



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021/2023

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER
EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : Psychiatrie et Santé Mentale

Le parcours de soins des patients en situation de précarité suivis par les EMPP : étude qualitative sur le territoire du PTSM de l'Artois-audomarois.

Présenté et soutenu publiquement le 03 juillet 2023 à 12H00
au Pôle Formation

par Amed KSIBI

JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur **Éric WIEL**

Enseignante Infirmière : Madame **Gwladys ACOULON**
Directrice des études IPA.

Directrices de mémoire : Madame **Éliane BOURGEOIS**,
Directrice des Soins. Coordinatrice Générale des Soins.

Madame Sabrina CELEJ,
Cadre Supérieure de Santé.

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les membres du jury, Monsieur le Professeur Éric WIEL et Madame Gwladys ACOULON. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

J'adresse toute ma reconnaissance à Madame BOURGEOIS et à Madame CELEJ, mes directrices de mémoire. Je vous remercie d'abord de m'avoir offert l'opportunité d'intégrer cette formation. Merci pour votre accompagnement, vos précieux conseils, votre disponibilité et vos encouragements.

J'adresse aussi mes remerciements aux membres de l'équipe pédagogique de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille et à l'ensemble des intervenants de la formation de pratique avancée pour leurs enseignements, ainsi qu'à Madame Godefroy.

Je remercie Madame le Docteur Trimbur et Monsieur Charbit pour leur aide lors des cellules d'aide méthodologique de la F2RSM Psy Hauts-de-France.

J'exprime toute ma gratitude à Madame le Docteur Frédérique Vinckier, psychiatre, ainsi qu'à Madame Eugénie Caron, IPA au Centre Hospitalier de Calais. Je vous remercie pour ce stage où j'ai pu développer mon projet professionnel d'IPA, approfondir mes connaissances et me sentir prêt à prendre mes fonctions.

Je tiens également à remercier Marion, Astrid et Nathanaël de l'EMPP « le fils de soi » du centre hospitalier de Calais.

Je remercie Madame Séverine Rollin pour sa disponibilité, ses encouragements et son expérience qui m'ont permis de faire évoluer ce travail.

Je remercie l'équipe EM3P Diogène, le Docteur Sylvie Robert, Madame Flejszar et le RSSLM. Merci de m'avoir accueilli en stage et montré que je ne me trompais pas sur le concept de prise en soins des personnes en situation de précarité. Merci pour ce parcours de stage.

Un grand merci à mes collègues de promotion Colette, Grégory, Héloïse, Marie-Cécile, Myrtille et Sophie pour la solidarité et la bonne humeur dont ils ont fait preuve tout au long de ces deux années.

Je tiens à remercier Monsieur Rémy Koszarek, Coordinateur du PTSM Artois-Audomarois pour son aide et sa disponibilité.

Je remercie également Madame Becaert, Cadre Santé, ainsi que tous mes collègues de l'EPSM Val de Lys Artois.

Et enfin à Pierre, qui n'a cessé de me donner confiance en moi et en ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'accueil aux Demandeurs d'Asile

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHRSO : Centre Hospitalier de la Région de Saint Omer

CMP : Centre Médico Psychologique

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DIM : Département de l'Information Médicale

EMOT : Équipe Mobile Transitionnelle

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPSM : Établissement Publique de Santé Mentale

F2RSM Psy : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ISS : Inégalité Sociale de Santé

Mahra : Maison Accueil Hébergement de Réinsertion et d'Accompagnement

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PTSM : Projet territorial de santé mentale

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

Scot : Schéma de Cohérence Territoriale *du Pays de Saint-Omer*

SAS : Structure d'accompagnement à la sortie

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION	1
I- Contexte	3
II- Cadre conceptuel	7
III- Problématique.....	18
MÉTHODOLOGIE	19
I- Choix de l'étude.....	19
II- Guide d'entretien	19
III- Cadre règlementaire	19
IV- Population de l'étude	20
V- Mode de recrutement.....	20
VI- Recueil des données	21
VII- Méthode d'analyse.....	22
RÉSULTATS-ANALYSE	23
I- Caractéristiques des personnes interrogées.....	23
II- Analyse thématique inductive	23
DISCUSSION	39
I- Discussion des résultats	39
II- Forces et limites de l'étude.....	46
III- Perspectives et besoins pour la prévention du renoncement aux soins des patients en situation de précarité.....	47
1- La valeur ajoutée de l'implantation d'un Infirmier de Pratique Avancée en EMPP.....	47

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Dans son dernier rapport relatif à la Santé Mentale (1), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique qu'un milliard de personnes souffrent de troubles psychiques. Alors que les troubles psychiques étaient très répandus dans le monde, la pandémie de Covid-19 a exacerbé ces problèmes.

L'OMS ajoute que la fréquence des troubles anxieux ou dépressifs a augmenté de plus de 25% au cours de la première année de pandémie. Des premiers signes d'une prévalence à la hausse des pensées et comportements suicidaires ont été observés, notamment chez les adolescentes et les soignants.

Dans ce rapport, elle plaide en faveur de plusieurs préconisations dont une nous oriente vers « une santé mentale abordable et accessible à tous ».

Au regard de notre contexte sociétal, se pose la question de l'accès aux soins, aux parcours de soin. Nous sommes tous plus ou moins confrontés à un moment de notre vie à un problème ou évènement qui peut affecter notre santé mentale. Bien que la plupart des personnes puisse y faire face, pour d'autres cela reste difficile.

Eu égard à ce contexte, différents facteurs peuvent rapidement s'enchaîner : chômage, divorce, faillite, alcool, problèmes de santé, dépression, perte du lien social... Basculer vers une situation de précarité constitue donc un risque non négligeable.

En France, en 2022, 9,3 millions de personnes vivent au-dessous du seuil de pauvreté monétaire qui s'élève à 1 102 euros par mois selon l'INSEE¹. Selon le rapport de la Fondation Abbé Pierre, 4 millions de personnes seraient concernés par le « mal logement » en France.

