



HAL
open science

L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité

Ana Marques, Livia Velpry

► **To cite this version:**

Ana Marques, Livia Velpry. L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité. *L'Information Psychiatrique*, 2013, 89 (6), pp.465-472. 10.3917/inpsy.8906.0465 . halshs-00916470

HAL Id: halshs-00916470

<https://shs.hal.science/halshs-00916470>

Submitted on 15 Mar 2016

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

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

L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité

Ana MARQUES¹ et Livia VELPRY²

**PRE-PRINT AVANT EPREUVES DE L'ARTICLE PARU DANS
L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2013, 89(6)**

Résumé

Les dispositifs en direction des personnes en situation de grande précarité ciblent l'accès aux soins. Mais qu'en est-il ensuite ? Spécifiquement, comment se déroule l'hospitalisation psychiatrique de cette population ? Une étude de sociologie qualitative au Centre Hospitalier Montperrin met en évidence le fait que le déroulement de l'hospitalisation de chaque patient est fortement lié au sens que les professionnels attribuent à sa prise en charge. Pour comprendre comment se constitue ce qui fait sens dans l'hospitalisation, il importe d'étudier l'interaction entre deux éléments fondamentaux : les perceptions des situations de précarité et les problèmes rencontrés par les professionnels au cours du séjour.

Mots clé : précarité, hospitalisation, sociologie, pratiques professionnelles.

¹ Ana MARQUES est sociologue, chercheuse associée au GSMP et chargée d'études à l'EPS de Ville Evrard. (interlocuteur principal)
8 Impasse Watteau – 93360 Neuilly Plaisance - Tél : 06.89.77.98.12 - Email : marquesana93@yahoo.fr

² Livia Velpry est maîtresse de conférences en sociologie, Université de Paris 8-Saint Denis et CERMES 3.

Introduction

En matière sanitaire, les différents dispositifs en direction des personnes en situation de grande précarité mis en place ces dernières années ciblent tous l'accès aux soins³. C'est notamment le cas des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP), initiées à la fin des années 1990 et officialisées en 2005⁴ ou des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)⁵. La mise en place de ces dispositifs a fait apparaître un aspect négligé par les politiques publiques. Plusieurs EMPP partagent ainsi le constat qu'au-delà de l'accès au soin des personnes en situation de précarité, leur maintien dans les soins est également souvent problématique (Marques, 2010).

L'accueil des personnes en situation de grande précarité poserait un certain nombre de problèmes récurrents aux équipes des unités d'hospitalisation. Dans un témoignage déjà ancien, les professionnels citent des exemples de non-respect du cadre de l'hospitalisation, tels que les fugues fréquentes ou des passages à l'acte hétéro-agressifs (Kerneis H., Danquigny C. et Dignonnet M. E., 1998). Ils soulignent également la difficulté de poursuivre la prise en charge après l'hospitalisation, les patients ne se présentant pas, ou en dehors des rendez-vous, au CMP. L'anticipation de cette difficulté interfère considérablement, selon eux, sur le déroulement de l'hospitalisation.

Pour qui connaît l'univers de l'hôpital psychiatrique, cependant, un tel témoignage suscite inévitablement des interrogations sur la spécificité des problèmes rencontrés avec les personnes en situation de précarité. L'incurie, les troubles du comportement, les ruptures dans le suivi psychiatrique constituent en effet autant de traits caractéristiques d'un grand nombre de personnes hospitalisées ou prises en charge en psychiatrie au long cours (Marques, 2010, Velpry, 2008). La situation sociale des personnes hospitalisées en psychiatrie est également souvent précaire. Si ces caractéristiques constituent des difficultés dans la prise en charge des patients, elles ne sont pas pour autant considérées par les équipes comme sortant de l'ordinaire ou posant un problème particulier. Dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique, quels sont les processus qui amènent les soignants à considérer certains patients comme appartenant à une catégorie particulière, celle des personnes en grande précarité ? Comment les équipes sont-elles amenées à percevoir les problèmes de ces patients comme spécifiques ?

³ Ce constat pourrait être étendu au-delà du sanitaire. Les dispositifs sociaux ciblent également très souvent cet aspect, que ce soit les équipes mobiles sociales, les centres d'hébergement, ou les programmes de réinsertion (RMI/RSA, mission locale...).

⁴ 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. (n° DHOS/02/DGS/DGAS/1A/1B/521 - NOR : SANH0530523C)

⁵ Les PASS ont été mis en place suite à la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Cette loi précise que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé » (art.67). La mise en place des PRAPS (Programmes Régionaux Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en situation de précarité) permet le financement de plusieurs actions pour « lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels » (art.71).

