

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTES DE MEDECINE**

---

ANNEE 2014

2014 TOU3 1520

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Aimie GILBERT**

le 01 AVRIL 2014

**LA CONTINUITÉ DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN SORTIE  
D'HOSPITALISATION POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE  
GRANDE PRÉCARITÉ. ÉTAT DES LIEUX DANS L'AGGLOMÉRATION  
TOULOUSAINE.**

Directeur de thèse : Docteur Nicolas VELUT

**JURY**

Président :	Professeur Jean-Philippe RAYNAUD
1er assesseur :	Professeur Laurent SCHMITT
2ème assesseur :	Professeur Christophe ARBUS
3ème assesseur :	Docteur Karine FAURE
Suppléant :	Docteur Julien BILLARD
Membre invité :	Docteur Nicolas VELUT
Membre invité :	Docteur Samia GOUCHENE



**TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2012**

**Professeurs honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE	Professeur Honoraire	Mme ARLET

**Professeurs émérites**

Professeur GHISOLFI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur JL. ADER
Professeur MURAT	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MANELFE	Professeur H. DABERNAT
Professeur LOUVET	Professeur F. JOFFRE
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur J. CORBERAND
Professeur CARATERO	Professeur JM. FAUVEL

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FORTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs  
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail  
Dr NIEZBORALA M.

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
M. BISMUTH S.	

**M.C.U.**

Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.  
Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.

## **Remerciements**

### **À Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

J'ai apprécié vos enseignements tout au long de l'internat, particulièrement au cours de mes stages en pédopsychiatrie. Vous et votre équipe m'avez accueillie et accompagnée avec beaucoup de bienveillance pendant mon stage au sein de l'Hôpital de Jour des Grands, j'en garde un très bon souvenir, j'y ai aussi beaucoup appris.

### **À Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

J'ai apprécié la qualité de votre enseignement, votre bienveillance ainsi que votre disponibilité tout au long de mon internat, et tout particulièrement au cours du semestre passé au sein de l'UF 1. Mes années de tutorat avec vous ont été également une expérience riche et enthousiasmante.

### **À Monsieur le Professeur Christophe ARBUS**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci pour la qualité de votre enseignement au cours de l'internat, et pour l'intérêt de vos connaissances dans le domaine de la psychiatrie du sujet âgé.

## **À Madame le Docteur Karine FAURE**

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Mon stage à l'UF 1 n'aurait pas été le même sans ta présence. J'ai beaucoup apprécié ton implication auprès des internes, ton accompagnement chaleureux et ton sens de l'humour.

## **À Monsieur le Docteur Julien BILLARD**

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci de m'avoir accordé du temps pour répondre à mes questions sur le programme « Un chez soi d'abord ».

## **À Monsieur le Docteur Nicolas VELUT**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.

Vous m'avez accompagné patiemment au cours de la production de ce travail. Vos connaissances et votre expérience dans le domaine du soin aux personnes précaires m'ont été d'une grande aide. Je vous remercie également de m'avoir introduit auprès de professionnels dont les témoignages m'ont beaucoup apporté.

## **À Madame le Docteur Samia GOUCHENE**

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Ta bonne humeur et ta générosité m'ont accompagné tout au long de l'internat. J'ai énormément apprécié ton soutien et tes encouragements ces derniers mois pour m'aider à enfin terminer ce travail. Un grand merci pour ta patience...

Je remercie également...

**Pierre CABANES**, infirmier à l'EMS, pour sa grande disponibilité. Vos histoires cliniques m'ont permis d'enrichir mon travail. Votre énergie et votre implication m'ont beaucoup touchée.

**Yves CEVENNE, Sylvie BRISE et toute l'équipe de la Halte-Santé**, qui m'ont accueilli si chaleureusement dans leur structure. Vos témoignages ont été précieux pour mon travail.

**Hakima SAADI**, de la PASS Psy, qui m'a accordé du temps malgré un planning je le sais extrêmement chargé.

**Le Dr Karine PARIENTE**, pour m'avoir reçu aussi rapidement et avec une grande gentillesse.

**Les Drs Chantal CAMILLERI et Pascal MARY** du secteur 8 à l'Hôpital Marchant, pour m'avoir donné l'opportunité d'étudier les dossiers des patients précaires du service ainsi que de participer à une réunion de supervision dans un CHRS. Merci également pour la documentation sur l'USPS de l'Hôpital Marchant.

Les médecins, infirmiers, psychologues, secrétaires, aide-soignants, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs, et j'en oublie sûrement, que j'ai croisé tout au long de mon internat, qui m'ont accueillie avec bienveillance et fait bénéficier de leurs expériences.

J'ai une pensée particulière pour l'**(ex-)équipe du SIAP (2006-2007)**, service qui n'existe plus aujourd'hui, où j'ai effectué mon premier stage en tant qu'interne à Toulouse. Ce furent 6 mois très mouvementés, mais le soutien de l'équipe et notamment des infirmières a été inestimable.

Pour l'**équipe du secteur 2 de Montauban (2007)**, qui m'a accueilli avec une gentillesse incroyable.

Pour l'**équipe du Centre Dide (2009-2010)**, qui entretenait une ambiance chaleureuse et détendue malgré un travail si difficile.

Et encore un très grand merci...

à ma grand-mère **Paulette**, qui aurait été très fière j'en suis sûre. Je pense toujours bien à toi...

à **ma mère**, qui a assuré la relecture de cette thèse, et corrigé les (rares) fautes d'orthographe.

à **ma tante Régine**, pour ses nombreux encouragements.

aux amis qui m'ont encouragé et redonné le sourire ces dernières années, et que je vais enfin arrêter d'ennuyer avec mes histoires de thèse : **Odile, Damien, Elsa, Christelle, Aude, Mélanie, Nicolas, Gaëlle, Laure, Jonathan**. On va enfin pouvoir fêter ça et passer à autre chose !

Un petit clin d'oeil à **Zoé, Juliette, Inès, William et Stubb...**

Merci également à **Pierre-Henri**, pour m'avoir encouragée et rassurée.

## ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AAH	Allocation adulte handicapé
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CISS	Collectif inter associatif sur la santé
CMP	Centre médico-psychologique
CPC	Centre de post-cure
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EMS	Équipe mobile sanitaire et sociale
ETP	Équivalent temps plein
FNATH	Association des accidentés de la vie
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
HDT	Hospitalisation à la demande d'un tiers
HO	Hospitalisation d'office
INSEE	Institut national des statistiques et des études économiques
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
ONG	Organisation non gouvernementale
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
SIAP	Service intersectoriel d'accueil psychiatrique
SMPR	Service médico-psychologique régional
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UMAPP	Unité mobile d'action psychiatrie précarité
UNAF	Union nationale des associations familiales
UNAFAM	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UTAMS	Unité territoriale d'action médico-sociale

# Table des matières

1. INTRODUCTION.....	12
2. LIENS ENTRE PRÉCARITÉ ET SANTÉ MENTALE.....	12
1. La précarité : définitions.....	12
2. Les liens entre précarité et santé mentale.....	16
1. Une sur-morbidité psychiatrique chez les personnes précaires par rapport à la population générale.....	17
2. La maladie mentale, facteur de risque de précarité.....	21
3. La précarité, facteur de risque de maladie mentale.....	23
4. Des facteurs de risque communs.....	29
5. Une clinique spécifique de la précarité ?.....	30
3. CONTINUITÉ DES SOINS.....	35
1. Le concept de continuité des soins.....	35
2. Constat .....	39
1. Épidémiologie.....	39
2. Patients sans domicile fixe hospitalisés dans un service de psychiatrie toulousain : observation sur 3 ans.....	44
3. Parcours hospitalier d'une femme schizophrène et sans domicile fixe entre 2002 et 2007.....	57
3. Analyse des facteurs expliquant le phénomène de discontinuité des soins.....	65
1. La désinstitutionnalisation. Perte du rôle d'asile de l'hôpital.....	65
2. Obstacles liés au patient et à son environnement.....	73
3. Difficultés liées à l'institution.....	84
4. AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS : ÉLÉMENTS DE RÉPONSE.....	89
1. Travailler avec des malades en situation de grande précarité.....	89

2. Dispositifs existants.....	94
1. Les Équipes mobiles psychiatrie précarité.....	94
1. Origine et principes généraux.....	94
2. L'EMPP de Toulouse.....	98
2. Rencontres avec des membres de l'EMS et de la Halte-Santé.....	101
3. La PASS psy (Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatriques).....	113
4. Le modèle « Housing First » (« Un chez soi d'abord »).....	116
1. Origine et principes généraux .....	116
2. Mise en œuvre à titre expérimental en France. Le projet toulousain .....	119
5. Une initiative originale à Toulouse : la Maison Goudouli.....	123
6. Perspectives : l'Hôpital de Santé Publique du CHU de Toulouse.....	127
5. CONCLUSION.....	128
Bibliographie.....	131
Annexe 1 : Questionnaire dossier patient.....	138
Annexe 2 : Dispositifs destinés aux malades en situation de précarité sociale.....	140

# 1. INTRODUCTION

Tout psychiatre, a fortiori s'il exerce en milieu hospitalier, est confronté régulièrement à la prise en charge de malades en situation de grande précarité. Il est bien difficile de soigner efficacement ces malades dans la durée, ce qui peut générer des sentiments d'échec. Par ailleurs, la forte intrication entre le médical et le social dans ces situations vient encore compliquer la tâche.

L'ampleur du phénomène est connue : on estime généralement qu'environ un tiers des personnes sans domicile présentent une pathologie psychiatrique (1). L'existence d'un lien entre la grande précarité et la maladie mentale ne fait donc pas de doute, mais nous nous intéresserons ici plus particulièrement à la nature de ce lien.

Nous étudierons ensuite ce qui fait obstacle à la continuité des soins chez les personnes en situation de grande précarité, une meilleure compréhension de ces différents facteurs étant un préalable à une adaptation des pratiques.

Nous verrons alors comment se sont développés des dispositifs spécifiquement dédiés à la prise en charge de ce public précaire, quels sont leurs principes de travail et quelle est leur place dans le système de soins en général.

## 2. LIENS ENTRE PRÉCARITÉ ET SANTÉ MENTALE

### 1. La précarité : définitions

Lorsque l'on s'intéresse aux études de santé publique concernant les personnes en situation de grande précarité, on s'aperçoit que les auteurs utilisent une grande variété de définitions. Selon la dimension privilégiée – logement, pauvreté, exclusion sociale, emploi – on définit des catégories plus ou moins larges ou précises :

### La précarité

Elle est définie comme un état de « fragilité » et d' « instabilité » sociale « dont l'avenir, la durée, ne sont pas assurés » et qui risque, s'il se prolonge, de faire glisser ceux qu'il affecte vers l'exclusion. (2)

### Les personnes sans domicile

L'INSEE, pour son enquête de 2001, a retenu cette définition : une personne est dite « sans domicile » si au moment de l'étude (c'est-à-dire la nuit précédente) elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation (structures collectives, chambres d'hôtel voire appartements ordinaires).

Le terme de « sans-abri » renvoie à une définition plus restreinte : une personne qui dort dans un endroit non prévu pour l'habitation ou qui fréquente les centres d'hébergement d'urgence.(1)

Louise Fournier, de Montréal, propose la définition suivante de « sans domicile » : quelqu'un qui n'a pas d'adresse fixe personnelle où il peut habiter quand il veut (1).

La définition américaine de « sans domicile » issue du *Mc Kinney Homeless Assistance Act* de B. Stuart (1987) est la suivante : une personne de plus de 18 ans, dormant de façon principale dans un ou plusieurs lieux tels que la rue, des refuges, maisons abandonnées, parcs ou tout autre lieu non prévu pour l'habitation (comme le métro ou les tunnels) durant le dernier mois écoulé. (1)

Pour Gelberg et Linn, un « sans domicile » est une personne qui a passé la nuit précédente :

- dans un refuge d'urgence
- à la rue
- dans n'importe quel endroit non prévu pour être un abri
- dans un hôtel, motel ou chez un proche ou la famille, avec une incertitude sur le fait d'y vivre les 60 prochains jours
- qui a déclaré qu'elle n'avait pas de logement permanent où elle pourrait aller
- ou qui vit dans un logement stable mais qui nécessite toujours le soutien régulier des services pour les sans-abri.

Cette définition est fréquemment reprise dans les travaux anglo-saxons. (1)  
On observe dans les nombreuses études sur le sujet l'utilisation de définitions variées. La plupart, dont celles citées ci-dessus, se basent sur le statut par rapport au logement plutôt qu'à la visibilité dans l'espace public ou d'autres critères d'exclusion. Elles utilisent en général des critères de temps, variables : une nuit, un mois. Certaines incluent des personnes hébergées chez des proches ou de la famille, d'autres non.

À noter que de nombreuses associations ainsi que la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri ont tendance à considérer ces définitions comme trop restrictives. Les études réalisées par ces organismes reposent donc parfois sur des populations plus vastes. (3)

### L'exclusion

Exclu signifie « en dehors du lien social » (4). L'exclusion ne désigne pas un état stable, mais un « processus social qui commence par une privation précise ». On peut ainsi être « exclu de l'accès à l'emploi » ou « exclu du droit au logement » par exemple (2). Selon V. Kovess-Masféty, « cette rupture ne devient dangereuse que parce qu'elle active et révèle d'autres fragilités présentes dans l'histoire de l'individu ou des populations ». Au-delà de la privation de ressources financières, l'exclusion est « intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi ».

Avec cette vision on se rapproche du concept américain de « désaffiliation » : « processus à long terme qui conduit à l'exclusion : absence de liens amicaux, familiaux, de logement conventionnel, retrait des rôles de parent, de travailleur et de citoyen ». (2)

Au sens strictement légal, seuls les « sans-papiers » seraient de véritables exclus.

La définition retenue par le Haut Comité de la santé publique en 1998 était la suivante : « un exclu est une personne qui, malgré son état de pauvreté, ne bénéficie pas – parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou qu'elle n'a même plus l'énergie de faire les démarches nécessaires – des possibilités d'aide (revenu, logement, école, santé) correspondant le plus à sa situation ». (2)

### La pauvreté

Pour le HCSP, la pauvreté est « l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources » (2) .

En général la pauvreté est définie par rapport à des seuils de pauvreté établis par les statistiques, en fonction des revenus des autres membres de la société. En France, l'INSEE définit le seuil de pauvreté monétaire comme étant égal à 60% du revenu médian (soit 964 euros mensuels en 2010) (5).

Ces différents termes appartiennent tous au champ de la précarité sociale. Pourtant ils reflètent des réalités bien différentes.

Certains permettent de délimiter avec une relative précision des tranches de population, en fonction de déterminants statistiques. C'est le cas notamment de catégorisations administratives se basant sur des critères financiers.

D'autres correspondent plutôt à des processus dynamiques qui n'établissent pas de frontières précises. Leur objectif, plus que de catégoriser la population, est d'étudier les effets de différents phénomènes, comme la perte du logement, de l'emploi, des ressources financières, du lien social...

Selon le processus étudié, on fait émerger des groupes de personnes aux caractéristiques hétérogènes. Il n'existe pas en effet de profil type de « précaire » ou d' « exclu ».

Nous avons choisi de ne pas nous limiter à la population « sans domicile » pour notre travail, ce qui serait trop restrictif. Cette définition exclut toute une partie de la population dont les conditions de vie vont à la fois favoriser potentiellement l'occurrence des troubles psychiques mais aussi rendre difficile l'accès aux soins et la continuité des soins, du fait notamment du manque de ressources, d'une instabilité de l'hébergement ou de l'isolement social.

Nous préférons nous orienter vers la notion de « précarité », dont nous avons donné une définition plus haut, que nous allons un peu approfondir.

Pour Wresinski, la précarité correspond à « l'absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle

devient persistante, qu'elle compromet les chances de ré-assumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ». (6)

On retrouve de façon constante dans les définitions de la précarité le lien à la notion d'insécurité. Les processus de précarisation concernent des domaines divers : « précarisation de l'emploi et du travail, érosion des solidarités familiales, conséquences des carences de qualification et de formation initiale, fragilisation due à la maladie ou à une faible santé » (2).

V. Kovess-Masféty remarque que le déterminisme de la précarité n'est pas uniquement social : un sujet qui perd son emploi ne tombe pas forcément dans l'exclusion. C'est l'association de fragilités et leur cumul dans le temps qui va infléchir la trajectoire d'un individu dans la voie de la précarisation et de l'exclusion.(2)

J. Furtos insiste sur le fait que « la précarité ne doit pas être confondue avec la pauvreté, laquelle est une question de seuil dans une société donnée. On peut vivre dans une société pauvre sans précarité, on peut vivre précaire dans une société riche ». (4)

On estimait en 1998 le nombre de personnes objectivement touchées par la précarité à 12 à 15 millions, soit 20 à 25% de l'ensemble de la population (2).

On peut considérer la maladie mentale comme un facteur de précarité, puisqu'elle fragilise le sujet et favorise la désinsertion sociale et professionnelle. Si les problématiques qui seront développées plus loin s'appliquent dans une certaine mesure à tous les patients de la psychiatrie, il semble plus pertinent de réduire la population étudiée à ceux que nous appellerons les « grands précaires » : malades vivant en-dessous du seuil de pauvreté, sans domicile fixe, et/ou en situation irrégulière. Nous ajouterons les personnes vivant dans un isolement social et familial extrême.

## 2. Les liens entre précarité et santé mentale

Avant d'étudier la question de l'hospitalisation en psychiatrie et de la continuité des

soins pour les personnes en grande précarité, commençons par faire un état des lieux des connaissances et des hypothèses les plus communes concernant le lien entre la précarité et la santé mentale.

## 1. Une sur-morbidité psychiatrique chez les personnes précaires par rapport à la population générale

On considère généralement qu'environ un tiers des personnes sans domicile présentent une maladie mentale significative (1). Les relations entre la santé mentale et la classe sociale ne sont pas univoques pour tous les types de troubles (2). On observe notamment une surreprésentation des troubles schizophréniques, avec des chiffres de prévalence de 11 à 13% en moyenne (cf. tableau 1) (7).

Etude	Prévalence des troubles psychiatriques	Psychoses	Dépression	Troubles liés à l'usage d'alcool	Troubles liés à l'usage de drogues	Personnalités pathologiques
<i>Koegel et al. (1988)</i>	28% présentent une maladie mentale sévère et chronique	13,1% (SCZ)	18,3% (dépressions sévères)	62,9% (abus et dépendance)	30,8% (abus et dépendance)	
<i>Herman et al. (1989)</i>		13% (SCZ)	20%	42% (dépendance)	16% (dépendance)	
<i>Vasquez et al. (1997)</i>		4,2% (SCZ)	19,8%	44,3% (abus et dépendance)	13,2% (abus et dépendance)	
<i>Kovess et al. (1997)</i>		16%	33,7%	24,9% (abus et dépendance)	15,6% (dépendance)	57,60%
<i>Fichter et al. (2001)</i>		9,8% dont 4,4% de SCZ	22,1% (dépressions sévères)	72,7% (dépendance)	14% (dépendance)	
<i>Méta-analyse Fazel, Khosla, Doll, Geddes</i>		12,7%				
<i>INSEE 2001 (déclarations des personnes)</i>			23%			
<i>Kovess et al. (1996)</i>	57,9%		33%			

**Tableau 1. Prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes sans domicile**

Il existe une fréquence élevée des comorbidités, particulièrement avec l'abus de substances. On note aussi un taux important de troubles de personnalité antisociale : 20,8% (Koegel et al. 1988). (1)

15% des sans domicile auraient déjà été hospitalisés en psychiatrie au cours de leur vie (Guesdon, Roelandt 1998), 8,4% dans les 5 dernières années (Fichter et al. 2001).

Une enquête de Médecins du Monde réalisée en 1995 parmi une population de sans-abri consultant un psychiatre retrouvait environ  $\frac{1}{4}$  de troubles psychotiques,  $\frac{1}{4}$  d'états dépressifs et 55% d'antécédents psychiatriques. (1)

Une étude de 2005 compte 15% de SDF parmi les patients suivis pour des troubles mentaux graves, et 20% de SDF parmi les patients suivis pour une schizophrénie. (8)

Les chiffres précédents concernaient des populations de personnes sans domicile, mais il existe également des données concernant plus largement les personnes en grande précarité, comme dans l'étude de V. Kovess en Île-de-France comparant des RMistes à la population générale (cf. tableau 2). (2)

	<b>RMistes</b>	<b>Population générale témoin</b>
<b>Prévalences des troubles</b>		
<b>Dépression sévère</b>	H : 18,5% F : 23%	H : 2,7% F : 14,4%
<b>Dépression chronique (en % des sujets atteints de dépression)</b>	58% d'épisodes > 1 an 23% >5 ans	
<b>Tentatives de suicide</b>	8,00%	3,40%
<b>Troubles anxieux</b>		
<b>Agoraphobies</b>	5,00%	1,50%
<b>Phobies simples</b>	7,50%	3,20%
<b>Somatisations</b>	5,00%	1,00%
<b>Problèmes liés à l'alcool (score CAGE&gt;2)</b>	10,30%	4,80%
<b>Alcool+ dépression</b>	10,80%	4,70%
<b>Drogue + dépression</b>	7,70%	0,00%
<b>Facteurs de risque dans l'enfance</b>		
<b>Divorce parents</b>	16,20%	6,40%
<b>placement en institution ou famille d'accueil</b>	8,30%	4,10%
<b>Limitation d'activité</b>	20,50%	9,90%
<b>Inaptitude au travail</b>	16,20%	5,50%
<b>Handicap causé par troubles mentaux</b>	3,30%	0,54%

**Tableau 2. Comparaison des prévalences de troubles psychiatriques, de facteurs de risque dans l'enfance et de limitation d'activité entre une population de RMistes et la population générale (Paris, 1991)**

La prévalence de la dépression sévère est significativement plus élevée chez les hommes RMistes que chez les hommes de la population générale, avec une chronicité plus fréquente. La différence est moins significative entre les femmes des deux groupes. On retrouve également des prévalences supérieures chez les RMistes pour les tentatives de suicide, les troubles anxieux, les somatisations et les problèmes liés à l'alcool. L'observation des comorbidités révèle des taux équivalents dans les deux groupes de

comorbidités troubles anxieux – dépression, mais plus élevés chez les RMistes pour les comorbidités alcool/drogues – dépression.

Les facteurs de risque de troubles mentaux sont plus fréquemment retrouvés chez les bénéficiaires du RMI : difficultés actuelles dans les sphères sociales et affectives, problèmes psychiatriques dans la famille d'origine, facteurs de risque dans l'enfance (divorce, placement en institution ou en famille d'accueil). Les sujets de ce groupe déclarent plus souvent une limitation d'activité, avec des taux supérieurs d'inaptitude au travail et de handicaps causés par des troubles mentaux.

Si l'existence d'un lien entre la précarité et la santé mentale ne fait pas de doute, établir des rapports de causalité se révèle beaucoup plus complexe. Au travers de multiples études, les chercheurs ont cherché à comprendre si des conditions de vie difficiles pouvaient découler des troubles mentaux ou si au contraire la précarité sociale pouvait favoriser l'apparition de maladies mentales. Dans *Précarité et santé mentale* (2), V. Kovess met en avant trois hypothèses :

- hypothèse de l'origine sociale : les difficultés sociales conséquentes à l'appartenance à une classe sociale défavorisée seraient la cause des troubles mentaux
- hypothèse de la sélection sociale : le fait d'appartenir à une classe très défavorisée serait la conséquence des troubles mentaux. Les zones économiquement défavorisées serviraient de lieux de refuge pour les personnes ayant des troubles mentaux
- hypothèse du glissement social, très proche de la précédente : les problèmes de santé mentale amèneraient à une mobilité sociale descendante. Cette théorie apporte une perspective générationnelle, l'individu serait empêché par ses troubles psychiatriques d'atteindre la position sociale attendue étant donné le statut social de ses parents

Nous allons dans les paragraphes suivants étudier les possibles liens de cause à effet entre précarité et santé mentale.

## 2. La maladie mentale, facteur de risque de précarité

Une des façons d'étudier les liens de cause à effet est l'observation de la chronologie de survenue des phénomènes en question. L'étude des relations temporelles entre les deux caractéristiques : sans domicile et trouble mental, révèle que les troubles psychiatriques précéderaient majoritairement l'errance (60% des cas) ou surviendraient conjointement, dans 20% des cas. À noter également que l'hospitalisation en psychiatrie précède l'itinérance dans 60 à 70% des cas ou coexiste dans 18% des cas. Une étude réalisée sur un échantillon de personnes hospitalisées pour la première fois en psychiatrie pour des troubles psychotiques montre qu'il existe un risque exceptionnellement élevé d'être sans domicile très tôt dans la survenue de la maladie (Herman et al.). 15% de patients nouvellement diagnostiqués ont eu au moins un épisode sans domicile avant ou dans les 24 mois suivant leur première admission (dont 2/3 avant). Il n'y a pas de différence significative selon les différents groupes diagnostiques. (1)

L'observation d'une cohorte de patients consultant dans un service d'urgences générales montre qu'il y a plus de sans domicile parmi les personnes soignées pour des troubles psychiatriques que pour les autres (13,6% contre 1,95%) (Salio et al.). (1)

On estime aujourd'hui que 2 à 15% des malades mentaux deviennent des sans-abri (9). Différents travaux ont essayé de mettre en évidence des facteurs de risque pour ce phénomène.

- le diagnostic : la schizophrénie et le trouble bipolaire représentent un risque très élevé de devenir sans domicile (Susser). Par contre on ne retrouve pas d'influence du diagnostic psychiatrique sur la durée de l'itinérance.
- chez les patients schizophrènes, la plus grande sévérité des symptômes négatifs est liée à un risque significativement plus élevé d'avoir été sans domicile avant l'hospitalisation (Herman et al.)
- la présence d'un double diagnostic
- l'abus de substances est également un facteur de risque.
- la perte ou la discontinuité des liens sociaux, notamment la perte des soutiens familiaux pendant l'enfance.
- le fait d'être un homme jeune

- les antécédents familiaux comme la violence familiale, l'abus sexuel ou la désorganisation familiale
- des stress divers comme les problèmes de logement, le fait d'avoir été victime d'agression, des problèmes d'emploi
- une mauvaise utilisation des services : ré-hospitalisations, non-observance du traitement

Les éléments cliniques et l'utilisation des services de santé mentale seraient des facteurs de risque moins significatifs que les autres cités (Odell et Commander) (1)(2).

Les patients sans domicile en général sont plus souvent célibataires, ils ont plus d'antécédents d'hospitalisations spécialisées, et sont plus souvent admis. Si on compare des patients psychotiques sans domicile ou domiciliés, on observe que les sans domicile sont plus souvent des hommes, et qu'ils font plus d'abus de substances. (1) J.L. Dubreucq propose un profil de patients à risque d'itinérance : personnes ayant souvent des antécédents judiciaires, cumulant 2 ou 3 diagnostics de troubles mentaux, avec des antécédents d'hospitalisations multiples et une absence de compliance au traitement. (9)

Les tentatives d'explication de ce phénomène de précarisation et d'errance à la rue sont nombreuses, qu'elles se basent sur des éléments d'ordre cliniques ou sociaux.

Pour O. Jan, il existe un négativisme social massif inhérent au trouble psychotique, le négativisme correspondant à « une réaction de raidissement et d'opposition contre les sollicitations du monde extérieur ». Il estime qu' « a priori, aucune place sociale réellement « incluse » ne pourrait lui (le psychotique) être compatible ou convenable ». (10)

S. Quesemand-Zucca s'appuie également sur la psychopathologie propre au psychotique pour expliquer les phénomènes de désocialisation, et d'incurie : « désinvestissement de toutes les fonctions primaires et des besoins vitaux essentiels en lien avec les délires, les dissociations, un déni de l'existence des autres ». Elle invoque aussi un facteur social avec la mise en cause de la désinstitutionnalisation. La disparition du « prendre soin » offert par le cadre de l'hospitalisation aurait favorisé le développement des symptomatologies évoquées précédemment. Le rôle aggravant de la maladie mentale sur

les conditions de vie déjà difficiles des personnes sans domicile est aussi mis en évidence ; elle cite par exemple les problèmes de cohabitation avec les autres usagers des foyers d'hébergement : violence potentielle des patients délirants et persécutés, phénomènes de projection, violence encore aggravée par une toxicomanie associée. (11)

La représentation négative de la schizophrénie, mais aussi de la maladie mentale en général est certainement aussi un facteur favorisant la précarité. Lors de la journée interrégionale du 13/3/09 réunissant la DRASS, l'ONSMP et l'ORSPERE sont abordées les difficultés des personnes souffrant de troubles mentaux pour trouver un logement, les refus et les stigmatisations, qui peuvent à leur tour aggraver les troubles par une perte de confiance, un sentiment de persécution ou une marginalisation accrue (12). On constate que les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères sont souvent exposées à être expulsées de leur logement, parfois à cause de leur incapacité à gérer les situations difficiles voire ordinaires avec leur bailleur (13).

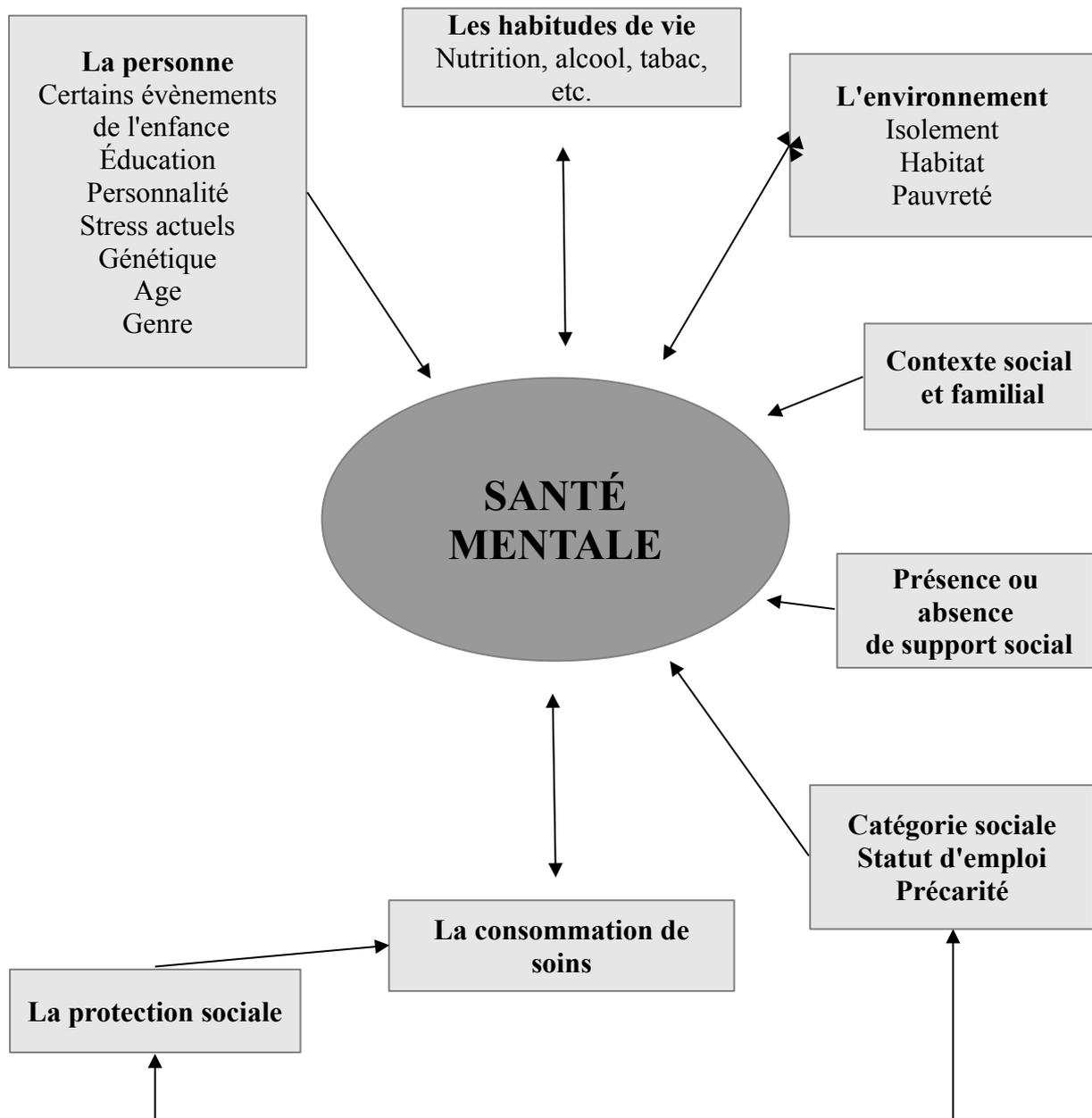
Les chiffres ainsi que les raisonnements qui viennent d'être exposés semblent aller dans le sens d'une précarité favorisée voire engendrée par les troubles psychiatriques. Cette idée doit cependant être nuancée. D'une part le facteur « maladie mentale » n'est pas toujours suffisant pour expliquer la survenue de l'exclusion pour un sujet. Si la maladie mentale apparaît bien être un facteur de risque direct de précarité, ce n'est souvent pas le facteur causal unique. D'autre part il semble que plus que la psychopathologie ce soient les capacités d'adaptation sociale qui favorisent le phénomène sans domicile. Néanmoins, par cette voie les troubles psychiatriques représentent un facteur de risque indirect, puisqu'on sait que la maladie mentale engendre de l'exclusion sociale.

### 3. La précarité, facteur de risque de maladie mentale

Établir le rôle de la précarité dans la genèse des troubles psychiques s'avère presque impossible si on considère le concept dans sa globalité. Il nous faut nous intéresser de façon distincte à ses différentes composantes, comme le chômage, la pauvreté ou l'exclusion sociale par exemple. Nous allons commencer par exposer des modèles théoriques sur le rôle des facteurs sociaux dans l'apparition des maladies mentales, avant de présenter des résultats d'études menées sur la relation entre précarité et santé

mentale.