En effet, il y a de plus en plus de travailleurs pauvres qui ont un salaire insuffisant pour vivre. Le monde agricole n'est pas épargné puisque, selon l'INSEE, 25 % des agriculteurs vivent sous le seuil de pauvreté de 1 015 € en 2015². Ils ont de plus en plus de difficultés à vivre du fruit de leur travail. C'est pourquoi, nous retrouvons de plus en plus de travailleurs indépendants et invisibles en milieu rural en situation de précarité.

¹ Institut national de la statistique et des études économiques

² Insee, 2017

La pandémie de Covid-19 a également aggravé la précarité en France. Selon les derniers chiffres de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) le nombre de bénéficiaires du RSA a atteint 2,1 millions en octobre 2020, soit 7,5% de plus que l'année précédente (2).

Désormais, un Français sur cinq déclare ne pas avoir les moyens de manger trois repas par jour. Les étudiants ne sont pas épargnés par la précarité puisqu'un jeune adulte sur quatre déclare être à découvert tous les mois. Les moins de 35 ans ont particulièrement souffert du « coup d'arrêt » qu'a connu le marché du travail en 2020 en raison des restrictions liées à la crise sanitaire (3).

On constate également qu'il existe une surreprésentation des troubles psychiques chez les personnes en situation de précarité. Le lien entre santé mentale et précarité est mis en évidence.

En 1993, le psychiatre Jean Furtos (4) a d'ailleurs mis en exergue le concept de « souffrance psychique d'origine sociale ». Ce terme lui est venu suite à une conversation avec une infirmière. En effet, cette professionnelle exprimait ses difficultés et son impuissance dans la prise en soins de « ces nouveaux patients » accueillis en CMP. Elle décrit une souffrance qui « n'est plus comme avant », avec des personnes qui sont en situation de chômage, bénéficiaires d'allocations sociales...

Les troubles psychiatriques accentuent l'effet de précarisation. Le psychiatre Jean Furtos explique que le syndrome d'auto-exclusion est une pathologie de la précarité. Selon lui, ce syndrome se développe suite à un environnement excluant. C'est un mécanisme de défense pour se protéger de la souffrance psychique d'origine sociale.

L'exclusion impose le sentiment de ne plus faire partie du groupe des humains.

Il décrit le syndrome d'auto-exclusion à l'aide de signes cliniques :

- Premier signe : La personne cherche à anesthésier son corps. Cela entraîne une diminution, voire une abolition de la perception de la douleur en cas de lésions et de maladies.
- Deuxième signe : Une inhibition des émotions entraînant un repli sur soi.
- Troisième signe : Des comportements paradoxaux comme la réaction thérapeutique négative: « plus on les aide, plus elles vont mal ». Il n'y a plus de demande d'aide de leur part.
- Quatrième signe : La rupture des liens avec les proches, avec la famille.
- Cinquième signe : Des troubles du comportement parfois violents visant à rompre les liens.
- Sixième signe : « L'incurie à domicile » (« l'appartement devient une poubelle »), « une absence du souci de soi-même ».
- Septième signe : Une diminution de la honte.

Selon Jean Furtos, l'ensemble de ces signes va à l'encontre d'un accès aux soins ou conduit aux urgences et devient une « occasion » de soin. Ce syndrome d'auto-exclusion n'est pas systématique.

En 2010, l'INSERM, par le biais de Pierre Chauvin, a réalisé une enquête appelée SAMENTA (5). Cette étude concerne la prévalence des troubles psychiatriques chez les sans domicile fixe en Île-de-France. Elle révèle que les jeunes SDF de 18 à 25 ans sont plus touchés par des problématiques de santé mentale et d'addiction que la population adulte SDF. Cette enquête met en exergue les difficultés d'accès aux soins et des ruptures dans le parcours de soin psychiatrique.

Jean-Pierre Deschamps a réalisé une étude sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité (6). Il constate qu'il y a de plus en plus de maladies chroniques chez les personnes précaires par rapport à la population générale. Les causes de cette augmentation sont nombreuses mais les difficultés d'accès aux soins sont soulignées comme étant le premier facteur.

À cela s'ajoute une démographie médicale déficitaire (7) compliquant l'accès aux soins des personnes en situations de précarité. Les médecins généralistes ne prennent plus de nouveaux patients. Les patients ne sont plus pris en charge dans le cadre des parcours de soins coordonnés surtout pour des problèmes psychiatriques et d'addiction.

La santé mentale n'est pas épargnée. En 2021, dans les Hauts-de-France, la densité de psychiatres était de 14,6 pour 100 000 habitants contre 18,9 pour 100 000 habitants au niveau national (8), selon le Conseil national de l'Ordre des médecins.

I- Contexte

Dans le cadre des consultations infirmières que je réalisais lors de mon exercice professionnel, j'ai constaté qu'il existait des difficultés de prise en charge et d'accès aux soins chez les personnes atteintes de troubles psychiques en situation de précarité.

J'intervenais en tant qu'infirmier de liaison au plus près de la personne en assurant des consultations au niveau du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) de Saint-Omer.

Ce dispositif est géré par l'association MAHRA-le toit (Maison Accueil Hébergement de Réinsertion et d'Accompagnement). Cette structure travaille depuis de nombreuses années en partenariat avec le Pôle de Psychiatrie Générale de l'Audomarois. Des personnes suivies par la

MAHRA-le Toit, présentant des troubles psychologiques et psychiatriques, sont prises en charge par les professionnels de l'EPSM Val de Lys Artois, et certains patients sortis d'hospitalisation ont intégré les différentes structures de la MAHRA-le Toit.

Par le biais de ces consultations, j'ai été amené à accompagner des personnes en situation de précarité dans leur parcours en coordonnant leur prise en soin.

