-même. A travers les résultats de l'étude, s'est élaboré un portrait d'une particulière vulnérabilité du public précaire auquel vient s'ajouter un profond isolement social. La situation de ces patients finit par se répercuter sur les équipes soignantes de premier recours qui à leur tour en difficulté dans leur mission d'accompagnement rendent ainsi l'accès au soin doublement complexe puisque ni patient ni soignant n'arrivent à s'accorder aux exigences d'une institution réticente à les accueillir. Nous avons pu considérer cette ambiguïté comme la manifestation d'une psychopathologie encore en élaboration et qui mise en corrélation avec les modèles de la clinique psycho-sociale permet d'en renouveler le sens. Les résultats, après discussion, révèlent les limites du protocole ayant cours au CHAI en ce qui a trait à l'hospitalisation des patients précaires et nous autorise à en proposer des aménagements dans le but d'un travail d'équipe coordonné pour une meilleure continuité des soins et respectant les exigences spécifiques que ce public nous invite à avoir envers lui.

Dès à présent il serait important d'ouvrir le débat pour que la prise en charge qui s'inscrit de fait dans une continuité de soins soit reconsidérée auprès des CMP pour favoriser l'accès au droit commun de ce public comme semble l'affirmer 2 des 10 axes du projet médical d'établissement 2015-2019 au CHAI qui propose de réaffirmer une logique de parcours de soins en facilitant l'accès et la continuité et de défendre aussi la qualité des soins.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
A Grenoble, le 29/3/2014

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR

Th. Boucraou

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

EMPP : Équipe Mobile Liaison Psychiatrie Précarité

PASSpsy : Plate-forme Accès Soins Santé Psychiatrique

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

ONSMP-ORSPERE : Observatoire National de recherche sur pratiques en Santé Mentale et Précarité
- Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
RÉSUMÉ.....	3
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	5
TABLE DES MATIÈRES.....	6
I. INTRODUCTION.....	7
II. MATERIEL ET METHODES.....	9
A. Population étudiée.....	9
B. Méthode.....	9
B.1. Descriptif de la méthode du Groupe Nominal.....	10
B.2. De multiples avantages.....	11
B.3. La question posée aux groupes de travail.....	11
III. RÉSULTATS.....	13
A. Résultats principaux du Groupe Nominal.....	13
B. Sous-catégories.....	15
IV. DISCUSSION.....	17
A. Limites et validité des résultats du Groupe Nominal.....	17
A.1. Au sujet de la synthèse des résultats.....	17
A.2. Au sujet des sous-catégories.....	17
B. L'isolement que révèle les résultats.....	18
C. La littérature définit l'isolement pour mieux permettre d'en sortir.....	19
C.1. La particulière vulnérabilité de la population précaire.....	19
C.2. Une action laborieuse, un constat mitigé.....	21
C.3. D'une nécessaire réélaboration du modèle psychopathologique.....	23
C.4. Du positionnement ambigu des équipes soignantes au modèle clinique psychosocial.....	24
V. PROPOSITION D'AMÉNAGEMENT DU PROTOCOLE.....	27
A. Au niveau de l'organisation des soins.....	27
B. Au niveau clinique.....	28
C. Règles pour l'hospitalisation des patients SDF.....	30
VI. CONCLUSION.....	32
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	33
VIII. ANNEXES.....	36
Annexe 1 : Descriptif des groupes.....	36
Annexe 2 : Résultats du groupe 1.....	38
Annexe 3 : Résultats du groupe 2.....	39
Annexe 4 : Matériel d'études.....	41
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	42

I. INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies les problèmes de la prévalence élevée des troubles psychiatriques chez le public précaire et de leur difficulté d'accès aux soins sont bien connus. De nombreuses structures de soins s'organisent déjà quand, dans les années 90, la pauvreté devient l'une des préoccupations prioritaires de l'État. La création en 1998 des PASS (Plateforme d'Accès Soins Santé) découle directement de la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre l'exclusion et la pauvreté. Elles ont pour mission d'offrir un premier recours aux soins pour les plus démunis, exclus du système d'assurance maladie. D'autres mesures suivront. En psychiatrie, de nombreuses équipes soignantes, pionnières en France, pensent et mettent en place des dispositifs de soins aux personnes démunies et exclues par la politique de secteur. Leur mission est confirmée quelques années plus tard par la circulaire de l'État du 23 novembre 2005 qui officialise les EMPP (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité).

A Grenoble, une seule équipe soignante assure les missions de PASSpsy et d'EMPP. Elle est donc un premier recours aux soins pour le public précaire de l'agglomération et doit en même temps l'orienter vers le dispositif de droit commun, l'hôpital de secteur, qui est le Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI).

Récemment des enquêtes alertent sur le sentiment d'impuissance et de débordement de ces équipes. Deux médecins, les docteurs Mercuel et Alezrah, s'en font les porte-paroles à Nice en décembre 2013 au Congrès Français de Psychiatrie en constatant que les EMPP-PASS, victimes de leur succès, arrivent à saturation face à l'ampleur des besoins. Les lois qui permettent l'accès aux soins pour tous et les mesures qui en découlent suffisent-elles donc pour que les personnes soient réellement accueillies et reçoivent des soins de qualité égale ? Qualité de soins entendue ici comme la capacité à recevoir des soins adaptés à la situation médicale de la personne dans le meilleur délai compatible avec la nature des troubles.

C'est dans ce contexte qu'en tant qu'interne de psychiatrie je suis amené à travailler au sein de l'EMPP-PASS de Grenoble et à me voir confier certaines de ces difficultés ; celle d'accompagner ses patients tant en hospitalisation qu'en CMP de secteur. Cette équipe serait-elle donc en difficulté dans sa mission première ? En recherche d'un sujet de thèse et venant d'un stage en unité de secteur intra-hospitalier, je me suis plus particulièrement intéressé, au sujet de ces patients précaires sans adresse, à la question de l'accès à l'hospitalisation car loin d'être secondaire si celui-ci est cohérent, pertinent et adapté tant à la population ciblée qu'à la politique de secteur, il permet un meilleur déroulement du soin au sein de l'institution et de ce fait en accroît la qualité.

Toute la difficulté semble résider et s'articuler, après une première investigation, autour du protocole d'admission des SDF car suscitant de nombreuses incompréhensions au sein des unités d'accueil du CHAI. Il s'ensuit donc que ce protocole – destiné initialement à faciliter l'accès aux soins hospitaliers – jugé « trop complexe », parfois même qualifié de « non-sens », « n'est pas toujours bien respecté comme il le devrait », d'autant plus qu'une autre contradiction semble s'imposer : la réticence de la part de l'institution à accueillir ce public « patate chaude » si particulier tant dans sa situation que dans son ambivalence face aux soins et au respect du suivi qu'ils imposent.

Nous proposons donc de reconsidérer la pertinence de ce protocole au regard des besoins des patients afin d'en établir ou non le bien-fondé et éventuellement de proposer certains aménagements pour une meilleure continuité des soins en hospitalisation et pour un accompagnement plus adapté des patients et des équipes soignantes.

Notre étude consistera dans un premier temps en une enquête qualitative de consensus utilisant la technique du Groupe Nominal qui nous permettra de recueillir les besoins des patients SDF à partir des demandes qu'ils expriment auprès de l'EMPP-PASSpsy de Grenoble. La discussion permettra dans un second temps, la mise en perspective des résultats afin de révéler les implications qu'ils sous-tendent. Ceci nous amènera dans un troisième temps à approfondir le sens des réflexions que les résultats suscitent à la lumière de la littérature existante. Cet éclairage que nous fournira ce corrélat entre résultats de l'étude et littérature nous permettra dans un dernier temps d'ouvrir la réflexion sur une proposition d'aménagement des règles d'hospitalisation des patients SDF au CHAI.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Population étudiée

L'étude s'intéresse à la population hétéroclite des patients dit précaires et SDF que l'EMPP-PASSpsy de Grenoble est amenée à rencontrer dans le cadre de ses missions tant de consultation que « d'aller vers ». Il s'agit autant de personnes exclues du système sanitaire et social du fait d'un parcours d'errance que de personnes réfugiées en demande d'asile ou déboutées du droit d'asile de ce fait en situation de grande précarité et de plus en plus à la rue dans un contexte politique peu favorable. [1]

Cette population se définissant par son absence de domicile ou par une adresse non reconnue par le CHAI comme domicile (boite postale, adresse d'association sans hébergement, hébergement de courte durée...) est de ce fait exclue du système de sectorisation psychiatrique et dépend donc du protocole spécifique d'admission des SDF.

Comme nous le verrons avec le descriptif de la méthode de recherche, nous allons étudier les besoins de cette population à travers les demandes qu'elle fait aux professionnels de l'EMPP-PASSpsy de Grenoble. Initialement, il était prévu de se réunir une seule fois à une date que l'équipe choisirait. Face à des absences imprévues et à la volonté d'interroger l'ensemble des professionnels de l'équipe, deux dates ont été proposées. La répartition des professionnels s'est faite en fonction des disponibilités de chacun avec un souci d'équilibre du nombre de participants dans chaque groupe (voir le descriptif des groupes en Annexe 1). Les deux réunions ont eu lieu les 8 et 15 juillet dans les locaux de l'EMPP-PASSpsy. Aucun pré-test n'a été effectué pour vérifier la validité de la question du fait du petit nombre de personnes dans l'équipe et du risque qu'elles puissent échanger sur le sujet avant l'étude. Procéder directement au recueil des informations nous a paru plus opportun. C'est aussi dans cet objectif que nous avons voulu deux dates proches.