Nous proposons dans cet article d'apporter des éléments de réponse à ces questions en nous appuyant sur les résultats d'une étude sociologique⁶ conduite à l'hôpital psychiatrique de Montperrin, à Aix-en-Provence et initiée par l'Equipe Mobile Santé Mentale Précarité de l'hôpital⁷. A partir du discours des professionnels recueilli lors de cette étude (voir encadré méthodologique), qui révèle des préoccupations très proches du témoignage évoqué plus haut, nous examinons d'abord la façon dont la notion de patient en situation de grande précarité se définit dans le contexte de l'hospitalisation. Nous discutons ensuite les processus de qualification des problèmes par les équipes hospitalières au cours du séjour, qui tiennent à la gestion du quotidien de l'unité comme à la conception du soin. Cela nous amène à souligner le rôle central de la construction du sens de l'hospitalisation dans la prise en charge des personnes en grande précarité. En ce sens, la question de la précarité fonctionne bien comme un révélateur des évolutions récentes du dispositif de soins psychiatrique dans son ensemble.

Encadré méthodologique

Afin de saisir les différents points de vue en présence et d'avoir accès aux logiques d'action des professionnels, la méthodologie de l'étude reposait sur trois choix. D'abord, une approche qualitative, avec la conduite de discussions collectives (8) et d'entretiens individuels (31), à partir d'un ensemble stable de questions ouvertes. Ensuite, la décision de rencontrer tous les six secteurs de l'établissement ainsi que des services transversaux comme le pôle accueil et urgence et le service de psychothérapie. En revanche, dans certains cas, seul le chef de service a pu être rencontré, tandis que dans d'autres nous avons rencontré les différents professionnels des équipes (chef de service, ph, AS, infirmiers). Enfin, la création d'une dynamique d'échange avec les acteurs de l'hôpital, sous la forme notamment d'une restitution intermédiaire des premières analyses, pour ouvrir la discussion et nourrir le rendu final de ces échanges. Le choix méthodologique de ne rencontrer que des professionnels et pas d'usagers se justifiait par l'objet de l'étude – ici, un problème identifié et rencontré par les professionnels – ainsi que par les contraintes de temps. Réaliser une étude auprès des usagers constitue une perspective très intéressante au terme de ce travail.

⁶ Réalisée en 2010 et financée par le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), l'étude portait sur le déroulement de l'hospitalisation psychiatrique des personnes en situations de grande précarité. Le rapport issu de l'étude (Velpry et Marques, 2011) est disponible sur simple demande à l'auteure principale.

⁷ Mise en place en 2005 à l'hôpital Montperrin, cette équipe est composée d'une psychiatre coordinatrice (Dr F.Pesce), de deux infirmiers (V.Chretien et C.Espi), d'une assistante sociale (M.Atger) et d'une psychologue (F.Bousquet). L'équipe a une activité intersectorielle (UF Précarité du pôle20 – responsable Dr M.D'Amore) et réalise ses missions d'accès au soin auprès des personnes en situation de grande précarité par un travail de rue et de partenariat avec diverses structures d'accueil et d'hébergement. Elle a souhaité mieux appréhender les particularités de l'hospitalisation psychiatrique de ce public.

1. De qui parle-t-on ? Une perception tridimensionnelle.

L'usage polysémique du terme de précarité⁸ incite à identifier les définitions en cours dans le contexte étudié plutôt qu'à s'appuyer sur une définition *a priori* de la précarité. Une telle démarche requiert d'appréhender les différentes façons dont les professionnels utilisent ce terme, les patients qu'ils considèrent relever de cette catégorie, ainsi que les éléments mis en avant pour justifier de les catégoriser de la sorte⁹. Au cours des entretiens avec les professionnels, trois dimensions caractérisent les situations de précarité telles qu'elles sont perçues depuis le poste d'observation particulier qu'est l'hospitalisation en psychiatrie.

La première dimension, que nous désignons comme *difficultés sociales*¹⁰, correspond au fait de disposer de peu ou pas de ressources, à la fois sur le plan matériel (logement et revenu) et sur le plan des soutiens familiaux et sociaux. La palette des situations qualifiées de difficultés sociales est large : il peut s'agir d'une personne ayant des troubles psychotiques, recevant l'allocation adulte handicapé et vivant isolée dans son logement comme d'une personne ayant des troubles dépressifs, hébergée depuis plusieurs mois par divers membres de sa famille et n'ayant pas d'emploi ni de ressources.