Pour illustrer mes propos et analyser les difficultés qui explicitent le choix de ma thématique de recherche, j'ai choisi pour exemple quatre situations cliniques différentes (annexe 1).

J'ai rencontré Monsieur H au SIAO à la demande des éducateurs. Ce Monsieur, âgé de 36 ans, était originaire d'une petite commune du secteur. Il souffrait de schizophrénie (9) diagnostiquée par un psychiatre du pôle, il y a une quinzaine d'années au décours d'une hospitalisation. Dans son parcours de vie, il a connu de multiples incarcérations au Centre Pénitentiaire de Longuenesse pour diverses affaires (délit de fuite suite à un accident sur la voie publique, violences conjugales...).

Le jour de l'entretien, il sortait de détention (sortie sèche) et se retrouvait à la rue, sans logement, sans médecin traitant dans le cadre de son parcours de soin coordonné.

Monsieur ne pouvait bénéficier du dispositif EMOT (équipe mobile transitionnelle), car celui-ci n'habitait pas la métropole lilloise (annexe 2).

Un autre patient, Monsieur A (annexe 1), arrivé sur le secteur en août 2022, était sans domicile. Il était logé sur les hébergements d'urgence à Saint-Omer.

Lors son entretien, celui-ci verbalisait des pensées bizarres. Il n'exprimait pas d'hallucination auditive ni visuelle mais le cours de la pensée semblait altéré. Il évoquait diverses hospitalisations et suivis dans différents secteurs (Rosendael, Boulogne sur Mer, etc....) et dernièrement à Calais.

Suite aux informations recueillies auprès du service de psychiatrie de Calais, Monsieur A aurait effectivement été hospitalisé à plusieurs reprises pour l'administration d'un traitement par injection retard mais ne disposait pas de médecin attitré. Il a été diagnostiqué comme ayant un trouble psychotique de type schizophrénie. Il serait en errance pathologique, sans logement, difficilement « accrochable aux soins », mais compliant à l'injection.

La rencontre avec les personnes en situation de précarité ne se fait pas que dans ces structures spécialisées. Elle peut également se faire au décours d'une consultation de première demande, suite à des visites à domicile ou suite à une hospitalisation.

Ce qui fut le cas pour Monsieur D. Les événements de vie difficiles font qu'une situation peut rapidement se dégrader. Monsieur était directeur dans une entreprise spécialisée dans le secteur de la chaudronnerie, à Dunkerque.

En 1999, il a divorcé puis s'en est suivi la perte de sa maison. En 2018, après la fermeture de son entreprise, il a perdu son emploi et s'est installé dans un mobil-home pour y vivre à l'année. Il s'est fait hospitaliser durant trois mois en médecine générale pour des douleurs chroniques à la hanche. À sa sortie d'hospitalisation, son mobil-home devenu insalubre à la suite de dégradations, Monsieur D avait sollicité des structures d'hébergement type CHR³ qui lui ont été refusées, car il était propriétaire d'un logement, bien qu'il soit insalubre. À cela, ce sont ajoutées des dettes ne lui permettant pas d'effectuer les travaux nécessaires à la remise en état de son mobil-home. Il fut contraint de dormir dans sa voiture car le camping, dans lequel il vivait, ferme pour la saison hivernale.

L'enchaînement de facteurs a provoqué une dynamique descendante et entraîné Monsieur D vers un processus de précarisation (10). C'est un ensemble de facteurs déstabilisants pour lui qui s'est enchaîné et aggravé au fil du temps.

Cette situation l'a progressivement entraîné vers un fléchissement thymique avec apparition d'idées suicidaires et une difficulté à se projeter dans l'avenir, le conduisant à un passage à l'acte suicidaire la semaine précédant son hospitalisation.

En 2022, plus de 587 personnes sont venues consulter en première intention sur une file active de plus de 5 000 patients⁴ suivis en ambulatoire sur le Pôle Audomarois.

Nos indicateurs nous montrent qu'il existe des difficultés d'accès au CMP en lien avec les délais, la distance (milieu rural) mais également la représentation du public de la santé mentale. En effet, l'accès aux soins psychiatriques devient de plus en plus compliqué. Le délai médical de prise en charge en CMP est de plus en plus long. Sur le pôle Audomarois, le délai d'attente était de 2 à 3 semaines pour avoir une consultation infirmière de première demande puis 2 à 3 mois pour être reçu en consultation par un psychiatre.

À cela s'ajoute l'image de « l'asile » qui est encore trop présente en milieu rural, comme l'Audomarois, où la question de la stigmatisation reste un vrai sujet à travailler.

³ Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

⁴ Donnée DIM EPSM Val De Lys Artois

Il convient de rappeler que le recours aux soins chez la personne en situation de précarité n'est pas une priorité (11). Il intervient lorsque les fonctions essentielles du corps (manger, dormir, se déplacer...) sont atteintes. La santé est alors reléguée au second plan.

Selon Philippe Warin : le renoncement aux soins (12) est un besoin de soins identifié, mais non satisfait. La notion de « non-recours à des soins » renvoie à un besoin de soins non satisfait mais avéré sur le plan médical.

Les conditions de logement, de transport et de travail freinent l'accès aux soins des publics les plus précaires. Il existe plusieurs motifs de renoncement aux soins (13). Ils peuvent être financiers (14) mais aussi géographiques.

Dans les zones rurales, le manque de moyens de locomotion individuels et collectifs (bus, train), le coût des transports et l'éloignement de l'offre de soins accentuent ce renoncement aux soins (7). Les personnes en situation de précarité ne peuvent pas supporter ce coût financier. Par exemple, se rendre à un rendez-vous au CMP reste difficile. Ce renoncement aux soins fait partie des points de rupture constatés dans le parcours de soins du patient.