On sait depuis longtemps que les maladies psychiatriques ne peuvent être expliquées par un facteur causal unique. La santé mentale est déterminée par une combinaison de multiples facteurs, comme on peut le voir résumé sur la figure 1 (2). Parmi ces facteurs, un certain nombre sont liés à l'environnement de la personne, ce sont ceux qui nous intéressent ici : l'isolement, l'habitat, le contexte familial et social, la présence d'un support social, la catégorie sociale, le statut de l'emploi, la précarité et indirectement, la protection sociale qui permet l'accès aux soins. On peut donc facilement imaginer que des conditions socio-économiques difficiles, le chômage, la pauvreté, directement ou par l'intermédiaire du stress ou d'évènements de vie, puissent être corrélés à une plus grande fréquence de troubles mentaux.



**Figure 1. Les déterminants de la santé mentale**

Pour plus de précision, nous pouvons citer le modèle psycho-social de Brown pour expliquer les origines sociales de la dépression (2). Il se base sur une double trame :

- trame structurale : contexte socio-environnemental (structure familiale pendant l'enfance, expériences de violence, abus ou négligence...) conduisant à un haut taux d'adversité : nombre élevé d'évènements de vie négatifs et de difficultés chroniques.
- Trame psycho-affective : base d'attachement insécurisant, d'abus ou de négligence engendrant une estime de soi négative ou faible, un sentiment d'impuissance ou d'incompétence, pessimisme ou désespoir face au futur.

La conjonction de ces deux trames est corrélée à une augmentation considérable du risque de dépression ou d'anxiété.

Nous allons voir maintenant quels sont les résultats de différents travaux étudiant l'influence de divers facteurs sociaux sur la santé mentale.

### La pauvreté

L'étude de Bruce et al. (1991) mettait en évidence des risques relatifs significatifs entre populations « pauvres » et « non pauvres ». Ces risques relatifs étaient présents pour tous les diagnostics mesurés, mais plus élevés pour la schizophrénie (risque x80) et la dépression majeure (risque x2). (2)

L'étude Alameda County est une étude longitudinale sur les effets des difficultés économiques. Elle montre que les personnes qui ont vécu des épisodes de difficultés financières ont plus de risque de présenter un épisode dépressif que les autres. Qui plus est, il existe un effet dose-réponse. (2)

### Le chômage

L'étude de Warr et al. montre que parmi les personnes qui perdent leur emploi, 25 à 30% voient leur condition psychologique se détériorer (mais 5 à 10% ont moins de symptômes et semblent soulagés d'être soustraits au stress du travail). Environ la moitié des problèmes psychiatriques diagnostiqués qui surviennent après une perte d'emploi ne seraient pas attribuables à d'autres causes qu'à cette perte d'emploi. (2)

### L'absence de soutien social

Particulièrement lorsqu'elle fait suite à une histoire de support inadéquat dans l'enfance et l'adolescence, l'absence de support social au moment d'un épisode dépressif favorise sa chronicité. On n'observe pas de détérioration significative de la santé mentale dans les milieux même pauvres où subsiste un tissu social de bonne qualité. (2)

### La vulnérabilité psychologique

Les personnes appartenant à des milieux défavorisés présenteraient une estime de soi et des ressources plus faibles, avec un recours privilégié à des stratégies de défense

inefficaces (résignation, déni), qui les rendraient plus dépourvus face aux évènements pénibles. (2)

### L'accès aux soins

Le système de santé en France offre dans la plupart des cas une couverture relativement convenable, même pour des personnes en situation de grande précarité. Malgré cela on constate que les sujets appartenant aux classes sociales les moins favorisées reçoivent beaucoup moins d'antidépresseurs que les autres, surtout les chômeurs et les sans domicile, alors même que cette tranche de la population est plus touchée par ce trouble.

D'autre part on observe (enquête auprès de personnes vivant dans des conditions sociales difficiles) une sous-estimation par ces personnes de leur niveau de souffrance : seulement  $\frac{1}{4}$  des personnes considérées comme déprimées se déclaraient comme telles. Cette sous-estimation varie d'une classe sociale à l'autre.

Enfin il existe tout de même des personnes qui ont perdu leurs droits à une couverture sociale. Or la détection et la mise en place d'un traitement précocement permettent de limiter les rechutes, le passage à la chronicité ou l'installation de comorbidités. (2)

### Les évènements de vie négatifs

Le rôle des évènements de vie négatifs en général a été démontré dans des études empiriques. Quand un évènement ponctuel sévère est associé à une difficulté majeure chronique, le risque de dépression triple. Les évènements de vie négatifs sont dans 88% des cas des éléments de perte : pertes pécuniaires ou matérielles, ou pertes relationnelles, affectives ou symboliques.

Les études à long terme mettent en général en évidence un effet négatif des évènements pénibles sur le devenir de la dépression, qu'il s'agisse d'une chronicisation ou de rechutes. On quantifie la liaison évènements/dépression à 40% en moyenne, ce qui signifie que d'autres facteurs sont nécessaires.

Si les sujets les plus précaires vivent plus d'évènements indésirables que les autres, il semble que ce soit surtout l'impact plus grand produit par ces évènements qui génère une augmentation des troubles plus que leur nombre. (2)

### Le vécu dans l'enfance et l'adolescence, les antécédents familiaux

Un vécu difficile dans l'enfance ou à l'adolescence – négligence des parents, violences physiques, abus sexuels - peut constituer un facteur de vulnérabilité précoce, qui multiplie le potentiel dépressogène des évènements négatifs. Ce facteur favorise également de manière importante la chronicité des troubles dépressifs. Néanmoins, seule une minorité d'enfants ayant vécu ces conditions vont présenter une dépression à l'âge adulte. (2)

Certains auteurs ont travaillé spécifiquement sur la relation entre les difficultés sociales et l'évolution des troubles psychiatriques. Le suivi d'une cohorte durant une année par Weich et Lewis amène à la conclusion que la pauvreté et le chômage sont liés à la persistance des troubles mais non à leur apparition, alors que les difficultés financières seraient liées à la fois à la survenue et au maintien de ces troubles. Une autre étude réalisée par la même équipe oppose des facteurs favorisant la survenue de troubles, comme une histoire familiale de troubles psychiatriques, peut-être par le biais de facteurs génétiques et environnementaux dans l'enfance, et des facteurs favorisant la chronicité :

- appartenance aux tranches de revenus les plus basses, surtout quand cette situation implique des problèmes de logement
- absence de support social adéquat
- sévérité clinique des troubles au moment de leur apparition

Les deux premiers, liés à la précarité, ne seraient que très faiblement associés à la survenue des troubles. (2)

L'étude de Sargeant sur les facteurs influençant l'évolution des pathologies révèle un impact beaucoup plus important des éléments cliniques par rapport aux facteurs sociaux. (2)

Il semblerait en fin de compte que les difficultés sociales jouent un rôle plus important dans le maintien des troubles que dans leur survenue.

Finalement on se rend compte que les personnes issues de milieux défavorisés ont tendance à cumuler de multiples, voire tous les facteurs de risque de troubles mentaux. Elles ont vécu plus d'évènements fragilisants dans leur enfance, vivent actuellement plus d'évènements négatifs et de difficultés persistantes, qui ont un impact plus négatif du fait

de vulnérabilités psychologiques. L'absence de travail les expose à de nombreux facteurs de stress : précarité matérielle, baisse de l'estime de soi. Elles ne disposent pas des mécanismes qui leur permettraient d'atténuer les effets de ces stress : soutien social, relations intimes positives. Elles utilisent des mécanismes de défenses moins efficaces car fondés sur la résignation et le déni. Elles ont enfin un moins bon accès aux soins. (2)

La forte prévalence de troubles mentaux dans les populations socialement défavorisées ne peut s'expliquer complètement ni de manière linéaire par l'accumulation de ces facteurs négatifs. Les facteurs précédemment énoncés, pris individuellement, ne sont pas suffisants pour générer des troubles mentaux. Par exemple, il n'existe pas pour l'instant de preuve formelle pour invoquer la dynamique familiale dans l'explication de la plus haute fréquence de problèmes psychologiques en milieu défavorisé. Il ne faut pas considérer uniquement le cumul, l'addition d'un certain nombre de facteurs, mais aussi la façon dont ces éléments découlent les uns des autres dans un phénomène de cascade complexe, dans des conditions façonnées par une conjonction de facteurs sociaux et cliniques (personnels).

Il reste souvent difficile d'expliquer la survenue des troubles par des facteurs sociaux négatifs, mais on peut plus aisément affirmer leur rôle défavorable dans l'évolution des maladies mentales. L'augmentation de leur prévalence est peut-être plus liée à un phénomène de chronicité qu'à une incidence significativement supérieure. (2)

Enfin il convient de ne pas oublier le rôle des facteurs personnels : génétique, personnalité, etc., dont le poids semble peser plus lourd que les facteurs sociaux de manière générale. (2)

#### 4. Des facteurs de risque communs

Tout au long des paragraphes précédents nous avons eu la confirmation de l'existence d'un lien étroit entre la précarité et la santé mentale. Cependant la nature exacte de ce lien reste peu claire. Il semble bien exister des liens de cause à effet entre ces deux phénomènes, dans un sens comme dans l'autre, mais peut-être n'est-ce pas suffisant. On

peut se demander s'il n'existe pas un ou des facteurs communs.

Si on reprend la figure 1 qui représente les principaux déterminants de la santé mentale, on retrouve certes la précarité, mais également des éléments qui favorisent eux-mêmes la précarité, comme la survenue d'évènements difficiles dans l'enfance et l'absence de support social, l'exclusion sociale.

Les travaux de Sullivan et son équipe vont dans ce sens, par exemple lorsqu'ils rapportent une plus grande similitude entre les sans domicile malades ou non qu'entre malades sans domicile ou non. Ils évoquent comme facteurs de risque possiblement communs aux deux phénomènes :

- les facteurs sociaux de l'enfance associés à l'exclusion
- les antécédents d'instabilité familiale, de violence et d'abus

Selon eux, ils peuvent « se soutenir chacun leur tour ou mutuellement ». Ils expliquent que « le phénomène de trouble mental peut favoriser la survenue de l'itinérance », et que « la survenue de l'itinérance pourrait précipiter dans un état pathologique une personne vulnérable, l'association des deux renforçant la gravité et la chronicité des deux phénomènes ». (1)

Avant de clore ce paragraphe, il nous faut souligner à quel point l'interprétation des résultats de ces études sur les liens entre précarité et santé mentale est délicate. Citons l'exemple d'un chercheur qui se demande « jusqu'à quel point le récit même des incidents négatifs est-il affecté par les malaises psychologiques investigués et peut-on se fier alors à la mesure des évènements de vie ? », qui illustre bien le risque de tirer des conclusions erronées d'enquêtes pourtant bien menées. (2)

## 5. Une clinique spécifique de la précarité ?

Avant de nous intéresser plus précisément à l'hospitalisation en psychiatrie et la continuité des soins à la sortie, nous allons chercher à mieux connaître les particularités des malades en situation de grande précarité, c'est-à-dire sans domicile fixe, et à savoir en quoi ces conditions sociales peuvent influencer sur le soin.

On trouve dans la littérature diverses tentatives d'auteurs pour décrire un profil du malade mental à la rue. Chaque cas est bien entendu différent, il s'agit surtout d'une compilation d'éléments fréquemment observés, visant à offrir une vision globale du phénomène.

Pour J. Furtos, la particularité des exclus, c'est la souffrance psychosociale. Les sujets ont souvent des biographies difficiles, avec par exemple des carences dans la petite enfance. Ce sont de grands célibataires, qui ont rompu les liens avec leur famille et sont rarement capables de parler de leur passé. La demande de soins est quasiment impossible, avec une récusation du soin quand il est proposé, et un recours privilégié à l'urgence. (14)

S. Quesemand-Zucca, dans *Je vous salue ma rue*, décrit des profils de malades mentaux chroniques à la rue. Tous les types de psychoses y sont représentés, y compris les psychoses infantiles, autistiques. Il s'agirait souvent de personnes âgées avec un long passé d'institutionnalisation, et réticentes aux soins psychiatriques. Ces personnes peuvent être relativement bien insérées quand il n'y a pas de dépendance à l'alcool ni de troubles du comportement trop bruyants. Elle observe des symptomatologies très évoluées devenues rares de nos jours, et remarque qu'il devient à la longue très difficile de distinguer la part de la désocialisation et la part de la psychose. Elle voit souvent des sujets qui possèdent un logement, mais qui n'y habitent plus car ils s'y sentent persécutés. Certains psychotiques à la rue sont des fugueurs, dont la famille est à la recherche, ou des malades abandonnés par leur proches quand leur prise en charge devient trop pesante. Souvent ces personnes n'expriment pas de souffrance, et paraissent indifférentes à leur situation sociale. (11)

O. Jan décrit ainsi le « clochard » psychotique : « il peut avoir la même présentation que le non psychotique, voire plus propre et « présentable ». Il est le plus souvent seul, pas nécessairement pauvre car il bénéficie en général de l'AAH qu'il n'utilise pas la plupart du temps. Il fréquente surtout les lieux de foule, de promiscuité, permettant de ne pas être distingué du lot. Il est facilement ritualisé, et réalise les mêmes circuits tous les jours. Il délire ouvertement, est repéré par les autres comme différent, et toléré dans certaines limites. Il vit activement dans son délire. La plupart du temps il n'exprime

aucune plainte, ne semble pas souffrir excessivement de ses conditions de vie, ne demande rien, surtout à la psychiatrie. Il peut accepter la rencontre avec certains professionnels du champ social, notamment quand la relation n'a pas d'enjeu (apparent) ». (10)

On observe chez les personnes vivant à la rue certains points communs :

- la perte de la notion du temps, avec une disparition des repères biologiques habituels, voire une perte des rythmes jour/nuit pour ceux qui vivent dans un lieu fermé, une perte de la projection dans l'avenir
- la nécessité d'une vigilance constante, pour se protéger de dangers bien réels, comme les vols et les agressions.
- l'abus de substances, en particulier l'alcool, qui peut servir d'automédication mais aussi de moyen de « normalisation », le sujet préférant le statut d'alcoolique à celui de malade mental. (10)(11)

Un autre point, particulièrement inquiétant, est la faible espérance de vie des personnes sans abri présentant des problèmes de santé mentale : 37 ans. Pour les sans-abri en général, elle est de 41 ans pour les femmes et 56 ans pour les hommes, alors que pour la population générale française elle est la même année de 84 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes. (15)

Sur le plan psychopathologique, deux principaux cas de figure se présentent :

- les malades atteints de pathologies psychiatriques classiques, dont l'évolution et la présentation sont influencées par des conditions de vie extrêmes
- les personnes présentant une symptomatologie spécifique de la grande précarité, qui ressemble par certains aspects à celle de la psychose notamment

Commençons par dire un mot de la notion de « souffrance psychosociale » : celle-ci correspond à un mal-être s'exprimant sur les lieux du social, concernant les chômeurs de longue durée, les bénéficiaires de diverses allocations sociales, les jeunes en recherche d'emploi, les travailleurs pauvres, les demandeurs d'asile, etc. Elle n'est pas considérée comme une maladie mentale en tant que telle, mais peut coexister avec une pathologie psychiatrique. (4)

Nous avons présenté dans le paragraphe 2-2-1 des données épidémiologiques sur les prévalences de diverses pathologies psychiatriques chez les populations précaires. Les diagnostics étaient repérés à l'aide d'échelles diagnostiques basées sur les critères des classifications internationales, dans la plupart des cas avec la participation de professionnels de la santé mentale, ce qui permet d'affirmer la présence de pathologies psychiatriques « classiques ».

Les particularités tiennent à l'influence de la précarité, en particulier lorsqu'elle implique une vie à la rue, sur l'évolution et la présentation des troubles. La précarité modifie notamment les tableaux cliniques de psychose :

- les malades sont moins suivis
- ils connaissent plus de moments féconds
- on observe des formes évolutives de psychoses plus avancées
- le pronostic est péjoré (12)

S. Quesemand-Zucca remarque qu'il est plus difficile de repérer les patients à risque suicidaire dans la rue ou dans les foyers d'hébergement. Elle estime également que « les conditions de vie extrêmes font courir le risque pour des personnes déjà fragiles psychiquement d'aggraver les pathologies par des syndromes dépressifs graves, des passages à l'acte répétés, des prises de toxiques ou des crises d'angoisse majeures ». (11)

Nous allons exposer maintenant diverses théories sur des syndromes correspondant pour leurs auteurs à des modalités spécifiques de la souffrance psychique liée à la précarité.

#### Le syndrome d'exclusion

Décrit par différents auteurs, il allie perte de l'estime de soi, dévalorisation, honte et culpabilité. On y retrouve également le découragement, le désespoir, le désinvestissement de tout projet, une perte d'énergie et une rupture des liens sociaux. (2)

#### Le syndrome d'auto-exclusion de J. Furtos

J. Furtos va plus loin en décrivant le syndrome d'auto-exclusion, qui est pour lui

« l'aboutissement du comble de la souffrance psychique d'origine sociale ».

Lorsque le sujet subit une situation d'exclusion, il exerce sur lui-même une activité psychique pour s'exclure. Cette exclusion est de deux ordres :

- sociale d'une part. C'est une exclusion objective du travail, du logement, de la culture, de la citoyenneté voire de son pays
- psychique d'autre part, avec le sentiment de se sentir exclu de l'appartenance à la commune humanité

Dans ce phénomène lié au découragement profond, au renoncement, le sujet se fait disparaître lui-même pour ne plus souffrir.

La plupart des signes sont déficitaires :

- la déshabitation de soi : anesthésie ou hypoesthésie corporelle, émoussement affectif ou hypomanie, inhibition intellectuelle
- les défenses paradoxales : la non-demande, le renoncement à l'aide, la réaction thérapeutique négative, l'inversion sémiologique des demandes (sujet qui livre sa souffrance psychique au travailleur social et inversement)
- autres signes de désocialisation renforçant l'exclusion : rupture active des liens avec l'entourage, l'errance et l'incurie, l'abolition de la honte (honte de l'incurie par exemple)
- les retours du sujet « disparu » :
  - retour paroxystique du sujet disparu qui peut survenir à l'occasion d'un épisode d'alcoolisation aiguë, ou lorsque le sujet baisse sa garde lors de l'instauration d'une relation de confiance. On observe alors "un retour du clivé, de ce qui a été psychologiquement congelé dans le moi", qui se manifeste par une levée brutale des symptômes de la déshabitation de soi et une réapparition de la souffrance inassumable. Les conséquences peuvent en être des passages à l'acte ou des troubles du comportement.
  - retour détourné dans l'écriture, par la médiation artistique
  - retour « dans l'autre », qui correspond au malaise des intervenants qui portent la souffrance inassumable de la personne qui s'est coupée de

ses affects et de ses pensées

– la mort (4)

La description de ce syndrome pose la question d'un recoupement avec la symptomatologie psychotique, question qui reste non élucidée. On remarque une similarité frappante des signes précédemment décrits avec les symptômes négatifs de la schizophrénie. On peut se demander si le syndrome d'auto-exclusion ne serait pas une forme de psychose, ou si certains symptômes ne seraient pas attribués par erreur à la psychose, alors qu'il s'agirait de signes d'auto-exclusion chez un psychotique.

#### La question du diagnostic différentiel de la psychose

Pour S. Quesemand-Zucca, certaines personnes « entourées par une réalité « folle », avec des histoires de vie terribles et une absence de repères » pourraient être identifiées à tort comme psychotiques, alors qu'elles ne sont pas réellement délirantes. Le rétablissement de repères structurants pourrait faire disparaître cette symptomatologie. (11)

### 3. CONTINUITÉ DES SOINS

#### 1. Le concept de continuité des soins

La continuité des soins ne peut se résumer au simple fait de remettre au patient quittant l'hôpital une ordonnance et un carton de rendez-vous. Il s'agit de faire en sorte que le patient puisse conserver les bénéfices de son hospitalisation, tant sur le plan objectif de l'amélioration de sa pathologie que de son bien-être général. La continuité des soins est aussi une démarche visant à éviter les ruptures dans la prise en charge globale d'un malade.

La question de la continuité des soins est essentielle pour tout malade, mais elle est particulièrement cruciale pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, ou d'évolution longue, ainsi que pour celles qui sont globalement fragilisées par un handicap, une maladie, des troubles psychiques, la précarité.

Quand on parle de continuité des soins, on pense d'abord à la continuité du suivi médical, du traitement médicamenteux et des soins techniques. Il est important, d'autant plus que l'on s'intéresse ici à des personnes particulièrement vulnérables, de mettre l'accent sur une vision plus large du soin.

### Soigner et prendre soin

Le soin peut être défini simplement comme le fait de traiter une maladie, des symptômes. Il correspond à un geste technique, somatique, psychique ou autre qui nécessite en principe une formation, un apprentissage. Il s'accompagne idéalement de ce qu'on appelle le « prendre soin », une posture qui se manifeste aussi par des gestes, mais portée par une préoccupation pour la vie de l'autre. On se soucie que l'autre ne meure pas, mais aussi qu'il vive bien dans son individualité, dans son être social, dans son être biologique. Le « prendre soin » s'appuie plus sur une expérience que sur une formation.

Dans les hôpitaux la tendance est de plus en plus à dissocier le soin et le prendre soin. L'hypertechinisation des pratiques et les nouveaux modes de management ont des effets positifs sur le soin technique, mais souvent au détriment du prendre soin, alors que ces deux aspects sont naturellement liés. Historiquement l'hôpital est comme son nom l'indique un lieu d'hospitalité, où le malade trouve d'abord le gîte et le couvert. (16)

On peut aussi considérer ces deux notions comme faisant partie d'un tout, et parler d'un soin qui déborde largement ce que l'on entend par un processus thérapeutique visant à une guérison. Le soin existe avant et en dehors de la maladie, c'est prendre soin de soi ou des autres, ne pas se laisser aller, rechercher du réconfort... Le soin enfin existe encore quand la maladie est incurable, on parle alors de soins palliatifs.

Prendre soin c'est être vigilant au bien-être des personnes qui nous sont confiées. Les effets de ce soin vont au-delà des conséquences logiquement attendues, c'est-à-dire l'amélioration des signes pathologiques : on voit s'améliorer aussi le moral, revenir l'appétit, l'envie de parler ou de plaisanter. (17)

### La temporalité du soin

L'hospitalisation n'est souvent qu'une étape dans le parcours de soin d'une personne.

Elle offre au patient des conditions favorables pour traiter un épisode pathologique aigu, stabiliser son état général, se remettre sur pied. Mais les bénéfices de l'hospitalisation sur la santé et le bien-être du patient ne sont pas acquis une fois pour toutes, et il est nécessaire d'envisager son évolution au-delà de la sortie, lorsque ses conditions de vie ainsi que son accès aux soins seront bien différents.

La pathologie, les symptômes évoluent. Les traitements, médicamenteux ou autres, ont besoin d'être évalués, réajustés, surveillés. Accepter et être capable de suivre un traitement pendant quelques jours ou quelques semaines d'hospitalisation est une chose, le poursuivre pendant des mois ou des années lorsque l'on a repris le cours de sa vie en est une autre. L'observance et l'adhésion aux soins ont besoin d'être entretenus régulièrement, de même que le patient a besoin d'être rassuré, remotivé.

Un projet de soin global élaboré pendant ou avant une hospitalisation n'a de sens que s'il est transmis aux intervenants qui prennent le relais du suivi, afin d'initier ou de poursuivre sa réalisation.

Nous avons commencé par dire que l'hospitalisation n'est qu'une étape, il faut pouvoir envisager également qu'elle ne soit pas unique. De même que l'on cherche à éviter l'errance d'un médecin à l'autre en ambulatoire, on a tout intérêt à prévenir l'errance d'un service ou d'un établissement à un autre. En privilégiant les hospitalisations dans un même lieu lorsqu'elles sont nécessaires, on favorise l'aspect relationnel entre un patient et une équipe soignante, la continuité des soins et du projet médical et social. En améliorant la collaboration et la communication entre les différents services hospitaliers et extra-hospitaliers qui accueillent le patient au fil du temps, on évite les pertes de temps et les incohérences : répétition d'examens, de démarches, manque d'informations sur le malade, décisions en contradiction avec le projet global...

#### La continuité à différents niveaux

La continuité des actes médicaux paraît la plus évidente. C'est s'assurer que le patient puisse bénéficier, en fonction de ses besoins, de consultations médicales, d'un traitement médicamenteux, de soins infirmiers ou de rééducation, mais aussi s'assurer de la poursuite des démarches sociales et administratives initiées ou préconisées pendant l'hospitalisation.

La continuité du cadre de soin est aussi à travailler : offrir au patient des repères, tant au niveau des lieux de soin, des intervenants, que du mode de fonctionnement : pouvoir identifier un médecin, un infirmier référent, repérer l'emplacement du CMP et comprendre son fonctionnement, savoir qui contacter, où se présenter en cas d'urgence, à qui adresser telle ou telle demande.

Il s'agit d'un travail dans la durée, visant à améliorer la connaissance réciproque et les liens de confiance.

Parlons maintenant de la continuité de l'accompagnement. Un accompagnement, plus ou moins rapproché, qu'il soit assuré par des proches du patient, des soignants ou des travailleurs sociaux, pour « prendre soin ». Encourager la personne à s'occuper d'elle-même, à se protéger, se soigner, l'aider à améliorer ses conditions de vie, entretenir cette dimension du soin apportée pendant l'hospitalisation. C'est enfin garder ou transmettre aux intervenants qui prennent le relais le souci, la préoccupation pour une personne, sa santé et son bien-être.

Pour finir, la continuité passe par la coordination entre les différents acteurs du soin, à la fois entre ceux qui interviennent à la même période, en parallèle, pour une même personne, par exemple entre équipes de soins psychiatriques et somatiques, entre acteurs du médical et du social, et entre ceux qui interviennent les uns après les autres : relais entre une équipe hospitalière et un CMP lors d'une sortie, entre deux secteurs lors d'un déménagement par exemple.

Pour une prise en charge de qualité il est indispensable que les différents intervenants communiquent entre eux, puissent s'échanger des informations sur une personne suivie, coopérer et s'entraider pour la réalisation du projet de soin.

Dans les cas où le soin se limite à une hospitalisation, pour traiter une pathologie aiguë ou un traumatisme physique, on peut penser que la question de la continuité des soins est moins pertinente. L'histoire suivante, rapportée dans la revue Rhizome, nous prouve le contraire :

Il s'agit du cas d'un homme âgé, adressé via les urgences dans un service de chirurgie pour une intervention urgente. Celle-ci se passe bien, les suites de l'intervention sont simples. La sortie est donc posée 10 jours plus tard : retour à domicile avec un rendez-vous à distance et les soins de suite habituels pour ce type de chirurgie, notamment des soins infirmiers en rapport avec des drains abdominaux que le patient doit encore conserver quelque temps.

Deux éléments ont cependant été négligés : d'une part le patient présente un délire de persécution pour lequel aucun avis psychiatrique n'a été demandé et donc aucun traitement spécifique prescrit, d'autre part ce patient est sans domicile fixe.

L'assistante sociale du service a bien signalé la situation, mais n'a pas été entendue. Elle a donc contacté elle-même la Halte-Santé pour que le patient puisse à la sortie recevoir ses soins dans un cadre plus adapté que celui du hall de gare où il vit habituellement. (18)

On voit bien dans cette histoire que si la procédure médicale a bien été respectée concernant les soins de suite (rendez-vous de suivi, prescription de soins infirmiers), la non-prise en compte des particularités de ce patient, c'est-à-dire ses troubles psychiatriques et ses conditions de vie auraient pu lui coûter la vie, alors même que son état de santé était tout à fait satisfaisant au moment de sa sortie de l'hôpital.

## 2. Constat

### 1. Épidémiologie

Les personnes en situation d'exclusion sociale sont souvent amenées à être hospitalisées  
Avant de nous intéresser plus spécifiquement à la sortie d'hospitalisation d'un service de psychiatrie, nous allons exposer quelques chiffres concernant l'hospitalisation en général des personnes en situation d'exclusion sociale.

L'enquête de l'INSEE parue en 2001, portant sur l'année précédente, réalisée auprès de personnes sans domicile révélait qu'une personne sur trois avait été hospitalisée au moins une nuit au cours de l'année, soit trois fois plus que l'ensemble de la population.

Par contre, les RMistes seraient hospitalisés aussi souvent que les autres Parisiens. (19)  
D'après L. Fournier et C. Mercier, le ratio hospitalisation – consultation externe des personnes sans domicile est plus élevé que dans la population générale, ce qui indiquerait à la fois que ces personnes sont plus malades mais aussi qu'elles auraient tendance à consulter plus tardivement. (20)

Parmi les personnes sans abri interrogées lors d'une étude épidémiologique dans la ville de Paris, 13,8% déclaraient avoir été hospitalisées durant les 6 derniers mois. Parmi les personnes sans abri, 40,6% de celles vivant dans la rue avaient passé au moins une nuit à l'hôpital au cours des 12 mois précédents. Si on s'intéresse plus particulièrement aux personnes sans abri présentant des troubles mentaux, sur l'année écoulée : 39% des sujets schizophrènes avaient été hospitalisés, 25% des sujets avec des troubles dépressifs, et 37% des sujets alcooliques. (2)

Toujours concernant les personnes présentant des troubles mentaux, une étude s'est intéressée à la population des personnes sans abri appartenant à la file active des 6 secteurs parisiens desservis par un des hôpitaux de la région parisienne. Elle révèle que la population des personnes sans abri est beaucoup plus souvent hospitalisée (75% contre 24%) que celle de la file active ayant un domicile, et pour des durées plus longues (90 jours contre 60). Elle est également plus souvent ré-hospitalisée. (21)

Lorsque l'on se penche plus spécifiquement sur l'hospitalisation des personnes sans abri dans les services de psychiatrie, on retrouve des résultats d'apparence contradictoire. D'une part, des données évoquant une grande fréquence d'hospitalisation, comme cette étude américaine de l'évolution entre l'hospitalisation en psychiatrie et le phénomène SDF qui montre une augmentation significative des taux d'admission entre 1971 et 1980. (22)

D'autres études nord-américaines rapportent que 25 à 40% des sans-abri ont été hospitalisés en psychiatrie à un moment ou à un autre de leur vie. (23)

Les chiffres européens sont similaires. A noter que ces patients courent plus de risque que les personnes domiciliées de se voir refuser l'admission. V. Kovess conclut que le nombre de sans-abri parmi les personnes hospitalisées en psychiatrie a beaucoup augmenté au cours des années 90. (2)

Dans le rapport SAMENTA 2009, l'étude du recours aux soins sur la vie entière pour les personnes sans logement personnel montre que 23,8% ont déjà été hospitalisées pour des motifs de santé mentale, et que 18% ont déjà été hospitalisées en psychiatrie sous contrainte. (24)

D'autres chiffres viennent nuancer cette impression de grande fréquence d'hospitalisation : d'après les travaux de Payan, les sans domicile fixe sont rarement hospitalisés dans les services de psychiatrie (moins de 1%) et ils y restent peu (moins de 30 jours, durée moyenne de 8 jours). (25)

Au final, on peut dire que si la fréquence des admissions a nettement augmenté au cours des dernières décennies, la présence de ces personnes dans les services reste très limitée.

Les études américaines précédemment citées apportent aussi des informations sur les modes d'admission. Les personnes sans abri sont plus couramment amenées par la police, se présentent plus souvent seules ou accompagnées d'un ami. Les personnes domiciliées, elles, sont plus fréquemment adressées par des établissements privés ou amenées par leur famille. Les patients sans abri se voient plus souvent refuser l'admission, mais il semble que les différences dans les taux d'admission soient plutôt en lien avec les différents modes d'adressage. Ils ont plus de chances d'être admis s'ils sont amenés par la police ou adressés par un organisme que s'ils viennent d'eux-mêmes.

L'étude comparant des hommes hospitalisés en psychiatrie, SDF et non SDF, retrouve chez les patients SDF :

- plus d'hospitalisations non volontaires
- moins de contacts avec les services de soins psychiatriques dans les semaines précédant l'admission
- plus de symptômes psychopathologiques
- plus de négligence physique

La durée médiane d'hospitalisation était identique pour les deux groupes, mais les patients SDF sortaient moins souvent avec un traitement programmé (10% contre 40% pour les patients domiciliés). (26)

Il est important de considérer le cas particulier des services d'accueil d'urgence, puisque ceux-ci constituent le point d'accès privilégié à une hospitalisation pour les personnes en situation de grande précarité, et ce pour différentes raisons :

- › un appel au système de soins plus tardif, quand les pathologies sont plus avancées et les situations plus graves
- › la rareté du médecin traitant
- › le fait que les personnes sans abri soient amenées plus souvent que les autres inconscientes ou dans un état sanitaire sévère par les pompiers.