Le fait d'être « à la rue », c'est-à-dire d'avoir un *mode de vie marginal* relativement installé, reposant sur les circuits de la rue, est une seconde dimension pouvant caractériser les situations de précarité. Là encore, les situations identifiées par les professionnels sont très variées, entre « le clochard » et la personne ayant « glissé dans la grande précarité ». Le point commun de ces situations est le fait que les personnes sont perçues comme ayant un mode de vie spécifique¹¹, plus ou moins revendiqué¹², qui induit des traits de comportements particuliers et souvent mal adaptés aux contraintes de l'hospitalisation (agressivité, deal et débrouille, « manipulation »...).

Enfin la troisième dimension est constituée par les situations dites *d'urgence sociale*, c'est-à-dire avec une nécessité immédiate d'agir, pour obtenir des papiers administratifs ou pour trouver un logement par exemple. Dans chaque cas particulier, les soignants perçoivent différemment cette urgence en fonction de la position de la personne vis-à-vis des ressources existantes (1ère dimension) et du mode de vie perçu ou revendiqué

⁸ A propos des discussions autour des usages divers et imprécis des termes et catégories tels que précarité/précaire, exclusion/exclu, clochard, SDF, se référer notamment à S. Paugam (1996), R. Castel (1991), P. Declerc (2001), J. Damon (2003).

⁹ Voir A. Ogien (1989) à propos des patients qualifiés comme des « habitués » dans des services hospitaliers, y compris de psychiatrie.

¹⁰ Dans l'ensemble du texte, les termes en italiques proviennent des auteurs. Les termes placés entre guillemets sont extraits d'entretiens avec les professionnels.

¹¹ Cette perception d'un mode de vie spécifique rejoint un débat des travaux de sociologie sur la précarité. S. Rullac (2006) discute par exemple la question de savoir si les personnes dites sans domicile fixe ont ou pas un mode de vie particulier, s'ils ont une culture propre qui les distinguerait en tant que groupe social si différent du reste de la société qu'ils pourraient être considérés des exclus sociaux.

¹² On retrouve cette notion de revendication dans certaines formalisations des parcours de personnes vivant à la rue. C'est le cas par exemple d'A. Vexliard qui distinguait, en 1957, quatre phases de la carrière d'un clochard. La troisième phase, de « fixation », correspond à une période de revendication de son état et de refus de toute proposition de changement.

(2ème dimension). Cette troisième dimension est distinguée notamment en raison du travail spécifique qu'elle suppose pour les assistantes sociales.

Ces dimensions ne s'excluent bien évidemment pas. Une situation de précarité peut ainsi inclure à la fois une dimension de difficulté sociale et de mode de vie marginal. Cependant, elles ne sont pas toujours présentes conjointement : un patient peut être dans un mode de vie marginal qui n'est pas associé à la dimension de difficulté sociale, parce que le patient revendique ce mode de vie et que les professionnels considèrent, dans ce cas précis, cette revendication comme légitime. C'est ce qu'exprime une infirmière :

« Je pense à un patient qui a fugué maintes et maintes fois pour retourner dans la rue, on nous a demandé d'aller le chercher en bas du Cours Mirabeau, il était par terre avec sa couverture et il disait : 'mais moi, je vous ai rien demandé, je suis bien là où je suis, c'est ma vie'. Et une fois ici, il ne pouvait plus boire, il ne pouvait plus... alors, oui, on lui apportait un lit, le couvert, à manger tous les jours, mais lui, ce n'est pas ce qu'il demandait. » (Justine, Infirmière)

Il faut également souligner que ces dimensions ne sont qu'en partie déterminées par la situation objective de la personne. Par exemple, la dimension d'urgence sociale peut être perçue très différemment selon les patients et le contexte. Si l'on considère deux patients hospitalisés et sans perspective de logement à la sortie, il se peut que l'on considère dans un cas qu'il faut lui trouver un logement immédiatement et qu'il s'agit d'un préalable à la sortie, alors que dans l'autre la sortie par l'hébergement d'urgence n'attirera l'attention des soignants que de façon marginale.

Ces deux remarques sur l'articulation entre ces trois dimensions et leur relativité amènent à préciser ce qui, dans le cadre de l'hospitalisation, caractérise les patients en situation de grande précarité. En effet, chacune de ces dimensions pourraient concerner, à un moment ou à un autre, la quasi-totalité des patients hospitalisés en psychiatrie. Un patient psychotique suivi depuis longtemps, ayant des ressources et un environnement social et familial stable, peut se trouver en situation « d'urgence sociale » s'il est hospitalisé après avoir été expulsé de son logement ou s'il perd ses papiers suite à un voyage pathologique. Pour autant, l'équipe ne considèrera pas qu'il s'agit d'un patient en grande précarité, dans la mesure où elle connaît ce contexte¹³. Dans notre étude, il apparaît que ce qui caractérise les patients en situation de grande précarité pour les professionnels, c'est qu'au-delà de la diversité des situations, elles impliquent toutes une imbrication souvent inextricable de ces trois dimensions.