La situation clinique de Monsieur F (annexe 1) vient conforter ces données de santé publiques. En effet, ce patient, âgé de 62 ans, retraité (ancien éducateur dans une ferme pédagogique), est suivi au CMP depuis 2005 pour un trouble dépressif sévère récurrent associé à une comorbidité de type alcool-dépendance.

C'est lors d'une visite au domicile prescrite par le psychiatre que j'ai pu découvrir la situation de Monsieur. Il était locataire d'un logement dans une petite commune de 480 habitants. Ce village, étant isolé des infrastructures, ne possède pas de réseau de transport public. Ce constat renforce l'isolement social de Monsieur. Il n'était pas véhiculé, vivait seul, et était divorcé depuis de nombreuses années. Il avait deux enfants qu'il ne voyait plus et trois petits enfants qu'il aurait aimé voir.

Lors de mon intervention chez Monsieur F, j'ai pu constater l'état de son logement. Celui-ci était vétuste et non chauffé suite à une coupure d'électricité. Il a subi de nombreuses coupures par suite d'impayés. Il vivait avec un faible revenu puisqu'il ne touchait que le minimum vieillesse en attendant la mise à jour de son dossier de complément retraite.

Faire ses courses était très compliqué pour lui puisque le seul commerce se trouvait à plus de 10 kilomètres de son lieu de vie. Son médecin traitant se trouvait également à 14 kilomètres de son domicile.

Sa situation précaire influait sur son état de santé. En effet, Monsieur F ne pouvait pas assurer son suivi médical, notamment dentaire, car il lui fallait avancer les soins. Son diabète n'était plus équilibré, et n'ayant que 50 euros pour vivre suite à des impayés d'électricité, il ne pouvait pas se nourrir correctement.

Ces constats professionnels permettent d'étayer les concepts inhérents à la thématique précarité.

II- Cadre conceptuel

1. Les inégalités sociales de santé (ISS) et déterminants sociaux de santé

La France possède l'un des meilleurs systèmes de santé au monde (15). Paradoxalement, elle connaît également des inégalités sociales importantes et demeure le pays où les ISS de mortalité et de santé sont les plus élevées d'Europe (16).

Les ISS touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux (17).

Elles sont caractérisées par des facteurs de vulnérabilité en santé. Ces derniers recouvrent les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inévitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables. Pour autant, ils sont potentiellement évitables (18).

Ces inégalités se répartissent dans la population selon un gradient social de santé, à titre d'exemple, ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en dessous d'eux...

De plus, elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier, le soutien social mais aussi d'autres déterminants plus globaux, telles que les politiques sociales.

Pierre-Henri Bréchat (19) explique qu'un meilleur accès aux soins éviterait l'augmentation des inégalités sociales face à la santé, et ainsi permettrait d'agir sur certains

déterminants de santé pour diminuer la précarité, mais cela reste faible. Il explique que les déterminants environnementaux et sociaux ont plus d'impact sur la santé.

L'OMS (1998) définit un déterminant de santé comme « un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs et sur lequel il est possible d'agir ».

Les déterminants sociaux de la santé, quant à eux, sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Selon la charte d'Ottawa en 1986 et la déclaration de Jakarta de juillet 1997 de l'OMS, certains déterminants sont les conditions préalables à l'instauration de la santé. On y retrouve le logement, la Sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, la pénibilité du travail, la stabilité climatique et la qualité de l'air (réfugié climatique) ... On les retrouve également dans le champ de la santé Mentale.

La santé mentale d'une personne ne peut entièrement être expliquée que par des facteurs individuels. Les éléments extérieurs à la personne sont aussi à prendre en considération.

2. Besoins fondamentaux

Selon la définition de J. Wresinski (20) : la précarité, c'est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant [...] d'assumer ses responsabilités élémentaires et de jouir de ses droits fondamentaux ».

Or, pour pouvoir profiter pleinement de ses droits fondamentaux, certains besoins doivent être satisfaits en priorité. Abraham Maslow a identifié cinq besoins fondamentaux et les a hiérarchisés dans une pyramide. À la base, nous retrouvons les besoins physiologiques élémentaires et au sommet, les besoins d'accomplissement et de réalisation de soi.

Selon lui, tout être humain va vouloir satisfaire ses besoins en commençant par la base.

Le premier est un besoin primaire (dormir, se nourrir, boire, s'habiller...), il est primordial, voire vital pour l'homme. S'il n'est pas assuré, il sera difficile, voire compliqué de passer au suivant.

Le deuxième est le besoin de sécurité, vivre sans incertitude ni angoisse.

D'ailleurs, Virginia Henderson (21), considérant l'humain comme un tout complet, utilise les besoins pour définir le rôle infirmier avec le concept des 14 besoins fondamentaux.

Pour elle, une personne est « en santé » tant qu'elle peut satisfaire seule à ses besoins. Lorsqu'un besoin demeure insatisfait, l'individu n'est pas "complet", "entier", il n'est pas indépendant. Un besoin ne peut être atteint que si les besoins précédents sont satisfaits.

Ces besoins en santé sont articulés et s'inscrivent dans un parcours.

3. Parcours

La notion de parcours est définie par le dictionnaire Larousse comme « un itinéraire à suivre ou trajet suivi par quelqu'un, un ensemble d'étapes, de stades par lequel passe un individu ».

Dans le domaine de la santé, on évoque le parcours dans le contexte d'une prise en charge globale d'un patient au plus près de chez lui. Cette notion est introduite par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé promulguée en 2016 (22) qui introduit les parcours de vie, de santé et de soins.