Les études montrent que les patients sans abri sont moins bien accueillis et moins bien examinés. Le nomadisme médical nuit à l'efficacité de la prise en charge qui, centrée uniquement sur l'épisode aigu, conduit à une succession de séjours aux urgences sans efficacité thérapeutique faute de prise en compte des éléments déclencheurs. Le manque d'hébergement et d'accompagnement à la sortie oblige souvent à allonger les durées de séjour. Ainsi, si la durée moyenne de séjour est de 19h pour ces patients, 8% des séjours dépassent les 48h. Les motifs sociaux ne représentent pas plus de 4% des admissions. Au final, un tiers des patients admis au SAU passent à l'UHCD, et 17,3% seront hospitalisés en service de soins, dont la moitié en soins intensifs. (27)

Une partie de ces patients seront adressés vers les urgences psychiatriques. Une étude réalisée à Marseille rapporte que 6% des accueils des urgences psychiatriques concernent des patients sans domicile fixe, 62% venant d'eux-mêmes, 18% étant adressés par les urgences somatiques. Comparés à une population de patients logés, ils sont deux fois moins souvent agités ou anxieux, deux fois moins agressifs. Ils présentent moins de troubles du comportement, sont huit fois moins souvent en état maniaque. Ils sont moins souvent admis pour des tentatives de suicide, mais deux fois plus souvent pour des raisons liées à l'alcool. Ici les difficultés sociales sont évoquées trois fois plus souvent comme motif d'admission. (28)

La sortie, pour tout patient, constitue un moment critique de la prise en charge, avec un risque de discontinuité des soins. C'est particulièrement vrai pour la population étudiée  
Une étude américaine ancienne se penchait sur le devenir des patients à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie : sur les 16% de patients sans abri à l'admission, 31%

l'étaient toujours à la sortie, environ deux tiers sortaient sans adresse fixe ou relativement stable. (22) Dans *Précarité et santé mentale*, V. Kovess souligne l'importance du nombre de patients quittant l'hôpital sans avoir de logement. L'auteur conclut des enquêtes de prévalence européennes que « les sans-abri courent plus que d'autres le risque de quitter l'hôpital avant la fin du traitement ou de refuser les programmes d'insertion ». (2)

Par ailleurs, les nord-américains Appleby et Desai rapportent que 20% des patients sans abri quittent l'hôpital avant d'avoir obtenu leur congé et que peu sont référés à des services de longue durée. (2)

#### Données sur le suivi ambulatoire des personnes en situation de grande précarité

Dans l'enquête auprès de 6 secteurs parisiens déjà citée plus haut, il était observé que si la population des patients sans abri était plus souvent hospitalisée et ré-hospitalisée, elle recevait par contre moins souvent de soins ambulatoires (43% contre 74%). V. Kovess souligne qu'être en contact avec le système de soins ne signifie pas forcément être pris en charge de façon adéquate, diverses sources lors de cette étude indiquant que le suivi de ces personnes posait de réels problèmes. (2)

L'enquête SAMENTA de 2009 apporte des données plus précises et plus récentes sur l'utilisation des soins par les personnes sans abri. Les chiffres qui suivent concernent les personnes interrogées chez qui les enquêteurs ont diagnostiqué un trouble psychiatrique : trouble psychotique, de l'humeur ou anxieux.

Parmi ces personnes, 18,2% déclarent être suivies au moment de l'enquête, les chiffres variant en fonction des pathologies :

- troubles psychotiques : 37,7%
- troubles sévères de l'humeur : 13,4%
- troubles anxieux : 8,4%
- troubles non sévères de l'humeur : 13,2%

Les éléments tels que le sexe féminin, le fait d'avoir une couverture sociale ou d'être suivi pour une maladie chronique semblent associés à un meilleur suivi, alors que les sujets âgés de plus de 42 ans ou les personnes vivant à l'hôtel sont moins souvent suivis.

Les lieux de suivi les plus souvent cités sont les CMP (37%), l'hôpital (23%), mais aussi les cabinets de ville (25%), alors que les associations ou les centres d'hébergements ne sont cités que dans moins de 10% des cas.

Par ailleurs, 71,8% de ces sujets sont considérés en rupture de soins, c'est-à-dire qu'étant diagnostiqués avec un trouble au moment de l'enquête et ayant été par le passé en contact avec le système de soins, ils ne sont plus suivis à l'heure actuelle. Une fois encore, on note d'importantes variations selon les troubles :

- troubles psychotiques : 41,8%
- troubles sévères de l'humeur : 81,1%
- troubles anxieux : 88,5%
- troubles non sévères de l'humeur : 78,8%

Toujours dans ce groupe des personnes sans abri avec un trouble psychiatrique, 63,3% déclarent avoir pris un traitement dans le mois précédent, et 47,8% disent avoir un jour arrêté le traitement prescrit avant la fin. Parmi ceux-ci, 40,9% avaient repris leur traitement, 95,9% parce qu'ils « se sentaient trop mal », 3,3% parce qu'ils avaient reçu une meilleure information sur leur maladie. (24)

Nous avons déjà vu que la sortie d'une hospitalisation représentait un risque de discontinuité dans les soins, nous constatons maintenant que le suivi en dehors de l'hôpital pour les personnes sans abri (les données concernant les personnes en grande précarité mais domiciliées sont rares) est clairement insuffisant. Si ce phénomène peut probablement s'expliquer en partie par les mêmes facteurs que ceux concernant la population générale, nous explorerons plus loin les facteurs spécifiques à la situation de grande précarité.

## 2. Patients sans domicile fixe hospitalisés dans un service de psychiatrie toulousain : observation sur 3 ans

### ➤ **Méthode**

Pour constituer l'échantillon nous avons inclus les sujets selon les critères suivants :

- patients admis en séjour temps plein sur le pavillon d'admission du secteur 8 du

Centre Hospitalier Gérard Marchant

- admission entre le 01/01/07 et le 31/12/09
- sans adresse renseignée au niveau administratif : mention « sans info »

Ont été exclus :

- les patients renseignés comme sans domicile car hébergés dans une structure spécialisée et hospitalisés en attente d'un placement
- les patients hospitalisés dans un autre service, transférés à titre temporaire pendant moins de 48 h dans l'unité pour une mise en chambre d'isolement
- les patients transférés du SMPR, donc actuellement en cours de détention

Nous avons choisi de limiter notre observation à une seule unité afin d'obtenir une image relativement homogène des pratiques habituelles dans un service de psychiatrie. La période de trois ans permettait d'observer des séjours complets et éventuellement des ré-hospitalisations rapprochées pour un même patient.

La seule donnée objective et facilement identifiable pour repérer des patients en situation de grande précarité était l'absence d'adresse, nous avons donc ciblé une population de personnes sans domicile fixe au moment de leur admission. Une première lecture des dossiers révélait qu'une partie des sujets présélectionnés grâce à ce critère correspondait à des situations particulières qui ne rentraient pas dans le cadre de la précarité sociale, ils ont donc été exclus.

Il s'agit d'une observation rétrospective basée sur l'examen détaillé des dossiers médicaux des patients sélectionnés. Les dossiers médicaux sont informatisés et consultables grâce au logiciel *Cortexte*, qui permet un accès facilité aux informations administratives, aux observations médicales et paramédicales ainsi qu'aux prescriptions médicales médicamenteuses ou non.

Le recueil des données a été réalisé en utilisant une grille rédigée pour l'occasion (voir annexe 1). Celle-ci permettait le recueil d'informations générales sur le patient, puis des données sur ses antécédents psychiatriques, les conditions de son admission, le déroulement du séjour et les démarches effectuées durant cette période, les conditions de la sortie et enfin le devenir du patient après l'hospitalisation.

## ➤ Résultats

Sur la période de 3 ans étudiée, 20 patients répondent aux critères d'inclusion, ce qui correspond à 26 séjours au pavillon d'admission du secteur 8. Un patient a effectué 4 séjours en 3 ans, 3 patients ont fait 2 séjours, les 16 autres n'ont été admis qu'une seule fois.

### **Répartition par sexe et par âge :**

- On compte 19 hommes et une seule femme
- Au moment de l'hospitalisation, 6 patients ont entre 20 et 30 ans, et parmi eux 3 ont moins de 25 ans. 5 ont entre 30 et 40 ans, 8 entre 40 et 50 ans, et un seul patient est âgé de plus de 50 ans. (figure 2)

Pour la plupart de ces patients, figurent dans le dossier des **antécédents psychiatriques**, répartis comme suit :

- troubles de l'humeur : 1 (dépression)
- troubles psychotiques : 8
- troubles de la personnalité : 6
- conduites addictives : 9
- troubles psychiatriques repérés dans l'enfance : 4

Pour seulement 2 patients aucun antécédent psychiatrique n'est retrouvé.

Neuf patients ont auparavant bénéficié d'un **suivi psychiatrique** unique. 6 ont connu plusieurs prises en charge ambulatoires successives dans des lieux de soins divers. Un des patients bénéficiait de plusieurs prises en charges simultanées mais complémentaires. Pour 4 patients, il n'y a aucune trace d'un suivi antérieur.

**Les précédentes hospitalisations :** 3 patients n'auraient jamais été admis dans un service de psychiatrie auparavant.

- Parmi les autres patients, 15 ont connu de multiples hospitalisations dans différents hôpitaux et cliniques (entre 2 et 5 établissements différents

recensés pour un même patient). Un seul n'a été hospitalisé qu'au Centre Hospitalier G. Marchant, mais dans plusieurs secteurs).

- 9 patients ont déjà été admis au CHGM. Parmi eux, 4 n'ont connu qu'un secteur, 1 a été admis dans 2 secteurs, 2 patients ont connu 3 secteurs. Enfin un patient a été hospitalisé dans 6 secteurs différents, alors qu'un dernier patient a déjà été admis dans les 7 secteurs que comporte le CHGM. (figure 3)
- 8 patients ont été hospitalisés en dehors du département de la Haute-Garonne, et 6 en dehors de la région Midi-Pyrénées.
- 5 patients ont déjà séjourné au secteur 8.

#### **Les modalités d'admission (figure 4) :**

- Sur 26 séjours, dans 15 cas les patients sont admis via les urgences, en passant ou non par l'UHCD Dide. On compte 2 entrées directes à partir du CMP. Dans 3 cas les patients sont adressés par un autre établissement, hôpital ou clinique. Enfin on retrouve 3 admissions de patients amenés directement sur le CHGM par la police ou la gendarmerie.
- Sur les 26 admissions réalisées, 14 se font sur le mode de l'hospitalisation libre, mais 2 sont transformées secondairement en hospitalisation à la demande d'un tiers. 5 admissions sont initialement des HDT et 7 des hospitalisations d'office.
- Aucun des patients reçus ne relève du secteur 8 si l'on applique à la lettre les règles de sectorisation.

**Les motifs d'entrée.** Il s'agit des motifs consignés dans la première observation médicale correspondant à l'examen d'entrée du patient dans l'unité.

- Troubles du comportement : 9 cas
  - dont troubles du comportement avec hétéro-agressivité : 6 cas
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'abus d'alcool : 8
  - dont état d'ivresse aiguë : 5
- Troubles psychotiques : 5
- Idées suicidaires : 3
- Intoxication aiguë par des toxiques autres que l'alcool seul : 2
- Anxiété : 2

- Tentative de suicide : 1
- Syndrome dépressif : 1
- Demande de sevrage du cannabis : 1
- Non compliance aux soins lors d'une hospitalisation dans un service de soins somatiques : 1
- Séjour dit de « rupture » : 1

**Les diagnostics posés pendant l'hospitalisation.** Ils correspondent au diagnostic retenu pour la cotation, utilisant la classification internationale des maladies (CIM-10). Pour un patient et un séjour donné, un seul diagnostic principal peut être sélectionné, et un ou plusieurs diagnostics associés éventuellement.

- Diagnostics principaux :
  - Schizophrénie, psychoses chroniques : 10 cas
  - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : 2
  - Troubles mentaux et du comportement liés à la dépendance de l'alcool : 2
  - Personnalité dyssociale : 2
  - Troubles mentaux et du comportement liés à une substance (cocaïne et opiacés) : 1
  - Trouble schizoaffectif : 1
  - Syndrome de sevrage de l'alcool avec delirium : 1
  - Intoxication alcoolique aiguë : 1
  - Retard mental moyen avec troubles du comportement : 1
  - Trouble schizotypique : 1
  - Personnalité limite : 1
- Diagnostics associés :
  - Personnalité dyssociale : 3
  - Troubles perceptuels liés à l'utilisation de LSD : 1
  - Delirium à l'entrée lié à une substance : 1
  - Personnalité dépendante : 1
  - Syndrome frontal : 1
  - Épilepsie séquellaire à un AVP : 1
  - Difficultés liés au fait d'être sans abri : 1
  - Personnalité émotionnellement labile:

- Intoxication alcoolique aiguë : 1

**Liens avec les intervenants extérieurs :**

- retrouvés pour 15 des séjours
- aucun contact pour les 11 autres
- Dans 6 cas une réunion de synthèse a été organisée (5 pendant le séjour, 1 après la sortie du patient).

Une assistante sociale effectue des démarches pour le patient lors de 14 séjours sur 26. Ces démarches concernent : le logement dans 7 cas, les ressources (6 cas), les mesures de protection (4 cas), l'emploi (2 cas) ou d'autres domaines (10 cas).

**La durée des séjours.** La durée minimale de ces séjours est de 48h, il s'agissait d'un des critères d'inclusion. La durée maximale est de 5 mois et demi.

- Séjours de moins d'une semaine : 10
- entre 1 semaine et 1 mois : 7
- de 1 à 2 mois : 6
- de 2 à 3 mois : 2
- plus de 3 mois : 1

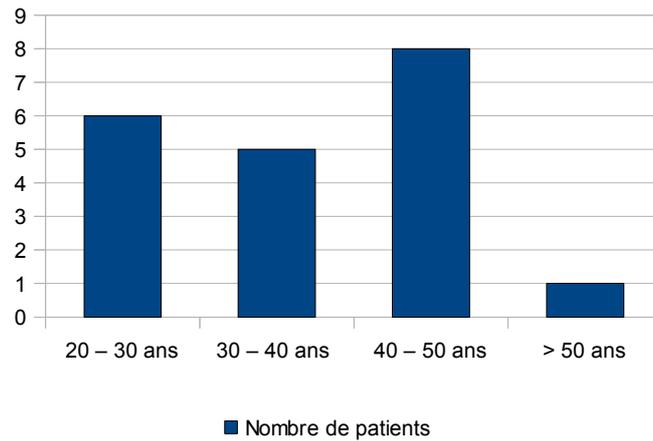
**La sortie.** 10 patients sont transférés vers d'autres secteurs du CHGM avant la fin de leur hospitalisation. Un patient est transféré dans un autre centre hospitalier. Dans 15 cas seulement la sortie définitive se fait à partir du secteur 8.

Dans 8 cas, le patient est ré-hospitalisé au CHGM dans l'année, au secteur 8 pour 6 patients.

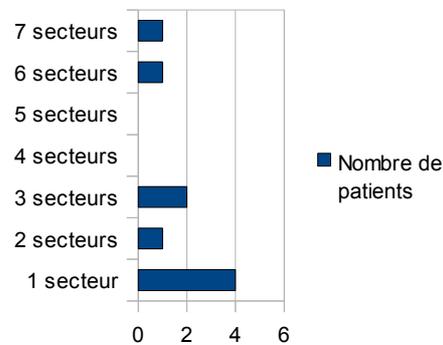
Pour la suite nous ne considérons que les 15 cas pour lesquels la sortie définitive s'est faite à partir du secteur 8.

- Modalité de sortie :
  - sorties programmées : 12
  - sorties contre avis médical : 3
- Situation de l'hébergement au moment de la sortie :
  - hébergement précaire : 9
  - hébergement durable : 4

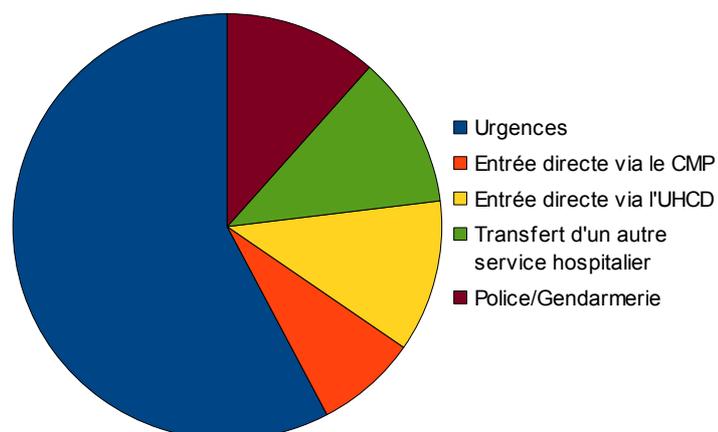
- logement autonome : 1
- sans abri : 1
- Le traitement de sortie. Les patients sortent dans tous les cas avec une prescription de traitement médicamenteux, comprenant d'une à neuf spécialités, dont un neuroleptique injectable d'action prolongée dans 6 cas sur 15. Dans 3 cas, une délivrance du traitement à domicile ou en CMP est programmée.
- Tous les patients sont orientés à la sortie soit vers le CMP du secteur dont ils dépendent, soit vers le CMP du secteur 8. Ils se voient proposer au minimum initialement un suivi médical. Un suivi infirmier est prévu dès la sortie dans 8 cas, une prise en charge en hôpital de jour dans 4 cas et sur un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel dans 2 cas. Un patient est réorienté vers les activités thérapeutiques proposées au CHU auxquelles il participait avant son séjour.
- Dans 6 cas sur 15, le patient ne se présente à aucun des rendez-vous fixés. Dans 3 cas, ils commencent le suivi puis l'interrompent. Dans 3 autres cas le suivi n'est pas interrompu. Pour les 3 restants, nous n'avons pas d'informations.
- 7 patients sont totalement perdus de vue après leur sortie, c'est-à-dire qu'il n'y a plus aucune entrée sur leur dossier médical informatisé.
- Toujours pour les patients sortis directement du secteur 8, dans 8 cas l'observance du traitement médicamenteux est inconnue. On retrouve une inobservance dans 2 cas, une observance partielle dans 4 cas et une bonne observance dans un cas seulement.



**Figure 2. Répartition par âge des patients de l'échantillon**



**Figure 3. Nombre de secteurs dans lesquels les patients déjà hospitalisés sur le CHGM ont été admis (sans compter le séjour actuel)**



**Figure 4. Voie d'admission dans l'unité**

## ➤ Discussion

### Description de l'échantillon observé.

Les patients sont quasi-exclusivement de sexe masculin (1 femme pour 19 hommes). Toutes les tranches d'âge entre 20 et 60 ans sont représentées, avec toutefois un seul patient âgé de plus de 50 ans (année de naissance : 1950).

Quasiment tous les patients ont des antécédents psychiatriques connus, et tous sauf 3 ont déjà été hospitalisés dans un service de psychiatrie.

Parmi les antécédents, on retrouve une fréquence importante de troubles liés à l'abus de substances, de troubles psychotiques ainsi que de troubles de la personnalité. Des troubles psychiatriques dans l'enfance sont retrouvés pour 4 patients.

### Les parcours de soins.

Un nombre important de patients ont connu des hospitalisations multiples, dans des établissements différents, et pour le même établissement (CHGM), dans des services différents. Un des patients a même été hospitalisé successivement dans tous les secteurs du centre hospitalier qui en compte tout de même 7.

Ces résultats semblent montrer une absence de continuité concernant les lieux de prise en charge. Cependant si on regarde de plus près le déroulement des séjours, on observe que certains patients sont en « lit d'accueil » et transférés secondairement vers le secteur dont ils dépendent d'un point de vue administratif (ce qui ne signifie pas nécessairement qu'il y sont suivis régulièrement).

Les séjours programmés sont ici exceptionnels. 15 admissions se font via les urgences, et on compte 3 entrées directes de patients amenés par la police ou la gendarmerie.

Si on considère les 2 hospitalisations libres transformées en hospitalisation à la demande d'un tiers, il y a plus d'hospitalisations sous contrainte que d'hospitalisations libres, avec une grande fréquence d'hospitalisations d'office. Ces éléments sont à considérer encore avec prudence, puisque le CHGM est le principal établissement

accueillant des patients hospitalisés sous contrainte dans le département. Leur fréquence y est donc naturellement plus élevée qu'ailleurs.

Une donnée surprend particulièrement : sur les 20 patients considérés, aucun ne relève administrativement du secteur 8. 3 d'entre eux étaient suivis préalablement par ce secteur, les 17 autres sont en théorie sur ce que l'on appelle des « lits d'accueil ». Cela signifie que ce sont des patients pour lesquels on attend un transfert d'un jour à l'autre et pour lesquels on n'envisage pas de prise en charge par le service à moyen et long terme. On imagine bien que le soin se limite alors à la phase aiguë, avec un investissement moindre de l'équipe soignante.

Ce phénomène n'est pas spécifique des patients sans domicile fixe, mais pour eux, la fréquence des entrées non programmées peut augmenter le risque d'être admis sur un « lit d'accueil ».

#### Données psychopathologiques.

Parmi les motifs d'admission, on observe une grande fréquence des troubles du comportement, souvent avec hétéro-agressivité, en lien soit avec un abus d'alcool ou d'autres toxiques, soit avec un trouble psychotique décompensé, voire les deux. Les motifs les plus souvent évoqués ensuite sont les décompensations psychotiques.

En fait les motifs d'entrée sont variés, c'est leur répartition qui retient l'attention.

L'examen des diagnostics posés pendant l'hospitalisation permet d'affiner le tableau.

À la rubrique « diagnostic principal de l'hospitalisation », on retrouve un taux important de troubles psychotiques chroniques : 11/26. On observe aussi 7 diagnostics de troubles liés à l'abus de substances.

Si on considère à la fois les « diagnostics principaux » et les « diagnostics associés », on peut ajouter 3 diagnostics de troubles liés à l'abus de substances, et 9 diagnostics de troubles de la personnalité dont 5 diagnostics de personnalité dyssociale.

On retrouve peu de troubles de l'humeur isolés, ou de troubles anxieux.

#### La dimension sociale du soin.

Même si les patients ne relèvent pas du secteur, des liens avec les intervenants extérieurs, des synthèses et surtout des démarches sociales sont fréquemment réalisés. C'est dans la très grande majorité des cas une assistante sociale du service qui prend

contact avec les intervenants extérieurs. Ces intervenants sont le plus souvent d'autres assistantes sociales ou des éducateurs de structures comme l'Équipe mobile sanitaire et sociale, les Utams, les foyers d'hébergement, le CCAS, ou des associations. Elles sont aussi très souvent en contact avec les tuteurs ou curateurs de patients.

Les psychiatres, en dehors des réunions de synthèse, ont presque uniquement des échanges avec d'autres médecins.

#### Durée des hospitalisations.

Les séjours de moins de 48h n'ont pas été retenus car ils correspondent dans presque tous les cas à des transferts ponctuels de patients nécessitant une chambre d'isolement non disponible dans leur unité d'origine qu'ils réintègrent dès que leur état le permet où dès qu'une chambre d'isolement s'y libère.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser compte-tenu du grand nombre de patients admis sur des « lits d'accueil », seuls 6 patients sont transférés vers un autre secteur au cours de la première semaine après l'admission au secteur 8. Plus de 16 séjours durent plus d'une semaine et 9 plus d'un mois.

#### La sortie d'hospitalisation.

Le nombre important de patients transférés avant la fin de leur séjour (11 séjours sur 26) n'a permis d'étudier qu'un nombre réduit de sorties d'hospitalisation.

On remarque ici que la discontinuité peut survenir même au cours d'un seul séjour, puisque la même hospitalisation va avoir lieu dans 2 unités différentes (sans compter le temps passé au préalable dans un service d'accueil des urgences et/ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée). Il pourrait être intéressant d'étudier la façon dont les informations sont transmises, la nature des communications entre les équipes qui vont accueillir l'une après l'autre le patient au cours de son séjour.

Les sorties sont en majorité programmées (12/15), les 3 autres sont des sorties contre avis médical. On ne retrouve ni exclusion, ni fugue.

Les sorties programmées favorisent l'orientation du patient vers un lieu d'hébergement. En pratique, le patient reste hospitalisé jusqu'à ce qu'une solution d'hébergement soit disponible. Cela signifie que des séjours sont prolongés dans l'attente d'une solution

d'hébergement, alors que l'état clinique du patient ne nécessite plus une hospitalisation. Ces nuits d'hospitalisation supplémentaires ont bien entendu un coût financier, et engendrent un « encombrement » des lits si la situation se prolonge.

Le seul patient sorti à la rue avait quitté le service contre avis médical. Tous les autres ont une solution d'hébergement, mais le plus souvent précaire (foyer d'hébergement d'urgence ou accueil chez un tiers). 5 patients bénéficient à la sortie d'un hébergement durable ou d'un logement autonome.

Tous les patients sortent avec un traitement médicamenteux, constitué souvent de plusieurs spécialités, et sans aide à la prise de ce traitement dans la plupart des cas. Si dans la quasi-totalité des cas les patients ont un hébergement à la sortie, leur situation reste souvent très précaire. Or on sait que la gestion d'un traitement médicamenteux à la rue comporte de nombreux risques.

La prescription des neuroleptiques d'action prolongée facilite l'observance, à condition que son administration soit organisée.

Les données sur l'observance du traitement après la sortie sont rares (7 cas), mais celle-ci apparaît clairement médiocre, un seul patient prenant correctement le traitement, les autres présentant une observance partielle ou nulle.

Un autre point favorisant la continuité des soins est l'orientation systématique du patient vers un CMP à la sortie, d'autant plus s'il s'agit d'un CMP du même secteur. Cela permet notamment d'établir un lien avant la sortie entre le patient et l'équipe soignante en ambulatoire (rencontre avec un infirmier référent ou visite du CATTP par exemple). Précisons que cette prise de contact n'a pas lieu dans tous les cas, et que certains patients sortent avec seulement un rendez-vous avec un psychiatre.

Dans les faits, seuls 3 patients orientés à leur sortie vers un CMP du secteur 8 seront suivis régulièrement. Dans 6 cas sur 15 les patients ne se présentent pas du tout.

Dans environ la moitié des cas, les patients sont perdus de vue après leur sortie d'hospitalisation. On compte 8 ré-hospitalisations sur le même établissement dans l'année, dont 6 dans la même unité. Ces dernières données sont difficiles à interpréter : on pourrait se dire que le fait qu'un patient soit ré-hospitalisé dans le même service est le signe d'une meilleure continuité des soins, mais on remarque que dans la moitié des cas, le suivi de ces patients avait été prévu sur un autre secteur, et qu'ils sont de nouveau

admis sur des « lits d'accueil ».

### Les limites et biais de l'étude.

Rappelons qu'il s'agit uniquement d'un travail d'observation, rétrospectif, basé sur les informations disponibles dans les dossiers médicaux. L'objectif est d'apporter une illustration concrète des problématiques décrites dans la partie théorique, ainsi que des efforts faits en pratique pour améliorer la continuité des soins.

Le faible nombre de cas étudiés ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population concernée. D'autre part, l'observation s'est limitée à une seule unité. Il est important de préciser que le secteur 8 est particulièrement sensibilisé depuis plusieurs années à la problématique de la précarité, son équipe étant notamment à l'origine de la création de l'unité de souffrance psychosociale de l'Hôpital Marchant.

Il s'agit d'observations a posteriori, basées sur des données extraites des dossiers médicaux informatisés. Ces dossiers sont renseignés de manière variable, et un certain nombre d'éléments n'ont pu être recueillis pour tous les patients.

Un grand nombre de patients ne sont pas sortis directement de l'unité, ce qui n'a pas permis pour eux d'étudier ce moment de l'hospitalisation qui nous intéresse particulièrement.

De façon générale, ce travail basé sur les données présentes dans les dossiers médicaux n'apporte que peu d'éléments sur le devenir des patients après la sortie.

Enfin, les données concernant les patients sans domicile fixe n'ont pas été comparées avec celles d'une population domiciliée. De nombreux problèmes liés à la continuité des soins ne sont pas spécifiques des patients sans domicile fixe, pour autant les mettre en évidence n'est pas dénué d'intérêt puisqu'ils concernent tous les patients. L'ampleur de ces phénomènes et surtout leurs conséquences sont par contre probablement plus importantes pour les populations plus fragiles du fait d'une grande précarité sociale.

### Conclusion

Ce travail met en évidence divers points problématiques. Pour commencer on peut citer

le phénomène d'errance des patients, errance d'un établissement à l'autre, voire au sein d'un même établissement, sans que cela semble justifié par des raisons médicales ou des déplacements géographiques. Nous observons d'autre part que l'application stricte des règles de sectorisation s'avère complexe, et aboutit parfois à des situations absurdes où le respect de la sectorisation, censé favoriser la continuité des soins, engendre au contraire des ruptures et des errances. Un des éléments qui contribue à cela est une difficulté liée aux modes d'admission : le plus souvent non programmées, en urgence.

On constate que contrairement à certaines idées reçues, les patients sans domicile fixe ne sont pas hospitalisés pour répondre à des demandes d'hébergement, mais bien pour la prise en charge d'états pathologiques aigus.

Très souvent un lien est fait avec les intervenants extérieurs habituels, en général par l'intermédiaire des assistantes sociales plus que des médecins. Les liens entre les médecins et les intervenants extérieurs se font plutôt lors de réunions de synthèse.

Un effort particulier semble fait pour ne pas laisser repartir les patients à la rue, à la fois en les accompagnant dans leurs démarches sociales, mais aussi en prolongeant les séjours le temps nécessaire pour trouver au minimum une place dans un foyer d'hébergement d'urgence. Nous avons vu précédemment que l'hébergement fait partie des éléments essentiels pour favoriser la continuité des soins.

### 3. Parcours hospitalier d'une femme schizophrène et sans domicile fixe entre 2002 et 2007

L'histoire qui suit a été reconstituée à partir de multiples rencontres avec une malade, au cours de différents stages d'internat, au Service Intersectoriel d'Accueil Psychiatrique (novembre 2006 – avril 2007), au pavillon d'admission du secteur 4 de l'Hôpital Marchant (mai – octobre 2008), ainsi que lors de gardes aux Urgences du CHU Purpan entre 2006 et 2010. Le récit a été ensuite complété à partir d'éléments du dossier médical de la patiente.

Il nous semble intéressant à ce point du travail de nous éloigner quelque peu des statistiques et de nous pencher sur une histoire clinique concrète, comme chacun peut en rencontrer au quotidien dans sa pratique. L'histoire de Mme G. illustre parfaitement les constats qui viennent d'être faits concernant la fréquence et le mode d'accès aux hospitalisations, ainsi que le manque de continuité dans les soins. Elle permet également de comprendre quels sont les éléments qui interfèrent avec le suivi aux différentes étapes de la prise en charge.

Mme G., arrivée à Toulouse en 2002, est née en 1969 à Clermont-Ferrand. Divorcée, elle est la mère de trois enfants, tous nés de pères différents, et placés en foyer d'accueil. Elle a interrompu sa scolarité en 4e. Après avoir fait un peu de secrétariat dans sa jeunesse, puis quelques ménages au noir, elle se met à la prostitution. Elle aurait vécu un moment dans un foyer SONACOTRA dont elle aurait été exclue. Sa mère, avec qui elle était en conflit, est décédée en 2001. Elle a quelques contacts avec son père et sa sœur, installés à Clermont-Ferrand.

Mme G. a des antécédents de toxicomanie et d'alcoolisme, et elle est porteuse de l'hépatite C. Elle présente les symptômes d'une schizophrénie paranoïde : bizarrerie du contact, expression pauvre, apragmatisme, hermétisme, abrasion des affects. Les idées délirantes sont présentes en permanence. Délire d'identité, hallucinations cénesthésiques sont particulièrement fréquents. Mme G. se plaint souvent qu'une personne lui a volé son identité, que ses organes lui ont été dérobés ou que des serpents grouillent dans son organisme.

Le premier contact de Mme G. avec le Centre Hospitalier G. Marchant a lieu en décembre 2002. Elle est alors enceinte de son 3e enfant, et est admise en HDT sur le secteur 2. Elle sort après 2 mois d'hospitalisation, un suivi étant prévu à la fois par le CMP du secteur 2 et par un médecin généraliste. Pendant les mois qui suivent, elle effectue de multiples passages aux urgences.

En septembre 2004, elle est admise en HDT au secteur 6, devant un état délirant hallucinatoire et des propos mégalomaniaques. Elle n'adhère pas du tout aux soins et demande rapidement à sortir. Mme G. dénie à la fois les troubles psychiatriques et ses problèmes sociaux, et refuse l'aide sociale proposée dans le service. On sait qu'à cette période elle bénéficie du RMI et d'un suivi par une assistance sociale de l'UTAMS, et

qu'elle est hébergée par des amis. Elle sort au bout de 15 jours, puis se présente d'elle-même le mois suivant aux urgences, avec des idées délirantes de persécution et des hallucinations cénesthésiques. Adressée en HDT sur le secteur 1, on note de nouveau un déni des troubles et des difficultés sociales, et donc un refus des aides proposées. Après un séjour de 3 semaines, elle est orientée comme précédemment sur le CMP du secteur 2.

Mme G. passe encore de nombreuses fois aux urgences, avant d'être placée en HDT en décembre, au secteur 4 cette fois-ci, devant une nouvelle décompensation délirante. Elle touche toujours le RMI, mais n'a aucune mesure de protection sociale. Elle sort 11 jours plus tard et retourne chez Didier\*, l'ami qui l'héberge à cette période.

Entre décembre 2004 et mars 2005, elle fait 2 très courts séjours au SIAP (Service Intersectoriel d'Accueil Psychiatrique) pour des troubles du comportement. Elle finit par être placée en HDT au secteur 3 au mois de mars. Elle y reste un peu plus d'un mois. Le compte-rendu rédigé à sa sortie d'hospitalisation souligne l'errance de la patiente d'un secteur à l'autre. Un suivi sur le CMP du secteur 3 est organisé et semble se maintenir quelque temps.

On retrouve Mme G. en mai 2005. Des troubles du comportement ont conduit à une HDT au secteur 2. On observe alors des éléments hébéphréno-catatoniques, une dissociation majeure, une incurie et un délire paranoïde. Le séjour dure un mois et demi, puis elle sort avec un projet de suivi sur le CMP du secteur 4 cette fois-ci, mais elle ne se présentera pas au premier rendez-vous.

Elle reprend contact avec le secteur 4 en novembre 2005, lorsqu'elle y séjourne librement pendant 15 jours. Son état est quasi catatonique. Le déni des troubles est total, les troubles cognitifs majeurs. Elle se montre complètement indifférente au devenir de ses enfants, dont elle nie même parfois l'existence. Elle était toujours hébergée par Didier, qui refuse de la reprendre. Elle touche toujours le RMI, mais sa CMU-C n'a pas été renouvelée. Mme G. refuse d'effectuer une demande d'AAH. Par ailleurs, elle dit vouloir rester SDF, et se débrouiller en se faisant héberger à droite à gauche. Elle reste 15 jours et trouve un autre ami pour l'accueillir. Elle adhère jusqu'en février 2006 au suivi sur le

---

\* Le prénom a été modifié.