¹³ Le fait que l'équipe dispose d'informations sur le patient joue donc un rôle essentiel dans l'inclusion dans la catégorie. Pour prendre un exemple extrême observé au cours d'une autre recherche, un fils d'ambassadeur en voyage pathologique a été considéré par un chef de service comme un « clodo » qu'il fallait faire sortir du service, mais quand on a appris qui était son père et qu'il allait être prochainement rapatrié par hélicoptère, sa prise en charge a complètement changé. Son comportement et ses troubles étaient les mêmes, mais ces informations ont changé la perception sur sa situation et le sens de la prise en charge.

2. Les problèmes au cours de l'hospitalisation

« Pour les infirmiers, le problème n'est pas dans le quotidien, c'est dans la difficulté à avoir un projet sur lequel travailler. Le manque de projet fait qu'on a l'impression de faire de l'hébergement. » (Justine, Infirmière)

Nous avons discuté la notion de précarité telle qu'elle se construit et intervient dans le déroulement des hospitalisations. Il importe maintenant d'analyser ce qui est susceptible de faire problème, lors du séjour des personnes ainsi identifiées. Ou plus exactement, comment l'hospitalisation de certains patients en vient à poser des problèmes qui sont associés par les professionnels à leur situation de grande précarité. Là encore, les éléments objectifs ne sont pas les seuls mobilisés. Les entretiens montrent en effet que dans des situations similaires, certains patients suscitent une grande tolérance de la part des équipes, tandis que d'autres provoquent leur agacement, voire du rejet. Comme le souligne la psychiatre à propos de l'hygiène dans l'extrait ci-dessous, le sens attribué à l'hospitalisation est un élément déterminant de l'attitude des équipes¹⁴.

« L'hygiène n'est pas un problème, on a l'habitude. Le problème de l'équipe est le problème d'impuissance dans ce type de prise en charge. Il faut beaucoup leur expliquer à l'équipe le pourquoi de l'hospi et l'intérêt de la prise en charge ». (Claire, Psychiatre)

Le travail de construction du sens de l'hospitalisation permet aux équipes de s'inscrire autrement dans la prise en charge, d'attribuer un sens non seulement aux comportements du patient, mais aussi aux actes qu'ils effectuent auprès de lui. Nous avons donc relevé les éléments qui participent à la construction du sens de l'hospitalisation et permettent ainsi aux équipes de s'engager plus ou moins dans les prises en charge. Pour les besoins de l'analyse, nous avons distingué deux types de paramètres : ceux qui sont liés à l'organisation des soins et ceux qui relèvent de la conception des soins dans l'équipe.

2.1. Gérer le quotidien de l'unité : « ceux qui vivent dans l'institution comme dehors, c'est très compliqué » (Romain, infirmier)

Trois aspects de la gestion au quotidien de l'hospitalisation ont des répercussions particulières dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. Or à chaque fois, ces répercussions et les difficultés évoquées par les professionnels soulèvent la question du sens qu'ils attribuent à l'hospitalisation du patient. Nous évoquerons brièvement deux de ces aspects, qui sont le respect des règles dans l'unité et la décision de sortie d'hospitalisation, avant de nous attarder un peu plus sur le

¹⁴ Les perceptions de la situation des patients varient aussi en fonction du type de professionnel (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale) et de leur position dans l'équipe. Cependant, les résultats de l'étude montrent que ces variations peuvent jouer dans des sens divers. Dans l'exemple ci-dessus, la psychiatre construit pour l'équipe le sens de l'hospitalisation. Dans un autre service, une assistante sociale explique qu'à l'inverse « les infirmiers se battent pour que le médecin arrête de foutre dehors les patients sans logement » (Maëlle, assistante sociale).

troisième, l'hospitalisation de patients en dehors de leur secteur d'origine (pratique dite d'hébergement).

Les entretiens avec les professionnels montrent que les règles et l'exigence autour de leur respect varient beaucoup d'un service à l'autre, d'un patient à l'autre et même au cours de la prise en charge d'un même patient. Le sens que l'on attribue à l'hospitalisation de chaque patient joue un rôle important dans ces variations. Lorsque les difficultés qui surviennent couramment au cours d'une prise en charge, telles que le refus de prendre son traitement ou l'absence de demande de soin, sont perçues comme des indices du détournement d'une ressource - « utiliser l'hôpital comme un hôtel - de la part de personnes en situation de grande précarité, elles sont ainsi nettement moins bien supportées que lorsqu'elles sont inscrites dans une logique clinique. Les demandes mal adressées¹⁵, les troubles du comportement et les problèmes d'hygiène suscitent le même type d'interprétations divergentes.