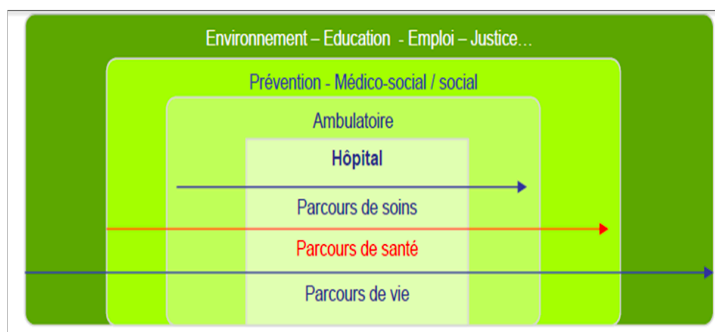


Figure 1 : représentation des parcours (23)

3.1 Parcours de vie

Le parcours de vie (23) se définit comme étant l'ensemble des trajectoires conjugales, familiales, professionnelles et éducationnelles d'un individu. Ces trajectoires sont caractérisées par une série d'événements et de transitions de courte durée qui renvoient à un changement d'état, de statut ou de rôle chez cet individu.

A titre d'exemple, connaître le parcours de vie d'une personne est essentiel pour comprendre sa situation de précarité. Un évènement particulier, significatif dans la vie de la personne, peut l'obliger à rejoindre la rue et cela pour diverses raisons.

L'Agence Régionale de Santé (24) définit le parcours de vie comme le parcours de la personne dans son environnement : scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Selon l'OMS, il désigne « l'ensemble des événements intervenant dans la « période » et la transition du bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage ».

Il comprend :

- L'environnement familial, religieux et culturel.
- Le logement, l'emploi...
- L'environnement social, citoyen.

Le parcours de vie intègre les parcours de santé et de soins. Il est une réponse aux besoins de la personne dans son environnement et est impacté lorsqu'une problématique de santé apparaît.

3.2 Parcours de Santé

Le parcours de santé (23) est défini : « comme une des trajectoires possibles pour un individu, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social ».

Le parcours de santé prend en compte les facteurs déterminants de la santé que sont le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement de la personne.

Du côté des partenaires, il nécessite l'action coordonnée des acteurs du sanitaire, du médico-social, du social et de la prévention.

D'ailleurs, dans son dernier rapport relatif à la Santé Mentale (1), l'OMS insiste sur l'importance de la prévention et liste des priorités : la prévention du suicide, les actions à destination des enfants et des adolescents, les initiatives sur les lieux de travail ou encore la lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux.

L'article L. 6327-1 de la loi de modernisation de notre système de santé (22) définit un parcours de santé comme **complexe** « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ».

De ce fait, le parcours de la personne en situation de précarité serait d'emblée considéré comme complexe.

Pour exemple, la situation médico-psychosociale de Monsieur H est une situation complexe, ses problématiques sociales et économiques peuvent être un obstacle à son parcours de santé. Celui-ci, sortant d'incarcération, se retrouvant en situation de précarité, sa situation nécessite l'intervention de nombreux acteurs dans des domaines variés qui vont l'accompagner dans son parcours de soins (annexe 3).

3.3 Parcours de Soins

Le parcours de soins (23) désigne : « une suite de soins reçus à partir de la première prise en charge du trouble jusqu'à la stabilisation du patient ». Thérèse Psiuk (25) le définit comme un chemin avec différentes étapes influencées par le milieu de vie et l'histoire médicale du patient.

Il montre le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins, sans pour autant en décrire précisément leurs actions et les résultats attendus (26).

3.4 Parcours de Soins en Psychiatrie et Santé Mentale

C'est en 2012, qu'apparaît la notion de « parcours » dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale (27) dans le paragraphe « prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne afin qu'elle puisse mieux vivre avec les troubles psychiques ». Au-delà du parcours de soins et de santé, le texte considère le parcours de vie, c'est-à-dire « *l'ensemble des événements qui affectent la vie d'une personne, tels que son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions, à maîtriser ses conditions de vie* » (23).

En France, la prise en charge des soins psychiatriques s'organise autour d'un système bien spécifique, à la différence des soins somatiques. Cette offre de soins est sectorisée (28) et dispose de différentes structures ambulatoires comme les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les Centres d'Accueil Thérapeutiques (CATTP), les hôpitaux de jour, etc. L'offre de soins se fait en fonction du lieu d'habitation ou en fonction de la date de naissance pour les personnes sans domicile.

Le territoire de santé est l'unité de planification et d'organisation des soins en psychiatrie. Le secteur de psychiatrie n'est pas le seul acteur des missions de prévention, de diagnostic, de soins, et de réinsertion sociale.

La Loi de Modernisation de notre Système de Santé de 2016 (22) introduit également les parcours de soins et de vie nécessaires au parcours en santé mentale. Elle est venue s'appuyer sur 8 concepts nécessaires à l'édification des parcours en santé mentale dans les Projets Régionaux de Santé (29) dont le Conseil Local de Santé Mentale (30) (CLSM) et le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) (31).

3.5 Le Conseil Local de Santé Mentale

Un CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

Le CLSM est un dispositif incontournable dans la démarche de PTSM.

3.6 Le Projet Territorial de Santé Mentale

Le PTSM est un outil de déclinaison de la politique de santé mentale, élaboré à l'initiative des acteurs locaux et réalisé à partir du Diagnostic Territorial Partagé.

Le PTSM Artois-Audomarois (annexe 4) couvre un territoire de 1 054 440 habitants et regroupe 15 secteurs de psychiatrie adulte et 5 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'objectif du PTSM est d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Cet accès concerne les personnes souffrant de trouble psychique avec la prise en compte de 6 priorités définies par le décret du 27 juillet 2017 (32).

Pour répondre à cet objectif, 5 groupes de travail ont été mis en place dont un s'orientant autour de la précarité en santé mentale au regard des facteurs de risques identifiés et de l'indice de Gini (33).

La coopération des territoires de l'Artois et l'Audomarois se concrétise par les Conseils Locaux de Santé Mentale et le Contrat Local de Santé, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), la Communauté Psychiatrique de Territoire et les réseaux précarité santé mentale.