CMP du secteur 4, se montre plus ou moins compliant au traitement, tout en refusant de rencontrer l'assistance sociale (elle est déjà suivie par une assistante sociale de l'UTAMS du centre-ville). Didier l'héberge de nouveau.

En avril 2005, Mme G. est admise en HDT sur le secteur 5 pour trouble de l'ordre public. Le délire est floride : substitution d'identité, hypocondrie, empoisonnement, univers parallèles... Elle présente aussi d'intenses angoisses de morcellement et une dissociation majeure. Elle refuse de boire et de manger. Il est toujours impossible de lui faire accepter un traitement neuroleptique d'action prolongée. Elle reprend le suivi sur le CMP du secteur 4 après ce séjour de 3 semaines, et demande à être suivie sur un seul secteur. Elle veut de l'aide pour trouver un appartement, mais refuse l'idée d'un appartement thérapeutique, tout comme une mesure de curatelle ou de tutelle. Après que Mme G. ait manqué plusieurs rendez-vous son assistante sociale l'adresse au CMP du secteur 5.

En août 2006, une décompensation délirante l'amène à être hospitalisée pendant 10 jours au CHU (UF4). Elle est ensuite transférée sur le secteur 4, encore très hallucinée. L'ami qui l'héberge la pousse à faire des démarches. Elle finit par accepter l'AAH. Elle refuse toujours par contre de recevoir un traitement pour l'hépatite C, pathologie dont elle nie être atteinte.

A cette période, l'assistante sociale du secteur 4 et l'assistante sociale de l'UTAMS maintiennent des contacts réguliers.

Mme G. revient au secteur 4 en novembre 2006, accompagnée par un ami. Elle est admise en HDT. L'AAH n'a en fait toujours pas été demandée, elle continue de refuser le traitement par interféron pour son hépatite. Elle refuse aussi que la demande de renouvellement de sa CMU-C s'effectue à partir de l'hôpital. Elle reprend le suivi avec le CMP après un mois d'hospitalisation, mais les démarches de recherche de logement n'avancent pas. Elle reste hébergée par son ami, dont on connaît maintenant les problèmes d'alcoolisme. Mme G. passe régulièrement aux urgences.

Elle est réadmise en février 2007 au secteur 4, en hospitalisation libre, amenée par le Samu Social. Elle restera cette fois-ci 5 mois. Le symptôme prédominant est un délire de négation d'organes. Elle est aussi persuadée que son RMI lui est dérobé depuis plusieurs

mois.

Elle refuse toujours de constituer un dossier de demande d'AAH. Un dossier PRL (Prestation Recherche Logement) est en cours avec l'association BAIL.

Au cours de ce séjour, Mme G. et l'assistante sociale du service se rencontrent régulièrement pour effectuer des démarches en vue d'un hébergement à la sortie. Elles contactent une quinzaine d'associations et de foyers d'hébergement, sans succès. Le manque de place, les procédures d'admission contraignantes, les exigences concernant l'autonomie et les projets de réinsertion socio-professionnelle expliquent une partie des échecs. Elles doivent également faire face à la réticence générale vis-à-vis des troubles mentaux de Mme G., et son comportement lors de 3 entretiens dans des foyers n'a pas vraiment rassuré. Elle n'entend absolument pas les refus fondés sur son état de santé, ne comprend pas les délais d'attente, et se montre méfiante dès qu'il est question de participer financièrement à l'hébergement. Les entretiens non concluants génèrent une grande déception à chaque fois. Toujours dans le déni, elle ne veut pas entendre parler de centre de post-cure ou d'appartement thérapeutique.

La sortie s'annonce en juillet. Mme G. n'arrivant pas à joindre son ami, l'assistante sociale lui trouve un hôtel, mais doit se mettre rapidement à la recherche d'une place dans un foyer d'accueil d'urgence, car la chambre coûte bien trop cher. La patiente est censée se rendre tous les jours au CATTP après sa sortie.

Trois jours plus tard, le service reçoit un appel du personnel de l'hôtel, alarmé par l'état délirant de Mme G. Celle-ci a arrêté son traitement dès sa sortie, et refuse de se rendre au CMP. Une visite à domicile en urgence est donc organisée et la patiente finit par se retrouver en HDT au SIAP (3 jours), puis au secteur 3 pendant 3 semaines avant d'arriver dans son secteur de référence.

Mme G. finit par accepter l'AAH car elle n'a plus le droit au RMI. Elle refuse par contre un hébergement en appartement associatif à cause de la connotation psychiatrique.

L'équipe rencontre enfin son ami Didier, qui semble soutenant et accepte de l'héberger de nouveau. Elle sort deux mois plus tard, avec un accueil 3 fois par semaine au CATTP

où elle se rend assez régulièrement.

Au mois d'octobre 2007, après une consultation au CMP, Mme G. est adressée aux urgences pour une décompensation délirante. Probablement du fait d'un manque de place dans son secteur, elle est hospitalisée à la clinique de Beaupuy pour un peu plus d'un mois. Une synthèse a lieu pendant ce temps au CMP. Le compte-rendu fait état de la situation actuelle : la patiente vit dans la rue à la « belle saison ». Les importants troubles cognitifs ne lui permettent pas de vivre de façon autonome dans un appartement, et elle n'est plus acceptée dans les foyers d'hébergement. A noter que Mme G. a besoin de se rendre au centre-ville pendant la journée.

Mme G. fait son retour au secteur 4 en décembre 2007, en HDT. Elle restera hospitalisée 1 an et 10 mois. Son tuteur nouvellement nommé s'oppose à une sortie dans un hôtel, et son service indique qu'il est inutile de faire une demande de HLM, qui sera refusée. L'assistante sociale espère faire obtenir un logement à Mme G. par l'intermédiaire d'une association, en utilisant la PRL. En l'absence d'autre solution, la patiente sort à l'hôtel en attendant.

Voici donc le parcours sur quelques années d'une personne schizophrène sans domicile fixe, vu depuis l'hôpital psychiatrique. On sait peu de choses de son passé, mais on repère des éléments de rupture anciens : l'arrêt précoce des études, une insertion professionnelle difficile, des conflits avec la mère, et puis le départ de sa ville d'origine pour venir s'installer à Toulouse.

Mme G. a toujours une famille, mais les relations avec celle-ci sont très perturbées. Elle a trois enfants placés dans sa ville d'origine, dont elle ne reconnaît pas l'existence la plupart du temps. Elle a de rares contacts téléphoniques avec son père et sa sœur qui vivent à Clermont-Ferrand. On lui connaît quelques amis à Toulouse, dont Didier, qui apparaît comme une personne ressource relativement stable.

Par ailleurs, Mme G. semble avoir noué une relation de confiance avec l'assistante sociale qui la suit à l'UTAMS depuis plusieurs années, et qu'elle a intégrée comme référente.

L'élément qui apparaît ici comme le principal obstacle à la continuité des soins est le

déni des troubles. Mme G. entre en contact avec les services de soins la plupart du temps amenée par des tiers lorsque les troubles du comportement deviennent trop bruyants, ou bien elle se présente d'elle-même avec des plaintes décalées : pseudo-somatiques (disparition d'organes, vol du cerveau) ou persécution par exemple, avec recherche d'une mise à l'abri. Rejetant complètement l'idée d'être atteinte d'un trouble psychiatrique, elle refuse les traitements tels que les neuroleptiques d'action prolongée et interrompt fréquemment le traitement médicamenteux dès qu'elle quitte l'hôpital. Le déni concerne également les pathologies somatiques, l'exemple le plus frappant étant celui de son hépatite C, pour laquelle elle n'a jamais accepté de se faire soigner. Elle s'oppose aussi inlassablement à certaines démarches comme l'obtention de l'Allocation Adulte Handicapé, ou des demandes d'admission en appartement thérapeutique ou en CPC. Elle montre parfois aussi de la réticence à ce que certaines démarches soient effectuées par du personnel hospitalier (renouvellement de la CMU-C par exemple).

Le phénomène de déni s'étend aussi à sa situation sociale. Jusqu'aux derniers séjours mentionnés ici, elle refuse l'aide proposée par les assistantes sociales de l'hôpital, déclarant ne pas en avoir besoin. Il faudra plusieurs années avant qu'elle n'accepte cette aide, c'est alors elle qui en fera la demande, ciblée sur la recherche de logement.

Les idées délirantes de persécution et celles concernant sa perte d'intégrité physique favorisent par moment une méfiance particulière à l'égard des médicaments. Mme G. craint parfois d'être victime d'empoisonnement, ce qui ne facilite guère l'observance.

Concernant la prise en charge de Mme G., on observe clairement un phénomène d'errance entre les secteurs. Entre 2002 et 2007, elle est passée par 5 secteurs différents sur le CHGM, en plus d'un séjour dans un service de psychiatrie du CHU et d'un autre dans une clinique. En sortie d'hospitalisation, elle a été orientée sur 3 CMP différents. Le mode d'entrée, via les urgences presque exclusivement, l'absence de suivi ambulatoire effectif au cours des premières années et le statut de sans domicile fixe ont probablement favorisé cette errance. La patiente elle-même réclamera à être suivie par un seul secteur.

La prise en charge sociale était peu importante au début, du fait qu'elle était tout simplement refusée par la patiente elle-même. A partir du moment où elle demande à être accompagnée pour ses recherches de logement, un travail de longue haleine s'engage, parallèlement aux soins psychiques. Les très nombreuses démarches, appels téléphoniques, accompagnements à l'extérieur (bureau de Poste, entretiens dans des foyers, organismes de prestations sociales...), synthèses avec l'assistante sociale de l'UTAMS, rédactions de courriers, dossiers de pré-admission ont nécessité une grande disponibilité de l'équipe, la patiente étant très peu autonome dans ce domaine.

Si les sorties ont pu se faire assez rapidement quand des amis de Mme G. acceptaient de l'héberger, dans le cas inverse les séjours se sont significativement allongés.

Mme G. et les assistantes sociales se sont heurtées à de nombreuses difficultés lors des recherches de solutions d'hébergement, à commencer par le manque de place et les délais d'admission annoncés dépassant souvent plusieurs mois. Les modalités d'admission varient selon les établissements, et en ce qui concerne les foyers d'hébergement d'urgence, il est en général nécessaire de se présenter sur les lieux de façon répétée, à des horaires précis, sans aucune garantie, ce qui s'avérait en pratique bien compliqué. La patiente, qui même lorsque son état était jugé suffisamment stabilisé pour envisager une sortie définitive, demeurait relativement désorganisée. Il faut considérer en plus l'éloignement géographique entre l'hôpital et les différentes structures, les contraintes liées aux horaires de permissions et l'impossibilité d'organiser des accompagnements aussi fréquents.

Il était souvent impossible de prendre rendez-vous pour un entretien de pré-admission.

Au-delà des difficultés d'organisation, se pose le problème de l'adéquation. D'un côté Mme G. refuse toute solution d'hébergement connotée « psy », de l'autre les dispositifs d'accueil se montrent très réticents face à la provenance de la demande – l'hôpital Marchant- et à la présentation, au comportement et au discours de la patiente pendant les entretiens de pré-admission.

On oppose à chaque fois à la patiente et aux assistantes sociales des exigences d'autonomie, de perspectives de réinsertion socio-professionnelle, et le simple fait que la demande soit effectuée par un tiers génère de la méfiance.

On aboutit à une situation d'impasse, source d'incompréhension et de déception pour la

patiente, et de découragement et d'épuisement pour l'équipe.

Malgré cela, si on observe ce parcours avec un peu de recul, on peut y voir certaines évolutions. Au fil des années, un secteur référent a été identifié, et un lien s'est créé entre Mme G. et le secteur 4, aussi bien en intra qu'en extra-hospitalier. Si le suivi ambulatoire reste très irrégulier, elle est capable de se présenter d'elle-même au CMP lorsqu'elle se sent en difficulté. Le déni des troubles est toujours massif, néanmoins elle fait suffisamment confiance à l'équipe pour accepter une aide qu'elle avait toujours refusée jusque là. Une mesure de tutelle a pu être mise en place, ainsi que l'AAH. Enfin, malgré son état délirant permanent, surtout vu la faible observance du traitement à l'extérieur, Mme G. semble conserver une relative autonomie, probablement grâce au soutien d'amis et de connaissances.

### 3. Analyse des facteurs expliquant le phénomène de discontinuité des soins

#### 1. La désinstitutionnalisation. Perte du rôle d'asile de l'hôpital

Lorsqu'on évoque le nombre élevé de malades mentaux vivant dans la rue, la désinstitutionnalisation est souvent désignée comme facteur précipitant. Néanmoins le lien de cause à effet n'a jamais été prouvé par les études, et cette idée est aujourd'hui de plus en plus remise en cause ou nuancée.

Il nous paraît intéressant pour aborder ce sujet de débiter par un historique de l'institution asilaire et de sa transformation en ce que nous appelons aujourd'hui l'hôpital psychiatrique.

À la fin du Moyen-Âge, les « insensés » sont rarement enfermés. Le plus souvent ils sont étroitement gardés dans leur famille, qui a la responsabilité de prévenir d'éventuels troubles dans le voisinage. Les fous, en général incurables et difficiles à gérer, encombrants, ne sont pas les bienvenus dans les hôpitaux. Y arrivent ceux qui ne

peuvent plus être contenus par leur communauté, devant des troubles du comportement trop bruyants, de la violence voire des actes criminels (la notion d'irresponsabilité pénale leur permettant d'échapper à la condamnation). Certaines familles peuvent faire accueillir leur proche malade dans un couvent, en échange d'une pension.

Au cours des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles, la misère ne fait que croître en France, et jette des milliers d'hommes et de femmes dans les rues, et parmi eux, des insensés, abandonnés par leurs familles. Une politique générale d'enfermement, fondée à la fois sur des principes de charité et de coercition, est mise en place à partir de la moitié du XVI<sup>e</sup> siècle. Des édits royaux imposent la création, d'abord sur Paris, puis dans tout le pays, d'hôpitaux généraux afin d'accueillir les vagabonds. Jusqu'alors, les insensés avaient été rejetés, comme les vénériens, dans les hôpitaux et les hospices. Ils sont désormais envoyés dans ces hôpitaux généraux, mais y sont soigneusement isolés du reste de la population enfermée. Ces mesures se révèlent au final peu concluantes, et si l'affluence est très forte à Paris, le système fonctionne plutôt mal en province. En ce qui concerne les malades mentaux, ils ne représentent alors que 5 à 10% de la population des hôpitaux généraux à Paris, et moins de 5% en province.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, on voit se développer les lettres de cachets ainsi que les maisons de force. Les lettres de cachet, auparavant réservées au pouvoir, correspondent de plus en plus souvent, jusqu'à 90% des cas, à des demandes des familles. Elles sont suivies d'une enquête administrative destinée à en vérifier le bien-fondé et ainsi éviter les internements arbitraires. Les maisons de force prennent le relais des hôpitaux généraux et des prisons d'État. Il s'agit dans environ deux tiers des cas de communautés religieuses forcées à faire fonction de maisons de force, moyennant pension. Les insensés représentent alors en moyenne 20% des personnes enfermées.

Sous le règne de Louis XV, la coercition l'emporte sur la charité. De nouveaux établissements, les dépôts de mendicité, s'ajoutent aux précédents, accueillant parmi les vagabonds 10 à 20% d'insensés, qui restent souvent enfermés jusqu'à leur mort.

Vers le milieu du XVIII<sup>e</sup>, naît un mouvement philanthropique qui s'intéresse enfin au sort des insensés en les considérant comme des malades qu'il faut diagnostiquer et traiter. On dénonce la promiscuité avec d'un côté les autres malades, d'un autre côté, les correctionnaires. Une circulaire plutôt favorable est émise en 1785, mais à cause de la Révolution, ces projets de réforme ne verront jamais le jour.

Après la Révolution est créé un comité de mendicité, composé de philanthropes engagés dans la lutte contre la misère, et dont l'une des priorités est la prise en charge des aliénés. Ils proposent de remplacer les grands établissements hospitaliers de Paris par de petits hôpitaux spécialisés. En province, les aliénés indigents sont toujours enfermés dans les dépôts de mendicité. Ceux issus de familles plus fortunées, après la fermeture des couvents, sont accueillis dans des maisons privées, d'anciennes maisons de force laïcisées pour la plupart.

Au XIXe siècle la problématique persiste : il faut créer des établissements servant à la fois à enfermer des individus pouvant nuire à la société mais aussi à soigner ces mêmes individus reconnus comme malades. La loi de 1838 oblige chaque département à se doter d'un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. La mise en place de la loi s'avère longue et laborieuse, peu d'établissements publics sont réellement construits. L'encombrement, la vétusté, la mauvaise qualité du personnel ou encore l'insuffisance de l'encadrement médical sont régulièrement dénoncés.

La Restauration amène une multiplication des établissements gérés par des congrégations religieuses.

Avec Esquirol et d'autres aliénistes de l'époque, s'ouvre une grande réflexion sur l'architecture idéale des asiles, dans laquelle prévaut le principe de séparation des malades en fonction du type de pathologie. Quelques constructions vont débiter, en appliquant plus ou moins fidèlement ces idées, et les asiles se développent sur tout le territoire. Mais à partir des années 1870, la situation se dégrade. Les constructions sont de plus en plus médiocres, et à partir de 1874, les dépenses pour les aliénés ne sont plus obligatoires, ce qui se traduit par un abandon administratif et financier. L'asile développe alors un fonctionnement autarcique qui, s'il permet sa survie, s'accompagne aussi d'un certain renoncement thérapeutique.

Alors que l'asile est critiqué de toute part, ici et là, des initiatives attirent l'intérêt des aliénistes : le système de placement familial, comme à Geel en Belgique, les colonies agricoles, les fermes-asiles, les asiles-villages en Grande-Bretagne.

A la fin du XIXe siècle, les thérapeutiques « psychodynamiques » se développent en

extra-hospitalier, mais elles s'adressent surtout au champ de la névrose et ont peu d'incidence sur les asiles. L'encombrement y est croissant, le traitement moral et l'isolement pratiqués ne donnent que des résultats médiocres et semblent surtout produire de la chronicité. Les contacts des malades avec le monde extérieur sont extrêmement limités, contrôlés et ritualisés. Les statistiques montrent que le total des patients « guéris » et « améliorés » quittant l'asile ne dépasse pas le nombre des patients décédés... L'archaïsme de l'institution asilaire commence à être dénoncé, et l'internement devient « le symbole de l'échec de l'hôpital à soigner toute forme de troubles psychiatriques ».

En 1917, l'asile prend le nom d'hôpital psychiatrique, mais après la guerre, les établissements sont reconstruits à l'identique.

Dans l'entre-deux-guerres, la psychiatrie française prend une orientation de plus en plus neurologique et la folie devient une maladie qui peut guérir. Il existe déjà des services ouverts dans les hôpitaux des facultés. Édouard Toulouse crée en 1922 une institution regroupant des lits d'hospitalisation libre, un dispensaire, un service social, des laboratoires de recherche et l'organisation d'un enseignement : c'est l'Hôpital Henri-Rousselle. Mais il y a encore peu de changement en réalité au niveau national. Autour de 1936, dans une optique de santé publique et de prévention de la maladie mentale, la circulaire dite « Rucart » préconise la création de dispensaires d'hygiène mentale, sur le modèle de la lutte anti-tuberculeuse, proposant des consultations externes ainsi qu'un service social, dans le but de dépister et de prévenir pour éviter l'hospitalisation et l'exclusion.

Le mouvement de désinstitutionnalisation va débiter au lendemain de la seconde guerre mondiale, grâce à de multiples facteurs, à commencer par l'horreur de la découverte du sort des malades mentaux en Allemagne (on estime qu'un tiers d'entre eux auraient été exterminés dans les hôpitaux psychiatriques du IIIe Reich) ou encore l'expérience collective de « grand renfermement » lors de l'Occupation : la libération de l'asile serait le prolongement logique de la libération du territoire.

Le mouvement désaliéniste se met en place selon deux orientations principales. D'un côté certains psychiatres veulent « guérir » l'institution qui est elle-même considérée comme malade, afin qu'elle devienne un outil de soin, et non plus seulement un lieu d'enfermement. D'autres doutent d'un changement rapide de l'institution et souhaitent, non pas réformer, mais dépasser l'hôpital, et « déplacer le lieu de la rencontre ». (29)

En 1939, le Dr P. Balvet accueille F. Tosquelles, psychiatre catalan, à l'hôpital psychiatrique Saint-Alban en Lozère. Tosquelles fut le fondateur et l'un des principaux animateurs du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Il s'agit de lutter à la fois contre l'aliénation psychopathologique et contre l'aliénation sociale, par un ensemble de méthodes destinées à résister à tout ce qui est concentrationnaire. Les influences de la psychothérapie institutionnelle sont variées : psychiatrie, marxisme, techniques de groupe nord-américaines, psychanalyse, surréalisme... L'expérience de Saint-Alban, également développée sur l'impulsion de psychiatres comme Bonnafé, Chaurand ou Despinoy va en inspirer d'autres, comme la Clinique de La Borde avec J. Oury ou celle de La Chesnaie avec C. Jeangirard, en donnant l'exemple des transformations possibles de l'institution asilaire : ouverture de l'asile dans la communauté, introduction de rapports sociaux et distribution des rôles, création d'ateliers coopératifs gérés par les malades, psychothérapie de groupe, formation professionnelle des infirmiers. (30)(31)

Pendant ce temps à Paris, Paumelle, Lebovici et Diatkine mettent en place à partir de 1954 l'expérience du 13<sup>e</sup> arrondissement dans un esprit de prévention et d'alternative à l'hospitalisation, et fondent en 1958 l'Association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme. Celle-ci propose une consultation de psychiatrie adulte, l'intervention d'assistantes sociales, des visites à domicile dans le cadre de l'urgence. L'hospitalisation n'est considérée que comme un moment du traitement. Cette expérience se base sur les principes suivants : absolue priorité du thérapeutique sur l'assistance, soins accessibles à tous, rôle fondamental de la notion d'équipe soignante. (32)

La psychiatrie française subit aussi dans une certaine mesure l'influence du modèle américain. Ce modèle, initié par Adolf Meyer, se compose de pragmatisme<sup>a</sup>, de culturalisme<sup>b</sup> et de freudisme. S'y ajoute le développement d'une psychiatrie sociale qui

---

<sup>a</sup> Pragmatisme : doctrine philosophique imaginée par l'américain Charles S. Peirce (1839-1914), dont W. James est un des plus illustres représentants. Elle consiste dans la justification de l'idée par ses effets : il suffirait simplement, pour développer le sens d'une pensée, de déterminer les habitudes qu'elle produit. (Encyclopédie de l'Agora, [www.agora.qc.ca/dossiers/Pragmatisme](http://www.agora.qc.ca/dossiers/Pragmatisme))

En psychiatrie, le pragmatisme rejette les conjectures sur des processus psychiques inobservables, pour s'intéresser à des faits visibles : la façon dont le malade réagit à une situation concrète. (Nouvelle histoire de la psychiatrie, J. Postel et C. Quetel)

<sup>b</sup> Culturalisme : l'école culturaliste cherche à comprendre le sujet en fonction de la culture, c'est-à-dire l'ensemble des situations sociales dans lequel il est placé et qu'il fait sien par l'éducation. (Nouvelle histoire de la psychiatrie, J. Postel et C. Quetel)

met l'accent sur le milieu social et la prévention.

Il faut bien entendu évoquer l'influence croissante de la psychanalyse chez les psychiatres français, qui vient notamment enrichir la réflexion et les pratiques de la psychothérapie institutionnelle. La continuité des soins fondée sur la notion psychanalytique du transfert constituera un des principes de base de la sectorisation, en promouvant la création de liens personnalisés avec les patients.

Lorsque le mouvement antipsychiatrique survient dans les années 60-70, la réforme asilaire est déjà en cours en France. Les militants de l'antipsychiatrie dans notre pays sont surtout très influencés par le mouvement anglais, mené par Laing et Cooper. Ils s'appuient notamment aussi sur les travaux du philosophe français Michel Foucault. Dans sa thèse achevée en 62, « Histoire de la folie à l'âge classique », il développe une critique du « grand renfermement » à travers l'histoire. Il considère que la valeur thérapeutique supposée de l'asile constitue en fait une manière de renforcer l'internement. Dans cet ouvrage puis dans des publications ultérieures comme « Le pouvoir psychiatrique », il remet en cause le concept même de maladie mentale, et assimile la thérapie médicale à une forme de répression, la psychiatrie à un outil de contrôle social.

Les mouvements de psychiatrie alternative donneront finalement peu de réalisations pratiques en France. (33)

Les changements viendront aussi des progrès de la science. En 1952, la découverte de l'usage de la chlorpromazine en psychiatrie, bientôt suivie de nombreux autres psychotropes, permet d'envisager la sortie des psychotiques de l'hôpital.

C'est dans ce contexte que va se mettre progressivement en place le système de sectorisation.

La circulaire du 15 mars 1960 émet les objectifs suivants :

- faire que tout citoyen puisse avoir des soins de qualité au plus proche de son domicile
- éviter l'hospitalisation ou la ré-hospitalisation en développant l'effort de prévention et de post-cure
- améliorer les conditions d'hospitalisation, et notamment remplacer les gardiens

par des infirmiers diplômés.

On voit enfin le secteur extra-hospitalier se développer, l'intra-hospitalier se moderniser. Le regard de la société sur les malades mentaux se modifie. On prend conscience de la nécessité de continuer les soins et de soutenir le malade mental quand il retourne dans son milieu social pour éviter la rechute ou en amoindrir les conséquences.

Dans les années 65-70, les hôpitaux psychiatriques commencent à se vider. L'apparition des premiers neuroleptiques d'action prolongée en 1968 favorise le suivi en ambulatoire des psychotiques. La politique de secteur, qui existe sur le papier depuis 1960, entre en application à partir de 1971. En 1976, il existe 725 secteurs adulte dotés d'un ou deux dispensaires; 167 petits services de psychiatrie supplémentaires sont créés dans les hôpitaux généraux; 255 hôpitaux de jour sont également créés.

Nous terminons cet historique par une phrase tirée de la circulaire du 14 mars 1990 redéfinissant les objectifs du secteur : « l'hôpital psychiatrique ne doit plus être le lieu de refuge d'une population en difficulté sociale. L'hospitalisation se prescrit, elle ne s'impose pas à défaut d'autre solution ». (34)

Comme nous l'avons dit en début de ce chapitre, il est commun d'expliquer l'augmentation importante de la prévalence des troubles mentaux chez les sans abri par une libération massive de malades dans la communauté à partir des années 60-70. Il y a effectivement eu une diminution nette du nombre de lits d'hospitalisation au cours des dernières décennies. La chronicité en psychiatrie n'a pas disparu. Les personnes qui ont été « libérées » présentaient pour beaucoup un déficit des habiletés sociales, handicap pour l'insertion.

Mais comme nous l'avons aussi précisé, les études n'ont pas prouvé que la prévalence des troubles mentaux parmi les SDF était dépendante de la densité de lits de psychiatrie par habitant. Les deux commissions de l'APA, association américaine de psychiatrie, sur les malades mentaux SDF ont conclu que le problème n'était pas le résultat de la désinstitutionnalisation, mais de la façon dont elle avait été mise en place (13).

L'expérience ne tend pas, bien au contraire, à remettre en cause la fin de l'isolement

asilaire.

Les principaux éléments pointés du doigt sont les suivants :

- › un manque d'organisation en amont et en aval des hospitalisations
- › un développement insuffisant des structures alternatives (11)(13)
- › le relatif abandon d'une population d'une population fragile n'ayant pas toujours les moyens de se révolter et de réclamer des moyens pour les aider à vivre en dehors de l'institution (11)
- › le manque de logements abordables, d'emplois peu qualifiés (9)(13)

Des personnes, toujours malades, parfois très isolées socialement, sans entourage fiable, se sont retrouvées face à une société dans laquelle il était devenu difficile d'accéder à un logement. Les institutions de soins ont été submergées. La demande sociale vis-à-vis de la psychiatrie a augmenté, et les projets de réinsertion des malades mentaux sont devenus de plus en plus difficiles à réaliser. (11)

Ajoutons que ce que l'on appelle la désinstitutionnalisation de manière générale, ne s'est pas faite à l'identique partout, qu'elle correspond à des réalités variées selon les pays, avec évidemment des conséquences bien différentes.

On constate aujourd'hui que l'hôpital psychiatrique n'est plus un lieu de vie, mais un lieu de soins. (35)

La façon même de donner les soins s'est profondément modifiée, avec un plus grand respect de l'autonomie des personnes, une législation plus stricte en ce qui concerne les hospitalisations sous contrainte, et aussi la réduction massive du nombre de lits et donc la diminution des indications et des durées d'hospitalisation. Ces changements s'avèrent bénéfiques pour la majorité des patients, peut-être moins pour ceux qui refusent les traitements tout en étant très malades ainsi que pour les patients qui s'avèrent peu aptes à travailler et à se loger. (9)

Des symptomatologies comme la désocialisation, l'incurie, le désinvestissement des besoins vitaux, qui pouvaient être contenues par le cadre de l'institution, ont pu se développer, malgré les traitements médicamenteux que les patients n'ont pas forcément continué à prendre lorsqu'ils devaient venir les chercher eux-mêmes. (11)

Un grand nombre de malades mentaux n'ont pas besoin uniquement d'un traitement médical, mais aussi parfois d'un étayage dans la vie quotidienne, de solutions pour le logement et le travail. (35)

Pour conclure, nous dirons que le principe de désinstitutionnalisation, d'ouverture vers l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, de réinsertion des malades dans la communauté, de rupture de l'isolement, bref la fin de l'enfermement systématique, ne peut être remis en cause aujourd'hui. Son application en France a certainement pâti de manque de moyens pour développer des alternatives à l'hospitalisation, mais aussi d'une organisation insuffisante ainsi que d'un contexte socio-économique peu favorable. Il serait dommage cependant de ne s'attarder que sur les chiffres en comparant le nombre de patients dedans avec celui des patients dehors, sans s'intéresser aux changements dans la conception du soin. Avec l'évolution des thérapeutiques, les progrès scientifiques, la psychiatrie tend de plus en plus à devenir une spécialité médicale comme les autres, avec le risque de perdre une de ses spécificités : « le prendre soin ».

## 2. Obstacles liés au patient et à son environnement

### ➤ **Se soigner dans la rue**

Une partie de la population des grands précaires ne dispose pas d'un logement stable, voire vit dans la rue. Nous allons voir quelles sont les difficultés qu'un patient vivant dans ces conditions peut rencontrer pour se soigner.

Pour commencer, on observe fréquemment chez les personnes vivant dans la rue une perturbation des repères spatio-temporels, d'où une difficulté à respecter les dates et heures de rendez-vous (36). D'autre part, il peut exister des difficultés de transport. Il ne faut pas négliger non plus le temps qui doit être consacré quotidiennement aux démarches pour obtenir un repas, un hébergement pour la nuit, un rendez-vous avec des travailleurs sociaux, incluant le temps passé dans les files d'attente ; ces obligations sont peu compatibles avec les horaires des professionnels.

Certains patients ne supportent pas de rester dans une salle d'attente, d'autant plus s'ils sont en état d'ébriété et/ou d'intoxication quelconque (3).

Le manque de souplesse du fonctionnement des CMP représente parfois un obstacle, avec des consultations uniquement sur rendez-vous, et de longs délais d'attente (12). Une enquête a été réalisée en 2008 auprès des 16 CMP de Marseille : dans 3 CMP déclarant proposer une consultation le jour même en urgence si l'état pathologique du patient le nécessite, un rendez-vous était obtenu dans les 48h dans seulement 18% des cas, et à 3 semaines dans 27% des cas. Peu de CMP offrent un accueil sans rendez-vous. Ils sont rarement organisés comme des structures d'accueil de bas seuil. Aucun CMP de la ville ne fait de travail de proximité de façon systématique, alors même que certains patients errent et vivent dans un périmètre proche des structures. L'étude révèle que de nombreux acteurs du social se disent abandonnés par ces CMP qui refusent d'intervenir au domicile des personnes ou dans les structures de leurs secteurs. (3)

Intéressons-nous maintenant plus précisément au traitement médicamenteux. Comme nous l'avons vu plus haut, il existe de fréquentes perturbations des repères spatio-temporels qui, associées à l'instabilité des rythmes quotidiens, rendent particulièrement difficiles la prise des médicaments à heure régulière, et favorisent les oublis. Il faut considérer aussi la possibilité ou non pour les patients de prendre des repas. Pour les personnes à la rue, les médicaments comportent des risques : la sédation, la somnolence, qui entravent les déplacements et rendent plus vulnérables, l'interaction avec l'alcool, les intoxications par surdosage, la prise du médicament par une autre personne. Le patient n'a pas nécessairement la possibilité de stocker ses médicaments de façon à assurer leur bonne conservation ainsi qu'à éviter les pertes ou les vols. On peut encore ajouter les difficultés financières, la peur d'être stigmatisé mais aussi les détournements de médicaments, utilisés comme monnaie d'échange.

Pour les patients en foyer d'hébergement, le suivi régulier du traitement n'est pas non plus garanti car les éducateurs n'ont juridiquement pas le droit de distribuer les médicaments.

Enfin, ces patients n'ont pas toujours facilement accès à un médecin en cas de problème avec le traitement, de questions, de besoin de réassurance quant aux effets du médicament. (11)(36)

## ➤ **Obstacles socio-économiques**

Si le système social français permet en théorie l'accès aux soins à tous, il existe encore bien des situations dans lesquelles l'aspect financier représente un obstacle à la continuité des soins.