Ces variations suggèrent que la spécificité des difficultés posées par les personnes en situation de grande précarité réside moins dans la nature des comportements observés ou des écarts aux règles que dans le fait que les professionnels les attribuent plus au « mode de vie », voire à un « choix de vie » marginal, qu'aux effets de la pathologie."

Pour ce qui est de la fin de l'hospitalisation, les personnes en situations de grande précarité sont réputées rester trop longtemps, souvent en raison des difficultés à trouver une « solution de sortie » notamment d'hébergement, ou au contraire trop peu de temps, lorsqu'elles sortent contre avis médical ou qu'elles sont exclues. Dans un cas comme dans l'autre, cette temporalité heurte celle attendue et souhaitée par les équipes. Ainsi, il est moins évident de construire un sens à une hospitalisation dont on imagine qu'elle va finir de la sorte. Ceci n'est possible que si l'on considère ce processus de construction du sens de l'hospitalisation au cours d'une période plus longue, comprenant plusieurs séjours.

L'importance de la temporalité de la prise en charge explique les difficultés engendrées par la pratique locale de l'hébergement. Dans l'hôpital étudié, lorsqu'une personne doit être hospitalisée, elle se présente à l'accueil de l'établissement et, si l'hospitalisation est confirmée par le psychiatre de garde, elle est orientée dans le service dont elle relève en fonction des règles de sectorisation. S'il n'y a pas de place dans ce service, elle sera hospitalisée dans le service qui aura une place disponible, selon un tour. Du fait de ce mode de gestion des lits, une personne peut être hospitalisée plusieurs fois sans jamais se retrouver dans le même service. Or ces patients dits « hébergés » occupent une place à part dans le service pour les soignants :

¹⁵ Jean Furtos (2008) appelle « inversion sémiologique de la demande » un paradoxe qu'il a observé dans la demande des personnes en grande précarité : ils adressent leurs demandes sociales (à propos de logement, d'ouverture de droits...) aux professionnels de santé et leurs demandes de santé (explication sur leur pathologie ou leur traitement, demandes de soin) aux professionnels du social. De nombreux exemples de ce type ont été cités dans les entretiens.

« Ce n'est pas une hospitalisation comme toutes les autres. Les équipes ont l'impression qu'ils ne sont pas à nous. C'est plus difficile de les investir. Ils ne sont pas de notre secteur, ils n'ont pas de domicile. » (Paule, psychiatre)

Le fait que ces patients n'appartiennent pas au secteur, que leur parcours passé ne soit pas connu et que leurs éventuelles nouvelles hospitalisations se déroulent ailleurs, tous ces éléments accroissent la difficulté à établir de liens, pour les soignants comme pour les patients. La construction du sens de l'hospitalisation s'appuie aussi sur les relations établies au fil du temps et sur le partage des événements de la prise en charge.

Cette façon d'organiser les hospitalisations s'appuie sur une inflexion importante dans l'actualisation de la notion de continuité de soins, principe inscrit dans le Code de la Santé Publique mais également essentiel dans la définition du secteur psychiatrique. La continuité des soins, dans ce contexte, ne se réfère plus à l'histoire de la prise en charge, inscrite dans la durée et dans la relation d'un patient avec une équipe et qui se traduisait par la phrase « on se connaît ». La continuité de soins, dans le contexte étudié, se définit en opposition à la notion de rupture de soins : du moment que le patient est en contact avec un professionnel de la psychiatrie, la continuité des soins est considérée comme étant assurée et la phrase qui l'atteste est « je l'ai vu »¹⁶. Les implications d'une telle réduction concernent tous les patients, mais elles sont particulièrement sensibles pour ceux à qui manque un entourage qui les aiderait à rassembler ces fragments de prise en charge. Le sens de l'hospitalisation est moins aisé à construire et de ce fait, il est difficile aux équipes de s'impliquer dans ces prises en charge.

2.2. La conception des soins : « On est là pour ça » ou « ce n'est pas notre boulot »

Au-delà des problèmes liés à l'organisation du service, surviennent d'autres difficultés qui sont plus tributaires de la conception des soins qu'ont les équipes. Cette conception des soins repose notamment sur la façon dont les professionnels définissent le périmètre légitime de leurs interventions. Parce qu'elle soulève de façon particulièrement aiguë la question de la primauté des problèmes sociaux ou des problèmes psychiatriques, l'hospitalisation des personnes en situation de grande précarité agit comme un révélateur des frontières de ce périmètre. De façon imagée, les professionnels l'expriment souvent par des formules telles que « on est là pour ça » ou au contraire, « ce n'est pas notre boulot ». Les éléments liés à la situation de précarité font alors surgir des questions autour de l'existence d'une pathologie psychiatrique ainsi que de la nécessité d'une hospitalisation.