Les trois réseaux précarité santé mentale sont situés sur les zones de Béthune-Bruay, Lens-Hénin et sur l'Arrageois.

4. Dispositif de soins pour les personnes en situation de précarité

Afin de faciliter l'accès, à ces secteurs, aux populations en situation de grande précarité, des dispositifs spécifiques d'accès aux soins ont émergés. L'accès aux soins suppose de développer d'autres pratiques : la démarche « d'aller vers (34) » : vers le public là où il se trouve.

Pour Alain Mercuel (34), « l'aller vers » sert à « *provoquer la rencontre, à tenir le lien pour décoder une demande implicite et au mieux faire formuler une demande explicite, puis si possible poursuivre par un accompagnement vers des lieux où des soins sont offerts* ».

Le virage ambulatoire adopté par les établissements de santé, tend vers cette démarche « d'aller vers ». Le travail du CMP contribue au maillage territorial en matière de santé mentale des personnes en situation de précarité. Certains secteurs de psychiatrie prônent une prise en soin « hors les murs », des soins dans la cité, favorisant ainsi une déstigmatisation (exemple du 59G21 : consultation dans les Maisons des Jeunes et de la Culture, etc.).

La législation de la fin des années 90 a également permis le déploiement d'équipes mobiles spécialisées dans le champ de la précarité afin de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Depuis mars 2020 et la survenue de la pandémie de COVID-19 (35), isolant davantage les populations les plus vulnérables, la démarche « d'aller vers » est particulièrement d'actualité voire incontournable.

4.1. L'Équipe Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)

Issue de la circulaire du 23 novembre 2005 (36), l'EMPP est une unité de coordination, d'accueil, d'évaluation et de prise en charge des publics précaires souffrant de troubles psychiques.

Ce dispositif intervient auprès des structures sociales, des services de justice, des associations concernées par les personnes en situation de précarité : centres d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale, centres d'accueil de jour, centres de demandeurs d'asile, foyers de l'enfance et dans les autres lieux de vie...

Son objectif est d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

L'EMPP a plusieurs missions :

→ Auprès de la personne :

- Améliorer la réponse aux besoins de santé mentale en allant au-devant des personnes en situation de précarité.
- Développer un accrochage thérapeutique en restaurant le lien avec ces personnes.
- Favoriser l'accès aux soins en identifiant les besoins non repérés ou non pris en charge.
- Assurer une continuité des soins.

→ Auprès des professionnels :

- Développer et maintenir le réseau avec les partenaires de la santé et du médico-social.
- Informer et sensibiliser les acteurs aux questions de santé mentale.
- Apporter un soutien aux professionnels de terrain face aux différentes situations.

Le repérage des obstacles à l'accès aux soins peut motiver cette volonté « d'aller vers ».

À ce jour, il n'existe pas d'EMPP sur le pôle Audomarois⁵, la prise en soin des personnes en situation de précarité se fait par le biais d'un partenariat avec les associations locales. (MAHRA le Toit, Emmaüs, France terre d'asile...)

4.2. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Pour faire face aux inégalités de santé et dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en situation de précarité (PRAPS), la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (37) prévoit que chaque établissement de santé mette en place des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour les personnes en situation de précarité. Ce dispositif permet le recours à une prise en charge médico-sociale

⁵ EMPP en cours de réflexion sur le pôle

quelle que soit la couverture médicale (absente, partielle...). Il s'adresse aux personnes en situation de précarité qui ont besoin de soins et ne peuvent pas y accéder en raison de l'absence de couverture sociale.

La PASS du Centre Hospitalier de Saint-Omer est composée d'une équipe médico-sociale (médecin, assistante sociale, infirmier, secrétaire) et fournit un accès aux soins somatiques en milieu hospitalier : consultation médicale, prise en charge en soins infirmiers, accès au plateau technique et délivrance de traitement.

L'ensemble des dispositions législatives et réglementaires et l'avènement des structures spécialisées nous permet de définir la notion de « précarité ».

5. La précarité

Le mot précarité est défini dans le dictionnaire Larousse comme le caractère de ce qui est précaire : la précarité des moyens d'existence. Il provient du latin *precarious* : « qui s'obtient par la prière ».

Il existe beaucoup de définitions dans la littérature, mais beaucoup d'auteurs se rejoignent pour affirmer qu'il ne faut pas la confondre avec la pauvreté.

Pour Jean Furtos (4) la Pauvreté c'est avoir peu, alors que la Précarité c'est craindre de perdre des objets sociaux tels que l'emploi, son logement... On peut vivre précaire en gagnant bien sa vie. En revanche, la « grande précarité » est synonyme de pauvreté, voire de misère.

L'objet social est perçu comme une forme de sécurité selon Joseph Wresinsky (38).

Il définit la précarité comme une absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. De plus, il rajoute qu'elle peut conduire à une grande pauvreté si plusieurs domaines sont touchés.

Michelle Dollé (39) parle d'une pluridimensionnalité de la précarité. Elle n'est pas d'accord avec la définition du Père Wresinsky dans son rapport présenté au nom du conseil économique et social en 1987. Elle trouve excessif d'associer « grande pauvreté et précarité ». Pour elle, la pauvreté désigne **un état**, alors que la précarité est **un processus**.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) définit la précarité comme un état d'instabilité sociale. Elle est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.

Le HCSP ajoute que les processus de précarisation s'accompagnent d'une souffrance psychique alliant mauvaise image de soi et sentiment d'inutilité sociale et peuvent conduire à une véritable dégradation de la santé.

Au niveau sociologique, pour Maryse Bresson (40), il y a quatre approches du concept de précarité :

Dans la première interprétation, il y a peu de différence entre pauvreté et exclusion. La précarité est une catégorie générale qui comprend l'ensemble des différentes situations sociales « à problèmes ».

En second, la précarité, la pauvreté et l'exclusion sont des situations distinctes qui mesurent des degrés de difficultés.