Disposer de ses droits n'est pas toujours une évidence. Les personnes les plus vulnérables, qui en ont donc le plus besoin, méconnaissent souvent les dispositifs d'aide ; ainsi 20% des personnes relevant théoriquement de la CMU n'en font pas la demande. Ensuite, les démarches pour accéder à ces aides sont contraignantes : avec la diminution de la durée de la CMU de base de 4 à un an, les personnes doivent pouvoir présenter tous les ans tous les justificatifs en plus de leurs papiers d'identité, des documents qu'il peut être compliqué de conserver sur soi à la rue. Et puis la désorganisation, la détresse psychique peut rendre certains malades incapables d'accéder à leurs droits, d'effectuer les démarches nécessaires (sécurité sociale, allocations...). (13)

Voici un exemple de situation particulièrement délicate : pour faire obtenir un revenu à un patient psychotique chronique, il faut passer par la MDPH pour obtenir une AAH. Mais pour cela le patient doit passer un entretien médical, qu'il peut refuser s'il est dans le déni des troubles, ou s'il se sent persécuté par le monde médical. (9)

L'histoire suivante montre à quel point il peut être complexe, dans certaines situations, de faire obtenir à un patient des droits élémentaires :

Mr B. a été repéré il y a quelques années par l'Équipe Mobile Sanitaire et Sociale de Toulouse, déambulant dans la rue. Au départ il fuyait l'équipe, puis un jour il est enfin venu à leur rencontre. Ils se sont alors rendus compte que Mr B. s'exprimait dans un jargon incompréhensible. De plus il ne possédait pas la moindre pièce d'identité, ni aucun revenu. Il avait seulement sur lui un certificat de perte des papiers d'identité.

Mr B. avait des rires immotivés. Dans son jargon il répétait fréquemment les mots

« bateau », « guerre » ou encore « accords d'Évian », ce qui pouvait évoquer un passé militaire. Il était visiblement d'origine algérienne.

L'EMS a retrouvé la trace d'un passage au foyer Antipoul et a donc organisé son retour sur l'établissement. Le matin, il quittait le foyer à pied et allait s'installer soit dans le hall de l'hôpital J. Ducuing, soit dans celui de la maternité Paule de Viguiet.

Mr B. a bénéficié de plusieurs séjours à la Halte-Santé pour des problèmes de mycoses inguinales à répétition, et il a été aussi hospitalisé plusieurs fois en dermatologie.

L'EMS a découvert que depuis plusieurs années des recherches avaient été effectuées par des assistantes sociales pour retrouver des informations concernant cet homme, mais qu'il n'existait aucune trace d'une personne correspondant au nom qu'il indiquait, que ce soit en France ou en Algérie. On ne retrouvait d'ailleurs aucune personne dans les deux pays portant ce patronyme. Or, comment obtenir des droits pour une personne qui n'existe pas du point de vue de la loi ? Il leur a fallu consulter un avocat qui leur a conseillé de saisir le tribunal pour demander, à titre exceptionnel, que soit reconnue l'existence de cet homme sous le nom qu'il revendique.

Obtenir ce jugement a demandé une série conséquente de démarches, dont notamment une expertise psychiatrique, la détermination de l'âge osseux, un certificat du Consulat d'Algérie attestant que quelle que soit l'orthographe, aucun Mr B. n'était recensé, et enfin des certificats d'hébergement de tous les lieux qu'il avait pu fréquenter.

Avec le temps, Mr B. a montré des signes de plus en plus francs de détérioration cognitive, avec une importante désorientation temporo-spatiale. Alertée par le foyer Antipoul, l'EMS a organisé une admission en HDT. Au cours de cette hospitalisation, la cellule socio-administrative de l'hôpital a réactivé le dossier et a finalement obtenu le jugement supplétif accordant à Mr B. la reconnaissance de son identité. Il a pu alors être mis sous tutelle. Son état a malheureusement continué à se dégrader, et il est encore à ce jour hospitalisé. Il reste prostré dans sa chambre et ne parle plus.\*

Cet exemple peut paraître extrême, mais on voit bien comment l'association de différents facteurs comme la psychose, l'isolement, la désinsertion sociale, peut empêcher la personne et ses aidants d'effectuer des démarches de base.

Par ailleurs, les consultations médicales ne sont pas toujours abordables. Il existe des

---

\* Cas rapporté par M. P. CABANES, infirmier membre de l'Équipe mobile sanitaire et sociale.

refus de soin de la part de certains praticiens au regard du type de couverture sociale, ce qui a été mis en évidence par les enquêtes de Médecins du Monde et du Fonds CMU. Il y a également des inégalités territoriales d'accès aux soins du fait de nombreux spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires.

Une enquête de testing réalisée en 2009 par le CISS, la FNATH et l'UNAF auprès des spécialistes de secteur 2 dans plusieurs villes de France montrait que 22% d'entre eux refusait les soins aux bénéficiaires de la CMU-C, dont 41% des psychiatres (3).

### ➤ **L'isolement**

La faiblesse ou l'absence du réseau social ou familial sont des facteurs de précarité très importants. Quelles que soient les raisons de cet isolement, ne pas disposer d'un entourage soutenant représente un facteur péjoratif pour la continuité des soins. Lorsqu'on évoque l'entourage d'un patient, on pense immédiatement à la famille proche : conjoint, parents, fratrie, enfants. Des personnes appartenant à la famille élargie (cousins, parrains) ou des amis peuvent aussi apporter leur aide. Il ne faut pas non plus négliger le rôle éventuel d'un voisin, d'un propriétaire ou encore d'un patron ou de collègues de travail.

L'existence d'un entourage au moment de la sortie d'une hospitalisation est clairement un élément rassurant pour le soignant. Il existe certes des situations dans lesquelles l'entourage a plutôt une influence néfaste, mais dans la majorité des cas, même si les proches peuvent être jugés comme étant plus ou moins fiables et aidants, leur présence est appréciable. La sortie définitive signifie quitter une vie en collectivité, où le patient bénéficie d'une présence permanente, du personnel mais aussi des autres patients. L'appréhension de retrouver une vie solitaire est fréquemment source d'angoisse, et on voit en pratique des patients se manifester très rapidement après une sortie car ils n'ont pas supporté d'être de nouveau confrontés à la solitude. L'entourage peut faciliter la transition entre l'hôpital et l'extérieur, aider la personne à regagner son lieu de vie, se réadapter à la vie hors de l'institution après un séjour parfois long.

La sortie définitive n'est pas synonyme de guérison complète pour le patient, et en particulier pour les pathologies chroniques, il peut persister une symptomatologie

résiduelle, une asthénie, ou encore des effets indésirables du traitement médicamenteux. Le patient présente donc encore une certaine vulnérabilité devant laquelle un soutien s'avère bien utile. Lors d'une intervention au cours d'un colloque sur le thème *Santé mentale et précarité*, M.F. Pilet, membre de l'UNAFAM, évoquait le raccourcissement des temps de prise en charge institutionnelle imposant aux familles d'assumer les transitions entre l'hôpital (ou la post-cure) et la cité. Elle pointait ensuite le fait qu'il était bien plus difficile de trouver un entourage sur lequel s'appuyer pour assurer la continuité des soins pour les patients psychotiques SDF. (35) La solitude est souvent désignée par les patients comme le facteur ayant précipité une rechute de comportements addictifs dans les jours ayant suivi la sortie.

Lorsqu'il existe, l'entourage peut en quelque sorte assurer le relais de l'encadrement médical, en particulier dans les cas suivants : faible conscience des troubles, mauvaise observance du traitement, faible adhésion aux soins et tendance à échapper au suivi médical, psychoses déficitaires, importante déficience des habiletés sociales, ou encore lorsqu'une pathologie somatique grave ou un handicap physique sont associés. Ainsi, un proche peut aider à préparer un traitement, rappeler les horaires de prises, encourager l'observance et l'adhésion aux soins, rappeler les rendez-vous. Il peut également accompagner le malade à des consultations. L'entourage est parfois le mieux placé pour assurer une surveillance de l'état clinique, et alerter en cas de problème voire de rechute.

Au-delà d'une continuité de l'encadrement soignant, les proches apportent tout simplement une présence, un lien social, affectif. Ils offrent souvent un soutien moral, parfois aussi un soutien matériel (hébergement par exemple). Le malade peut bénéficier d'un étayage pour les tâches de la vie quotidienne, comme l'entretien du logement, les courses, la préparation des repas, faire ses papiers ou gérer son argent. Il peut compter sur quelqu'un pour l'accompagner dans ses déplacements et ses démarches.

Nous l'avions évoqué plus haut dans notre exposé, la grande précarité ne se résume pas à la pauvreté ou à l'absence de logement. L'isolement social, la réduction voire la disparition des liens sont des aspects cruciaux, sur lesquels il est peut-être encore plus difficile d'agir.

## ➤ Facteurs psycho-pathologiques

Certains symptômes psychiatriques expliquent par eux-mêmes les difficultés des malades à poursuivre leurs soins médicaux correctement. On connaît la grande fréquence parmi les grands précaires de pathologies comme la psychose chronique ou de troubles de la personnalité comme la personnalité antisociale.

Chez le schizophrène ou le psychotique chronique en général, des éléments tels que le déni des troubles, la désorganisation psychique, le délire, la méfiance en lien avec des idées de persécution ou encore une évolution déficitaire sont autant d'obstacles à la continuité des soins.

On peut citer l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, les troubles du comportement avec notamment des conduites à risques et des abus de substances, comme facteurs défavorables chez les sujets présentant des troubles graves de la personnalité.

On sait aussi que la précarité aggrave les tableaux cliniques de différentes façons : par le stress, le sentiment d'isolement, la perte d'estime de soi. Les personnes très isolées ont beaucoup de difficultés à demander de l'aide (3). On observe que les psychotiques sont moins suivis, qu'ils présentent plus de décompensations, des formes évolutives plus avancées et un pronostic général péjoré (12).

Nous passons rapidement sur ces éléments qui ont déjà été évoqués précédemment, pour nous intéresser à la question des abus de substances.

Il existe une forte surreprésentation des conduites addictives chez les sujets en situation de grande précarité, et plus particulièrement chez les personnes sans abri (12). Les études chez les sans domicile fixe retrouvent des prévalences d'abus ou de dépendance de l'alcool de 25 à 72%, de drogues entre 13 et 30% (1). Un peu plus de 10% des RMistes (étude sur la santé mentale des RMistes à Paris, 1991) présentent des troubles liés à la consommation d'alcool (2).

Ces consommations d'alcool et/ou de drogues ont tout d'abord un impact sur la prise des traitements médicamenteux avec lesquels elles sont peu compatibles, avec le risque soit d'accidents (interactions, surdosages, troubles de la conscience) soit de délaissement des médicaments au profit des toxiques. L'effet des substances psychoactives favorise les oublis et les erreurs de prises.

Ensuite les comorbidités addictives ont tendance à aggraver les troubles psychiatriques préexistants, tout comme ils majorent les troubles du comportement et les conduites antisociales. (12)

Les conduites addictives rendent particulièrement difficile la relation thérapeutique et exposent davantage les patients à une fin prématurée des soins en raison de l'importance des conflits avec l'équipe soignante (9). Ainsi le risque est plus grand de voir des sorties d'hospitalisation pour des motifs « disciplinaires » devant des alcoolisations ou prises de toxiques répétées, ou devant des troubles du comportement liés à des états d'imprégnation (3). Ces sorties se font fréquemment dans un contexte de tension, où les liens se fragilisent, elles interrompent des démarches médicales et sociales en cours et ne permettent pas un retour à l'extérieur dans des conditions favorables.

L'enquête évoquée plus haut réalisée auprès de CMP marseillais met en avant la question des addictions, considérées comme une barrière au suivi dans un tiers des cas. Notons que lorsque ces personnes étaient traitées pour leur problème de dépendance, elles arrivaient autant que les autres à respecter leurs engagements et à atteindre les buts fixés. (3)

Selon une enquête de 1995 auprès de 6 secteurs parisiens, les sujets jeunes sans abri avaient 6 fois moins de chance de recevoir des soins s'ils souffraient de schizophrénie ou de toxicomanie, et 5 fois moins s'ils abusaient de l'alcool. (2)

L'état d'ébriété ou d'intoxication rend difficile l'accès aux rendez-vous de consultation : respect des dates et horaires, maintien dans la salle d'attente. Ce qui est valable pour le suivi médical l'est aussi pour les démarches sociales ; les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie font obstacle à la réinsertion, ce qui affecte indirectement la continuité des soins. (12)

L'alcool pose de nombreux problèmes pour l'accès et le maintien dans les structures médicales, médico-sociales ou sociales. Même l'accès à un hébergement d'urgence pour la nuit est concerné : l'interdiction de consommer une fois la personne admise dans le foyer, l'absence de prévention du delirium tremens ou d'approche par la réduction des dommages font que certaines personnes préfèrent passer la nuit dehors. L'alcool, en plus de son accessibilité, a de multiples fonctions : il diminue la honte de faire la manche, donne du courage à ceux qui doivent passer la nuit dehors. Il est utilisé comme automédication, pour ses vertus anxiolytiques et hypnotiques, particulièrement recherchées par les personnes présentant des troubles psychiques, qu'il s'agisse de troubles anxieux, dépressifs ou encore psychotiques. Enfin, l'alcool est employé pour son aspect festif et occupationnel : il permet de « tuer le temps ». (3)

➤ **La vie à la rue : compétences acquises et compétences perdues**

On observe enfin des comportements nés de l'expérience de la vie dans la rue, qui peuvent gêner d'une part la continuité des soins, d'autre part la réinsertion, qui indirectement favoriserait une amélioration de l'état de santé et des conditions dans lesquelles des soins pourraient s'exercer. Nous citerons par exemple :

- la « priorité à la survie », c'est-à-dire aux actes essentiels tels que se laver, dormir ou encore assurer sa sécurité, le reste étant relégué au second plan. En l'absence d'accompagnement, certains sujets finissent par renoncer aux soins, n'y accédant plus qu'en urgence quand leur état de santé s'est aggravé. (3)
- La mobilité, avec une tendance à quitter le quartier ou la ville du jour au lendemain, devant la survenue d'une opportunité quelconque, pour fuir, ou dans le cadre d'un voyage pathologique. Ces mouvements, souvent imprévisibles, aggravent encore le phénomène de nomadisme médical.
- La méfiance vis-à-vis des institutions de manière générale, la recherche d'anonymat, qui pousse les individus à repousser les aides proposées.
- Une perte de la capacité à vivre dans un cadre stable, à accepter les contraintes du quotidien dans un logement ou une institution, à supporter la solitude (on est plus seul dans un appartement que dans la rue). Après des années dans la rue, on observe une perte au moins partielle des compétences nécessaires à l'obtention ou la conservation d'un chez soi. (3)

Nous allons voir avec l'histoire suivante comment une personne peut développer, après des années de vie à la rue et d'évolution de la pathologie psychiatrique, un ensemble de comportements qui rendent particulièrement difficile l'accueil dans une institution :

Mr H. est un homme de 70 ans. On connaît peu de choses de son histoire, sinon qu'il serait né dans un camp de concentration japonais sur l'île de Java, où ses parents sont probablement décédés, et qu'il est de nationalité néerlandaise. Il aurait travaillé à un moment donné en Hollande, avant de connaître une période d'errance d'une vingtaine d'années, avec notamment des passages en Espagne ou à Paris.

Mr H. est décrit comme un homme au caractère doux et paisible. Il comprend le français, mais s'exprime exclusivement en anglais. Il présente un délire paranoïde floride, tournant autour de deux thèmes et deux groupes de persécuteurs : d'une part les Allemands et les Japonais, d'autre part les homosexuels. Il lui arrive aussi souvent de délirer sur la question de la peine de mort. On observe enfin une logorrhée et une graphorrhée. Mr H. aurait été hospitalisé en HO et en HDT à Paris.

Il vit à la rue, au centre-ville de Toulouse, de manière très visible, n'acceptant les propositions d'hébergement que pendant l'hiver, vivant de dons d'habitants du quartier. Étonnamment, il n'est pas dénutri, et relativement en bonne santé. Il ne consomme ni alcool ni tabac. Été comme hiver, Mr H. superpose plusieurs épaisseurs de vêtements. Ses pieds sont enveloppés de multiples couches de plastique, chaussettes, le tout enfoui dans des bottes. S'il ne se lave pas les pieds, il nettoie par contre ses chaussures avec beaucoup de soin.

Il traîne avec lui des caddies remplis de sacs et objets divers et variés auxquels on ne doit surtout pas toucher.

Il se conduit de manière très ritualisée, avec des comportements souvent déroutants. Lorsqu'il mange, il mélange tous ses aliments pour former une sorte de bouillie. Il ne dort jamais allongé, seulement assis ou debout contre un mur, ce qui lui donne des œdèmes majeurs des membres inférieurs liés à la stase lymphatique.

Repéré par l'EMS pour la première fois en 2002, il garde de bonnes relations avec l'équipe. L'accueil en centre d'hébergement a toujours été délicat. Comme nous l'avons dit plus haut, il ne l'accepte que l'hiver. Ses rituels quotidiens sont peu compatibles avec

le cadre des centres, et il a plusieurs fois rompu toute relation avec des établissements d'hébergement suite à des conflits. Il a pu être hébergé assez longuement un hiver, pour cela l'EMS devait l'accompagner au centre tous les soirs. Des aménagements ont du être négociés pour s'adapter à ses bizarreries, il a notamment fallu convaincre le personnel du centre de le laisser faire ses besoins dehors, car il ne supportait pas les toilettes trop étroites du bâtiment...

Au début du suivi, Mr H. a accepté un séjour à la Halte-Santé. Sa première demande a été de prendre une douche, sous laquelle il a passé une heure et demie, se livrant à différents rituels. Un conflit ayant éclaté à table, suite à l'interruption d'un de ses rituels, il n'a jamais plus voulu y revenir.

Depuis qu'il vit à Toulouse, Mr H. n'a jamais accepté de rencontrer un psychiatre et il n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie. Il accepte par contre des soins somatiques, sous certaines conditions. Du fait de ses œdèmes et de la macération, il développe régulièrement des lésions sévères au niveau des pieds. Il s'est laissé soigner quelques fois au Point Santé ou à la PASS, sinon il attend de ne plus pouvoir marcher pour appeler l'EMS et se faire accompagner aux Urgences. Il a été plusieurs fois admis en service de dermatologie ou en maison de repos, où il prend le temps de se restaurer avant de repartir à la rue. A chaque hospitalisation, l'EMS rencontre le personnel du service afin de préparer le séjour, et il est en général bien accepté.

Mr H. se montre particulièrement résistant face aux démarches administratives. Il refuse catégoriquement de se faire prendre en photo ou de signer le moindre document. Une prise de contact avec le Consulat des Pays-Bas a révélé qu'il pouvait prétendre à une retraite, mais sans photos d'identité ni signature, aucune démarche n'est possible. Au final, il ne touche aucun revenu. Une demande de mise sous tutelle est demeurée sans suite pour les mêmes raisons.

Mr H. a passé les deux derniers hivers à la Maison Goudouli, lieu d'hébergement associatif dédié aux plus fragiles. Il y bénéficie d'aménagements particuliers du cadre. Par exemple il dispose d'une chambre individuelle, équipée de deux fauteuils pour pouvoir dormir assis. Il mange où il veut et quand il veut, et ne parle quasiment à personne. Dans ces conditions, il est calme et ne pose pas de problème. Il a de bons contacts avec l'équipe et est bien accepté par les autres résidents.

Actuellement l'EMS passe lui rendre visite tous les trois jours, en prenant soin qu'il ne se

sente pas harcelé. Il ne demande rien, hormis parfois quelques vêtements.\*

Nous voyons ici que si ce patient a pu accepter l'aide proposée, il lui a été impossible de s'adapter dans différentes institutions. Ce n'est qu'en modelant le cadre du lieu d'accueil qu'on lui a enfin permis de se mettre à l'abri de façon plus durable.

### 3. Difficultés liées à l'institution

#### ➤ **Les limites du secteur**

Le principe même de la sectorisation, basée sur l'adresse des personnes, exclut a priori les personnes sans domicile fixe (3). Les règles de sectorisation des SDF sont différentes selon les départements (36). Qu'il s'agisse d'une répartition alphabétique par nom de famille ou en fonction de la date de naissance, on ne prend pas en compte l'accessibilité géographique. Ainsi un patient SDF peut se trouver orienté vers un CMP éloigné du lieu où il a ses habitudes de vie, ce qui augmente évidemment le risque qu'il ne se rende pas aux rendez-vous et finisse par échapper aux soins (37).

D. Barbier, dans son article *Le secteur de psychiatrie générale et son avenir*, rappelle les principes de base du secteur, dont notamment la proximité, et la continuité dans le suivi intra-hospitalier et ambulatoire. Il exprime son inquiétude concernant l'évolution du secteur, d'une conception du soin fondée sur la psychodynamique du transfert et la continuité de la prise en charge pour devenir une aire statistique géo-démographique, une aire de planification sanitaire, sous le poids du pouvoir administratif. (34)

Les professionnels identifient des difficultés communes, comme le manque de moyens pour agir en amont et en aval de situations d'urgence et des passages à l'acte, ou la difficulté de trancher si une personne relève de la psychiatrie ou du soutien social. Ils se plaignent également du manque de coordination entre les différentes ressources présentes dans leur ville, à l'origine de mauvaises orientations et de problèmes d'accès aux dispositifs d'aide ou de soins, ainsi que du manque d'interventions de première ligne et de dispositifs intermédiaires non stigmatisants. (38)

---

\* Cas rapporté par M. P. CABANES, infirmier membre de l'Équipe mobile sanitaire et sociale.

J. Furtos pointe les inégalités de moyens, en particulier humains, selon la localisation, les CMP de province et des zones rurales étant en général moins bien pourvus, ce qui limite les ambitions de ces structures. (39)

Ces inégalités sont aussi mises en avant dans l'étude de N. Brun sur la participation de la psychiatrie de secteur à la prise en charge de la souffrance psycho-sociale chez les populations adultes en situation de précarité. Elle relève une grande hétérogénéité dans la prise en charge en fonction des secteurs concernés, à laquelle elle trouve plusieurs explications : l'autonomie de chaque secteur quant aux orientations qu'il prend en matière de santé mentale et la détermination de ses propres priorités d'action, des moyens humains et matériels inégaux, une répartition inégale des structures d'accueil telles que Missions Locales, CHRS, lieux d'écoute divers. Elle évoque encore les différences de structures démographiques entre la ville et la campagne, mais aussi la réticence de certains psychiatres qui craignent une « psychiatisation » excessive de la misère.

D'après cette étude, d'autres facteurs freinent le recours aux structures de santé mentale, à commencer par l'image négative de ces structures, trop identifiées « psy », et trop différentes des structures sociales habituellement fréquentées. Elle pointe aussi le mode de fonctionnement des CMP : inaccessibilité par les transports en commun, horaires d'ouverture peu adaptés. La tombée de la nuit, les fins de semaine et les jours de fête sont identifiés comme des instants particulièrement délicats, où la demande d'écoute se fait la plus pressante et à laquelle doivent alors pallier les services d'urgence. Un autre facteur évoqué est le refus d'intervenir en l'absence de demande de soins explicite, et le refus de sortir des locaux du CMP pour aller à la rencontre des malades sur leurs lieux de vie. La mobilité des personnes très précarisées les rend difficiles à « sectoriser ». Enfin, le manque de formations spécifiques des personnels des CMP, aux conduites addictives par exemple, peut aussi représenter un obstacle à une bonne prise en charge. De manière générale, la plupart des psychiatres interrogés au cours de cette étude étaient sensibles au problème de la souffrance psycho-sociale, mais elle n'est pas toujours la première de leurs préoccupations. Certains CMP vont privilégier des actions en faveur d'autres publics aux besoins particuliers, comme les personnes âgées dépendantes par exemple. (40)

En ce qui concerne leur fonctionnement, les CMP se voient reprocher par les acteurs du social un manque de souplesse pour l'accueil des patients sans abri, une méconnaissance des réponses adéquates aux problèmes d'addiction, ainsi que le manque de démarches systématiques vis-à-vis des refuges où se trouve cette population de patients, les seules démarches de recherche active provenant du SAMU social ou des organisations caritatives qui ont parfois des difficultés à faire évaluer et prendre en charge les sans-abri avec des troubles psychiatriques sévères. (2)

➤ **Le manque de coordination et les incohérences de prise en charge**

Nous avons évoqué plus haut la nécessité d'offrir un parcours de soins cohérent face à la propre désorganisation des sujets souffrant de maladie mentale (12). Or, lorsque l'on parcourt la littérature concernant la prise en charge des malades psychiatriques en situation de grande précarité, un élément constamment retrouvé est le manque de coordination entre les différents intervenants. Sont dénoncés des liens parfois inefficaces entre les soignants extérieurs et les équipes hospitalières (11), l'articulation insuffisante entre la démarche médicale et l'itinéraire social du patient. La juxtaposition de prises en charge non coordonnées entre les différents acteurs a pour résultat un accompagnement incomplet de la personne et donc une perte de la continuité (36).

Avec la sectorisation, on prévoyait l'intervention de la psychiatrie dans des structures sociales, mais le partenariat souhaité ne s'est pas réellement établi. (3)

L'enquête portant sur des CMP de la ville de Marseille, déjà citée, note le sentiment d'abandon exprimé par de nombreux acteurs du social vis-à-vis de CMP qui refusent d'intervenir au domicile des personnes ou dans les structures de leur secteur. (3)

La coordination au sein du milieu médical pose aussi parfois problème. Il est fait allusion dans le rapport *La santé des personnes sans chez soi* au plan de santé mentale de 2005/2008 dont la volonté était de renforcer l'activité intra-hospitalière sans proposer de véritable changement qui permettrait l'articulation en amont et en aval de l'hôpital. (3)

L'orientation de ces patients vers des soins de suite, des maisons de repos ou de rééducation rencontre la défiance de ces structures. Leur accès est souvent conditionné par l'assurance d'une solution en sortie vers une structure d'hébergement. Or les assistantes sociales des services hospitaliers n'ont pas toujours une connaissance précise des structures sociales extérieures du fait de l'éclatement des dispositifs. De plus elles sont souvent sollicitées en fin de séjour pour trouver des solutions en urgence. (3)

La méconnaissance des dispositifs disponibles par les soignants est aussi un problème réel. Nous avons évoqué précédemment le rôle particulier des services d'urgence dans le parcours des grands précaires ; une enquête menée auprès des soignants du service de l'UHCD des urgences du CHU de Toulouse en 2006 montrait que les personnels ne connaissaient pas ou peu les services spécifiques de prise en charge pour les personnes sans chez soi (équipe mobile, LHSS, 115...) et que pour ceux qui les connaissaient, ils ne savaient pas comment les utiliser. (3)

Le recours aux services d'urgences représente en lui-même un facteur de rupture. Un état des lieux réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur pointe des insuffisances de coordination entre les différents services d'urgence de la ville, les patients étant renvoyés d'un service à l'autre. Ces difficultés sont rapportées par la majorité des Équipes mobiles psychiatrie précarité en France. Ces travaux préconisent une amélioration de cette coordination dans un souci de lutte contre la discontinuité et la rupture des soins. (3)

### ➤ **Les relations entre les malades grands précaires et l'institution psychiatrique**

La continuité des soins après un séjour hospitalier dépend également de la relation qu'entretiennent les malades avec l'institution. Celle-ci peut être altérée de diverses façons.

D'une part par des attitudes et comportements liés à la fois à la pathologie psychiatrique et au vécu de grande précarité, comme l'intolérance à la frustration, la difficulté à respecter les dates et horaires de rendez-vous ou l'impatience. Certains de ces malades ont tendance à fuir devant des prises en charge intensives, trop stimulantes (22), ou supportent mal les règles strictes du milieu hospitalier, ce qui les poussera à réinvestir la

rue dès la sortie (41).

La relation peut souffrir d'autre part des mauvaises expériences passées (3). Ces patients partagent avec la population générale une image globalement négative de la psychiatrie et surtout de l'institution (10). Après une première hospitalisation, ou a fortiori suite à un parcours déjà avancé en psychiatrie, beaucoup de sujets, psychotiques notamment, gardent une trace persécutive les motivant à ne plus y avoir recours (12). La psychiatrie représente la contrainte, l'enfermement, surtout lorsque l'on connaît la grande proportion des hospitalisations sous contrainte parmi les sans domicile fixe. On retrouverait d'ailleurs à la rue une partie des psychotiques les plus opposants (12).

Nombreux sont les patients qui ont connu l'expérience du rejet, de la contrainte, des exclusions pour non-respect du cadre, des relations conflictuelles avec des soignants. Nous savons que ces patients sont souvent renvoyés d'un service à l'autre et habitués de l'accueil des urgences.

Du côté des intervenants, le comportement ou l'apparence de certains patients, leur agressivité, réelle ou supposée, peut engendrer des attitudes de rejet, une stigmatisation voire une certaine méfiance dans les services. Les abus de substances et les troubles du comportement associés sont mal tolérés. Les réponses adéquates aux problèmes d'addiction des patients sont parfois méconnues des professionnels des CMP. Les soignants estiment difficile l'établissement d'une relation de confiance. (3)

À l'hôpital, le personnel développe des a priori : les SDF utiliseraient l'hôpital comme un logement, et une crainte majeure est celle de voir leurs séjours s'allonger du fait de manque de prise en charge en aval. Ces patients posent aussi des difficultés particulières : la planification d'actes, d'examen complémentaires au-delà de la date de sortie est parfois impossible. Ils nécessitent souvent plus de temps infirmier et de nursing, se montrent moins compliants aux soins. La barrière de la langue est consommatrice de temps et de moyens. L'impuissance des soignants face à des situations très complexes pour lesquelles ils n'ont pas de solution génère un sentiment d'échec qui peut entraîner des effets de rejet et avoir des conséquences négatives sur la prise en charge. (3)

Pour les intervenants du champ social, la relation est d'autant plus difficile à établir avec

des sujets présentant des formes particulièrement lourdes, décompensées, évoluées, de maladies mentales.

Il apparaît évident après cette analyse que la problématique de la continuité des soins chez les malades connaissant une grande précarité ne se limite pas à la question des traitements médicaux et des ressources financières. Chaque situation est particulière, et résulte d'un enchevêtrement d'éléments. On aperçoit au premier plan les caractéristiques personnelles de l'individu, sa personnalité, sa pathologie, son histoire et ses expériences passées. On voit ensuite son cadre social : ressources, logement, entourage, emploi, les aides auxquelles il peut prétendre, le fait d'être ou non en situation régulière... Il faut ensuite prendre en compte le système de soins et son fonctionnement, et enfin la société de manière générale, avec les évolutions de son regard sur ses membres parmi les plus fragiles et la façon dont elle décide de les prendre en compte. Si des améliorations au niveau de chacun de ces axes paraissent indispensables, n'est-il pas encore plus nécessaire d'optimiser la façon dont ces différents systèmes interagissent entre eux ? D'autre part, au vu de la complexité des situations considérées, il semble impossible d'imaginer une solution unique, idéale, qui répondrait aux besoins et aux difficultés de tous, et l'on a vu que les reproches adressés notamment aux services médicaux portent sur leur manque de souplesse. Prenons en compte également le fait que ces situations ne sont pas figées, et que les besoins d'une même personne évoluent dans le temps.

## 4. AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS : ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

### 1. Travailler avec des malades en situation de grande précarité

#### L'investissement du médecin dans le champ du social

La part du social est particulièrement importante dans la prise en charge des patients en

situation de grande précarité, et l'on peut se demander si l'investissement du médecin à ce niveau est légitime. Concernant par exemple la question du logement, est-ce le rôle du médecin d'aider le patient à trouver un logement ? Cela fait-il partie du soin ?

Les auteurs du rapport *La santé des personnes sans chez soi* affirment qu' « un logement indépendant a un effet positif sur la santé psychique ». Ils se refusent à « réduire la notion de soin au « *to cure* » et de passer à côté de la dimension essentielle de « *to care* » ». (3)

De même pour M. Bon : « le problème de l'hébergement est indissociable de la prise en charge, c'est un élément important du contexte de soin. C'est un moyen de prendre soin que de se préoccuper de l'hébergement ». Il constate d'après son expérience personnelle que « lorsque les conditions de survie matérielle sont assurées, le sujet demande des soins et construit sa prise en charge avec les soignants rencontrés sur son terrain ». (42) Ainsi, l'aide à la recherche d'un logement, l'accompagnement des sorties d'hospitalisation pour éviter de renvoyer des malades à la rue, font partie du « prendre soin » dont la valeur n'est pas à négliger.

#### La demande. L'interventionnisme. L' « aller-vers ».

La question de la demande est régulièrement évoquée dans les écrits de J. Furtos. Elle représente pour lui « à la fois une protection contre l'excès de l'ordre social et le pouvoir du médecin ». Mais il précise aussi que la demande n'est pas toujours telle qu'on l'attend. Elle peut prendre des formes détournées, comme une demande sociale adressée en psychiatrie, ou l'expression d'une souffrance au travailleur social. La demande venant d'un tiers est aussi à prendre en compte, avec précaution. Enfin, une personne en grande souffrance n'a pas toujours la possibilité ou la capacité d'exprimer une demande, et il considère qu'une non-demande peut être un signe de détresse qu'il faut savoir écouter. « Une bonne santé psychique est nécessaire pour demander de l'aide au moment où l'on en a besoin ». Une demande appropriée de relation d'aide est comme « un luxe de personne en bonne santé ».

La non-demande ne devrait pas être une excuse pour ne pas intervenir, et l'émergence de la demande devrait être favorisée. (43)

D'ailleurs, intervenir ne veut pas nécessairement dire imposer d'emblée des soins à un malade sans qu'il le demande. Cela peut être agir auprès d'une personne pour favoriser l'émergence de la demande, établir une relation d'aide. C'est prendre le temps nécessaire pour préparer le terrain, dans la perspective d'un jour peut-être, pouvoir agir concrètement sans bouleverser l'équilibre du patient, sans intrusion brutale, sans engendrer d'effet thérapeutique négatif.