Pathologie psychiatrique ou souffrance liée à la situation sociale ?

Pour un des chefs de service rencontrés, c'est en distinguant, parmi les personnes précaires, celles qui ont une pathologie psychiatrique des autres, que l'on décide qui relève ou non d'une hospitalisation. Cependant, la question de l'existence d'une pathologie psychiatrique est jusqu'à un certain point une rhétorique, au sens où ce n'est

¹⁶ Cependant, les effets du passage d'une version à l'autre de la notion de continuité de soins peuvent être atténués par les efforts des professionnels, comme l'étude l'a montré.

pas le critère principal qui détermine l'admission en hospitalisation. L'enjeu de ces questions réside dans le fait que ces critères peuvent être mobilisés pour justifier ou non de la présence de tel ou tel patient à l'hôpital psychiatrique (Marques, 2010). Ainsi, dans une situation donnée, alors même que l'existence d'une pathologie est identifiée, les aspects sociaux seront mis en avant dans la perception du patient et de la justification de son hospitalisation, comme en témoigne cet infirmier :

« Il est arrivé parce qu'il s'est alcoolisé, il est passé par le CAP¹⁷, ils ont vu qu'il avait des troubles, tu le sens à 10mètres. Mais c'est la rue, c'est l'odeur de la rue. De suite les gens : 'ah !' » (Henri, Infirmier)

En effet, en dehors de l'identification d'une pathologie donnée, le périmètre légitime d'intervention de la psychiatrie s'est toujours défini aux limites de formes de difficultés ou de misère sociale, dans une mission d'accueil (Velpry, 2008). L'hospitalisation de personnes en situation de grande précarité se situe précisément sur ces frontières et oblige donc les professionnels à en repréciser les contours : « est-ce pour nous ? ». On le voit dans la citation ci-dessous :

« Quelqu'un qui boit et qui est complètement désinséré, est-ce que ce n'est pas de la psy ? Si ce n'est pas de la psy, qu'est-ce que c'est ? » (Nathalie, Assistante sociale)

Au cours de cet entretien, l'assistante sociale met en avant la consommation d'alcool et la situation sociale de désinsertion comme des motifs qui pourraient justifier d'une prise en charge psychiatrique, dans la mesure où, même si une pathologie psychiatrique n'a pas été clairement identifiée, ces caractéristiques seraient des signes d'un trouble ou d'une souffrance psychique associée.

Qui se doit-on d'accueillir à l'hôpital et pourquoi ?

Même quand la légitimité de la psychiatrie à intervenir n'est pas en cause, le mode d'intervention choisi, à savoir l'hospitalisation, peut l'être, sous la forme d'une question : « que peut-on pour la personne ? ».

Plusieurs équipes expriment le sentiment que le recours à la mission d'accueil et d'asile de l'hôpital psychiatrique connaît un renouveau ; elles font part de leur perception que l'on demande de plus en plus à l'hôpital d'accueillir des personnes dont la pathologie psychiatrique n'est pas clairement apparente et partagée. Ce constat semble quelque peu paradoxal dans le contexte actuel de réduction du nombre de lits et des durées de séjour, qui caractérisent l'évolution récente de l'hospitalisation psychiatrique en France, et qui ont nécessairement comme conséquence de restreindre les indications d'hospitalisation, même si c'est de façon partielle. Cette perception commune pourrait donc se comprendre moins comme l'effet d'un accroissement de ce type de situations, que du fait d'un renforcement de la pression, liée au fait que « les places sont plus

¹⁷ Le Centre d'Accueil Permanent (CAP 48) est une structure de prise en charge à temps complet d'une durée de 48h maximum.

chères ». De fait, les professionnels évoquent à la fois un accroissement de ce type de demande et la diminution de leur capacité à y répondre.