La précarité s'applique à des populations mal pourvues en matière de revenu, d'emploi, d'éducation... Alors que la pauvreté est à un degré supplémentaire et l'exclusion renvoie à l'extrême pauvreté.

Dans la troisième interprétation, Maryse Bresson désigne la précarité comme une dégradation de sa situation sociale avec une diminution de son niveau de vie pouvant entraîner une exclusion du groupe.

Le quatrième sens, parle de la précarité comme une incertitude, une instabilité d'une situation.

Pour Pierre Chauvin (41), le mot précarité est également utilisé à tort dans la définition de la pauvreté et de l'exclusion. Il précise que c'est une accumulation d'évènements de vie avec un risque de rupture des liens apportant un soutien et une reconnaissance dans différents domaines sociaux. Cela concerne un plus grand nombre de personnes et de situations que les pauvres et les exclus. Il ajoute également que la précarité est liée à la santé par les inégalités sociales de santé : la maladie ou le handicap fragilise les trajectoires de vie ou fait peser une lourde charge financière.

Elle accentue le risque accru de comorbidité, surtout en santé mentale.

La personne précaire cumule des facteurs de risque, mais présente des pathologies à un stade plus avancé que les non-précaires.

Dans le dictionnaire des concepts en sciences infirmières (26), la précarité est associée à l'exclusion des personnes fragilisées par la société du système salarial. Ces personnes sont en difficultés économiques, parfois psychologiques comme les personnes détenues, sans logement ou migrants...

Il existe différentes formes de précarité selon l'Arrêté de 1992 (42). Il catégorise les personnes en situation de précarité. Ce sont les chômeurs, les bénéficiaires du RMI, les titulaires d'un contrat emploi solidarité, les personnes sans domicile fixe, les jeunes âgés de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle, etc.

Un indicateur permet de mesurer la précarité et la santé sociale : le score EPICES (43) (annexe 5). Il permet de repérer les situations de précarité chez une personne, de différencier les personnes en termes d'inégalités de santé, les personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins, et les personnes avec un risque accru de problème de santé.

Le score EPICES est également un outil permettant de comprendre les mécanismes de créations des inégalités sociales de santé. En effet, dans son article, Émilie Labbe et al (43), écrit que « *le score EPICES permet de prédire l'état de santé physique et de santé mentale d'une personne, en lien avec les trois dimensions de la charte d'OTTAWA : bien-être physique, mental et social* ».

6. Éthique de l'accès aux soins des personnes en situations de précarité.

L'accès aux soins fait partie des droits imprescriptibles de l'homme. « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (44). Notre République fonde la santé comme un droit fondamental (45) et la loi du 4 mars 2002 (46) renforce ce principe solidaire et humaniste.

Le code de la Santé publique garantit l'égal accès aux soins pour tous, en particulier les personnes les plus démunies (47) . Ce droit est réaffirmé dans la Charte de la personne hospitalisée (48).

L'état de santé critique des populations les plus pauvres, et leur extrême vulnérabilité, n'appellent pas seulement des dispositifs de soins adaptés et spécifiques, mais un questionnement plus global sur le lien social et la place que notre société accorde aux plus faibles et aux exclus.

La vulnérabilité nous interpelle sur ce que nous devons faire et mettre en œuvre pour l'autre, pour que chaque personne soit reconnue. Prendre soin, attacher de l'importance à chacune des personnes qui composent notre société, ou qui veulent en faire partie, nécessite un changement de notre regard.

L'éthique du soin (49) envisage aujourd'hui le patient dans sa globalité et dans toutes ses composantes : physiques, psychiques, sociales, culturelles et spirituelles. Ce questionnement éthique y est permanent pour savoir comment bien faire et ne pas nuire.

La pratique des soins au contact des personnes en situation de précarité nous oblige à réévaluer nos pratiques, à nous remettre en cause.

III- Problématique

Mes recherches bibliographiques, l'analyse des concepts et mon expérience professionnelle auprès d'un public en situation de précarité m'amènent à me poser les questions suivantes :

Comment appréhender et prévenir le renoncement aux soins dans l'itinéraire thérapeutique (parcours de soins) du patient en situation de précarité ?

Comment les soignants travaillant auprès des patients en situation de précarité interviennent-ils sur ce renoncement aux soins ?

Comment les professionnels soignants des dispositifs spécifiques (EMPP) interviennent-ils pour prévenir le renoncement aux soins dans le parcours de soins du patient en situation de précarité ?

MÉTHODOLOGIE

L'objectif principal de l'étude vise à analyser le fonctionnement des dispositifs existants en termes d'organisation des parcours de soins du patient en situation de précarité, d'en évaluer les modifications possibles et les axes d'amélioration des pratiques de soins.

I- Choix de l'étude

Pour ce travail, en plus de mes deux directrices de mémoire, j'ai été guidé par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts de France (F2RSM psy). Ils m'ont aidé dans le choix de la méthode d'investigation et m'ont également guidé tout au long du processus d'analyse des données.

Ce travail vise à étudier le fonctionnement des dispositifs de soins du PTSM Artois-Audomarois prenant en charge les patients en situation de précarité afin d'identifier et de dégager des champs d'action permettant d'appréhender et de prévenir le renoncement aux soins. Pour cela, la méthode de recherche qualitative semblait la plus appropriée.

Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique basée sur des entretiens semi-structurés. Ce travail s'appuie sur la grille COREQ (50) (annexe 6) traduite en français.

II- Guide d'entretien

Une première grille d'entretien a été réalisée et testée sur une EMPP ne faisant pas partie du PTSM concerné. Celle-ci a été ajustée (annexe 7) avec l'aide de mes directrices de mémoire et avec l'aide de la Cellule d'Aide Méthodologique (CAM) de la F2RSM psy.