Il apparaît particulièrement délicat de décider dans quelle situation intervenir. Se baser sur le concept d'assistance à personne en danger est difficile dans le cadre des troubles psychiques car il y a rarement un risque vital immédiat (44). L'envie d'intervenir peut être motivée par différents éléments.

Cela peut être le souci d'ordre public, qui fait aussi partie des missions de la psychiatrie. Est-il justifié d'intervenir auprès d'un sujet parce qu'il trouble l'ordre public ? A partir de quel « degré de nuisance » est-ce légitime ?

Cela peut être aussi le propre désir du soignant de secourir la personne. De nombreux auteurs mettent en garde contre les « fantasmes de resocialisation » et le « désir de toute-puissance », l'envie d'être un « sauveur ». Dans le même esprit, J. Furtos met en garde contre l'envie de « trop bien faire », citant par exemple la volonté de certains aidants de reloger à tout prix, alors que certains sans domicile ne supportent pas un relogement qui leur serait en quelque sorte imposé, entraînant « la modification trop rapide d'un équilibre acquis pour survivre ».(16)

Par ailleurs, J.L. Dubreucq s'interroge sur le principe d'autonomie. Selon lui, l'autonomie est un processus dans lequel les personnes fragilisées par leur pathologie et leurs conditions de vie n'arrivent pas toujours à se maintenir. Il pense ainsi que le médecin doit opposer au respect du principe d'autonomie le devoir d'ingérence pour intervenir contre la volonté de son patient si besoin, quand il s'agit d'interrompre un processus compromettant son libre arbitre, chaque situation étant bien entendu à envisager au cas par cas. (9)

La pratique de « l'aller vers » soulève également des questions. Cette pratique est considérée par beaucoup comme digne d'intérêt.

« « L'aller vers » semble indiscutablement efficace en matière de soin et de dispense sociale car il correspond à la posture de la personne sans abri. A ce niveau, la dispensation de soins sur le modèle de l'hospitalisation à domicile (au domicile se substituant la structure d'hébergement) et la poursuite de la création d'équipes mobiles intersectorielles diminuent très sensiblement le refus de soin ». (extrait de la Conférence de Consensus *Sortir de la rue*) (45)

Par ailleurs, une étude de l'ORSPERE sur les hospitalisations d'office met en évidence une diminution considérable du nombre de ces hospitalisations dans un secteur où les psychiatres et leurs équipes sortaient à la rencontre des personnes qui leur étaient signalées. (12)

Mais là encore, les spécialistes appellent à la prudence. Pour S. Quesemand-Zucca, « l'aller vers » correspond bien à certaines réalités cliniques, mais ne doit pas devenir « un gadget, un gage de bonne conscience ». Elle insiste sur la nécessité que des relais variés puissent être proposés suite à cette démarche. (11)

La pratique de « l'aller vers » ne peut se faire sans cadre, sans limites. Pour N. Velut, « un acte, quel qu'il soit, doit s'inscrire dans un cadre, une psychiatrie « dans la rue », sans cadre dans laquelle elle s'inscrirait, tiendrait du passage à l'acte, et pourrait être vécue comme persécutive » (46). La psychiatrie dans la rue est possible, c'est une psychiatrie « en errance » qu'il faut rejeter.

J.P. Martin insiste également sur la nécessité de ne pas « brouiller les limites de la structure de soin ». Il est pour lui « inadmissible de poser des diagnostics et de prescrire » en dehors de cette structure. (47)

Il n'y a pas une conception unique de « l'aller vers ». Certains considèrent qu'il est essentiel de bien différencier les interventions dans la rue de celles dispensées dans les structures de soin. Il s'agit là plutôt d'aller chercher le malade dans son environnement habituel pour l'amener vers le dispositif de soin. D'autres prônent la dispensation d'un soin directement sur place, c'est-à-dire dans la rue ou dans les structures d'accueil.

### Dispositifs spécifiques et dispositifs de droit commun

Nous avons vu plus haut que les personnes en situation de grande précarité présentaient des difficultés particulières à leurs conditions de vie. Pour autant, doivent-elles être prises en charge par des dispositifs différents ?

Il y a ici un consensus clair : l'objectif doit toujours être d'amener les personnes vers les dispositifs de droit commun. Cela pour différentes raisons :

- Éviter d'engendrer une nouvelle forme d'exclusion. Le développement d'une offre de soins à l'usage exclusif des personnes sans abri risquerait de créer des filières spécifiques et par ce fait d'exclure leurs usagers des dispositifs utilisés par la population générale. (48)
- Le risque de voir apparaître une « psychiatrie au rabais », la « psychiatrie des pauvres » (47)
- Le risque enfin de désengagement des dispositifs de droit commun vis-à-vis de cette population. En effet, pourquoi se préoccuper de cette population a priori difficile s'il existe des dispositifs spécialisés ?

Cela ne remet pas en cause l'existence des dispositifs spécifiques, qui permettent de mieux appréhender les besoins particuliers des personnes concernées, et d'aller « chercher », dans la rue, les structures d'hébergement, les lieux d'aide et d'accueil, des malades qui n'iraient pas d'eux-mêmes vers les dispositifs de droit commun.

Le rôle de ces dispositifs spécifiques n'est donc pas d'assurer l'intégralité de la prise en charge au long cours de ces malades, mais d'assurer un repérage, une prise de contact, puis une orientation et un accompagnement vers les dispositifs de droit commun. Il s'agit de favoriser leur accès à des soins de qualité, qui soient les mêmes pour tous.

### Les soins dans la communauté

Nous avons évoqué en début de paragraphe l'importance de l'hébergement ou du logement. Malheureusement l'hébergement d'urgence qui reste à ce jour la solution la plus accessible ne répond pas réellement à ce besoin. C'est même le contraire selon le rapport SAMENTA (24) : « L'instabilité de l'hébergement d'urgence constitue un frein à la prise en charge et au suivi, voire une source d'anxiété supplémentaire ». Les auteurs

du rapport recommandent donc de stabiliser l'hébergement des personnes qui nécessitent des soins.

Les auteurs de *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* avancent la nécessité pour le malade d'évoluer dans un environnement qu'il a choisi et où il se sent en sécurité, la possibilité d'être accueilli et soigné à tout moment près de son domicile, de s'inscrire dans un projet de réhabilitation qui lui convient et d'avoir à sa disposition des soignants atteignables. Plus loin, M. Bon juge « indispensable d'héberger les sans-abri sans contrepartie et de manière inconditionnelle pour remettre l'individu dans un environnement le moins nocif possible, avec des modalités d'hébergement souples et sans exigences de réinsertion immédiate » (42). Cette place primordiale accordée au logement est un des principes de base du programme « *Housing First* » qui sera développé plus loin.

## 2. Dispositifs existants

### 1. Les Équipes mobiles psychiatrie précarité

#### 1. Origine et principes généraux

Au cours des années 90, des psychiatres s'engagent ici et là dans des pratiques « d'aller-vers » auprès des populations de malades mentaux sans abri. Ils travaillent de manière non formalisée avec différentes ONG ou des équipes du Samu Social. Ces initiatives partent du constat que depuis les débuts de la sectorisation dans les années 60, et ce malgré l'établissement de règles pour assurer une répartition égalitaire des sans domicile fixe entre les secteurs, cette frange de la population ne parvient toujours pas à s'inscrire dans une continuité des soins.

La circulaire du 23 novembre 2005, « relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie » vient apporter un cadre plus précis à ces interventions.(50) Celles-ci vont donc se développer de plus en plus, un peu partout en

France, sous des appellations variées : EMPP<sup>a</sup>, UMAPP<sup>b</sup>, USPS<sup>c</sup>, PASS Psy<sup>d</sup>, Diogène<sup>e</sup>... Ces équipes, qui dépendent en général d'établissements publics (secteurs de psychiatrie), adoptent des fonctionnements divers en fonction des besoins mais surtout des moyens qui leurs sont attribués.

Elles s'adressent d'une part aux personnes en situation de précarité et d'exclusion, par différents types d'actions :

- organisation de permanences propres à l'équipe mobile (2/3 possèdent un local d'accueil et d'orientation)
- déplacements sur le lieu d'hébergement, lieu de vie social ou médico-social (certaines ont des permanences sur site ou proposent des accompagnements à partir du site)
- interventions dans la rue, participation à des maraudes pour environ la moitié d'entre elles.
- préparation des hospitalisations mais aussi des sorties d'hospitalisation
- amélioration de l'accès aux soins somatiques

D'autre part les EMPP s'adressent aux acteurs de première ligne par des actions de formation, de reconnaissance et d'échanges de pratiques et de savoirs, le développement de travail en réseau à partir de situations cliniques, ainsi que par du soutien aux équipes par des informations, des conseils ou encore des supervisions.

Enfin les EMPP jouent le rôle d'interface avec le réseau de partenaires, au sein de leur établissement de rattachement, mais aussi pour formaliser des partenariats à l'extérieur de l'établissement, avec des structures comme les services d'urgences ou les PASS, voire pour créer des réseaux de santé. (51)

### Place des EMPP par rapport aux dispositifs de droit commun

Les EMPP ne viennent pas se substituer aux dispositifs de droit commun, mais ont vocation à être complémentaires des dispositifs sectoriels : repérer et orienter vers les

<sup>a</sup> Équipe mobile psychiatrie précarité

<sup>b</sup> Unité mobile d'action psychiatrie précarité (Rouen)

<sup>c</sup> Unités de la souffrance psycho-sociale (Toulouse)

<sup>d</sup> Permanences d'accès aux soins de santé psychiatriques

<sup>e</sup> Équipe mobile santé mentale précarité de Lille

structures de droit commun, favoriser la continuité des prises en charge. Il s'agit en quelque sorte d'un travail « pré-thérapeutique », qui permet que « le sujet prenne sa place dans un réseau qu'il puisse maîtriser sans le subir ». (42)

Leur action peut être complémentaire, mais aussi se situer vraiment en amont. C'est le fonctionnement notamment de l'équipe du CHU de Toulouse, qui réalise peu d'activité clinique « directe » au contact des patients (surtout du diagnostic et de l'orientation, travail sur la demande du malade), mais privilégie le travail de lien, d'articulation entre différentes structures, médicales, médico-sociales ou sociales. (46)

La mission officielle des EMPP est de « se situer à l'interface du dispositif de droit commun et du dispositif social afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés ». (50)

Agnès Orgeas, psychologue de l'EMPP de Rennes, explique qu'en plus des soins infirmiers, psychiatriques et psychologiques, le rôle de son équipe est de favoriser l'articulation entre le soin et le « prendre soin », d'aider à la prise de conscience de l'importance d'une prise en charge réellement globale. « L'équipe mobile est le lieu où se rejoignent les deux dimensions du soin, mais aussi celui où elles se pratiquent ». (52)

### Difficultés

La grande diversité des appellations (voir plus haut) mais aussi des modes de fonctionnement, de composition des équipes, des actions, cause un manque de clarté, tant pour les professionnels que pour les usagers. (35)

D'autre part, les moyens limités dont disposent les équipes ne permettent pas toujours de développer tous les axes de travail. Certaines équipes ne peuvent ainsi pas se permettre d'être mobiles, certaines n'ont pas de locaux, d'autres encore ne disposent pas de médecin, ou pas de psychologue.

En ce qui concerne le travail avec les patients, une des difficultés est d'assurer le transfert de l'EMPP vers le dispositif de droit commun après une phase dite « pré-thérapeutique » sans générer de sentiment d'abandon. Il ne s'agit pas d'assurer

uniquement l'orientation, mais aussi le maintien dans le soin. (53)

A. Orgeas encore, raconte la difficulté pour son équipe à se faire une place dans le réseau préexistant, à être reconnue et acceptée par les structures sectorielles, les établissements sociaux ou médico-sociaux. « Parce que, même s'il y a les budgets, les moyens, des textes officiels, une volonté, une demande et des besoins réels, ce n'est pas toujours suffisant pour qu'une équipe mobile trouve sa place au sein de la cité, auprès des institutions, professionnels et publics concernés ». (52)

### Comment les EMPP peuvent améliorer la continuité des soins en sortie d'hospitalisation

Nous allons prendre l'exemple du travail de l'équipe Santé Mentale et Exclusion Sociale (SMES) du Centre Hospitalier Sainte-Anne (CHSA) à Paris.

En cas d'hospitalisation au CHSA, après la sortie, l'équipe du SMES tente de faciliter le maintien du lien entre le patient et les équipes de secteur par des accompagnements, des visites sur les lieux de vie, des entretiens de soutien... Pendant les soins et après, le SMES participe aux synthèses cliniques, en présence ou non du patient, avec les référents du secteur, les référents de la structure sociale et plus généralement avec les acteurs du projet médico-psycho-social.

Pour préparer la sortie de l'hospitalisation, ou des soins ambulatoires, l'équipe du SMES organise une rencontre avec l'équipe demandeuse, en présence du patient et de ses référents soignants et sociaux. L'adéquation entre l'état clinique du patient, le projet social et le projet médical est discutée en commun. Le SMES essaie de faciliter, tant que faire se peut, le projet personnalisé du patient, travail qui ne peut se faire qu'en partenariat avec le secteur.

Après la sortie, l'équipe du SMES travaille à maintenir le contact avec le patient pour aider à poursuivre le projet médico-social élaboré préalablement avec l'équipe de secteur. (53)

## 2. L'EMPP de Toulouse

L'agglomération toulousaine n'est évidemment pas épargnée par la grande précarité. En 2009, le taux de pauvreté en Haute-Garonne était de 11,8%, et le taux de précarité financière atteignait 14,8%. 6,5% des moins de 65 ans bénéficiaient de la CMU-C (54).

Par ailleurs, l'Équipe Mobile Sociale et de Santé, qui fait partie du dispositif de Veille Sociale, relevait parmi les 841 personnes rencontrées entre 2004 et 2005 (55) :

- 18% de maladies psychiatriques avérées
- 11% de conduites addictives
- 21% de problématiques liées à l'alcool
- 11% de difficultés relationnelles majeures

Enfin, parmi les populations accueillies dans les 17 CHRS de l'agglomération toulousaine en 2004 (55) :

- 32% des personnes présentaient une pathologie psychiatrique, pour laquelle 87% d'entre elles n'étaient pas suivies
- 50% présentaient une souffrance psychique, pour laquelle 92% n'avaient aucun suivi

L'entité qui s'est développée ces dernières années à Toulouse, désignée sous le nom d'EMPP, correspond en réalité à deux dispositifs : les Unités de la Souffrance Psycho-Sociale (USPS), l'une rattachée au CHU, l'autre issue d'une initiative du secteur 8 du CHS Gérard Marchant.

L'EMPP participe au réseau « santé précarité » animé par le CHU, dont les missions sont d'une part l'amélioration de la coordination et de la communication entre les différents acteurs du champ médico-social, d'autre part des interventions directes auprès des structures concernées (CCAS, foyers d'hébergements d'urgence, associations...).

La démarche des USPS se base sur le principe que ce n'est pas la psychopathologie qui est spécifique de ces situations de précarité, mais un ensemble de facteurs et de conditions qui empêchent la rencontre, l'émergence des demandes et finalement l'accès

aux soins ou aux droits sociaux. Il est donc nécessaire de prendre en compte ces populations précaires de manière spécifique, pour pouvoir les repérer, les identifier et les accompagner si possible vers le soin.

### ➤ **L'Unité de la Souffrance Psycho-Sociale au CHU**

Cette unité dispose d'un mi-temps de psychiatre ainsi que d'un mi-temps de secrétaire.

L'activité de l'USPS du CHU se décline selon différents axes.

D'une part l'action directe auprès des patients, avec un accueil au Centre Dide\* ou au CCAS. Les actions de repérage, d'orientation, avec éventuellement des interventions ponctuelles pour réaliser des évaluations diagnostiques sont privilégiées, du fait du manque de moyens, mais aussi par volonté de préserver l'idée du cadre de soins.

D'autre part les interventions de type supervision, analyse des pratiques auprès des partenaires sociaux : foyers d'hébergements d'urgence, CHRIS, Halte-Santé, PASS. Lors de ces interventions, le travail de tiers permet d'aider les membres d'une structure à prendre de la distance, et de favoriser un processus collectif d'élaboration.

À noter que l'Équipe mobile sanitaire et sociale, dont nous parlerons plus en détail par la suite, est un partenaire privilégié, c'est d'ailleurs dans le rapport étroit que l'USPS entretient avec l'EMS que se réalise véritablement le travail "d'aller vers", de l'institution psychiatrique vers le patient précaire, qui est un objectif primordial des EMPP en général.

Un temps de réflexion et d'élaboration est organisé une fois par semaine avec les équipes de l'EMS et de la Halte-Santé. Il permet aux membres de ces équipes de se décaler de l'action, d'effectuer un travail de prise de distance. C'est un moment propice à la production d'un discours collectif « contre-transférentiel », dans lequel le sujet peut s'inscrire, pour « redevenir un temps au moins sujet de son histoire, capable de faire une demande et de la supporter, d'effectuer le cas échéant une démarche de soin, de concert avec l'équipe ». Ces réunions offrent aussi « la possibilité d'élaborer du symptôme là où il

---

\* Centre de soins aux dépendances – Hôpital La Grave, Toulouse

n'y en a pas ».

Il existe enfin un travail de lien, avec les urgences par exemple. L'USPS du CHU a organisé pendant longtemps des réunions « Urgences précarité », dont l'intérêt était de faire se rencontrer les médecins des Urgences et ceux qui font appel à eux : membres de l'EMS, intervenants des foyers d'hébergements d'urgence. Ces rencontres ont notamment permis l'amélioration du déroulement des admissions en HDT. (46)

### ➤ **L'Unité de la Souffrance Psycho-Sociale au CHS G. Marchant**

Ce dispositif lancé sur la base du volontariat s'est mis en place grâce au détachement d'un psychiatre et d'un infirmier du secteur 8 ainsi que d'interventions d'un psychiatre du SMPR.

Ces intervenants se déplacent une fois par mois auprès de plusieurs CHRS de l'agglomération pour discuter de cas concrets, aborder les difficultés rencontrées par les équipes, échanger entre acteurs du champ social et du champ médical autour de leurs pratiques respectives.

Ce dispositif est destiné à évoluer vers la constitution d'une véritable équipe mobile en psychiatrie, une unité intersectorielle qui se consacrerait plus particulièrement à la population des CHRS, avec les missions suivantes :

- assurer une fonction de tiers auprès des intervenants sociaux et équipes médico-sociales de première ligne afin de proposer, sur la base d'une demande explicite, un soutien institutionnel dans la gestion/compréhension des situations auxquelles ils sont confrontés
- assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, essentiellement auprès des foyers, CHRS et structures d'hébergement, afin d'optimiser l'accès aux soins et les réponses réciproques. (56)

Les dispositifs du CHU et du CHS ont vocation à travailler en concertation face aux

situations de précarité et de souffrance psycho-sociale. (56)

Nous avons ici développé spécifiquement le travail des EMPP, mais il existe de nombreux autres dispositifs sur lesquels s'appuyer, qui ne sont pas nécessairement réservés aux personnes en situation de grande précarité, ou aux malades psychiatriques. Il peut s'agir de structures de soin, comme les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ou les Lits halte soins santé (LHSS), de résidences sociales comme les Maisons-Relais ou encore de dispositifs associatifs comme les Groupes d'entraide mutuelle (GEM). Ces exemples seront développés dans l'annexe 2.

## 2. Rencontres avec des membres de l'EMS et de la Halte-Santé\*

### La Halte-Santé

Ce dispositif propose une prise en charge sanitaire et sociale des personnes sans domicile nécessitant un soin mais ne relevant pas ou plus de l'hôpital ou des soins de suite. Comme les autres LHSS (Lits Halte Soins Santé) de France, il a la particularité d'accueillir des personnes quelle que soit leur situation administrative.

La Halte-Santé de Toulouse dispose de 14 lits d'hospitalisation et d'une équipe constituée d'un assistant social, d'infirmiers, de « maîtres de maison ». Des médecins généralistes, qui ont tous l'expérience du travail avec les populations précaires, assurent des permanences. À noter qu'il n'y a pas de personnel médical la nuit. La mission de base est l'accueil de personnes dans un contexte de pathologie aiguë, avec nécessité de soins médicaux ponctuels, pour des séjours de courte durée, une quinzaine de jours en moyenne. En pratique les durées de séjour sont très variables. Les patients sont adressés aussi bien par des services médicaux : hôpitaux, cliniques, CMP, Urgences, que par l'EMS ou les centres d'accueil de jour par exemple.

Dans la mesure du possible les admissions se font en dehors de l'urgence, elles sont réfléchies et préparées en équipe. Le nombre de demandes est très supérieur au nombre de places disponibles.

---

\* Paragraphe rédigé à partir d'entretiens avec Mme Sylvie BRISÉ (infirmière), M. Pierre CABANES (infirmier) et M. Yves CÉVENNE (assistant social), réalisés en juin 2013

En pratique, les motifs d'hospitalisation sont les suivants :

- problème médical aigu
- problème médical non aigu ou chronique, mais associé à une situation sociale particulièrement difficile à un moment donné, ou dans l'attente d'une orientation
- séjour de « repos », pour des personnes ne supportant plus la vie à la rue et ayant besoin d'une période de répit, pour se poser, se reposer, et prendre soin d'elles
- accompagnement à un moment particulier d'une prise en charge globale. Un séjour peut être proposé à une personne qui commence à se sortir d'une situation très difficile, afin de lui donner une impulsion supplémentaire. Autre exemple : avant de débiter une nouvelle prise en charge (début de suivi sur un CMP, entrée dans un logement ou une structure d'hébergement, mise en place d'une mesure de tutelle, etc.), une hospitalisation à la Halte permet de stabiliser une personne, de faire une transition en douceur
- séjour d'observation à la demande d'un partenaire : accueil d'une personne afin d'évaluer son fonctionnement, d'émettre un avis sur sa personnalité, ses possibilités d'orientation

Quelques patients sont accueillis en long séjour. Ce sont des personnes qui présentent des pathologies chroniques lourdes, et sont souvent dans des situations administratives compliquées qui font obstacle à une orientation dans un établissement adapté, comme un EHPAD pour les patients âgés.

Le cadre de la structure est souple. Il est demandé aux patients d'assister aux 3 repas de la journée, sinon ils sont libres d'aller et venir, en respectant les horaires de retour le soir. Une participation aux tâches du quotidien est également demandée, autour des repas notamment (débarrasser la table ou faire la vaisselle par exemple). Il y a une chambre double, les autres sont individuelles, et sont aménagées pour recevoir éventuellement des animaux. La consommation d'alcool est tolérée si elle n'a pas lieu dans l'enceinte de la Halte.

La convivialité est favorisée. Le salon/salle à manger, situé au centre du service, se veut accueillant, avec un coin bibliothèque, des fauteuils, la possibilité de regarder des vidéos ou d'écouter de la musique. Les repas sont pris en commun avec l'équipe, et on accueille parfois d'anciens patients, le temps d'une visite ou d'un repas.

Les patients ont à disposition un accès internet, mais aussi un lave-linge et un sèche-linge. Grâce aux dons d'associations, ils peuvent recevoir des vêtements propres. La dimension de « prendre soin » est très importante, et ces services ainsi que la vie en collectivité et la proximité avec les membres de l'équipe y contribuent. On engage les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à se respecter les uns les autres.

Le travail de lien avec les partenaires médicaux et sociaux, tous ceux qui constituent le réseau d'aval est primordial. Il s'agit de tisser des liens forts avec les structures susceptibles d'accueillir des personnes passées par la Halte-Santé, et d'entretenir régulièrement ces liens.

### L'Équipe mobile sanitaire et sociale

Ce dispositif a pour vocation d'une part de repérer et d'aller vers les personnes particulièrement fragiles à la rue et dans les centres d'hébergement, d'autre part à faire le lien entre les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social toulousains. Il fonctionne sous l'autorité du CCAS, et donc de la Mairie de Toulouse, mais avec un financement de l'État. Les infirmiers sont des salariés des hôpitaux de Toulouse, détachés pour travailler alternativement sur l'EMS et sur la Halte-Santé. L'équipe est également constituée de travailleurs sociaux (une assistante sociale et des éducateurs spécialisés). Le travail en commun de professionnels des champs sanitaire et social est un élément très important ici, et cette diversité est par exemple exploitée dans les interventions auprès des personnes, qui se font en binômes associant toujours un infirmier et un travailleur social (ainsi qu'un homme et une femme).

La collaboration avec les services de psychiatrie n'est pas formalisée. Les membres de l'EMS recherchent des personnes « clés » qui pourront servir d'interlocuteurs privilégiés, mais la qualité des partenariats est très inégale dans les différents secteurs. Ils sont aussi amenés à travailler avec certaines cliniques du département. La prise de contact peut se faire à l'occasion de l'hospitalisation d'une personne suivie par l'EMS, qui peut alors venir apporter à l'équipe du service les connaissances dont elle dispose au sujet de cette personne : sa personnalité, son histoire.

La vignette clinique qui suit illustre bien le travail d'accompagnement réalisé par l'EMS, ainsi que l'objectif toujours présent d'orienter les malades vers le droit commun :

Le premier contact de M. C. avec le dispositif a eu lieu lors d'un séjour de repos à la Halte-Santé, où il avait été adressé par le Centre Antipoul qui l'hébergeait à l'époque. Cet homme d'origine espagnole a quitté la Légion Étrangère après 10 ans suite à une tentative de suicide par défenestration. Il aurait été marié et père de deux enfants, mais aucun contact n'a jamais pu être établi avec eux. M. C. aurait exercé à une période un emploi aidé de jardinier.

Le premier séjour à la Halte se passe plutôt bien. On observe quelques propos délirants, mais sans plus.

Le contact avec M. C. est plutôt bon, sauf quand il est alcoolisé. Sous l'emprise de l'alcool, il se sent persécuté, devient très interprétatif et présente des troubles du comportement qui l'amènent à être exclu de plusieurs centres d'hébergement et à se retrouver à la rue. L'EMS lui propose un accompagnement vers des soins, ce qu'il accepte. Il est alors adressé à la clinique de Beaupuy où il sera hospitalisé à plusieurs reprises. Il accepte de prendre un traitement léger. En sortie d'hospitalisation, son caractère asocial le fait orienter vers un logement en caravane à Blagnac, mais sous l'influence de l'alcool il finit malgré tout par entrer en conflit avec ses voisins. Il conserve néanmoins de bonnes relations avec les équipes d'aide.

Un jour, alors qu'il avait réintégré un centre d'hébergement, il est placé en HDT suite à un état d'agitation aiguë. Un traitement plus conséquent est alors mis en place. Il est ensuite transféré à Beaupuy où il accepte de poursuivre le traitement et d'arrêter l'alcool. Après un séjour de 5-6 mois, il part en postcure près de Marseille, mais revient vite car il ne supporte pas l'éloignement.

Il retourne alors en centre d'hébergement, avec mise en place de passages d'infirmiers libéraux, notamment pour la distribution des médicaments. Finalement il sera admis en Maison-Relais, où l'accompagnement se poursuit. Tous les mois on l'emmène voir sa psychiatre, faire son injection de neuroleptique retard et renouveler son traitement. Il est aussi suivi désormais pour un diabète insulino-dépendant.

Il a fallu beaucoup de temps, mais M. C. a fini par s'intégrer à la Maison-Relais, à se socialiser.

Les démarches effectuées pour lui faire obtenir des droits ont permis de découvrir qu'il dépendait de la sécurité sociale des militaires, système très complexe : il a fallu 2 ans et

de mi à l'assistante sociale désignée pour lui faire obtenir une AAH. C'est cette prise de contact qui a permis d'obtenir des informations sur la biographie de M. C.

Au total, le suivi de ce patient a duré une dizaine d'années. Il est resté jusqu'à la fin à la Maison-Relais, avant de décéder d'un cancer du poumon.

Intéressons-nous maintenant aux particularités des pratiques, communes aux deux dispositifs.

Pour les professionnels interrogés, le maître-mot semble être la souplesse. Souplesse dans les relations, souplesse dans les pratiques et dans le cadre. Il est pour eux essentiel que les intervenants et les structures d'accueil s'adaptent aux personnes bénéficiaires, et non l'inverse.

De la même façon ils cherchent à s'adapter aux institutions avec lesquelles ils sont amenés à travailler, comme les services de psychiatrie par exemple. Les modalités d'une prise en charge, d'un accompagnement, sont établies au cas par cas, obligeant les intervenants à faire preuve d'inventivité, à déroger aux habitudes de fonctionnement. « Déroger est la règle ».

À la Halte-Santé, l'accent est mis sur une grande souplesse du cadre, qui n'en reste pas moins fondamental. Un minimum de règles est toujours imposé, nécessaire pour assurer la survie du lieu tout en apportant un réel bénéfice aux personnes accueillies. La tolérance vis-à-vis de certains comportements est de mise. La consommation d'alcool est acceptée à condition qu'elle se fasse en dehors des murs. Les divers troubles du comportement, fréquents notamment chez les psychotiques, ou liés à la consommation d'alcool ou de toxiques, sont aussi tolérés dans certaines limites, la violence contre autrui étant évidemment proscrite. Les équipes savent s'adapter à des personnes volatiles, supportant mal les contraintes.

Les membres de l'EMS ou de la Halte-Santé décrivent leur tâche comme un travail d'accompagnement. Leur priorité n'est pas nécessairement d'amener les personnes à effectuer des soins ou des démarches sociales, mais de faire en sorte qu'elles soient « bien », à l'abri. Il s'agit ici plus de « prendre soin » que de soigner. Pour une personne

malade, un des premiers objectifs est de stabiliser la personne, de la fixer sur un ou quelques lieux identifiés, de l'amener à se ritualiser. Se préoccuper d'une personne est déjà en prendre soin. C'est aussi l'encourager à faire des choses pour elle-même, comme prendre le temps de prendre un café ou faire un achat de vêtement.

Les personnes en grande précarité ont un besoin important d'accompagnement, y compris d'accompagnement physique pour se rendre à des rendez-vous médicaux, effectuer des examens ou des démarches sociales ou administratives.

Elles ont aussi besoin d'être accompagnées en douceur quand leur situation s'améliore, car aller mieux peut générer des angoisses, des doutes sur ses capacités, une peur de l'inconnu, peur du lâcher prise.

Le respect de l'autonomie de la personne est très important. Ces dispositifs veulent offrir un accompagnement sans contrainte et sans brutalité. Les patients ne subissent pas de pression pour faire des démarches ou se soigner, ce qui permet souvent l'émergence de demandes, d'un désir de s'en sortir, la personne devenant alors partie prenante de sa prise en charge. À la Halte, les personnes accueillies n'ont pas l'obligation de revoir le médecin après l'entretien d'entrée.

L'EMS assure une fonction de veille, auprès de personnes à la rue identifiées comme particulièrement fragiles. Observer, évaluer, établir un contact, essayer de développer un lien, accompagner, sans forcer l'intervention. Dans le cas par exemple d'une personne présentant des troubles psychiatriques, ce travail de veille est privilégié tant qu'elle présente un comportement à-peu-près adapté, notamment pour assurer ses besoins vitaux, et l'action (souvent une HDT) ne s'impose qu'en cas de mise en danger.

L'histoire de Mme Q. illustre très bien le processus d'approche, d'élaboration du lien, ainsi que la notion de veille que nous venons d'évoquer. Elle montre aussi comment, lorsqu'une intervention s'impose, aucune place n'est laissée à l'improvisation :

Mme Q., âgée aujourd'hui de 47 ans, est connue depuis 12 ans maintenant. Repérée en 2002, elle errait dans les secteurs de Gabriel Péri, du boulevard Carnot, chargée de sacs à dos, dormant dehors. Elle se montrait très fuyante, sauvage, refusant la plupart du temps tout contact. Mme Q. ne consomme pas d'alcool, fume, mais peu. Elle a malgré tout les

dents très abîmées, la peau extrêmement fripée et présente des signes de vieillissement prématuré.

Avant d'en arriver là, Mme Q. avait fait des études (bac +3) ; elle vivait avec un compagnon et a eu une petite fille. Puis elle a décompensé sur un trouble psychotique chronique, et est partie à la rue, errant en région parisienne et faisant la manche avec sa fille. Celle-ci a été placée chez ses grands-parents.

Mme Q. a deux frères et sœurs. Ses parents (le père est aujourd'hui décédé) ne l'ont jamais perdue de vue. Ils ont essayé désespérément de l'aider à sortir de la rue, de lui payer un logement, mais rien à faire, leur fille s'obstinait à vouloir vivre dehors avec son chien Yaourt, isolée, sans aucun revenus, ni couverture sociale. Elle a même fini par rejeter complètement ses parents après avoir été hospitalisée plusieurs fois sous contrainte à leur demande.

Entre 2002 et 2011, Mme Q. n'a pas été hospitalisée une seule fois en psychiatrie. Elle bénéficiait de dons des habitants de son quartier, de passages réguliers de l'EMS à titre de veille, acceptant parfois une poignée de mains, quelques dépannages. Elle passait beaucoup de temps à écrire, pour autant les tentatives pour communiquer avec elle par écrit ont toujours échoué.

Au fil du temps, elle s'est faite chasser de plusieurs endroits où elle avait l'habitude de dormir, souvent devant chez des particuliers. Elle a alors tenté de dormir sous les ponts, mais on ne la laissait pas tranquille, ses sacs ont été jetés dans le canal notamment. Pour finir, Mme Q. a décidé de s'installer non pas sous, mais sur un pont, exposée, donc finalement plus en sécurité. Elle s'est alors constitué une « maison » sur le pont de l'avenue de la Gloire, avec une accumulation impressionnante de sacs et de bâches.