B. Méthode

Nous avons utilisé, pour mener ces deux réunions, la technique de recherche qualitative dite du groupe nominal illustrée par le travail pédagogique de J.M. Meunier [2]. Les propositions recueillies serviront de base à l'élaboration de notre réflexion et de notre analyse de l'accès à l'hospitalisation des

patients SDF.

B.1. Descriptif de la méthode du Groupe Nominal

Cette technique a été développée à la fin des années 1960 par deux chercheurs américains Andrew Van de Ven et André L. Delbecq [3]. D'abord utilisée comme une technique d'identification de problèmes dans les domaines de la gestion, elle s'est peu à peu appliquée aux domaines de la santé, de l'éducation ou des sciences sociales. Il s'agit d'une méthode de consensus qui apporte des réponses concrètes à un problème posé à des « experts » de celui-ci.

Le groupe nominal se définit comme « un groupe où les individus travaillent en présence les uns des autres sans interagir verbalement » [4] grâce à des étapes formelles prédéterminées citées ci-après. Cela permet aux différents participants d'exprimer librement leurs idées, sans la censure d'un leader ou l'influence du chercheur et sans initier de débat.

Les participants sont répartis en groupes allant de 5 à 9. Il y a un chercheur par réunion qui est neutre. Dès le début de la réunion, une question ouverte leur est posée, ne comportant pas de détail précis pouvant orienter ou limiter les réponses.

Première étape

Chaque participant répond individuellement à la question, en un temps imparti, et en énonçant le maximum d'idées qui lui vient à l'esprit. Les idées sont écrites sur des feuilles où apparaît la question (feuille de travail en annexe 4, [Illustration 2](#)).

Deuxième étape

Le chercheur rassemble et inscrit la totalité des idées du groupe sur un tableau visible de tous puis chacun énonce à tour de rôle une idée. Il y a autant de tours de table que d'idées à exprimer. Il est important de dire que le chercheur se doit d'interrompre tout débat qui pourrait survenir.

Troisième étape

Le chercheur relie les propositions du groupe alors numérotées. L'ensemble des participants doivent être d'accord sur le sens attribué à chaque proposition qui a été faite et celui qui a énoncé l'idée est amené si nécessaire à en préciser le sens. Aucun débat n'est initié.

Quatrième étape

A nouveau et individuellement, chaque participant choisit et classe 8 énoncés qu'il juge les plus importants et attribue à chacune des propositions un nombre de points par ordre décroissant allant de 8 à 1. Des petites fiches sont prévues à cet effet (fichette de vote en annexe 4, [Illustration 1](#)). A la fin de chacune des réunions, les propositions sont classées par ordre de priorité (en fonction des points) et par

fréquence (en fonction du nombre de vote) par le chercheur. Une pause conviviale est prévue à ce moment pour le groupe.

Lorsque le groupe se retrouve pour prendre connaissance des résultats, sont alors autorisés de façon informelle les débats sur la question, l'expression de leurs impressions sur le travail ainsi que les frustrations que ce protocole strict peut provoquer chez eux. Le chercheur peut y participer mais toujours dans le souci d'aider le groupe à exprimer ses idées. Cela permet d'approfondir le sens des votes du groupe.

Ultérieurement, le chercheur réunit les propositions similaires des deux groupes, et réactualise le classement pour proposer un résultat unique. Il peut aussi les classer en sous-catégories.

B.2. De multiples avantages

[2][5]

- Le groupe nominal permet de considérer, par un postulat d'inférence, les propositions des participants comme étant les besoins du public précaire. Il permet de recueillir les besoins d'une population à partir des demandes que celle-ci exprime à d'autres. Cela permet de contourner la difficulté d'interroger directement des membres de cette population.
- Elle permet à un groupe ciblé d'exprimer et d'organiser ses idées (postulat de représentation) tout en évitant l'influence éventuelle du chercheur ou d'un leader de groupe (postulat d'égalité d'expression).
- Elle explore les domaines à la fois « objectifs » et « subjectifs » de la question.
- Elle permet d'identifier les priorités du groupe qui font consensus tout en évitant les inconvénients du débat.
- Elle permet d'émettre de nouvelles hypothèses qui aident à développer d'autres études.
- Très structurée, elle permet un travail méthodique rapide.

B.3. La question posée aux groupes de travail

Quelles sont les demandes que vous font les patients ou quels besoins presentez-vous dans le cadre d'une démarche d'hospitalisation ?

La question est ouverte mais reste ciblée uniquement sur le sujet de l'hospitalisation. Cette question est l'unique base de travail du groupe. L'utilisation du verbe pressentir a été prévue pour

autoriser les aspects positif et négatif ainsi que objectif et subjectif des réponses et l'expression des besoins comme des solutions.

III. RÉSULTATS

A. Résultats principaux du Groupe Nominal

Au total, 38 propositions ont été exprimées dont 25 ont reçu au moins un point lors de la synthèse des votes. Et certaines d'un même groupe ont pu être réunies lorsqu'ensemble elles illustraient mieux l'idée avancée ainsi que dans un souci de respecter au plus près les points et la fréquence de vote de chacun. Ces résultats sont présentés dans le tableau suivant :

<i>Rang</i>	Idées / Propositions	Total	Fréquence de vote
1	Cohérence du projet de soins en coordination EMPP-équipe intra. Travailler en lien avant, pendant et après l'hospitalisation du patient.	57	9
2	Hospitalisation dans un contexte complexe : symptomatologie envahissante et risque de passage à l'acte . Nécessité d' observation clinique et de répondre aux besoins fondamentaux avant diagnostic.	54	9
3	Formation des équipes intra : la méconnaissance des spécificités clinique de ce public (Sd d'auto-exclusion, le post-trauma) entraîne un effet « Patate chaude » en lien avec l'impossible de sectorisation.	42	9
4	Pathologie du lien : être accueilli humainement est primordial en début d'hospitalisation.	27	4
5	Méconnaissance de la psychiatrie, du système de soins et de son organisation même dans le quotidien (/culture, langue...).	26	6
6	Rompre avec la douleur d'être déshumanisé , chercher un refuge protecteur.	20	5
7	Prendre le temps d'être soigné : « cure et care ».	17	4
8	Comprendre l'hospitalisation.	15	2
9	Risque d' isolement à l'hôpital : recours aux interprètes indispensable, même pour expliquer le quotidien.	14	3
10	Codes sociaux qui discriminent en collectivité.	9	2
10*	Exigence sur l'unité d'accueil, demande de repères connus (par ATCD, info d'un tiers...).	9	2
11	L'hospitalisation permet une prise en charge globale incluant une prise en charge somatique étayante.	8	3
12	Délais avant hospitalisation parfois incompatibles avec l'instabilité de la précarité: passage aux urgences difficile ou refusé, risque de perdu de vue...	7	3
13	Que vont devenir mes lieux d'hébergement, mes affaires, ma famille, mon chien ?	7	1
14	Problématique de la fin d'hospitalisation à anticiper : fin anticipée, sortie à la rue, information au patient.	6	2
15	Lits réservés « précaires » avec membre de l'équipe soignante attitrés à la prise en charge.	5	2
16	Sevrage complexe en situation de précarité sociale.	4	2

16*	Rôle de l'Apex : accueil sans délai . Prise en charge spécifique ?	4	2
17	Méconnaissance des soignants de la richesse en pertinence des précaires .	4	1
18	Soins intra-hospitaliers par l'équipe mobile.	3	1
18*	Des hospitalisations courtes sont préférables.	3	1
18*'	Longueur des journées à l'hôpital : se retrouver face à soi-même .	3	1
19	Suivi de droit commun : comment sectoriser (date de naissance, lieux d'hébergement, squat, banc public habituel...), pourquoi sectoriser.	2	2
20	Hospitalisation : mode de soins peu usuel pour un demandeur d'asile.	2	1
21	Lien pour un accès aux traitements en post-hospitalisation.	1	1
22	Frein à l'hospitalisation : vécu complexe de la contrainte (antécédent de prison, de soins sous contraintes, auto-exclusion, unité fermée), vécu comme un piège.		
23	Prise en charge de l' hygiène comme soin.		
24	L'hospitalisation peut permettre de restaurer le lien social , s'ancrer à une réalité commune.		
25	Dormir , arrêter les cauchemars.		
26	Isolement social : rend vulnérable et favorise les soins sous contraintes.		
27	Nécessité d'un accompagnement physique.		
28	Reconnaissance d'un statut (administratif), reconnaissance du Sujet-malade (soins, lien).		
29	Crainte d'être avec des fous.		
30	L'hospitalisation par le « tour des SDF » est vécu comme une contrainte par l'équipe qui accueille .		
31	Évaluation de l' observance du traitement.		
32	Manger à sa faim .		
33	Peur de la iatrogénie de l'hospitalisation par l'EMPP-PASS par méconnaissance des spécificités clinique de ce public.		
34	Hospitalisation pour arrêter une prise en charge infantilisante par une association.		