« Cette terre d'asile qui était l'hôpital psychiatrique, elle n'y est plus. Donc classiquement, au mois de novembre, quand il commence à faire froid, qu'il n'y a plus de place dans les centres d'hébergement et dans les foyers, les gens qui couchaient à la rue venaient coucher une nuit, deux nuits à Montperrin, ils ne peuvent plus entrer. Et tu t'en rends compte que dans une demande pseudo-sociale, parce qu'ils sont dans la rue, en fait les gens sont dans une situation catastrophique et i y a un boulot énorme à faire, du soutien psychologique, des démarches sociales... ça ne se fait plus, ça. Même nous, les soignants, les médecins, on est entré dans une logique économique, on coûte cher, il faut remplir les trous, on essaye de fournir les prestations, plus de choses, avec moins de moyens et ça ne passe pas. » (Henri, Infirmier)

L'attitude des équipes vis-à-vis de cette demande d'accueil varie. Certaines revendiquent cette mission tandis que d'autres estiment plutôt devoir s'en défendre pour privilégier la prise en charge « des pathologies psychiatriques » et de « nos patients ». Il est probable que chaque secteur soit, en pratique, plus ou moins tolérant, même s'il faut également tenir compte de facteurs tels que les caractéristiques de la population et du territoire desservis. Cependant, il est également apparent que tous les secteurs, ainsi que l'établissement dans son ensemble, jouent de fait, un rôle d'accueil à un degré ou à un autre. On touche en effet à une problématique constitutive de la psychiatrie. En ce sens, dans la pratique, il s'agit moins de savoir si l'hôpital a une fonction d'accueil que de déterminer dans quelles circonstances cette fonction devient trop prépondérante aux yeux des professionnels pour rester acceptable.

Savoir si « c'est pour nous » et si « l'on peut faire quelque chose », sont des questions récurrentes et particulièrement prégnantes concernant les personnes en situation de grande précarité. Cependant, lorsque les professionnels soulèvent ces questions, il s'agit moins d'y répondre que de s'inscrire dans une dynamique de construction du « sens » de l'hospitalisation.

Dans cette construction, on l'a vu, la possibilité de définir l'amont et l'aval de l'hospitalisation joue un rôle primordial. Par conséquent, l'absence de ressources familiales et sociales est particulièrement dommageable, dans la mesure où elle prive les soignants d'interlocuteurs pour comprendre ce qui a conduit à l'hospitalisation comme pour préparer la sortie. Les personnes en situation de grande précarité, qui manquent le plus souvent de ces ressources – et on a vu que c'est aussi ce qui accroît la perception par les équipes de leur situation de précarité –, sont particulièrement concernées. A l'inverse, les missions des EMPP les situent en position d'interlocuteurs potentiels. Pour terminer, nous proposons donc d'examiner le rôle que peuvent jouer les EMPP dans le processus de construction du sens par les équipes.

« L'effet EMPP » dans la construction du sens de l'hospitalisation

Nous présentons ici les éléments dont nous disposons sur la façon dont l'EMPP est perçue par les soignants au sein de l'hôpital, dans la perspective de montrer en quoi elle est mobilisée par rapport à la question du sens de l'hospitalisation. Au travers des rôles évoqués par les professionnels sur la place effective ou souhaitée occupée par l'EMPP, on peut voir se dessiner un rôle qui assure une continuité et aide à construire le sens de l'hospitalisation en l'inscrivant dans un avant et un après.

Avant l'hospitalisation, le travail effectué par l'EMPP fonctionne comme une préparation qui permet à l'hospitalisation de mieux se dérouler. Cela passe par des interventions variées : il peut s'agir d'identifier des interlocuteurs en dehors de l'hôpital, d'obtenir l'adhésion de la personne à la nécessité de soins, d'effectuer un lien avec l'équipe de l'hospitalisation pour expliquer le contexte. L'ensemble de ces aspects est bien développé dans la citation qui suit :

« Je pense que quand ça passe par l'équipe mobile ça se passe un petit peu mieux parce qu'il y a eu un travail en amont. Un travail d'approche... puis l'équipe mobile continue à venir voir la personne pendant l'hospitalisation. C'est pas du largage dans l'unité et basta. Il y a une continuité de visite et de communication avec l'équipe qui accueille et la personne elle-même. Et en amont, il y a eu tout un travail autour de la nécessité du soin. (...) Je pense que quand les gens sont accompagnés dans une unité, que l'infirmier de l'équipe mobile va donner quelques éléments de la biographie, vont faire un point de là où ils en sont, de pourquoi l'hospitalisation a été proposée, quel est le projet prévu derrière, bref il va y avoir un échange. Ce n'est pas la même chose que quand l'accueil vous appelle en disant « voilà, il y a monsieur machin qui vient d'être vu par le médecin de garde, il arrive ». Il arrive ! S'il arrivait de Saturne ça ferait le même effet, Paf ! » (Carole, Assistante sociale)

Le rôle de l'EMPP est souligné également vis-à-vis de la sortie d'hospitalisation, qui est un « problème » souvent évoqué par les équipes. Ainsi, cette assistante sociale situe l'apport de l'EMPP pour les équipes d'hospitalisation dans sa capacité à lutter contre le sentiment d'impuissance lié aux hospitalisations courtes et répétées.