Un jour la Police Municipale a commencé à recevoir des lettres anonymes, des menaces de mort désignant Mme Q. C'est dans ce contexte, et afin de la protéger, qu'une HDT a été très minutieusement préparée, organisée. Les différents intervenants ont été rencontrés à plusieurs reprises, rien n'a été laissé au hasard. Des moyens très importants ont été déployés pour réaliser cette intervention, et finalement Mme Q. a pu être conduite à l'hôpital, suivie de toutes ses possessions.

Son séjour à l'Hôpital Marchant, qui a duré près d'un an, a permis de mieux faire connaissance. Mme Q. était très délirante, et il a été très difficile de lui faire accepter des aides matérielles ainsi que les démarches administratives. On a ouvert ses sacs, qui contenaient des pages et des pages de graphorrhée, empaquetées, des bâches, des

vêtements moisis...

Aujourd'hui, Mme Q. dispose d'un appartement fourni par la Mairie mais vit encore une partie du temps dans la rue. Elle est accompagnée régulièrement par l'EMS au CMP où elle est suivie.

Cette vignette clinique montre aussi la dimension palliative de la prise en charge, évoquée par tous les intervenants rencontrés. Pour certaines personnes à la rue, l'idée de réinsertion, ou de relogement est illusoire, que ces personnes la refusent ou en soit incapables, mais ils continuent à aller les voir, à les accompagner et à nouer des liens. Il s'agit de se mettre à côté du sujet et de l'accompagner, sans avoir pour objectif la guérison. Dans ces situations si particulières, il faut savoir sortir d'une vision purement curative, qui risque de provoquer la fuite des personnes. Au contraire, il est essentiel de tenir compte de l'attachement qu'ont certains sujets à leurs symptômes, et accepter le malade avec sa maladie, l'alcoolique avec son alcool, le psychotique avec son délire.

Enfin certaines personnes refusent les soins même lorsqu'elles arrivent en fin de vie. Le rôle des dispositifs comme l'EMS ou la Halte-Santé est aussi d'accompagner la fin de vie, notamment pour des personnes qui ne veulent pas se rendre à l'hôpital.

Les équipes semblent constater une augmentation des problématiques psychiatriques dans la rue. Les intervenants observent beaucoup de cas de psychose, mais aussi ce qu'on appelle la souffrance psycho-sociale, des personnes avec des présentations mélancoliques, ou avec un vécu de déracinement. L'alcool vient très souvent s'y ajouter, avec un rôle de pansement. Chez les psychotiques à la rue on retrouve fréquemment des phénomènes de déni, et parfois un vécu de persécution vis-à-vis de la psychiatrie, avec par exemple des souvenirs d'enfermement, d'injections douloureuses.

Le profil des personnes à la rue évolue : on observe chez les plus jeunes une multiplication des toxiques consommés, des mélanges, en association avec de l'alcool, ce qui favorise des troubles du comportement plus graves, notamment des passages à l'acte violents.

De manière générale, les personnes à la rue cumulent les pathologies et souffrent visiblement d'un vieillissement précoce.

Une autre caractéristique du travail de ces équipes est la temporalité. Il faut des mois, parfois des années, pour nouer une relation de confiance avec des personnes qui sont généralement dans la méfiance, voire dans un vécu de persécution, des personnes comme on l'a dit plus haut volatiles. Les intervenants prennent le temps nécessaire pour connaître les personnes mais aussi pour se faire connaître et identifier comme ressources potentielles.

Les équipes évitent de manière générale de travailler dans l'urgence. Les interventions, dans la mesure du possible, sont soigneusement pensées, mûries et préparées en amont : réunions d'équipe, lien avec les partenaires impliqués.

Dans le cas de la Halte-Santé, le travail ne se limite pas aux quelques semaines d'accueil dans la structure, mais il commence avant l'admission, et se poursuit bien après la sortie, entre les séjours s'ils doivent se répéter. Le séjour à la Halte-Santé ne constitue pour certaines personnes qu'une étape de l'accompagnement.

L'EMS et la Halte jouent aussi le rôle de « fil rouge », de mémoire. Elles conservent les dossiers médicaux, la trace de rendez-vous, de démarches sociales et administratives, mais aussi la mémoire de l'histoire des personnes suivies, de leurs parcours. Elles assurent aussi un rôle de coordination des soins, afin d'éviter les incohérences, comme la répétition inutile d'examen médicaux par exemple. Grâce à leur vision globale de la personne, les infirmiers et travailleurs sociaux savent déterminer les soins, démarches à effectuer en priorité et au contraire ceux qu'il vaut mieux remettre à plus tard. Ils peuvent notamment apporter aux médecins des conseils pour adapter leurs prises en charge en fonction de la personnalité, des capacités ou des conditions de vie des personnes.

Globalement, les membres de l'EMS et de la Halte constatent une amélioration des relations avec les services de psychiatrie. Les partenariats avec les CMP toulousains semblent plus effectifs, les problématiques liées à la précarité et aux conduites addictives mieux prises en compte. Certaines équipes de CMP se présentent d'elles-mêmes auprès du réseau Santé Précarité pour exposer des situations sensibles auxquelles elles sont confrontées.

Les hospitalisations font l'objet d'une attention toute particulière, que l'EMS en soit à l'origine ou non. En-dehors d'un risque vital, ils ne forcent pas les hospitalisations. La demande ou l'acceptation de la personne arrive parfois suite à un déclic : maladie ou accident, rupture, ou encore un ras-le-bol des conditions de vie. L'équipe organise parfois des séjours pour des personnes qui n'ont pas forcément de pathologies aiguës ou décompensées, mais qui présentent une importante souffrance psychique, qui se dépriment, apparaissent dans l'abandon d'elles-mêmes. L'hospitalisation sert alors à faire une rupture avec la rue, de se mettre un temps à l'abri.

Quand une hospitalisation en psychiatrie apparaît nécessaire, elle est très rarement acceptée par la personne concernée. L'EMS a donc souvent recours aux HDT, mais même dans ce cas, ses membres évitent au maximum de travailler dans l'urgence. L'urgence est en effet un facteur important de discontinuité : elle expose le patient à être envoyé dans le premier établissement qui offrira un lit disponible, que ce soit au CHU, à l'Hôpital Marchant ou dans une des nombreuses cliniques de l'agglomération, ce qui favorise l'errance d'un service à l'autre, et ne permet aucune préparation, sans compter que l'EMS n'a pas les mêmes facilités de collaboration avec tous les services ou établissements.

L'équipe préfère donc programmer les HDT, ce qui lui laisse le temps de faire le lien avec les services d'accueil d'urgence, de se mettre d'accord sur les indications de l'hospitalisation, ses modalités, de présenter le patient et la situation. De même l'EMS prend contact avec le service de psychiatrie qui s'engage à recevoir le patient, lui délivre les informations utiles pour accueillir celui-ci dans les meilleures conditions possibles. Chaque demande d'admission est ainsi préparée, discutée, justifiée. Le but est de baliser au mieux l'admission du patient pour faciliter son parcours des urgences jusque dans le service de soins, d'éviter que par manque d'information ou de communication il ne soit renvoyé des urgences. Le fonctionnement des urgences, avec la multiplicité des intervenants, le système des gardes, peut favoriser la perte d'information (au moment des relèves par exemple) et les malentendus. Les infirmiers de l'EMS sont donc particulièrement vigilants et n'hésitent pas à multiplier les contacts pour assurer la réussite du projet d'hospitalisation.

Leur travail ne s'arrête pas à l'admission. L'équipe rend visite au patient pendant son séjour. L'hospitalisation peut aussi être l'occasion de rencontrer une personne encore inconnue de l'équipe, ou qui avait jusque là refusé tout contact. C'est aussi une opportunité de se présenter aux membres d'un service, de rappeler le rôle et le fonctionnement de l'EMS, afin de favoriser les collaborations futures.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le recours aux HDT ne nuit généralement pas aux relations des patients avec l'équipe mobile, elles permettent plutôt au contraire de renforcer les liens.

La sortie d'hospitalisation représente un vrai problème. Les équipes ont pu voir des malades sortir de l'hôpital avec rien d'autre qu'un carton de rendez-vous. L'EMS est tout de même régulièrement sollicitée par certains services de psychiatrie pour les aider à organiser des sorties, qu'il s'agisse de personnes connues ou non de l'équipe.

La principale difficulté rencontrée par l'EMS actuellement est la saturation des services de psychiatrie : manque de disponibilité pour des accueils en urgence, délais d'obtention d'un premier rendez-vous médical trop longs (souvent autour d'un mois). Or pour les personnes à la rue qui ont tant de mal à exprimer une demande, une plus grande réactivité serait nécessaire, car elles ont besoin de réponses rapides.

Nous avons évoqué les admissions à l'hôpital et dans les services de psychiatrie, mais les personnes suivies par l'EMS et la Halte sont évidemment amenées à fréquenter d'autres institutions. Les grands précaires ont souvent des rapports compliqués avec les institutions. Les troubles du comportement pendant les hospitalisations sont fréquents : ils ne respectent pas le cadre, fument à l'intérieur, consomment de l'alcool, ce qui leur fait souvent risquer l'exclusion. Les fugues sont courantes.

L'accueil dans les centres d'hébergement d'urgence, qui est le premier recours, se révèle peu adapté, pour différentes raisons :

- la fermeture dans la journée, qui expose les personnes fragiles à l'insécurité de l'extérieur, de la rue, mais aussi aux tentations (alcool, drogues)
- le manque de places : les personnes les plus « compétentes » s'organisent pour être les premières à appeler chaque jour à l'ouverture du standard téléphonique

pour obtenir une des rares places disponibles, organisation dont les plus fragiles sont incapables

- le manque d'intimité : dortoirs, chambres à plusieurs lits. Les troubles du comportement liés aux troubles mentaux (délires, soliloque, agitation) ou aux abus de substances peuvent être insupportables pour les voisins de chambre qui vont exclure ces perturbateurs.

Pour les personnes âgées, l'orientation en EHPAD peut être très compliquée. Il est déjà difficile de faire accepter la demande d'admission, et ensuite les personnes ne tiennent souvent pas très longtemps : les troubles du comportement, les alcoolisations sont très mal tolérés par le personnel et par les autres résidents.

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) créés au départ pour accueillir les malades du sida en situation de précarité, ont progressivement élargi leur offre à tous les patients atteints de pathologie chronique et pourraient en théorie prendre en charge le même public que la Halte-Santé. Mais il n'en existe que 2 à Toulouse, et l'exigence d'un projet de soin et d'insertion sociale peut s'avérer trop contraignant pour les personnes les plus à la marge, dont les comportements notamment liés aux conduites addictives sont de plus difficilement acceptés. Et contrairement à la Halte, une couverture sociale et un titre de séjour sont nécessaires pour obtenir une admission.

Pour augmenter les chances d'une intégration réussie dans une Maison-Relais ou une résidence sociale, un important travail en amont est une fois de plus nécessaire. Un séjour de quelques mois, un an, dans un CHRS par exemple, peut être organisé en guise de transition, ce qui permet aussi de prouver l'autonomie de la personne.

Les grands précaires rencontrés par ces professionnels sont souvent dans des situations complexes au niveau administratif. Certains n'ont même pas de papiers d'identité, et il peut être extrêmement difficile de régulariser une situation, surtout pour des personnes avec des parcours de vie chaotiques. Et il est impossible d'obtenir des droits (allocations, couverture sociale, aides diverses) tant que la personne est en situation irrégulière. Les démarches administratives demandent énormément de travail et prennent beaucoup de temps. À la Halte, la longueur de ces démarches peut amener à des séjours de longue durée, sous forme d'hospitalisations continues ou fractionnées.

C'est le cas par exemple de M. F., un patient pris en charge depuis plus de 6 mois sur la Halte, sur une hospitalisation entrecoupée de séjours de rupture de quelques semaines dans des services de moyen séjour ou de soins de suite. Il s'agit d'un homme âgé, d'origine tchèque, pour lequel il n'a jamais été posé de diagnostic psychiatrique précis, mais qui présente clairement des traits paranoïaques. Son état de santé général nécessite des soins médicaux réguliers et un accueil dans une structure médico-sociale adaptée, le préalable étant la régularisation de sa situation. Cette procédure s'est avérée longue et complexe, d'autant plus que M. F. n'avait aucune pièce d'identité, livrait peu d'informations sur son passé et se montrait parfois peu coopérant pour effectuer les démarches administratives. Il a finalement pu être placé sous tutelle, et grâce à un léger traitement psychotrope ses troubles du comportement se sont atténués. Il reste aujourd'hui en attente d'une orientation.

Voici une autre difficulté rencontrée par les grands précaires. Pour ouvrir des droits, les personnes sans domicile fixe doivent obtenir une domiciliation postale. Seulement celle-ci ne dure que 3 mois, et si la personne ne se présente pas régulièrement, elle perd sa domiciliation, et par conséquent tout ses droits.

### 3. La PASS psy (Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatriques)<sup>a</sup>

La PASS à Toulouse disposait auparavant d'une psychologue. Puis en 2010, dans le cadre de la parution de la Loi contre les Exclusions, un dispositif autonome a été créé, la PASS Psy, constitué d'une équipe de 3 psychologues sous la coordination d'un psychiatre. Les psychologues sont employées à temps partiel, avec au total 1,4 ETP et leurs locaux sont situés au sein de l'Hôpital La Grave.

La PASS Psy a la particularité de recevoir beaucoup de personnes étrangères, en situation régulière ou non. Sur les 280 personnes reçues en 2012, il n'y avait que 37 patients de nationalité française. Par ailleurs 180 patients n'avaient pas de résidence stable.

---

<sup>a</sup> Paragraphe rédigé à partir d'un entretien avec Mme Hakima SAADI, psychologue à la PASS Psy, réalisé en juillet 2013

Les patients sont principalement adressés par des foyers d'hébergement, les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), le 115. La PASS Psy reçoit aussi parfois des personnes envoyées par le CMP de La Grave, ou encore par différents dispositifs spécialisés comme la PASS, la Halte-Santé, l'EMS, la Case de Santé<sup>b</sup>. Il arrive également que des personnes viennent consulter sur le conseil d'autres patients. Quelques médecins généralistes qui connaissent la PASS Psy adressent des personnes sans papiers, pour des troubles anxieux et du sommeil le plus souvent. Enfin les Urgences envoient quelques patients, mais ce n'est pas une voie privilégiée.

Devant le grand nombre de patients étrangers, les problèmes de communication sont très fréquents. Ainsi, il était primordial pour l'équipe de la PASS Psy de développer des partenariats avec des associations d'interprètes professionnels, car la barrière de la langue est un facteur d'exclusion et de précarité non négligeable, et ces patients ont souvent beaucoup de difficultés pour se faire soigner s'ils ne maîtrisent pas le français. C'est d'ailleurs un des problèmes rencontrés par l'équipe lorsqu'elle oriente un patient vers un CMP.

La mission première de la PASS Psy est d'évaluer et d'orienter. Elle n'a pas vocation a priori à assurer des suivis de longue durée, mais en pratique les orientations ne sont pas toujours acceptées par les patients, les délais pour obtenir un premier rendez-vous en CMP sont longs et la situation administrative des personnes peut aussi être un obstacle. Le rôle de la PASS Psy n'est pas non plus de se substituer aux CMP, ni de pallier à l'urgence.

L'accueil sur le site se fait uniquement sur rendez-vous (délai de 15 jours à 3 semaines pour un premier rendez-vous), mais une permanence est organisée une demi-journée par semaine au CCAS.

Les psychologues reçoivent principalement des adultes, de tous âges, et parfois quelques mineurs étrangers isolés, adressés par la PASS ou les Maisons d'enfants à caractère social (MECS). Elles ne voient pas les enfants, mais peuvent recevoir les parents et fournir un soutien téléphonique aux équipes qui s'occupent de leurs enfants.

---

<sup>b</sup> Centre de santé communautaire situé au centre-ville de Toulouse.

Elles observent beaucoup de pathologies psycho-traumatiques, des syndromes anxio-dépressifs, des dépressions cliniques. Beaucoup de symptômes réactionnels à des situations de rupture, de déracinement, et enfin quelques psychotiques.

Associée ou non à des pathologies avérées, la souffrance psycho-sociale est très présente. Elles rencontrent souvent des personnes qui sont adressées après avoir été déboutées dans leurs demandes de papiers.

La PASS Psy travaille de façon privilégiée avec la PASS et le Point Santé<sup>a</sup>, et il leur arrive d'accompagner des patients sur ces structures. Elle est également en lien avec des associations comme La Boutique Solidarité<sup>b</sup>, ou avec la Case de Santé .

Quelques patients reçus à la PASS Psy ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Les psychologues proposent parfois une hospitalisation, mais toujours avec certaines inquiétudes : la crainte d'une rupture dans le cas où le patient se sentirait incompris pendant son séjour, la méfiance des soignants vis-à-vis de personnes soupçonnées de rechercher des bénéficiaires. Il s'agit de personnes qui ont souvent du mal à faire reconnaître leurs souffrances.

L'équipe de la PASS Psy est confrontée à diverses difficultés :

- la responsabilité de l'évaluation des risques, puisque les psychologues travaillent en autonomie, sans médecin sur place
- l'éclatement des suivis : elles observent encore un défaut de coordination. De manière générale, il leur est difficile d'obtenir des retours concernant leurs patients de la part des foyers, des CMP
- le manque de temps : devant le grand nombre de demandes, tout le temps de présence est utilisé pour les entretiens, et ne permet pas la tenue de réunions de synthèse
- la pression de certains patients, poussés par leurs avocats, pour obtenir des certificats alors qu'elles ne sont pas habilitées à en rédiger

---

<sup>a</sup> Structure d'accueil et d'hygiène, dans la continuité des « bains-douches »

<sup>b</sup> Centre d'accueil de jour à bas seuil

## 4. Le modèle « Housing First » (« Un chez soi d'abord »)

### 1. Origine et principes généraux

Cette démarche est née du constat de nombreux professionnels de la santé et du social intervenant auprès de populations de personnes sans abri, que pour aller mieux, ces personnes n'avaient pas seulement besoin d'avoir un toit, mais d'un « chez soi », une véritable solution de logement pérenne, qui leur apporte stabilité, intimité et sécurité.

Dans le modèle du « logement d'abord », la priorité est accordée à l'accès à un logement autonome, sans passage obligatoire par la case hébergement. L'accès à un logement ordinaire est considéré comme la condition préalable à l'engagement dans les soins et à un parcours d'insertion pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Ce modèle a été lancé par un psychologue new-yorkais, Sam Tsemberis. La mise en place de son programme à partir de 1992 a permis d'observer une réduction significative de l'utilisation des services d'urgences ainsi que l'amélioration de l'état de santé des personnes concernées.

Les programmes basés sur le modèle « *housing first* » aux États-Unis ont prouvé leur rentabilité, avec un rapport coût-efficacité supérieur à toutes les autres solutions classiques.

En moyenne, les coûts liés aux recours aux urgences ont diminué de 34%, ceux liés aux hospitalisations ont diminué de 66% et ceux liés aux incarcérations de 76%.

Le Département américain du Logement et du Développement urbain a rapporté entre 2005 et 2007 une baisse de 30% du nombre de personnes sans abri chroniques vivant dans la rue ou dans les refuges.

L'expérimentation a également été menée à partir de 2009 au Canada, avec des résultats équivalents. On observe à chaque fois une forte prise d'autonomie des bénéficiaires, mais aussi une stabilisation, 70 à 80% des personnes occupant toujours leur logement après 4 ans.

Les principes généraux de ce dispositif peuvent être résumés ainsi :

### ➤ **Le logement, base de la démarche**

On inverse ici la logique de prise en charge : alors qu'habituellement le patient passe par une étape d'hébergement (structure collective, accueil chez un tiers, etc.) pour bénéficier de soins sur la durée et pouvoir accéder ainsi éventuellement à un logement temporaire puis à un logement durable, dans ce cas, le logement est un préalable à l'insertion.

Le dispositif s'adresse à des personnes dont le maintien s'avère compliqué, que ce soit dans les CHRS à cause de leur pathologie, par rapport à la gestion d'éventuels troubles du comportement ou de décompensations, ou à l'hôpital où l'instabilité liée à la vie dans la rue rend la compliance au traitement et le respect du cadre très difficile.

L'accès d'emblée à un logement permet de réduire rapidement les risques liés à la vie dans la rue.

### ➤ **L'accès sans exigence d'adaptation du patient**

Ce qui distingue tout particulièrement cette démarche de la logique habituelle dans les structures d'hébergement, c'est la tolérance aux conduites addictives : consommation d'alcool ou de toxiques. On ne demande pas au patient de changer avant d'intégrer le dispositif, et une fois installé, on n'exigera pas non plus l'abstinence. L'objectif est la réduction des risques liés à ces conduites.

Ce sont les professionnels qui s'adaptent, pas le patient.

### ➤ **La participation du bénéficiaire**

La démarche repose aussi sur l'idée de « rétablissement » (« *recovery oriented care* »), défini ainsi par Sandra S. Resnick\* : « prise en compte de l'idée que tous les individus, quel que soit leur handicap, peuvent développer l'espoir en l'avenir, participer à des activités significatives, exercer leur auto-détermination et vivre dans la société sans stigmatisation ni discrimination ».

---

\* Professeur de psychiatrie à l'université de Yale

Les bénéficiaires du programme sont invités à être partie prenante de leur prise en charge. Cela commence par le choix du logement, de son aménagement, puis la participation à l'organisation des soins, à des activités communautaires. Le système des groupes d'entraide mutuelle trouve ici une place. L'implication des usagers sera favorisée dans les comités de pilotage et de recherche des programmes « Un chez soi d'abord ».

➤ **L'accompagnement intensif, de proximité, par une équipe pluridisciplinaire**

Chaque patient bénéficie obligatoirement de ce suivi personnalisé, à la fois médical et social. Le suivi est intensif grâce à un ratio professionnel/patient élevé (1/10), qui permet jusqu'à 2 rencontres par jour, 6 jour sur 7. La continuité de suivi est assurée par une permanence téléphonique en période de jour, relayée par les services d'urgence médicale en dehors.

L'équipe dédiée au dispositif est placée sous la responsabilité d'un médecin coordinateur, et regroupe un ou des médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, au moins un intervenant compétent en réduction des risques incluant l'alcoolologie, une personne en charge de la captation des logements, et éventuellement un ou des médiateurs de santé pairs.

Le rôle du médecin est d'évaluer les besoins du patient pour mettre en place l'accompagnement adapté, puis d'établir les liens nécessaires avec les professionnels des structures partenaires, de délivrer au patient une éducation thérapeutique et à la réduction des risques. Un bilan de santé somatique est réalisé avant l'entrée dans le dispositif. Les soins eux-mêmes ne sont pas effectués par l'équipe, mais ceux-ci établissent des conventions avec les professionnels de santé du territoire afin de répondre à l'ensemble des besoins diagnostiques et thérapeutiques des personnes.

L'accompagnement social consiste d'une part à ouvrir des droits et régulariser les situations administratives des bénéficiaires, d'autre part à accompagner les personnes au quotidien pour développer leur autonomie : aide à la gestion du budget, du compte bancaire, des achats alimentaires et de la préparation des repas, des achats divers

répondant aux besoins quotidiens, aide à l'entretien du logement, à la gestion de la location et la gestion du temps (prise de rendez-vous, déplacements). Des activités sont également proposées. (3)(57)(58)(59)

## 2. Mise en œuvre à titre expérimental en France. Le projet toulousain\*

Nous avons vu plus haut que des programmes basés sur le concept « *Housing First* »/« Un chez soi d'abord » s'étaient développés aux États-Unis d'abord, puis au Canada. De telles initiatives existent aussi à l'heure actuelle dans plusieurs pays européens. Suivant les recommandations du rapport remis à la Ministre de la Santé et des Sports en novembre 2009, *La santé des personnes sans chez soi*, qui présentait un projet de mise en place d'un dispositif sur le modèle « recherche-action », l'expérimentation a été lancée en France en 2010.

Ce projet s'appuie sur l'idée que les personnes présentant une ou des pathologies mentales sévères qui auront bénéficié de ce programme présenteront un taux de retour à l'autonomie et à la citoyenneté plus élevé et une meilleure qualité de vie et de santé que les personnes sans chez soi avec le même profil prises en charge selon les dispositifs habituels, et ce pour un coût inférieur.

Il s'agit d'un programme national, financé par l'État, qui comporte deux volets : un volet « action » et un volet « évaluation et recherche ». Il a débuté fin 2011 sur 3 sites : Lille, Marseille et Toulouse, avant d'être rejoint par Paris courant 2012.

Sur chaque site, 200 personnes devraient être choisies. La moitié d'entre elles se verront attribuer un logement et bénéficieront d'un accompagnement par une équipe de suivi intensif. L'autre moitié poursuivra son parcours dans le dispositif de droit commun. Les personnes pouvant bénéficier de ce programme sont des personnes sans chez soi, majeures, en situation régulière, hommes ou femmes, dont la situation administrative permet l'accès au logement social, et atteintes d'une ou plusieurs pathologies mentales sévères nécessitant une prise en charge médicale et un accompagnement social adaptés.

---

\* Paragraphe rédigé en partie à partir d'un entretien avec le Dr Julien BILLARD, membre du projet « Un chez soi d'abord » à Toulouse, réalisé en juin 2012

Le programme n'inclut pas les personnes avec enfants.

Le projet dispose d'un agrément ministériel pour une durée de 3 ans, la poursuite du programme dépendant notamment de l'évaluation de cette expérimentation.

La mise en œuvre du projet expérimental « Un chez soi d'abord » à Toulouse a débuté en septembre 2011.

Les participants à ce projet sont :

- le Centre Hospitalier Gérard Marchant
- l'Association Clémence Isaure<sup>a</sup>
- le PACT 31<sup>b</sup>
- l'ORMIP (Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées) pour le volet recherche

L'équipe dédiée au dispositif est constituée de :

- 1 coordinateur (travailleur social)
- 1 ETP d'infirmier diplômé d'état
- 1 ETP de travailleur social
- 2 mi-temps de travailleurs pairs (ayant l'expérience de la vie à la rue, de l'addiction, et/ou de la maladie psychiatrique)
- 3 mi-temps de médecins : psychiatre, médecin généraliste, addictologue

Comme nous l'avons vu précédemment, l'objectif est de recruter à terme 200 personnes, dont la moitié se verront attribuer un logement et bénéficieront du suivi intensif. Les principaux critères d'inclusion sont les suivants :

- personnes présentant un trouble bipolaire ou une schizophrénie
- sans domicile fixe
- avec des « besoins élevés » : élément évalué selon une échelle avec des critères comme les finances, les troubles médicaux, la difficulté à se prendre en charge...
- ayant connu des hospitalisations en psychiatrie fréquentes, des incarcérations répétées et/ou présentant des problèmes d'addiction

---

<sup>a</sup> association dont les missions sont : la prévention et le soins des addictions, la réduction des risques et la lutte contre les exclusions

<sup>b</sup> association œuvrant pour l'insertion des ménages les plus démunis à travers l'habitat

Sont exclues du dispositif les personnes ayant des enfants à charge, les personnes en situation irrégulières et celles qui ne comprennent pas le français (ce qui poserait problème notamment pour le consentement à l'étude).

Les sujets doivent être demandeurs d'un logement et s'engager à rester dans la région. Ils doivent accepter de rencontrer l'équipe au moins une fois par semaine.

Le recrutement s'est fait dans un premier temps auprès d'organismes comme l'Équipe Mobile Sociale et de Santé, ou l'association Intermède (dispositif de réduction des risques – CAARUD de l'association C. Isaure), puis s'est élargi aux foyers d'hébergement ainsi qu'aux services de psychiatrie du CHS Marchant et du CHU de Toulouse.

En juin 2012, 64 personnes avaient été incluses dans l'étude. 32 étaient logées par le programme « Un chez soi d'abord », les 32 autres n'étaient pas logées et étaient prises en charge uniquement par les dispositifs de droit commun.

5 à 7 personnes avaient été incluses au cours d'une hospitalisation en psychiatrie.

Les rencontres avec l'équipe se font au domicile de la personne ou bien à l'extérieur. L'équipe dispose d'un local, mais celui-ci n'est pas destiné à l'accueil des patients.

Intéressons-nous maintenant plus particulièrement à l'aspect médical du programme. Chaque bénéficiaire doit rencontrer chaque membre de l'équipe au moins une fois, ensuite il n'y a pas d'obligation de revoir un médecin. La rencontre avec le médecin se fait dans le cadre du programme de logement, pas dans une optique sanitaire. Si les bénéficiaires ont surtout une forte demande d'aide au niveau social au départ, pour l'instant aucune ne s'est réellement opposée à la rencontre avec le psychiatre. La plupart des personnes sont déjà suivies en psychiatrie.

Depuis le début du programme, 3 personnes ont été hospitalisées en psychiatrie ; 2 d'entre elles étaient déjà suivies et avaient déjà été hospitalisées, pour la 3e il s'agissait d'une première hospitalisation, mais elle était déjà suivie sur un CMP. Elle s'est adressée en premier lieu à l'équipe qui a travaillé avec le CMP pour organiser l'admission. Pendant les hospitalisations, l'équipe rend visite aux patients et fait le lien avec les

équipes soignantes.

Par ailleurs, l'équipe dédiée au dispositif « Un chez soi d'abord » est allée à la rencontre des équipes de psychiatrie de l'agglomération toulousaine (secteurs rattachés au CHGM, unités de psychiatrie du CHU et certaines cliniques privées comme la clinique de Beaupuy).

Les principales difficultés rencontrées sont :

- la coordination des prises en charge ; l'équipe peut prendre en charge les démarches sociales, le suivi médical, mais il s'agit surtout d'orientation vers les dispositifs de droit commun
- les troubles liés aux prises de toxiques, les dégradations de logements, les logements squattés
- la solitude ressentie par les patients, qui se sentent souvent plus seuls dans leur logement qu'ils ne l'étaient à l'extérieur

Quelques personnes ont été expulsées de leur logement, mais toutes ont pu être relogées. Il y a pu avoir quelques difficultés concernant le paiement des loyers (une partie est directement versée par les organismes d'allocations, l'autre doit être réglée par le patient lui-même). Des délais d'impayés ont été prévus.

Le PACT 31 assure la captation des logements et la gestion locative. L'association prend le bail à son nom, garantit au bailleur le paiement du loyer, assure la relation directe au locataire via l'équipe dédiée au dispositif et effectue la remise en état locative du logement avant la restitution au propriétaire.

Globalement le programme semble se dérouler sans encombres. En dehors de quelques personnes (personnalités dyssociales notamment), les sujets sont plutôt bien engagés dans la démarche. Il manque encore un peu de recul pour évaluer le programme, mais il est prévu de formaliser les retours du public concerné, pour que les patients puissent s'exprimer.

A terme le programme devrait atteindre les 200 sujets inclus. L'équipe devrait s'agrandir, puisqu'elle n'est pas encore au complet. Suivra ensuite une période d'observation de deux ans.

Au niveau national, après parution des premiers résultats en 2012, la fin de l'expérimentation est prévue en 2014. La généralisation de l'expérience étant une décision politique, l'avenir du programme est pour l'instant inconnu. (58)(59)(60)(61)(62)

## 5. Une initiative originale à Toulouse : la Maison Goudouli\*

Nous avons discuté plus haut de la difficulté pour les personnes les plus désocialisées de s'adapter aux structures d'accueil classiques, comme les foyers d'hébergement d'urgence ou les différents dispositifs médico-sociaux. Ici et là à Toulouse se sont créées des initiatives originales, très souvent avec la collaboration des principaux intéressés, proposant des modes de fonctionnements variés et se voulant plus proche des besoins des personnes en grande précarité.

L'association de la Maison Goudouli est née en 2011 grâce à l'engagement militant de travailleurs sociaux. Après la fermeture en 2010-2011 des lieux d'accueils dévolus aux grands précaires du centre-ville, et leur relocalisation en périphérie rendant l'accès particulièrement difficile, les professionnels du secteur observent une dramatique hausse du nombre de décès parmi les sans domicile. C'est dans ce contexte que Pierre Cabanes, infirmier des hôpitaux de Toulouse mis à la disposition des CCAS, et le GPS, Groupement pour la défense du travail social, organisent la réquisition d'un bâtiment désaffecté, les anciens locaux de l'AFPA (Association pour la formation professionnelle des adultes).

L'association Maison Goudouli a pour but d'accueillir, de loger et d'accompagner des personnes en danger à la rue, du fait de leur handicap physique, psychique ou de leur maladie.

L'initiative a été légalisée en janvier 2012, et est aujourd'hui soutenue par la Préfecture et les autorités sanitaires.

---

\* Paragraphe rédigé en partie à partir d'entretiens avec M. Pierre CABANES, infirmier à l'EMS et à la Halte-Santé, à l'origine du projet de la Maison Goudouli. Entretiens réalisés en juin et juillet 2013

Elle a vocation à offrir un « chez soi » à des personnes particulièrement fragiles, dans un cadre de vie plus souple que dans les foyers classiques. Il s'agit d'un lieu d'hébergement à taille humaine, ouvert 24h/24 dans lequel les résidents se voient attribuer une chambre sans aucune limitation de durée. Ici, c'est la maison qui s'adapte aux gens de la rue, et non l'inverse. Les allers-retours avec la rue sont possibles, la consommation d'alcool et l'ébriété sont tolérées ainsi que la présence d'animaux de compagnie.

L'association bénéficie de l'implication active de travailleurs pairs. Elle offre un lieu de vie contenant, calme, rythmé par les activités de la vie quotidienne. Les repas, par exemple, sont élaborés collectivement, grâce à des donations des Restos du cœur, de la Banque Alimentaire et de la Mairie de Toulouse, mais aussi des contributions directes des résidents.

Pour recréer du lien, favoriser une vie collective, des activités sont aussi organisées : jeux, sorties, excursions...