Les propositions les plus importantes sont celles qui ont reçu le plus de points. 9 propositions se démarquent nettement de cette façon. Les propositions les plus populaires sont celles qui ont obtenu le plus grand nombre de votes. Les 7 propositions qui se démarquent ainsi font partie des propositions les plus importantes.

Les résultats détaillés de chaque groupe sont disponibles dans les annexes 2 et 3.

B. Sous-catégories

Dans un second temps, nous avons réparti l'ensemble des idées en sous-catégories.

Cette étape doit nous permettre de nous ajuster au plus près de la signification des idées avant d'émettre des propositions en vue d'améliorer l'accessibilité à l'hospitalisation de ce public.

Nous proposons, dans ce but, trois sous-catégories présentées dans les tableaux suivants :

Tableau 1 : SOLUTIONS

<i>Items</i>	Idées/Propositions	Total de points	Fréquence de vote
1	Cohérence du projet de soins en coordination EMPP-équipe intra. Travailler en lien avant, pendant et après l'hospitalisation du patient.	57	9
3	Formation des équipes intra : la méconnaissance des spécificités clinique de ce public (Sd d'auto-exclusion, le post-trauma) entraîne un effet « Patate chaude » en lien avec l'impossible de sectorisation.	42	9
7	Prendre le temps d'être soigné : « <i>cure et care</i> ».	17	4
9	Risque d' isolement à l'hôpital : recours aux interprètes indispensable, même pour expliquer le quotidien.	14	3
15	Lits réservés « précaires » avec membre de l'équipe soignante attirés à la prise en charge.	5	2
16*	Rôle de l'Apex : accueil sans délai . Prise en charge spécifique ?	4	2
17	Méconnaissance des soignants de la richesse en pertinence des précaires .	4	1
18	Soins intra-hospitalier par l'équipe mobile.	3	1
18*	Des hospitalisations courtes sont préférables.	3	1
24	L'hospitalisation peut permettre de restaurer le lien social , s'ancrer à une réalité commune.	0	0
	TOTAUX	149	32

Tableau 2 : BESOINS

<i>Items</i>	Idées/Propositions	Total de points	Fréquence de vote
2	Hospitalisation dans un contexte complexe : symptomatologie envahissante et risque de passage à l'acte . Nécessité d' observation clinique et de répondre aux besoins fondamentaux avant diagnostic.	54	9
4	Pathologie du lien : être accueilli humainement est primordial en début d'hospitalisation.	27	4
6	Rompre avec la douleur d'être déshumanisé , chercher un refuge protecteur.	20	5
8	Comprendre l'hospitalisation .	15	2
10*	Exigence sur l'unité d'accueil, demande de repères connus (par ATCD, info d'un tiers...).	9	2
11	L'hospitalisation permet une prise en charge globale incluant une prise en charge	8	3

	somatique étayante.		
13	Que vont devenir mes lieux d'hébergement, mes affaires, ma famille, mon chien ?	7	1
16	Sevrage complexe en situation de précarité sociale.	4	2
23	Prise en charge de l' hygiène comme soin.	0	0
25	Dormir , arrêter les cauchemars.		
28	Reconnaissance d'un statut (administratif), reconnaissance du Sujet-malade (soins, lien).		
31	Évaluation de l' observance du traitement.		
32	Manger à sa faim .		
34	Hospitalisation pour arrêter une prise en charge infantilisante par une association.		
	TOTAUX	144	28

Tableau 3 : LIMITES

<i>Items</i>	Idées/Propositions	Total de points	Fréquence de vote
5	Méconnaissance de la psychiatrie, du système de soins et de son organisation même dans le quotidien (/culture, langue...).	26	6
10	Codes sociaux qui discriminent en collectivité.	9	2
12	Délais avant hospitalisation parfois incompatibles avec l'instabilité de la précarité: passage aux urgences difficile ou refusé, risque de perdu de vue...	7	3
14	Problématique de la fin d'hospitalisation à anticiper : fin anticipée, sortie à la rue, information au patient.	6	2
18*	Longueur des journées à l'hôpital : se retrouver face à soi-même .	3	1
19	Suivi de droit commun : comment sectoriser (date de naissance, lieux d'hébergement, squat, banc public habituel...), pourquoi sectoriser.	2	2
20	Hospitalisation : mode de soins peu usuel pour un demandeur d'asile.	2	1
21	Lien pour un accès aux traitement en post-hospitalisation.	1	1
22	Frein à l'hospitalisation : vécu complexe de la contrainte (antécédent de prison, de soins sous contraintes, auto-exclusion, unité fermée), vécu comme un piège.	0	0
26	Isolement social : rend vulnérable et favorise les soins sous contraintes.		
29	Crainte d'être avec des fous.		
30	L'hospitalisation par le « tour des SDF » est vécu comme une contrainte par l'équipe qui accueille .		
33	Peur de la iatrogénie de l'hospitalisation par l'EMPP-PASS par méconnaissance des spécificités clinique de ce public.		
	TOTAUX	56	18

IV. DISCUSSION

A. Limites et validité des résultats du Groupe Nominal

A.1. Au sujet de la synthèse des résultats

Au cours des deux réunions nous avons obtenu 35 et 50 propositions. Après le travail de synthèse et de recoupement de toutes les propositions, nous avons répertorié un total de 38, présentées dans le tableaux des Résultats principaux (p. 13). 38 au lieu de 85 suggère une homogénéité des réponses des deux groupes.

Nous observons la même situation en ce qui concerne les propositions ayant reçu au moins un point : respectivement dans chaque groupe 21 et 20 propositions pour un total de 25 après synthèse. Cette homogénéité se retrouve également dans chaque groupe où nous observons que les propositions les plus importantes sont aussi les plus populaires.

Si l'on regarde maintenant plus loin dans le classement de synthèse, nous observons par contre des propositions qui pourraient être en contradiction avec d'autres. Alors qu'il est question en premier lieu d'un travail coordonné, en lien et de formation des soignants, nous observons à l'inverse l'idée que les soins intra-hospitaliers pourraient être réalisés par l'équipe mobile ou seulement à l'Apex (unité intersectorielle de post-urgence). Cela peut suggérer autant une divergence d'opinion qu'une absence de solution comme le suggère la proposition qui questionne la sectorisation pour un suivi de droit commun sans apporter de solution.

A.2. Au sujet des sous-catégories

Les propositions sont réparties à nombre équivalent dans les trois sous-catégories. Par contre il n'en est pas de même en ce qui concerne les résultats. En effet, les sous-catégories Besoin et Solution cumulent la quasi totalité des items importants laissant donc les limites sous représentées lors du vote. Ceci suggère que les participants lors de la hiérarchisation des données, se sont concentrés plus sur une volonté d'efficacité concernant les besoins et leurs solutions plutôt que sur les limites. Ceci peut être dû au fait que les débats n'aient pas court dans ce type d'étude. Cependant il ne nous semble néanmoins pas que cela représente un véritable handicap quant à l'étude menée, puisque la sous-catégorie des limites reste autant visible que les autres. Bien au contraire, la hiérarchisation a pour effet de mettre en

évidence les limites en faisant ressortir un certain déséquilibre, ce qui rappelle et met en valeur le fait que les limites évoquées demeureront probablement sans solutions. D'ores et déjà il nous faut retenir cette information car lorsque nous tenterons de proposer d'éventuelles possibilités d'aménagement du protocole d'accès à l'hospitalisation du public concerné, elle se révélera être de première importance, parce que restrictive.

B. L'isolement que révèle les résultats

Les résultats mettent l'accent en priorité sur un travail en lien entre l'extérieur et l'hôpital pour un projet de soins cohérent. Et si l'extérieur fait appel à l'hôpital c'est pour des situations complexes qui dépassent le cadre ambulatoire par l'intensité des symptômes, par le risque de passage à l'acte fréquent et où il semble que l'observation clinique et les besoins fondamentaux acquis soient prioritaires au diagnostic, or ce point se trouve particulièrement renforcé tout au long de la lecture du tableau, ce qui pourrait nous conduire à nous demander pourquoi en quatrième position apparaît l'importance d'un accueil humain alors qu'il semble évident dans un lieu de soins.

En effet les participants font allusion ici à une « pathologie du lien », un « syndrome d'auto-exclusion », des « codes sociaux qui discriminent »... Pour eux, « comprendre l'hospitalisation » devient donc prioritaire pour éviter l'isolement en collectivité, pallier à la méconnaissance des soins et de leur signification [6], informer, prendre le temps, se faire aider d'un interprète tout en se donnant l'opportunité d'évaluer justement, de comprendre, « se laisser surprendre par la pertinence d'un malade » redevenu sujet. Restaurer le lien social semble devenir ainsi la priorité dans ces situations complexes.