« Et les personnes en grande précarité... c'est là où je trouve que l'équipe mobile fait un boulot d'enfer, parce que c'est usant de faire et de refaire, et de se retrouver systématiquement dans des fonctionnements de mise en échec. » (Laurence, Assistante sociale)

Avec ces différents rôles l'EMPP peut favoriser la construction du sens de l'hospitalisation et par là l'investissement des équipes dans la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. D'une part, en permettant que, lors de l'admission d'une personne, l'équipe d'hospitalisation ait une connaissance de son histoire et des interlocuteurs identifiés, l'inscription de cette hospitalisation particulière

dans une trajectoire de soin et de vie sera facilitée. D'autre part, la possibilité de continuer le suivi par l'EMPP, même si la personne retourne dans les circuits de rue après l'hospitalisation, permet aux équipes de considérer que « ce ne sera pas un patient perdu » et, partant, que le travail n'aura pas été effectué à perte.

Conclusion : la construction du sens de l'hospitalisation

« Tout le monde se le demande à un moment donné : pourquoi ils sont là » (Jules, Infirmier)

Pour comprendre la diversité dans les façons de prendre en charge dans les unités d'hospitalisation des personnes considérées comme vivant en situation de grande précarité, il est central de comprendre la construction du sens de l'hospitalisation par les différents professionnels et par les équipes d'une façon générale. C'est ce que montre à la fois l'analyse de la catégorisation des patients et celle de la qualification des problèmes qu'ils soulèvent. Le processus que nous mettons en évidence est circulaire. Le sens attribué à l'hospitalisation exerce une influence sur des facteurs liés à ce qui se produit pendant l'hospitalisation. Il s'agit notamment, comme nous l'avons développé dans cet article, du respect du cadre, de l'interrogation sur la présence d'une pathologie, du secteur particulier d'hospitalisation. Mais dans un mouvement symétrique, le sens attribué à l'hospitalisation résulte de la prise en compte d'une combinaison de ces mêmes facteurs. De la même manière, le sens de l'hospitalisation est construit à partir d'une historicité de la relation avec le patient et de son parcours, qui est composée des circonstances qui précèdent l'hospitalisation elle-même – notamment le processus d'admission et les éventuelles hospitalisations précédentes – ainsi que des perspectives dont disposent les équipes sur ce qui est susceptible de se produire après la sortie – en termes de stabilité du lieu de vie et de continuité des soins en particulier. Parallèlement, le sens attribué à l'hospitalisation participe à la construction de cette historicité. Enfin, c'est également au cours de ce processus que s'élabore la catégorisation du patient comme étant « en situation de grande précarité ». Ce n'est donc pas du fait de leurs caractéristiques objectives que les personnes en situation de grande précarité sont singularisées lors de l'hospitalisation psychiatrique. Les difficultés rencontrées lors de leur prise en charge expriment de manière particulièrement aiguë une dimension essentielle au soin psychiatrique, celle de la construction commune et inscrite dans le temps d'un sens à l'intervention.

Bibliographie

Damon J., Les « SDF », de qui parle-t-on ? Une étude à partir des dépêches AFP. *Population*, 2002/3, Volume 57, p.569-582.

Declerck P., Les naufragés avec les clochards de Paris. Paris, Plon, 2001.

Furtos J., *Les cliniques de la précarité – Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy les Moulineux, Masson, 2008.

Kerneis H., Danquigny C. et Dignonnet M. E., *Prise en charge de patients psychotiques désocialisés : une prise en charge centrée sur l'hôpital*. Intervention dans le cadre des journées scientifiques de l'Hôpital Esquirol et publié en 1998 sur www.serpsy.org

Marques A., *Construire sa légitimité au quotidien : Le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*. Thèse de Doctorat en Sociologie, EHESS, 2010.

Ogien, A., L'ordre de la désignation - Les habitués dans les services hospitaliers. *Revue Française de sociologie*, XXVII-I, 1986, p.29-46.

Ogien, A., Toledo M., Le sens de l'hospitalisation. *Sciences sociales et santé*, v.IV, n°2, 1986, p.6-32.

Paugam S., *L'exclusion, l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 1996.

Rullac S. *Critique de l'urgence sociale – Et si les SDF n'étaient pas des exclus ?* Paris, Vuibert, 2006.

Velpry L., *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Paris, Armand Colin, 2008.

Velpry L. et Marques A., *L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité*. Rapport d'études. Aix en Provence, juillet 2011.

Vexliard A., *Le Clochard*. Paris, Desclée de Brouwer, 1998. (première édition en 1957)

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. (n° DHOS/02/DGS/DGAS/1A/1B/521 – NOR : SANH0530523C)