P. Cabanes observe que la présence continue des bénéficiaires sur ce lieu permet d'organiser un suivi sanitaire, de mener les démarches d'ouverture de droits. Les résidents retrouvent le sommeil, l'appétit, un rythme de vie, et diminuent parfois leur consommation d'alcool.

La Maison Goudouli hébergeait en mars 2012 17 personnes, uniquement des hommes, âgés de 30 à 70 ans.

L'équipe se compose de la manière suivante :

- une assistante sociale de l'EMS détachée
- un éducateur spécialisé
- un infirmier à mi-temps
- 4 accueillants (emplois aidés)
- 2 veilleurs de nuit

L'ouverture du lieu de vie pendant la journée est un grand avantage par rapport aux foyers d'hébergement où les personnes sont obligées de passer la journée dehors.

Une partie des hommes hébergés à Goudouli présentent des troubles psychiatriques.

L'un d'eux est suivi régulièrement dans un CMP, un autre est suivi par le psychiatre de l'EMPP. Beaucoup reçoivent des traitements antidépresseurs. Deux personnes, bien que clairement psychotiques, n'ont actuellement aucun suivi. Elles ont des souvenirs douloureux d'hospitalisations en psychiatrie, notamment sous contrainte, et en gardent un vécu de persécution vis-à-vis de l'institution.

Un de ces deux hommes, très symptomatique, a nécessité plus d'adaptations que les autres :

D. est un homme d'une cinquantaine d'années, rencontré par des membres de l'EMS en maraude. Il s'agit d'un personnage assez fruste, difficile à approcher. Une épaisse chevelure ébouriffée, les doigts noircis par le tabac qu'il fume en très grande quantité. Il ne boit pas, parle très fort. Il dormait à l'époque sous un arbre à proximité d'une école. Il se montrait au début très fuyant, mais a accepté progressivement d'entrer en contact avec l'EMS.

L'histoire de D. a pu être reconstituée notamment grâce aux informations apportées par sa curatrice, lui-même ne se livrant que très peu. Souffrant de psychose déficitaire, il a été suivi une grande partie de sa vie à l'hôpital Marchant. Il a été placé en HO suite à un passage à l'acte sur ses parents, qu'il n'a jamais revus depuis. Ses parents sont toujours en vie. Il a aussi une sœur, infirmière dans une autre ville. Son frère s'est suicidé. S'il n'a plus de contact avec sa famille, celle-ci reçoit de ses nouvelles par l'intermédiaire de la curatrice.

D. présente un délire avec des thématiques plutôt morbides, évoquant des films d'horreur par exemple. Il se frappe lui-même assez souvent, prétendant être agressé par quelqu'un d'autre. Ces automutilations ont conduit à de multiples HDT, dont il garde de très mauvais souvenirs, qu'il verbalise bien : l'enfermement, les injections intramusculaires...

Au début du suivi, il refusait toutes les propositions d'aide. Il a fini par accepter l'hébergement, mais uniquement sur la Halte de Nuit, le lieu d'accueil à plus bas seuil de la ville. À l'ouverture de la Maison Goudouli, il s'est vu proposé une place. Une chambre individuelle étant indispensable pour lui (la Maison Goudouli propose des chambres à deux ou trois lits), une ancienne salle de cours a été aménagée spécialement pour lui offrir une chambre très spacieuse. Il dispose d'un bureau pour dessiner, ce qui est son activité de prédilection. Il achète lui-même son matériel de dessin et produit de nombreux tableaux en noir et blanc. Il avait la liberté d'entrer et sortir à sa guise. Au

début il ne venait que lorsqu'il pleuvait, puis petit à petit il s'est posé et il ne va plus à la rue depuis maintenant un an.

Malgré des habitudes curieuses, comme le fait de se nourrir presque exclusivement de viande crue et de sucreries, et ses conduites d'automutilation, qui surviennent notamment quand il n'a plus de tabac, il a pu s'adapter au lieu. Il se mêle difficilement aux autres, mais reconnaît bien l'équipe, et il a même pu être amené au théâtre. Une des difficultés a été pour lui de retrouver le rythme jour/nuit, il fut ainsi un des derniers à errer en pleine nuit à Goudouli.

Il continue par contre à refuser toute prise en charge médicale. En 2011, une HDT a dû être programmée à partir de Goudouli. Des membres de l'équipe sont venus le voir à l'AUP le lendemain de son admission, et non seulement il ne leur a fait aucun reproche, mais il les a remerciés d'être venus lui rendre visite. Il n'a d'ailleurs fait aucune allusion au fait qu'ils avaient eux-mêmes organisé cette hospitalisation. Il est revenu après un mois d'hospitalisation comme si de rien n'était, arrêtant très rapidement son traitement.

Une fois encore, nous voyons comment la structure d'accueil s'est adaptée au sujet et non l'inverse, ce qui a permis à celui-ci de se stabiliser et d'accepter de l'aide. L'équipe s'est montrée particulièrement tolérante vis-à-vis du comportement de D., de ses habitudes alimentaires notamment.

Aucun changement n'est exigé des personnes accueillies, ce qui n'empêche pas d'essayer de les resocialiser, grâce aux repas pris en commun, ou aux activités. Le principe de vie en collectivité est important pour ceux qui ont connu de graves carences relationnelles dans leur existence. Ils sont de nouveau appelés par leur prénom, « considérés comme les autres, regardés comme tout le monde ». C'est l'occasion de retrouver leur identité, ce qui nécessite parfois des recherches, de faire des démarches pour obtenir des droits (RSA, CMU...), mais aussi l'occasion pour certains de reprendre contact avec leurs familles. Ainsi deux hommes sont retournés auprès de leurs familles.

Des problèmes ont été rencontrés surtout avec les plus jeunes qui s'adaptent plus difficilement. Ceux qui ont été accueillis au début de l'expérience développaient des attitudes de domination vis-à-vis des autres résidents et posaient des problèmes de violence. Au final la Maison Goudouli a plutôt vocation à accueillir des personnes avec un

long passé de désocialisation, de vie à la rue. (63)(64)(65)

## 6. Perspectives : l'Hôpital de Santé Publique du CHU de Toulouse\*

Il y a quelques années a été prise la décision de créer un Hôpital de Santé Publique, qui serait installé dans les locaux du Centre de lutte contre le cancer Claudius Régaud après le déménagement de ce dernier. Si ce projet voyait le jour, la mission de cet Hôpital de Santé Publique (HSP) serait de proposer une offre de santé, de prévention et de recherche sur différentes thématiques, comme l'addictologie, la santé sexuelle, la nutrition ou encore, ce qui nous intéresse ici, la précarité.

Le sous-projet consacré à la précarité travaille sur le développement des trois axes suivants :

- création d'une offre de soins de premier recours en lien avec la médecine libérale et les institutions
- création d'une offre de prévention primaire et de dépistage
- création d'une offre de promotion de la santé

Il s'agit de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité, en s'appuyant sur les dispositifs existants, sur le maillage partenarial et sur des projets innovants, ainsi que de mettre en cohérence les différents dispositifs tout en renforçant ceux du CHU.

Le projet précarité doit être piloté par un comité pluridisciplinaire, sous tutelle médicale et administrative. Il vise à permettre un meilleur repérage des personnes en situation de précarité sur le CHU et par les partenaires extérieurs.

Il est question de créer un lieu d'accueil et d'évaluation commun, à la fois pour les patients et pour les professionnels, ainsi qu'une ligne téléphonique à disposition de tous les intervenants.

Ce lieu d'accueil servirait à effectuer des évaluations médico-psycho-sociales, avec prise

---

\* Paragraphe rédigé à partir d'un entretien avec le Dr Karine PARIENTE (praticien hospitalier du service de la PASS), responsable du sous-projet dédié à la précarité. Entretien réalisé en septembre 2013

en compte du soin, du social et de l'hébergement. Il offrirait, sur place, des consultations de médecine générale (en attendant que le patient ait un référent), mais aussi des consultations spécialisées, notamment pour les spécialités difficiles d'accès : ophtalmologie, psychiatrie, dentaire, des consultations de prévention générale et des soins infirmiers. Tout cela se ferait en appui sur les dispositifs existants, mais qui seraient à renforcer.

La création d'un « espace santé jeunes », pour les jeunes en situation de rupture est également envisagé.

Enfin, le projet implique la création d'un centre ressource pour les formations, la recherche, avec en particulier pour but d'homogénéiser les formations dispensées autour du thème de la précarité.

## 5. CONCLUSION

Les personnes en situation de grande précarité, pour des raisons qui, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, ne sont pas univoques, sont de manière générale plus fréquemment touchées par la maladie mentale : psychose chronique, dépression, abus de substances, troubles de personnalité... On observe les mêmes pathologies que dans la population générale, mais parfois avec des présentations différentes, et des évolutions moins favorables.

Souvent se surajoutent des symptômes de ce que l'on appelle la souffrance psychosociale, qui touche les malades comme ceux qui n'ont pas de pathologie psychiatrique avérée.

Mais la précarité est surtout à l'origine d'une plus grande difficulté d'accès et de maintien dans les soins. Il est relativement facile d'accéder à une hospitalisation, souvent même sans que le patient l'ait voulu : accès par les urgences, hospitalisations sous contrainte. Par contre, faire émerger une demande, accepter de l'aide, accéder à des soins ambulatoires auprès des dispositifs de droit commun, pouvoir intégrer un cadre de soins, adhérer à un projet, faire confiance à des soignants, avoir conscience de ses besoins, tout cela est bien moins simple. Et se maintenir dans le soin, même lorsque l'on

sort d'un séjour a priori stabilisé sur le plan clinique, n'est pas une évidence.

La plupart des gens peuvent s'adapter au système de soin, système qui dans notre pays est en théorie ouvert et accessible à tous. Malheureusement, certaines personnes, qui cumulent deux handicaps, la maladie mentale et la précarité sociale, échappent à ce système, ou l'utilisent de façon peu ou pas adaptée. Il s'agit d'une population qui demande des efforts tout particuliers, ainsi qu'une remise en question de la façon d'appréhender les soins.

Il s'agit de savoir prendre son temps, savoir quand intervenir et quand rester dans une position de veille, mais aussi favoriser l'émergence d'une demande, accepter parfois d'être dans une démarche palliative, et de manière générale respecter l'autonomie du patient et renoncer à le faire entrer dans la norme.

Il est nécessaire ici de s'adapter à chaque patient, tout en délimitant un cadre indispensable pour le soin. Les notions d'accompagnement et de prendre soin sont fondamentales. Ce n'est pas que ces patients ont besoin de soins différents, mais c'est dans la manière de leur apporter qu'il faut savoir inventer, sortir des habitudes, « bricoler » avec les moyens existants pour aborder des situations hors normes.

Assurer la continuité des soins, c'est aussi conserver, après l'hospitalisation, une approche globale de la personne. L'hôpital n'est plus l'asile qui offre l'hébergement, les repas, l'hygiène, le cadre de vie, l'encadrement humain, la sécurité, sur le long terme, et pourtant ces éléments restent tout aussi indispensables, voire plus, que le traitement médical lui-même.

Les dispositifs spécialisés, dédiés à la prise en charge des personnes en situation de précarité, sont parfois les seuls à pouvoir approcher certains patients et à les faire entrer dans une démarche de soin, grâce à des fonctionnements plus souples et plus adaptés, et à des compétences particulières. Mais parce qu'il n'est pas question d'exclure ces malades en les cantonnant dans des filières à part, l'autre mission des dispositifs spécialisés est l'orientation et l'accompagnement vers le système de soin de droit commun.

Ils peuvent notamment lors d'une hospitalisation faire le lien avec le service pour les

aider à mieux préparer la transition vers la prise en charge ambulatoire, être présents aux différentes étapes du parcours du patient afin d'éviter les ruptures, et favoriser la coordination entre les différents intervenants.

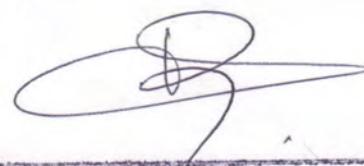
Nous avons donné des exemples de ces dispositifs ; il en existe bien d'autres. Lieux d'accueil, d'hébergement, d'orientation, structures médico-sociales, associatives, initiatives locales... L'existence d'une offre aussi diversifiée est une très bonne chose, il paraît en effet impossible d'avoir un système qui convienne à toutes les situations. Mais ces dispositifs ont besoin d'être mieux identifiés, et il ne suffit pas que leur existence soit connue, il faut encore que les personnes concernées, professionnels ou patients, sachent les utiliser.

Ceci est un point auquel un projet comme celui de l'Hôpital de Santé Publique pourrait certainement répondre, en améliorant la visibilité du réseau dédié à la précarité et à la santé et en constituant une source d'information pour tous.

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Banguel

D. ROUGE

Vu le président du jury  
le 21/03/2014.



Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

# Bibliographie

[1] RICHER S., MERYGLOD N.

Données épidémiologiques psychiatriques concernant les sans domicile

In : Les Cliniques de la Précarité / ed. par Jean FURTOS

Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2008, pp 260-277.

[2] KOVESS-MASFETY V.

Précarité et Santé Mentale

Rueil-Malmaison : Doin, 2001. 103p. (Références en psychiatrie)

[3] GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P.

La santé des personnes sans chez soi. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports.

Novembre 2009. Disponible sur :

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sante\\_des\\_personnes\\_sans\\_chez\\_soi.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf)

[4] FURTOS J.

L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité : la précarité de la confiance

In : Les Cliniques de la Précarité / ed. par Jean FURTOS

Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2008, pp 11-22.

[5] Institut National de la Statistique et des Études Économiques

Définitions et méthodes. Pauvreté monétaire. Disponible sur :

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/pauvrete-monetaire.htm>

[6] WRESINSKI J., cité par KOVESS-MASFETY V.

Précarité et Santé Mentale

Rueil-Malmaison : Doin, 2001. 103p. (Références en psychiatrie)

[7] FOLSOM D., JESTE D.V.

Schizophrenia in homeless persons : a systematic review of the literature

Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002, vol 105 n°6, pp 404-413.

[8] FOLSOM DP, HAWTHORNE W, LINDAMER L et al.

Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system  
American Journal of Psychiatry, 2005, vol 162 n°2, pp 370-376.

[9] DUBREUCQ J.L.

Santé mentale des sans-abri : faut-il intervenir davantage ?

Psychiatrie et violence. 2008, vol 8, n°1. Disponible sur :

<http://www.erudit.org/revue/pv/2008/v8/n1/018663ar.html?vue=integral>

[10] JAN O.

Psychotiques à la rue

VST – Vie sociale et traitements, 2004, n°83, pp 55-63.

[11] QUESEMAND-ZUCCA S.

Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation. 4e ed.  
Paris : Stock, 2009, 186p. (Un ordre d'idées)

[12] Journée organisée par les DRASS Provence Alpes Côte d'Azur, Languedoc Roussillon et Corse, en collaboration avec la FNARS PACA Corse DOM et le concours de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité ONSMP-ORSPERE (2009, Marseille)

Changer de regards pour changer les pratiques. Disponible sur :

[http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Microsoft\\_Word\\_Journee\\_interregionale\\_PACA\\_Document\\_final.pdf](http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Microsoft_Word_Journee_interregionale_PACA_Document_final.pdf)

[13] LAMB R., BACHRACH L.

Some perspective on deinstitutionalization  
Psychiatric Services, 2001, vol 52 n°8, pp 1039-1045.

[14] FURTOS J.

Épistémologie de la clinique psycho-sociale (La scène sociale et la place des psy)  
Pratiques en santé mentale, 2000, n°1.

[15] La lettre d'informations de Médecins du Monde. SDF – Victimes de la rue, mars 2009. Disponible sur :

[http://www.medecinsdumonde.org/rep\\_newsletter/lettre\\_mars09/lettre\\_mars09.htm#](http://www.medecinsdumonde.org/rep_newsletter/lettre_mars09/lettre_mars09.htm#)

[16] FURTOS J.

Introduction à la dialectique des notions de soigner et de prendre soin.  
Actes de la journée interrégionale Bretagne et Pays de Loire (DRASS, ONSMP, ORSPERE).  
Rennes, le 29/11/07. Disponible sur :  
[http://www.orspere.fr/IMG/pdf/ACTES\\_RENNES\\_29/11/07.pdf](http://www.orspere.fr/IMG/pdf/ACTES_RENNES_29/11/07.pdf)

[17] FOUCHARD J.L.

Le soin entre acte et parole.  
Les Cahiers de l'actif, 2002, n°310/311, pp 193-200.

[18] VELUT N.

Sommes-nous toujours des médecins?  
Rhizome, 2008, n°30, pp 2 et 4.

[19] BROUSSE C., DE LA ROCHERE B., MASSE E.

Les sans domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds.

In : Collectif. Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002.

Paris : La Documentation française, 2002, pp 395-431.

[20] FOURNIER L., MERCIER C.

Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype.  
Montréal : Les Éditions du Méridien, 1996, 341 p.

- [21] DEGHAN, 1995, cité par KOVESS-MASFETY V.  
Précarité et Santé Mentale  
Rueil-Malmaison : Doin, 2001. 103p. (Références en psychiatrie)
- [22] APPLEBY L., DESAI P.N.  
Documenting the relationship between homelessness and psychiatric hospitalization  
Hospital and community Psychiatry, 1985, vol 36 n°7, pp 732-745.
- [23] FOURNIER L., citée par KOVESS-MASFETY V.  
Précarité et Santé Mentale  
Rueil-Malmaison : Doin, 2001. 103p. (Références en psychiatrie)
- [24] LAPORTE A., CHAUVIN P.  
SAMENTA, Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans  
logement personnel d'Île-de-France  
Observatoire du Samu social (Ed.) (2004) 227 – Inserm collaborations. Disponible sur :  
<http://www.hal.inserm.fr/docs/00/47/19/25/PDF/Samenta.pdf>
- [25] PAYAN N.  
Partenariats pour la rue « du faire ensemble au vivre ensemble en santé mentale »  
Mémoire de Master ingénierie des systèmes de santé, prévention et éducation à la santé.  
Marseille, Faculté de Médecine, 2008.
- [26] KELLINGHAUS C., LOWENS S., EIKELMANN B., REKER T.  
Homeless men in inpatient psychiatric treatment – a controlled study. 1 : health status  
and self assessment at intake  
Psychiatrische Praxis, 2000, vol 27 n°1, pp 19-23.
- [27] GOUDET B.  
Étude RIVAGES : Prise en charge en médecine de ville des personnes en situation de  
précarité. Étude de faisabilité.  
Toulouse, juillet 2005.
- [28] HENRY J.M.  
Présentation de l'activité des urgences psychiatriques de l'Hôpital de la Conception  
1998-2006.  
Marseille, APHM, 2006.
- [29] POSTEL J., QUETEL C.  
Nouvelle histoire de la psychiatrie  
Paris : Dunod, 2004. 654p. (Psycho Sup)
- [30] TOSQUELLAS J.  
Courriers Tosquelles-Balvet  
Sud/Nord, 2004, n°19, pp 171-184.
- [31] OURY J.  
Site officiel de la Clinique de la Borde  
[www.cliniquedelaborde.com](http://www.cliniquedelaborde.com)

- [32] PASCAL J.C., SIMONNOT A.L., FAUCHER L., GARRET-GLOANEC N.  
Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de l'adulte  
Encycl Med Chir (Psychiatrie), 2003, MC 37-930-N-10.
- [33] LABREURE D.  
Michel Foucault, psychiatrie et médecine  
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Mémoire de Maîtrise, 2004.
- [34] BARBIER D.  
Le secteur de psychiatrie générale et son avenir  
Encycl Med Chir (Psychiatrie), 2006, 37-908-A-10.
- [35] Actes de la journée interrégionale Bretagne et Pays de la Loire (DRASS, ONSMP, ORSPERE). Rennes, le 29/11/07.  
Santé mentale et précarité. Soigner et prendre soin en contexte de précarité : une préoccupation de la santé mentale et du travail social à l'échelle des territoires.  
Disponible sur :  
[http://www.orspere.fr/IMG/pdf/ACTES\\_RENNES\\_29/11/07.pdf](http://www.orspere.fr/IMG/pdf/ACTES_RENNES_29/11/07.pdf)
- [36] CLEMENT J.  
La prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité.  
Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2003. Disponible sur :  
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2003/iass/clement.pdf>
- [37] BOUSMAH N.  
Un intersecteur précarité  
V.S.T. - Vie sociale et traitements, 2004, n°83, pp 66-69.
- [38] ARCELLA-GIRAUX P.  
Rencontres « Études et recherches » de la MIPES (Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Île-de-France), Paris le 07/11/2003.  
Ateliers Santé-ville à Aubervilliers. Disponible sur :  
[http://www.mipes.org/IMG/pdf/CR\\_Sante\\_mentale\\_et\\_prekarisation\\_Nov\\_2003.pdf](http://www.mipes.org/IMG/pdf/CR_Sante_mentale_et_prekarisation_Nov_2003.pdf)
- [39] FURTOS J., propos recueillis par K Rouff.  
Le CMP, dispositif central de la psychiatrie de secteur  
Le lien social, 2006, n°820. Disponible sur :  
<http://www.lien-social.com/spip.php?article1542>
- [40] BRUN N.  
Participation de la psychiatrie de secteur à la prise en charge de la souffrance psychosociale chez les populations adultes en situation de précarité. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique.  
Rennes, 2001. Disponible sur :  
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2001/misp/brun.pdf>
- [41] AÏT-HAMMADE A.  
Psychiatrie et contrainte sociale.  
V.S.T. - Vie sociale et traitements, 2004, n°83, pp 39-40.

- [42] BON M.  
Sans toits ni lois  
In : Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychiques ?/ed. par M. SASSOLAS  
Toulouse : Erès, 2012, pp. 97-114.
- [43] FURTOS J.  
Connaître l'impossibilité de la demande  
Rhizome, 2000, n°2, p.9.
- [44] LAZARUS A.  
Généalogie de l'envie d'intervenir  
Rhizome, 2004, n°17, pp 2-3.
- [45] Sortir de la rue  
Conférence de consensus, Paris, 29 et 30 novembre 2007.  
Citée dans : Journal des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, 2007, n°1, p 1.
- [46] VELUT N.  
Description du dispositif hospitalier de soins psychiatriques destiné aux personnes précarisées dans l'agglomération toulousaine  
In : Les Cliniques de la Précarité / ed. par Jean FURTOS  
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2008. pp 230-233.
- [47] MARTIN J.P.  
Pratiques psychiatriques et précarités : quels dispositifs ?  
In : Les Cliniques de la Précarité / ed. par Jean FURTOS  
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2008. pp 223-229.
- [48] BON M.  
Le psychiatre errant, les errances de la psychiatrie  
In : Les Cliniques de la Précarité / ed. par Jean FURTOS  
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2008, pp 243-247.
- [49] LASNE N.  
Le contretemps  
Rhizome, 2004, n°17, pp 7-8.
- [50] Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.  
Disponible sur :  
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>
- [51] MERCUEL A.  
Les Équipes Mobiles Psychiatrie, Précarité (EMPP) en France  
In : Les Cliniques de la Précarité / ed. par Jean FURTOS  
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2008, pp 218-222.

- [52] ORGEAS A.  
De la naissance à la reconnaissance : témoignage sur la création d'une Équipe mobile  
In : Les Cliniques de la Précarité / ed. par Jean FURTOS  
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS, 2008, pp 234-242.
- [53] MERCUEL A.  
Procédure d'intervention entre le SMES et les services de psychiatrie du CHSA  
In : Santé Mentale et Précarité, Aller vers et rétablir, coordonné par JP Arveiller et A  
Mercuel  
Paris : Lavoisier, 2012. pp 95-98. (Cahiers de Sainte-Anne)
- [54] INSEE, Une approche de la précarité en Midi-Pyrénées  
Tableaux de bord de la précarité/Éditions 2012 (Données 2010). Disponible sur :  
[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/midi-pyrenees/themes/dossiers\\_etudes/tableaux\\_de\\_bord/precarite\\_2012/precarite2012.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/midi-pyrenees/themes/dossiers_etudes/tableaux_de_bord/precarite_2012/precarite2012.pdf)
- [55] DELARUE M., CAYLA F.  
Santé-précarité, indicateurs et données épidémiologiques 2005. Rapport de  
l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées.  
Toulouse, 2005.
- [56] MARIE P.  
Projet de Création d'une équipe mobile spécialisée en Psychiatrie – Souffrance Psychique  
des personnes en situation de précarité. Centre Hospitalier Gérard Marchant.  
Toulouse, 2006.
- [57] Site internet de l'Association Aurore  
<http://aurore.asso.fr/housing-first-un-chez-soi-dabord>
- [58] Présentation du Programme « Un Chez Soi d'Abord »  
Chantier national prioritaire pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes  
sans abri ou mal logées.  
Cellule de communication. Juin 2010. Disponible sur :  
<http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/presentationduprogramme-un-chez-soi-dabord.pdf>
- [59] Un Chez Soi d'Abord, vers un rétablissement social et citoyen des personnes en  
grande précarité. 21 décembre 2011. Site internet du Centre Hospitalier G. Marchant.  
Disponible sur :  
<http://www.ch-marchant.fr/actualites/?id=32236>
- [60] Arrêté du 11 avril 2011 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-  
sociales « Un chez soi d'abord » en faveur de personnes en situation de précarité.  
Disponible sur :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023897325>
- [61] Un chez soi d'abord. Site internet du PACT 31. Disponible sur :  
[http://pact31.pierquet-jones.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=65:un-chez-soi-](http://pact31.pierquet-jones.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=65:un-chez-soi-)

[dabord&catid=8:locale&Itemid=125](#)

[62] Un chez soi d'abord : l'insertion sociale et citoyenne  
Association Clémence Isaure. Disponible sur :  
<http://www.clemence-isaure.org/la-reinsertion/un-chez-soi-dabord-linsertion-sociale-et-citoyenne.html>

[63] Blog du G.P.S. (Groupement pour la défense du travail social). Disponible sur :  
[www.gps.midipy.over-blog.com](http://www.gps.midipy.over-blog.com)

[64] CABANES P., interviewé le 18/01/13 par P. Bertrand dans l'émission Carnet de  
Campagne sur France Inter, disponible à l'écoute sur [www.franceinter.fr](http://www.franceinter.fr)

[65] La Maison Goudouli, un toit pour les grands précaires.  
à Toulouse, magazine d'information de la ville de Toulouse, 2013, n°27, pp 36-37.

# Annexe 1

## Questionnaire dossier patient

### 1. Informations patient

- année de naissance : .....
- sexe : ...
- référents figurant dans le dossier :
  - médecin généraliste psychiatre

### 2. Antécédents de soins psychiatriques

- diagnostics antérieurs (préciser âge de début des troubles si connu)
  
- suivis antérieurs :
  
- hospitalisations antérieures
  - > dans le secteur :
  
  - > hors secteur :

### 3. Admission

- mode d'admission au CHGM (*ne pas renseigner si entrée directe dans l'unité*) :
  - urgences médecine générale CMP psychiatre libéral
  - entrée directe police/gendarmerie autre CH
- mode d'admission dans l'unité :
  - Médecine générale CMP psychiatre libéral UHCD transfert autre secteur
  - transfert autre CH
- modalité d'hospitalisation :
  - HL HDT HO
- 1e hospitalisation dans le secteur : oui non
- motif d'entrée : .....

### 4. Séjour

- diagnostics de l'hospitalisation
  - > diagnostic principal :
  - > diagnostics associés :
- contact avec intervenant(s) extérieur(s) habituel(s) :
  - oui non
  - si oui, lesquels (pour chaque intervenant, préciser la fonction de la personne ayant pris le contact) :
  - Réalisation d'une synthèse pendant l'hospitalisation :
    - oui non
  - Après l'hospitalisation :
    - oui non
- prise en charge par l'assistante sociale : oui non
  - si oui, préciser la nature des démarches : logement ressources
  - emploi mesures de protection projet d'accompagnement
  - autres
- durée du séjour : .....

## 5. Sortie

- modalité de sortie :
  - sortie programmée     sortie contre avis médical     fugue
  - exclusion     transfert vers un autre secteur     transfert vers un autre CH     transfert vers un post-cure
  
- situation sociale au moment de la sortie :
  - SDF     hébergement précaire (foyer d'urgence, tiers,...)
  - hébergement durable     logement autonome     inconnue
  
- projet thérapeutique :
  - traitement médicamenteux :     oui     non
  
  - si oui :
    - nombre de spécialités :
    - NAP :     oui     non
    - aide à la prise du traitement :
      - aucune     délivrance en CMP     délivrance à domicile
  
  - suivi médical ambulatoire :  oui     non
  
  - si oui :  CMP du même secteur     CMP autre secteur     autre
    - suivi infirmier :     oui     non
    - autre (CATTP, HDJ, ...)

## 6. Devenir

- Le patient s'est-il présenté aux rendez-vous proposés?
  - oui     non
  - si oui, combien de temps? .....
  
- A-t-on reçu des nouvelles du patient?
  - oui     non
  
- A-t-il été réhospitalisé dans l'année?
  - oui     non
  
  - si oui, était-ce dans le même secteur?     oui     non
  
- Observance médicamenteuse connue?     oui     non
  - si oui :     bonne observance     observance partielle
  - inobservance

## Annexe 2. Dispositifs destinés aux malades en situation de précarité sociale

### Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociales, installées dans les établissements hospitaliers et destinées à un public de personnes en situation de précarité. Leurs missions sont :

- de faciliter l'accès au système hospitalier
- de faciliter l'accès aux réseaux institutionnels de soins, d'accueil ou d'accompagnement social
- d'accompagner les personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale.

Il existe aussi (à Toulouse notamment) des PASS dites mobiles et des PASS « psy ».

### Les Lits halte soins santé (LHSS)

Ces structures médico-sociales accueillent des personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative, nécessitant un soin mais ne relevant pas ou plus de l'hospitalisation ou des soins de suite. Normalement destinées à prodiguer des soins courts, pour des pathologies aiguës. Elles permettent à des personnes sans domicile de « garder la chambre ». L'équipe du LHSS comprend au moins un médecin et un infirmier.

### Les Maisons-Relais

Il s'agit d'une offre alternative de logement pour des personnes fortement désocialisées, à faible niveau de ressources, qui ne relèvent pas d'un CHRS mais dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend extrêmement difficile, voire impossible l'accès à un logement autonome.

Elles visent à offrir « une réadaptation à la vie sociale dans un environnement chaleureux et convivial » et se présentent sous la forme d'un habitat durable (pas de limitation de durée), de type communautaire et de petite taille. Les Maisons-Relais sont ainsi constituées de logements privatifs et d'espaces collectifs, et sont animées et

organisées par un hôte ou un couple d'hôtes.

### Les Groupes d'Entraide Mutuelle

Les GEM se sont développés dans la lignée des groupes de patients qui existent depuis le début du XXe siècle. Leur existence a été formalisée dans la circulaire DGAS du 29/08/05, qui décrit « un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention contre l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité ». Ce sont des structures associatives, non médicalisées, qui se basent sur de l'auto-support. Il en existe plus de 300 en France (333 GEM « psy » en 2011). La place des professionnels y est limitée (gestion, régulation interne).

Elles offrent un cadre convivial, inséré dans la communauté, où des malades peuvent se retrouver, s'entraider et participer. Elles visent également à développer des partenariats avec la commune, le conseil général, des associations de patients ou de familles et les secteurs de soins psychiatriques.

*GIRARD V, ESTECAHANDY P, CHAUVIN P.*

*La santé des personnes sans chez soi. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports.*

*Novembre 2009.*

*Disponible sur :*

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sante\\_des\\_personnes\\_sans\\_chez\\_soi.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf)

*Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies*

*Circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé »*

*Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais*

*FINDELSTEIN C., CANNEVA J., VAN AMERONGEN P.*

*Associations d'usagers en santé mentale et en psychiatrie. Troubles psychotiques et troubles de la personnalité.*

*EMC Psychiatrie, 37-957-A-60, 2006*

*BONNET C., ARVEILLER J.P., LAUGIER F.*

*Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques.*

*Législations récentes.*

*EMC Psychiatrie, 37-295-E-10, 2010*

## ***Résumé en anglais***

*Social precariousness and mental illness phenomena increase mutually. Psychiatric diseases of the very precarious persons are not different, but they can evolve and look very different. Medical care of double weakened subjects represents a challenge, as shown by epidemiological studies. Multiple obstacles, due to the patient and his environment on one hand, and due to the institution on the other hand, jeopardize the continuity of care. Professionals working closely with very precarious patients in dedicated structures bring up the importance of the « care », flexibility, working to connect with all medical and social services to improve these persons' integration and keep them in the general care system.*

---

**LA CONTINUITÉ DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN SORTIE  
D'HOSPITALISATION POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE  
GRANDE PRÉCARITÉ. ÉTAT DES LIEUX DANS L'AGGLOMÉRATION  
TOULOUSAINE.**

---

**RESUME EN FRANÇAIS :**

Les phénomènes de précarité sociale et de maladie mentale s'aggravent réciproquement. Les pathologies psychiatriques chez les grands précaires ne sont pas différentes, mais leur évolution et leur présentation peuvent être fortement modifiées. La prise en charge médicale de sujets doublement fragilisés représente un défi, comme le montrent les études épidémiologiques. De multiples obstacles liés d'une part au patient et à son environnement, d'autre part à l'institution, compromettent la continuité des soins. Les professionnels intervenant au plus près des malades grands précaires au sein de dispositifs dédiés mettent en avant l'importance du « prendre soin », de la souplesse, du travail de lien avec l'ensemble des services médicaux et sociaux pour favoriser l'intégration et le maintien de ces personnes dans le système de soin de droit commun.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Continuity of psychiatric care after hospitalization discharge for homeless or precarious persons. situation in toulouse and its suburbs.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique

---

**MOTS-CLES :** continuité des soins, désinstitutionnalisation, exclusion sociale, pauvreté, psychose, sans-abri

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073  
Toulouse Cedex 7

---

Directeur de thèse : Dr Nicolas VELUT