A travers ces résultats nous constatons que chercher refuge ou « asile », n'est pas une recherche de bénéfice secondaire dans sa connotation négative mais peut être la seule demande possible voir la seule tentative de sortir de la déshumanisation puisqu'il a été observé cliniquement que « plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide » [7], ce que nous verrons ultérieurement. D'après les participants il existe une véritable possibilité « iatrogénique » de l'hôpital envers le public précaire et ce, par méconnaissance des spécificités cliniques qu'implique un tel public. Ainsi, qu'une formation des équipes intra-hospitalières soit proposée paraît opportun selon eux.

En outre il ne faut pas oublier que ce public complexe cumule des difficultés de tous ordres et souvent contradictoires : demande de reconnaissance immédiate, peur du piège, des contraintes, des délais, la rupture avec la rue et la perte des liens stables que cette dernière constitue... ce qui fait de ce

même public une contrainte pour les équipes accueillantes. Cela renforce d'autant plus les difficultés d'accès aux soins de ces patients considérés comme dérangeants les habitudes de l'institution.

Parmi les nombreuses difficultés rencontrées, rappelons que le repère de la sectorisation n'existe pas pour eux, non plus que le délais d'admission parfois incompatible avec l'instabilité de la précarité, le cadre de soins toujours en débat quant au lieu et à sa durée, ainsi que la problématique de la fin d'hospitalisation et de l'observance du traitement de sortie. En outre l'hospitalisation se voit souvent couplée à un enjeu administratif - demande de certificat - ce qui peut mettre en porte-à faux la fonction du médecin.

Ces difficultés ne doivent pas faire oublier qu'offrir refuge est un soin, et que le simple fait de retrouver un sommeil de qualité peut être un objectif d'hospitalisation se révélant parfois complexe, comme manger à sa faim, bref retrouver une dignité humaine. Les résultats nous disent que l'hôpital peut être, doit être, le promoteur de ces missions et nous allons voir maintenant comment, d'après la littérature, l'hôpital peut être ce promoteur.

C. La littérature définit l'isolement pour mieux permettre d'en sortir.

Le paragraphe suivant n'a pas la prétention de se substituer à une revue de la littérature. Il cherche seulement à faire parler un peu plus les résultats au regard de ce qui peut être dit dans la littérature au sujet de la complexité des situations cliniques, des contradictions que celle-ci engendre et des aménagements spécifiques que cela suppose. Le but est d'élargir l'horizon de la réflexion pour mieux en cerner les besoins, les solutions et les limites suggérés par notre étude. Au-delà de la simple obtention de résultats, nous souhaitons proposer un aménagement du protocole appelé au CHAI « tour SDF ». Il nous est donc paru essentiel et pertinent de s'appuyer sur ce qui a été développé dans d'autres travaux de référence afin de mieux saisir l'ampleur de la complexité qu'implique la clinique de ce public particulier ainsi que d'en mieux discerner la dynamique inhérente.

C.1. La particulière vulnérabilité de la population précaire

La prévalence élevée des troubles psychiatriques chez le public précaire en France est bien connue grâce à la contribution des travaux de V. Kovess en 1996 [8] et largement confirmée en 2010 par l'enquête SAMENTA [9]. D'ores et déjà le public précaire semble inextricablement lié à un parcours d'insertion parsemé d'embûches et de risques variés dont le plan psychique est au demeurant,

le plus exposé.

Comme le rappelle E. Leaune dans son article [10] à partir d'une étude épidémiologique danoise menée en 2013 [11], il existe un lien direct entre apparition de trouble psychiatrique et migration. En effet, les immigrés présentent un risque accru de développer une schizophrénie ou une pathologie appartenant au spectre schizophrénique. Il en va de même pour leurs enfants qui par transmission de l'histoire parentale, sont sujets aux mêmes risques et ce pour l'ensemble des pathologies psychiatriques. Ce lien existant entre psychose et migration a été confirmé par plusieurs méta-analyses comme celle de Cantor-Graae et Selten en 2005 [12] ainsi que celle de Bourque et ses collaborateurs en 2011 [13]. De plus, une étude récente de Amad A., parue en 2013 [14] vient surenchérir à ce sujet en précisant que ce sur-risque pour les immigrés et leur famille peut s'étendre jusqu'à la troisième génération. C'est dire l'impact non négligeable que peut avoir l'immigration sur la santé psychique d'une population déracinée en perte de repères (culturels, sociaux, familiaux, religieux...).

Il nous faut aussi citer ici une autre corrélation non moins importante : précarité sociale et soins sous contraintes semblent être liés. Ce constat accentue les difficultés d'accès aux soins et en complique le contexte car selon l'étude de C. Marescaux et son équipe du DIM (Dispositif d'Information Médicale) de l'hôpital du Vinatier [15] il a été observé sur les ZUS (Zone Urbaine Sensible) de leur secteur que les résidents en ZUS ont 1,5 fois plus de risque d'être hospitalisés en psychiatrie que ceux ne résidant pas en ZUS et que de surcroît ces hospitalisations se font plus fréquemment dans le cadre d'un SDRE (Soin à la Demande d'un Représentant de l'État).

Tout ceci semble indiquer l'importance de l'influence que peut avoir sur le public précaire le milieu ambiant dans lequel il évolue. Toute une réflexion importante semble apparaître en filigrane au travers d'autres études et qui est celle de la place et du rôle que peut jouer l'univers de la rue sur un sujet dit précaire et qui peut grandement influencer, soit en positif soit en négatif, sur l'insertion d'un tel public. Ce constat, nous le verrons, pèsera sur les décisions à prendre quand à l'accompagnement de cette population hors de la rue car il ne faut pas oublier que « l'après rue » se révèle être tout aussi critique et délicat que la situation précédente de précarité pour plus de la moitié de la population étudiée. Pour cela il suffit d'aborder la question du logement.

En effet, l'accès au logement après un parcours de rue peut comporter certains risques pour la population en situation de précarité. Jean Furtos dans son article [16] montre les résultats d'un rapport de recherche-action antérieur mené entre 2009 et 2011 par l'équipe de l'ORSPERE-ONSMP [17]. Il y rappelle qu'une étude rétrospective du rapport observe « une augmentation de 50% des complications de santé après l'entrée en logement » de plus des deux tiers de la population étudiée et ce particulièrement pour deux groupes de personnes caractérisés par un retard de la demande de soin ou

un refus au soin. En outre un volet longitudinal de l'étude confirme pour sa part une augmentation par trois des hospitalisations en psychiatrie vers le 6ème mois de l'accès à un logement. Ceci implique donc que les chercheurs soient amenés non pas à remettre en cause la loi du droit au logement opposable [18]mais plutôt à « considérer les complications de santé comme faisant partie intégrante des accompagnements » [19]et interrogent leur prévisibilité et les moyens d'y faire face. Cela nous amène donc à questionner et considérer le mode d'action actuel pour pouvoir éventuellement envisager une amélioration possible.

C.2. Une action laborieuse, un constat mitigé

Jusqu'à présent le constat quant à l'efficacité des modes d'actions envisagés reste ambivalent. La complexité de ces situations pourrait expliquer à elle seule pourquoi la mission même des EMPP-PASSpsy, travailler en coordination, apparaît comme la solution numéro 1 à mettre en place. Pourtant, alors même que le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 [20]conforte les équipes dans cette mission première, dès 2007 une étude [21]du fonctionnement de près de la moitié des EMPP met en évidence un défaut de formalisation des modalités de recours aux équipes et des actions en réciprocité des partenaires. Le constat est fait que trop peu de conventions sont passées avec les partenaires sociaux, médico-sociaux et encore moins avec les partenaires médicaux.

Malgré le fait que dans les années 90, comme le rappelle P. Morcellet et son équipe [22]les pionniers de l'accompagnement au logement posaient leurs pratiques en terme d'articulation entre travailleurs sociaux, logement et psychiatrie, aujourd'hui encore, ce même travail en réseau demeure aussi sporadique qu'autrefois. Actuellement ces même pionniers dont C. Laval se fait l'écho, en viennent à affirmer que même si le « temps du psy-logeur est derrière nous », « le travail en réseau est indispensable » et de manière aussi prégnante qu'autrefois bien que la fonction sociale asilaire d'hébergement à l'hôpital quoi qu'en soit encore existante ne semble fonctionner aujourd'hui que de façon univoque et péremptoire tant elle en est venue à en oublier le rôle fondamental.

Les EMPP et PASS peinent donc à servir d'interface entre la psychiatrie et le social. Cela a pour effet un isolement de leur pratique et une saturation des dispositifs qui peinent à réorienter vers le droit commun le public précaire et qui débordent de leur mission initiale « en devenant un dispositif de soins pour les migrants précaires... ce qui apparaît coûteux pour l'hôpital » [23]. Les efforts semblent donc devoir converger en premier lieu vers une nouvelle approche plus ample de la population précaire tant

au niveau des solutions proposées que de la conception psychopathologique.

C.3. D'une nécessaire réélaboration du modèle psychopathologique

Il convient de rappeler que les équipes EMPP et PASS ont aussi été créées dans les années 90 comme le rappelle P. Morcellet [22] à la suite du rapport *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* de A. Lazarus [24] pour « s'intéresser positivement à la clinique psychosociale et penser de nouvelles élaborations psychopathologiques ». Du refus d'en faire une population spécifique allié à la conviction de devoir travailler différemment, émerge donc une clinique psychosociale dans laquelle le « traumatisme » devient le fondement. En effet, le « post trauma » évoqué par l'un des participants, à la manière d'un code sous-entendu connu du reste de l'équipe, déborde largement du simple SSPT (Syndrome de Stress Post-Traumatique). Cela est une nécessité car selon J.J. Tabary [25] « le SSPT recouvrant 90% des pathologies des demandeurs d'asile », ne suffit plus pour penser leur accompagnement. Il devient donc évident que le « post-trauma » dont il est question évoque en réalité un « syndrome per-traumatique ». Selon le même auteur, à la base de la psychopathologie se trouve un traumatisme dit « reviviscent » et qui vient s'ajouter à celui de l'exil, de la précarité au quotidien, de l'isolement culturel et linguistique, du temps qui ne guérit rien ou parfois-même qui vient s'associer à l'explosion de symptômes psychotiques.

A ce « traumatisme » nous devons ajouter le « concept de mesinscription » tout aussi fondamental proposé par A. Henri dans un article de la même revue [26] au sujet « des personnes supposées avoir des problèmes qui dans les faits produisent du trouble dans l'espace social ». Parce que c'est bien, et de par leur seule présence qui plus est, qu'ils mettent l'organisation symbolique de l'existence sociale des humaines en danger. Ceci les place irrémédiablement « dans un entre-deux incertain, ni dans la communauté ni à l'extérieur » ou plus précisément dans un « Plus là-bas et pas encore ici » pour reprendre les propos de J. Furtos [27]. Au-delà-même d'un lieu d'habitation, il s'agit d'une véritable « déshabitation de soi-même » (de son corps, ses pensées, ses émotions), d'une rupture du lien aux autres qui découle par clivage traumatique du désespoir absolu désobjectivant... Il est alors question du Syndrome d'auto-exclusion qui implique « un mode de survie par défenses paradoxales s'exprimant par la non-demande, la réaction thérapeutique négative ou l'inversion sémiologique des demandes » [28].

C.4. Du positionnement ambigu des équipes soignantes au modèle clinique psychosocial

Nous sommes donc face à une clinique psychosociale complexe qui implique des équipes débordées, isolées qui dans la pratique sont confrontées d'une part à la réticence de l'hôpital à jouer le rôle de relais et d'autre part à la peur de la « iatrogénie » de celui-ci concernant les patients. Ce manque de réciprocité confine les participants dans un paradoxe tant au niveau des demandes entre formation de l'intra et aller faire soi-même les soins intra, qu'au niveau plus concret des initiatives à entreprendre avec entre autre la tentation de faire sans l'hôpital même si à fortiori elles encourent le risque de s'exclure, répétant ainsi les symptômes de la population précaire.

L'équipe de l'ORSPERE-ONSMP avec son rapport sus-cité [17] propose un éclairage de ce paradoxe à partir des résultats montrant l'existence d'événement intervenant au niveau de la santé des professionnels de l'accompagnement. Les résultats de ces recherches, présentés dans un article par Jean Furtos [16] tendent à prouver que : « le patient qui a une difficulté à habiter a pour ainsi dire besoin d'être hébergé dans la relation » aussi, les professionnels de l'accompagnement se retrouvent alors à porter ce qui leur est confié par le public précaire et de façon disproportionnée souvent-même à leur insu et finissent par lutter pour que cela ne les détruise pas tant leur implication envers lui est devenu profonde.

Les résultats de l'étude montrent que cette relation avec le public précaire peut entraîner une fuite ou une transgression des règles habituelles du métier, favorisant selon les mots de l'auteur, une éthique individuelle du juste devoir (dite éthique d'Antigone) en opposition avec celle du groupe et de l'institution. Cela aboutit à l'émergence d'équipes sans support groupal, sans filet (Antigone exclusif) ce qui favorise comme cela a été observé, l'isolement, les démissions, les mutations, les *burn-out*... En contre partie et dans l'article déjà cité [27] Jean Furtos, comme pour expliquer les réticences de l'hôpital, va plus loin affirmant qu'un « rejet de nombre d'équipes soignantes vis-à-vis de ces situations comme refus d'être contaminé par ses souffrances portées, dans un contexte global peu propice à l'accueil de l'étranger » existe bel et bien.

Face à cette apparente contradiction entre les équipes confrontées à la réalité d'une action sur « le terrain » et s'exposant au risque qu'implique une relation directe et l'institution hospitalière qui tend à se protéger d'un tel public jugé indésirable quant à la cohésion du groupe, il est légitime de se demander quelles seraient les solutions envisageables pour mettre un terme à cette situation.

Il nous faut nous tourner vers les travaux de A. Pichon qui propose une solution en mettant les résultats du rapport de l'ORSPERE-ONSMMP en relation avec le concept de vicariance (en latin : remplaçant, assumer la fonction pour quelqu'un) [29]. Cette solution commence premièrement à un niveau individuel en considérant le fait que l'accompagnant doit avoir conscience que l'absorption en lui de la souffrance inappropriable de l'autre, nommée « traumatismation vicariante » est inévitable dans ce type d'engagement relationnel et induit une transformation négative du soi qu'il va lui falloir réactualiser s'il veut conserver son intégrité psychologique, émotionnelle et physique. Il doit aussi savoir qu'une attitude active de sa part suffira à rectifier ce qui fut induit par la relation.

Pour ce faire, il suffit pour l'accompagnant de remettre en narrativité la parole et la souffrance congelée chez son interlocuteur qu'il a captée lors de la relation et qui par voie de conséquence est entrée en vicariance chez lui. Il devient donc crucial de « nommer ces effets sur soi en leur donnant ainsi une légitimité professionnelle » en « passant à son tour par la médiation d'au-moins un autre » (le « psy », son équipe, une analyse de la pratique, des formations... un réseau de travail) afin de pouvoir rectifier et assumer pleinement le rôle d'accompagnant sans être victime de dommages collatéraux dus à la relation avec l'accompagné.

Cette souffrance ordinaire au travail ne doit pas pour autant être exhibée aux usagers qui doivent en être protégés. Tout l'intérêt du phénomène vicariant repose sur ce transfert qui ne doit être porté que collectivement pour renforcer l'éthique groupal. Ce travail réflexif par procuration en équipe appelé par A. Pichon « réflexivité vicariante » sera alors le point de départ de la réappropriation et de son assimilation par l'accompagné.

Ce modèle de clinique psychosociale peut alors être perçu comme une solution grâce à laquelle « une chaîne ou un réseau où la souffrance individuelle pourrait trouver à se traiter par vicariance, de proche en proche d'un individu à un ou plusieurs autres, dans un mouvement circulaire ». Dans ce système, la relation elle-même entre accompagnant et accompagné détient en soi la clé permettant de résoudre la contradiction entre équipe et institution par le truchement de la vicariance.

Malgré cette réticence première de l'institution hospitalière due au refus de contamination, il est nécessaire que la réflexivité vicariante puisse persister lors du relais de prise en charge afin que les équipes qui prendront en charge le patient ne soient pas en souffrance à leur tour et que leur attitude envers lui ne devienne pas alors contre-thérapeutique. Cet objectif ne semble pourtant pas inatteignable si l'on en croit les équipes intra-hospitalières de l'hôpital psychiatrique Montperrin. En effet, A. Marques et L. Velpry [30] insistent sur le fait que si les règles institutionnelles s'inscrivent dans une logique

clinique, alors les comportements des patients se font mieux adaptés et ainsi leurs troubles mieux tolérés par les équipes soignantes car alors attribués aux effets d'une pathologie plus qu'à un « choix de vie marginal ». La prise en charge peut rester ainsi saine et thérapeutique puisque libérée du postulat erroné que le patient précaire ne fait que profiter injustement du système en place. Cela prouve qu'une meilleure compréhension du patient précaire de la part de l'institution hospitalière suffirait à dissoudre ses réticences puisque ce qui sert de base à la réflexion vicariante est déjà en germe.

De plus un autre point doit être souligné en ce qui concerne la position privilégiée qu'occupe au regard de l'hôpital l'EMPP auprès du public précaire et qui avec certains remaniements formerait la base d'une collaboration bien plus efficace qu'actuellement. En effet l'EMPP occupe une place de première importance « d'interlocuteur potentiel dans ce contexte particulier d'isolement social de ce public pour identifier les interlocuteurs extérieurs, obtenir l'adhésion de la personne à la nécessité de soins, effectuer le lien avec l'équipe pour expliquer le contexte, anticiper la sortie et le projet prévu derrière, permettre de lutter contre le sentiment d'impuissance lié aux hospitalisations courtes et répétées ».

En outre il ne faut pas oublier que la durée des soins de ce public qui heurte souvent celle attendue et souhaitée par les équipes de l'hôpital permet au travers de l'EMPP « la construction du sens de l'hospitalisation au cours d'une période plus longue, comprenant plusieurs séjours et rappelle par son importance les difficultés qu'engendre la sectorisation défectueuse de ce public ». Par conséquent les PASS et EMPP deviennent alors selon les propos de Ion J. et Ravon B. [31] des « lieux d'adaptation de l'institution », une zone tampon en quelque sorte qui peut ainsi proposer un travail en continuité pour pallier à l'absence de secteur et faciliter l'articulation des « blocs de compétences institutionnels ». Un tel travail cohérent et en réseau élaboré autour du patient permettrait d'obtenir une meilleure qualité de soin. Et c'est bien vers le patient en ce qu'il représente d'individuel que doivent s'articuler tous les efforts que ce soit de la part de l'EMPP ou de l'institution hospitalière car comme le rappelle N. Chambon [32] « il importe par tous les moyens, de faire exister le soin, et de le faire perdurer face à un public vulnérable qui n'accepte pas forcément le cadre de soin, sa temporalité longue et la rigueur qu'il implique ».

V. PROPOSITION D'AMÉNAGEMENT DU PROTOCOLE

Les résultats de notre étude après discussion et forts de leur confrontation avec un modèle clinique psychosocial nous amènent à proposer des modifications à la procédure institutionnelle d'accueil en hospitalisation du public précaire tant d'un point de vue organisationnel que clinique. Nous proposons enfin un résumé de la procédure à destination des équipes soignantes rédigé de façon à mieux les guider dans ces prises en charges complexes.

A. Au niveau de l'organisation des soins

Éclaircir les règles d'admission en l'absence de secteur

Actuellement, pour reprendre les termes du tour SDF actuel, l'adresse aux structures hospitalières est faite en l'absence d'adresse de domicile, en fonction du mois de naissance. Les résultats de notre étude ne nous permettent pas de proposer un autre référentiel bien que d'autres suggestions aient pu être faites par les participants interrogés. En effet trop de questions restaient en suspens du fait que l'entretien de groupe excluait le débat alors qu'il serait tout de même intéressant voir important dans une autre étude de pousser plus avant la réflexion. Cependant il nous est permis d'ors et déjà d'avancer certaines propositions d'aménagement.

Le point saillant de la problématique demeure la rotation qui n'est autre que le changement de référence de pôle d'une année sur l'autre ce qui ne permet pas au public précaire de s'inscrire au sein d'un même pôle sur un laps de temps plus long en dehors d'un seul séjour. Nous proposons donc qu'il n'y ait plus de rotation afin de permettre aux patients d'être toujours admis dans le même pôle et à fortiori dans la même unité qui deviennent de ce fait leurs pôle et unité de référence. Cette suppléance au secteur permettra de donner des repères aux patients et aux soignants comme nous l'avons évoqué précédemment au sujet de l'élaboration du sens de l'hospitalisation.

Aménager les délais et conditions d'admission

Au regard des résultats, il apparaît que l'absence de CMP de référence ralentit l'admission à l'hôpital et entraîne un passage aux urgences délétère et dissuasif pour le patient. Les délais d'admission à l'hôpital devraient donc être les plus courts possible. Pour le cas particulier des sevrages, ceux-ci doivent être considérés comme complexes. Les délais et les pré-requis à l'hospitalisation comme les contrats de soins écrits doivent être adaptés à la situation de précarité qui ne tolère aucun délai. Il serait intéressant que l'EMPP soit mis en lien avec l'unité intersectorielle d'addictologie du CHAI pour

travailler sur cette question.

La prise en charge par l'Apex devrait rester effective uniquement dans le cadre de ses missions établies et ne pas en déborder. En effet, s'agissant d'une unité intersectorielle de post-urgence, elle n'a pas mission d'assurer des soins au long court. Il serait dangereux qu'elle devienne l'unité de secteur des SDF car elle favoriserait d'autant plus leur exclusion à un accès de droit commun.

Indépendamment de la question de l'Apex, l'idée d'une unité de secteur « spécialisée » dans la prise en charge hospitalière du public précaire ou de soignants « spécialisés » dans chaque unité pourrait faciliter un travail en réseau avec les accompagnants extérieurs et la formation des équipes soignantes. Cette question pourrait être discutée au sein de l'institution comme elle apparaît en débat dans nos résultats.

Promouvoir un travail en réseau porté par l'EMPP

L'EMPP devrait être impliqué systématiquement lors de chaque hospitalisation d'un patient SDF. Sa mission n'est pas de remplacer les soignants de l'unité d'accueil mais au regard de la place qu'elle occupe auprès des patients, de permettre à celle-ci de mieux s'adapter à la situation de grande vulnérabilité du patient qu'elle accueille. Dans cette situation, l'EMPP permettrait donc d'identifier avec plus de pertinence les interlocuteurs extérieurs, expliquer le contexte et le sens de cette hospitalisation... et même accompagner l'équipe dans la prise en charge du patient par sa connaissance de la clinique psychosociale. Du fait d'une telle collaboration c'est le sens du séjour à l'hôpital et celui de sa sortie, en lien avec le secteur social qui pourrait être construit de façon cohérente. L'EMPP devrait ainsi jouer un rôle de ressource du fait des connaissances pratiques et de première main qu'il possède pour permettre de lutter contre et donc de mieux comprendre les difficultés que rencontre l'équipe dans l'accompagnement du patient.

B. Au niveau clinique

Le sens de l'hospitalisation

Il devrait être compris par tous tant de la part des soignants que des patients. Nous avons vu précédemment comment la construction du sens de l'hospitalisation permettait une meilleure adaptation du patient au cadre de soins et une meilleure implication des équipes. Cette élaboration du sens permet d'atténuer voir de supprimer le sentiment d'impuissance des équipes en lien avec un travail en réseau où l'EMPP et les accompagnants extérieurs ont toute leur place dans la mise en place d'un soin au long court.

Observation clinique

Un temps d'observation clinique est primordial. Le patient doit préalablement retrouver un environnement sécurisant avant que la question du diagnostic puisse être évoquée. Le quotidien n'est sécurisant que s'il est compris aussi, une attention toute particulière doit être portée tant sur la communication que sur la compréhension que le patient peut avoir du quotidien de l'unité. De plus un interprète professionnel devrait être systématiquement proposé au patient dont la langue maternelle n'est pas le français. L'expression de ses affects dans une langue autre que sa langue d'origine étant au demeurant d'une plus grande complexité.

Répondre aux besoins fondamentaux

La survie et la déshumanisation qu'imposent parfois les conditions de vie précaire doivent être prises en compte pour redonner au malade un statut de sujet et lui permettre alors de rencontrer les soignants. L'hospitalisation peut parfois se « limiter » à cette mission.

Répondre aux difficultés de l'équipe accueillante

Si la traumatisation vicariante semble inéluctable même pour les équipes accueillantes, sa réflexivité, en lien avec un travail en réseau, devrait être mise en application immédiatement avec l'aide des connaissances psychosociales de l'EMPP.

Le point particulier de la fin de l'hospitalisation

Il doit être évoqué le plus tôt possible en amont et ce en lien avec l'EMPP car il est souvent une clef pour la construction du sens de l'hospitalisation. Il est important à ce moment de ne pas omettre l'appui précieux que représentent les structures médico-sociales extérieures.

C. Règles pour l'hospitalisation des patients SDF

Objet

Cette procédure a pour but de décrire une règle institutionnelle fiable pour l'hospitalisation et la prise en charge des patients SDF.

Domaine d'application

Cette procédure concerne les patients SDF hospitalisés au CHAI.

Définition de Sans Domicile Fixe

- patient ne disposant d'aucune adresse,
- sièges sociaux des administrations sans capacité d'hébergement,
- hébergement d'urgence limité à quelques jours,
- sans résidence stable.

Procédure à destination des pôles

1. Principe d'attribution d'un pôle de référence pour les patients SDF

L'attribution d'un pôle de référence se fait en fonction du mois de naissance du patient selon le tableau suivant :

Mois	Janv.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
<i>Pôle DRAC-Trièves</i>	X			X			X			X		
<i>Pôle Grenoble Sud Isère</i>		X			X			X			X	
<i>Pôle Voironnais</i>			X			X			X			X

Il n'y a plus de rotation par année. Ainsi un patient hospitalisé dans un pôle retournera dans ce même pôle à sa prochaine hospitalisation.

2. Principe d'attribution d'unité au sein de chaque pôle pour les patients SDF

S'il ne s'agit pas pour le patient de sa première hospitalisation au CHAI, un accueil dans la même unité qu'aux précédentes hospitalisations doit être préféré en l'absence de contre-indication (indication d'une unité fermée...)

3. Modalités d'hospitalisation

Chaque pôle doit assurer, pour les patients SDF dont il est le référent, l'organisation de l'accueil du patient en lien avec le médecin ou la personne qui en fait la demande.

Le passage par les urgences doit être évité le plus possible.

Procédure à destination des unités de soins de secteur

Note : les modifications de la procédure d'attribution d'un pôle pour les patients SDF que vous accueillez et la procédure de prise en charge qui suit ont pour but de diminuer les difficultés d'accès aux soins de ce public

particulièrement vulnérable et de diminuer vos difficultés d'accompagnement.

1. Langue étrangère

Dans le cas où le patient a une langue maternelle différente du français :

- La présence d'un interprète professionnel est-elle nécessaire ?
- Demandez toujours l'avis du patient.

Note : la compréhension des actes du quotidien de l'unité peuvent faire l'objet d'un entretien avec interprète.

2. Informez-vous des motifs d'hospitalisation et du sens de l'hospitalisation

Assurez-vous qu'ils soient aussi connus et compris du patient.

3. Informez le patient des raisons de son arrivée dans votre unité.

Vous êtes, au même titre qu'un patient de secteur, son unité de référence au sein d'un réseau d'accompagnement plus vaste.

4. Informer systématiquement l'EMPP (n° de tél : 04 56 58 83 70)

Cela vous permettra de vous inscrire dans un réseau d'accompagnement d'un public précaire et de rompre l'isolement de votre prise en charge.

L'EMPP :

- Permet de pallier à l'absence de secteur par un travail coordonné en réseau adapté aux pathologies de la précarité.
- Fait le lien avec les accompagnants extérieurs (structures médico-sociales, associations...)
- Vous accompagne dans les soins tout au long de l'hospitalisation.
- Construit avec vous les objectifs de l'hospitalisation, notamment ceux de la fin de prise en charge.
- Vous aide dans la compréhension de vos difficultés en se référant à la clinique psychosociale.

5. Portez une attention particulière aux besoins fondamentaux

6. En réunion d'équipe transdisciplinaire

En présence de l'EMPP et d'autres professionnels accompagnants,

- faites part de vos incompréhensions, de vos difficultés,
- assurez-vous que l'ensemble des corps de métiers de l'équipe soit présent car il est reconnu que les demandes du patient ne sont pas toujours adressées à la personne à laquelle nous nous attendons.

VI. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre une technique de travail simple au service de la question complexe des besoins en soins psychiatriques des populations dites précaires et plus particulièrement d'explorer leurs difficultés tant au niveau de l'accès que de leur prise en charge en hospitalisation. Nous avons vu à travers les demandes adressées à l'équipe de l'EMPP-PASSpsy du CHAI par les patients en situation de précarité ou pressenties par celle-ci et plus particulièrement lors de leur accompagnement dans une démarche d'hospitalisation quels pouvaient bien être leurs réels besoins. Cela nous a donc permis de mettre en évidence les difficultés qu'un tel public si particulier tant dans son fonctionnement individuel et relationnel que dans sa situation sociale et médicale peut rencontrer au sein d'une institution telle que le CHAI. En outre ces informations recueillies auprès de ladite équipe permet de mieux comprendre comment le protocole d'admission aux soins peut ainsi en restreindre l'accès et générer bon nombre d'incompréhensions et de réticences tant au niveau des équipes accompagnantes et d'accueil que du patient lui-même. A travers les résultats de l'étude, s'est élaboré un portrait d'une particulière vulnérabilité du public précaire auquel vient s'ajouter un profond isolement social. La situation de ces patients finit par se répercuter sur les équipes soignantes de premier recours qui à leur tour en difficulté dans leur mission d'accompagnement rendent ainsi l'accès au soin doublement complexe puisque ni patient ni soignant n'arrivent à s'accorder aux exigences d'une institution réticente à les accueillir. Nous avons pu considérer cette ambiguïté comme la manifestation d'une psychopathologie encore en élaboration et qui mise en corrélation avec les modèles de la clinique psycho-sociale permet d'en renouveler le sens. Les résultats, après discussion, révèlent les limites du protocole ayant cours au CHAI en ce qui a trait à l'hospitalisation des patients précaires et nous autorise à en proposer des aménagements dans le but d'un travail d'équipe coordonné pour une meilleure continuité des soins et respectant les exigences spécifiques que ce public nous invite à avoir envers lui.

Dès à présent il serait important d'ouvrir le débat pour que la prise en charge qui s'inscrit de fait dans une continuité de soins soit reconsidérée auprès des CMP pour favoriser l'accès au droit commun de ce public comme semble l'affirmer 2 des 10 axes du projet médical d'établissement 2015-2019 au CHAI qui propose de réaffirmer une logique de parcours de soins en facilitant l'accès et la continuité et de défendre aussi la qualité des soins.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Benkorichi, M., & Vignal, M. (2012). État des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil. Rapport de synthèse. Réseau Samdarra. 9-12.
- [2] Meunier, J. M., & Université du Québec à Hull. Groupe d'étude et de recherche en intervention sociale. (1994). L'utilisation du groupe nominal dans l'identification des besoins d'une clientèle de soins palliatifs à domicile. Hull : Groupe d'étude et de recherche en intervention sociale, Université du Québec à Hull.
- [3] Van de Ven, A.H. & Delbecq, A.L. (1972). The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J public health*, march 1972, 62, 337-342.
- [4] Ouellet, F. (1987). L'utilisation du groupe nominal dans l'analyse des besoins. in Deslauriers, J.P. *Les méthodes de la recherche qualitative*. P.U.Q.: Sillery, 67-80.
- [5] Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., Hbrook, R. (1984). Consensus method: characteristics and guidelines for use. *AJPH*, Sept 1984, vol74, 9, 979-993.
- [6] Benkorichi, M., & Vignal, M. (2012). État des lieux national de la prise en charge et de la prise en compte de la santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile au sein du dispositif national d'accueil. Rapport de synthèse. Réseau Samdarra. *Récits et paroles de migrants en quête d'asile. Quels enjeux ? Quels effets sur la santé mentale ?*, 3-5.
- [7] Furtos, J. (dir) (2008). *Les cliniques de la précarité - contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Masson, p125
- [8] Kovess, V., & Mangin-Lazarus, C. *La santé mentale des sans-abris dans la ville de Paris*, 1996. Association l'Élan Retrouvé.
- [9] Laporte, A., Chauvin, P. (2010). Rapport sur la SANTÉ MENTale et les Addictions des personnes sans logement personnel en Île-de-France p63-82, disponible sur le site de l'observation du samu social d'Île-de-France.
- [10] Leaute, E., Zeroug-Vial, H. (2014). Psychose et migration: entre clinique, épidémiologie et politique, *Rhizome* 52, 13.
- [11] Cantor-Graae, E., & Pedersen, C. B. (2013). Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. *JAMA psychiatry*, 70(4), 427-435.
- [12] Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.
- [13] Bourque, F., Van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychological medicine*, 41(05), 897-910.

- [14] Amad, A., Guardia, D., Salleron, J., Thomas, P., Roelandt, J. L., & Vaiva, G. (2013). Increased prevalence of psychotic disorders among third-generation migrants: Results from the French Mental Health in General Population survey. *Schizophrenia research*, 147(1), 193-195.
- [15] Marescaux, C., Héchinger, M., Joubert, F. (2014). Psychiatrie et santé publique : du sujet au groupe, le département d'information médicale au service des équipes de psychiatrie. *Rhizome* 52, 5-7.
- [16] Furtos, J. (2014). L'accompagnement au logement : importance, difficultés, risques, exigences (avoir un logement n'est pas habiter). *Rhizome* 51, 13.
- [17] Colin, V., Pichon, A., Bonneval, L., & scientifique de l'ONSMP-ORSPERE, D. (2012). Aspects psychosociologiques et éthiques de l'accompagnement au logement de personnes ayant un long parcours d'errance.
- [18] Loi "DALO" n°2007-290 du 5 mars 2007.
- [19] Bonneval, L. (2014). Peut-on mesurer les complications de santé consécutives à l'entrée dans le logement de personnes sans-abri. *Rhizome*, 51, 25-28.
- [20] Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 disponible en ligne sur sante.gouv.fr.
- [21] Mercuel, A. & Furtos, J. (dir) (2008). *Les cliniques de la précarité - contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Masson, p218-222.
- [22] Morcellet, P., Mantello, V., Buet, F., Agoudjil, F. (2014). Accompagnement et maintien au logement dans la psychiatrie de secteur et les politiques publiques à Marseille. *Rhizome*, 51, 37-42.
- [23] Chambon, N., Le Goff, G., Cochet, P., (2013). Le "migrant précaire" PASSe à l'hôpital psychiatrique, *Rhizome* 48, 13.
- [24] Lazarus, A., & Strohl, H. (1995). Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au RMI, DIV-DSU, La documentation française.
- [25] Tabary, J.J. (2013). Traumatismes et exil: le certificat "étranger malade" est-il utile ?, *rhizome* 48, 10.
- [26] Henri, A. (2013). Le migrant précaire comme objet mesinscrit, *Rhizome* 48, 3-4.
- [27] Furtos, J. (2013). Quelques aspects inhabituels de l'habiter chez le migrant précaires, *Rhizome* 48, 14.
- [28] Furtos, J. (dir) (2008). *Les cliniques de la précarité - contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Masson, p118-133
- [29] Pichon, A. (2014). Vicariance dans l'accompagnement et la clinique psychosociale, à partir d'une recherche sur l'accompagnement au logement. *Rhizome* 51, 20-24.
- [30] Marques, Ana, and Livia Velpry. "L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité." *L'information psychiatrique* 89.6 (2013): 465-472.

[31] Ion, J., Ravon, B. (2005). Institutions et dispositifs, dans le travail social en débat, La Découverte, p71-85.

[32] Chambon, N. (2013). Le migrant précaire comme figure du débordement, Rhizome 48, 5-6.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Descriptif des groupes

Nombre de professionnels rencontrés : 10

Nombre de professionnels participants aux réunions : 10

- 1 psychiatre, praticien hospitalier,
- 1 interne en psychiatrie,
- 1 cadre infirmière et cadre supérieure de pôle,
- 3 infirmières,
- 2 psychologues
- 1 assistante-sociale,
- 1 secrétaire médicale.

Les participants ont été répartis dans les 2 groupes :

Groupe 1

5 femmes dont :

- une cadre supérieure de santé et cadre de l'unité,
- une secrétaire médicale,
- une psychologue,
- une assistante sociale,
- une infirmière.

La moyenne d'âge du groupe est de 48,5 ans (62 et 34 ans pour les extrêmes). Le temps d'expérience de travail en psychiatrie peut varier de 30 années avec une moyenne de 20,4 ans. Plus spécifiquement, le temps d'exercice professionnel autour du public dit précaire est, lui, plus uniforme avec de 2 à 5 ans d'expérience, moyenne de 3,8 ans.

Elles estiment toutes avoir eu connaissance de 5 à 10 hospitalisations de ce public et en avoir accompagné entre 0 et 5.

Groupe 2

3 femmes et 2 hommes dont :

- un praticien hospitalier,
- deux infirmières,
- une psychologue,

– un interne en psychiatrie.

La moyenne d'âge du groupe est de 40,5 ans (65 et 29 ans pour les extrêmes). La moyenne d'expérience de travail en psychiatrie du groupe est de 17,5 ans (4 et 42 ans sont les extrêmes). Les temps spécifiques d'exercice auprès de ce public varie de 1 semestre (pour l'interne) à 15 ans avec une moyenne de 7,3 ans.

Eux aussi estiment avoir eu connaissance de 5 à 10 hospitalisations et en avoir accompagné personnellement entre 0 et 8.

Les deux groupes apparaissent donc assez homogènes. On remarque par contre pour l'ensemble des participants un net écart entre l'expérience générale en psychiatrie (19 ans en moyenne) et celle plus spécifique auprès du public précaire (5,5 ans).

Annexe 2 : Résultats du groupe 1

RANG	Idées / Propositions	Total	Fq
1	Travail du lien intra-EMPP avant, pendant, après l'hospitalisation	29	5
2	Pathologie du lien : être accueilli humainement est primordial	27	4
3	Formation des équipes intra-hospitalières	21	4
4	Méconnaissance du déroulement de l'hospitalisation / la culture ou la langue	20	3
5	Comprendre l'hospitalisation, Comment va se passer mon hospitalisation	15	2
6	Recours aux interprètes	10	2
7	Avoir des repères avec des soignants qu'ils connaissent en intra (lien)	9	2
8	Codes sociaux qui les discriminent	9	2
9	Que vont devenir mes lieux d'hébergement, mes affaires, ma famille	7	1
10	Lits réservés « précaires » avec membre de l'équipe soignante attirés	5	2
11	Méconnaissance du post-trauma et du syndrome d'auto-exclusion	5	1
12	Délai des démarches incompatible avec l'instabilité de la précarité	4	2
13	Rôle de l'Apex : accueil sans délai, prise en charge spécifique	4	2
14	Se couper d'un contexte	3	1
15	Soins intra par les équipe mobiles	3	1
16	Incompréhension du quotidien / au rythme, à la langue, la culture, la pathologie...	2	2
17	Expliquer la post-hospitalisation	2	1
18	Quel critère pour sectoriser ? (date de naissance, lieux d'hébergement, squat, banc public habituel...)	2	1
19	L'hospitalisation permet une prise en charge somatique	2	1
20	Lien pour un accès aux traitement en post-hospitalisation	1	1
21	Faire un break	0	0
22	Grande crainte de l'hôpital	0	0
23	Antécédent de vécu difficile d'hospitalisation sous contrainte	0	0
24	Est-ce que je vais être avec des fous ?	0	0
25	Dormir	0	0
26	Sevrage d'alcool et de produits	0	0
27	Informé d'une hospitalisation courte est rassurant	0	0
28	Prise en charge des chiens ?	0	0
29	L'hospitalisation par le « tour des SDF » est vécu comme une contrainte par l'équipe qui accueille	0	0
30	Est-ce que je peux mettre fin à l'hospitalisation plus tôt ?	0	0
31	Difficile d'envisager une sortie de soins à la rue	0	0
32	Prévoir le suivi en secteur post-hospitalisation est compliqué	0	0
33	Le « tour SDF » ne résout pas la question du suivi	0	0

34	Quel intérêt de les sectoriser ?	0	0
35	L'hospitalisation amène un nouveau regard, permet un bilan global de la personne	0	0

Annexe 3 : Résultats du groupe 2

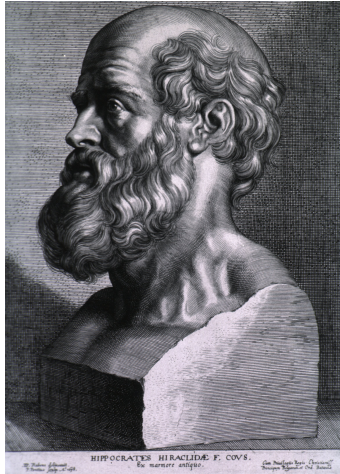
Rang	Idées / Propositions	Total	Fq
1	Cohérence du projet de soins à coordonner ensemble (Empp-intra)	28	4
2	Pour apaiser une symptomatologie envahissante ou un risque de passage à l'acte	23	3
3	Pour observation clinique	19	4
4	Méconnaissance de ce public par l'intra vu comme « Patate chaude »	16	4
5	Méconnaissance de la psychiatrie du système de soins et de son organisation (/culture, langue...)	15	4
6	Pour être soigné : « <i>cure et care</i> »	15	3
7	Répondre aux besoins fondamentaux avant diagnostic	12	2
8	Être rassuré et entouré par un cadre protecteur	12	2
9	Savoir si la douleur physique a une explication organique	6	2
10	Sevrage alcool et produits dans contexte de précarité sociale	4	2
11	Question de l'après hospitalisation à anticiper	4	1
12	Faible disponibilité des interprètes : isolement à l'hôpital	4	1
13	Méconnaissance des soignants de la richesse en pertinence des précaires	4	1
14	rupture avec le quotidien	3	1
15	Passage par les urgences difficile ou refusé par les patients	3	1
16	Longueur des journées à l'hôpital : se retrouver face à soi-même.	3	1
17	Séjour court sinon insupportable	3	1
18	Être protégé de la violence de la rue qui fait peur	2	1
19	Prendre le temps	2	1
20	hospitalisation : mode de soins peu usuel pour un demandeur d'asile	2	1
21	Besoin d'une réponse immédiate	0	0
22	L'hospitalisation a une fonction apaisante quand elle est évoquée	0	0
23	Exigence sur l'unité d'accueil (par ATCD, info d'un tiers...)	0	0
24	Dormir	0	0
25	« Privation » de liberté (protocole hospitalier) : frein à l'hospitalisation	0	0
26	Demande accompagnée / médecin ou soignant, peu de demande spontanée	0	0
27	Lien avec l'équipe intra et le patient pendant l'hospitalisation	0	0
28	Définir la durée et les objectifs de l'hospitalisation avant		0
29	Arrêter les cauchemars	0	0

30	Évaluation de l'observance du traitement	0	0
31	Reconnaissance d'un statut (de malade) pour les administration : peur de l'intra	0	0
32	Être reconnu comme sujet malade	0	0
33	Raccrocher aux soins par une hospitalisation suite à une rupture de soins	0	0
34	Manger à sa faim	0	0
35	Casser l'isolement, restaurer un lien social	0	0
36	Se mettre à l'abri pour pouvoir se laisser aller	0	0
37	Bénéficier d'un lieu de propreté	0	0
38	Prise en charge de l'incurie « pathologique »	0	0
39	Frein à l'hospitalisation : absence d'entourage favorisant les soins sous contraintes	0	0
40	Fragilité par absence d'entourage	0	0
41	Être protéger de soi-même	0	0
42	Prise en charge globale du sujet	0	0
43	Difficulté de la contrainte / antécédents	0	0
44	Atténuer la tristesse, la douleur d'être déshumanisé	0	0
45	Ancrage à une réalité commune	0	0
46	Nécessité d'un accompagnement physique par soignant vers l'hospitalisation	0	0
47	Difficulté de la proximité en collectivité	0	0
48	Hospitalisation pour arrêter une prise en charge infantilissante par une association	0	0
49	Hospitalisation vécu comme piège pour un retour au pays	0	0
50	Peur de la iatrogénie de l'hospitalisation par l'EMPP-PASS par méconnaissance	0	0

Annexe 4 : Matériel d'études

*Illustration : Fichette de vote
pondérée*

Illustration : Feuille de travail A4



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.