III- Cadre réglementaire

Au niveau de la réglementation des études cliniques (51) (loi Jardé), ce type d'étude ne requiert pas l'accord d'un comité d'éthique. De plus, les données recueillies n'ayant pas de caractère personnel, il n'y a pas nécessité de déclaration à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Néanmoins, une demande d'autorisation a été effectuée auprès du responsable hiérarchique de chaque établissement pour chaque soignant interrogé.

IV- Population de l'étude

1. Critères d'inclusion :

Sont éligibles à l'étude, les soignants de psychiatrie travaillant dans les EMPP sur le territoire du PTSM Artois-Audomarois : médecins, infirmiers et psychologues.

2. Critères d'exclusion :

Sont exclus de l'étude :

- les soignants ne faisant pas partie du service prenant en charge le patient en situation de précarité. (Contractuel, remplaçants...)
- les professionnels des services d'hospitalisation à temps complet.
- les professionnels des services d'urgence.
- les acteurs sociaux.

La population investiguée est composée d'infirmières, de psychiatres et d'un psychologue.

V- Mode de recrutement

Dans le Pas-de-Calais, il y a six dispositifs identifiés EMPP dont trois sont sur le PTSM Artois-Audomarois. Il n'existe pas encore d'EMPP sur le pôle de psychiatrie adulte Audomarois mais une équipe infirmière de liaison dont je fais partie. J'ai donc choisi d'utiliser quatre situations cliniques déclinées en première partie de ce travail (point de départ du constat).

Les EMPP du PTSM interrogées sont :

- L'EMPSIAD (Équipe mobile précarité, Soins intensifs à Domicile) du pôle Artois Lys Romane, secteurs de psychiatrie adulte de Béthune, Bruay, Lillers et Noeux les mines.
- Le Cheval bleu des secteurs de psychiatrie adulte, Liévin, Lens, Avion, Carvin et Hénin-Beaumont, qui est rattaché au centre hospitalier d'Hénin-Beaumont.
- Et l'EMPP d'Arras.

Sur le pôle de psychiatrie adulte du Ternois, il n'y a aucun dispositif.

Après accord par mail des différentes Directions des Soins des établissements dans lesquels l'étude est effectuée, j'ai contacté les cadres supérieurs de santé des différentes EMPP par mail. Un seul dispositif a été contacté directement suite au départ en retraite du supérieur hiérarchique. Je leur ai demandé de proposer des volontaires pour participer à cette recherche en leur indiquant que celle-ci s'intéressait à "la précarité en Santé Mentale ". Je n'ai pas eu besoin d'effectuer de relance.

VI- Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés du 7 mars au 5 avril 2023 sur les dispositifs de soins psychiatriques prenant en charge les personnes en situation de précarité du PTSM Artois-Audomarois. Six entretiens ont été nécessaires, les données étant saturées. La durée des entretiens fut très variable, de 25 minutes à 50 minutes.

Les professionnels ont été informés au préalable que l'investigateur était un étudiant infirmier en pratique avancée et que le sujet de recherche portait sur le renoncement aux soins des patients en situation de précarité. Aucune autre information n'a été transmise afin de ne pas orienter les réponses.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone de type iPhone et retranscrits en intégralité, en verbatim (annexe 8), sur un fichier Word. L'accord oral a été demandé avant et après l'enregistrement des entretiens.

Après transcription, les enregistrements ont été détruits et toutes les données ont été anonymisées. De plus, l'âge et le genre des personnes interrogées ne seront pas mentionnés pour plus d'anonymat.

Un seul des entretiens n'a pas pu se faire en individuel. Il a été réalisé en présence de trois soignants suite à une organisation propre au service. Celui-ci a quand même été retranscrit et inclu dans ce travail.

VII- Méthode d'analyse

L'analyse a été réalisée manuellement, sans logiciel, à partir des verbatims, en suivant la méthode développée par Braun et Clarke (52). Cette méthode repose sur une analyse thématique inductive et se décline en 6 étapes :

- phase 1 : familiarisation avec les données, après lecture des verbatims transcrits
- phase 2 : codages par le chercheur
- phase 3 : recherches de thèmes
- phase 4 : examen des thèmes
- phase 5 : définition et choix des thèmes
- phase 6 : production d'un écrit avec chaque thème illustré d'un extrait de verbatim représentatif. Ces derniers ont été identifiés par le numéro d'entretien duquel ils sont extraits (PS1 = entretien 1).

L'analyse des verbatim permet de générer des idées principales en identifiant, analysant et résumant les thèmes retrouvés dans l'ensemble des corpus (53).

RÉSULTATS-ANALYSE

I- Caractéristiques des personnes interrogées

†

Code*	Profession	Nombre d'années d'exercice dans la profession actuelle	Nombre d'années d'exercice auprès d'un public en situation de précarité	Autres lieux d'exercices	Formations complémentaires
PS1	Psychiatre	3 ans	3 ans	Activité de secteurs psychiatrique	Thérapie brève
PS2	Infirmière	27 ans	3 ans	Temps plein sur le dispositif	Formation violence conjugale, formation violence intra familiale, formation post trauma
PS3	Psychiatre	45 ans	45 ans	Vacation centre hospitalier du secteur	Psychologue, diplôme de thérapeute familiale.
PS4	Infirmière	25 ans	10 ans	Temps plein sur le dispositif	DU Thérapie familiale
PS5	Infirmière	26 ans	11 ans	80 % sur le dispositif, 20% CMP	Aucune
PS6	Psychologue	10 mois	10 mois	Mi-temps CMP	Hypnothérapie, approche systémique, thérapie familiale et/ou de couple, thérapie pleine conscience

*Le code entretien a été obtenu en numérotant les entretiens par ordre de réalisation précédé par la lettre PS pour représenter les professionnels de santé.

II- Analyse thématique inductive

L'analyse des six entretiens semi-directifs a laissé émerger six axes qui sont présentés ci-dessous avec leurs sous thèmes.

AXE 1 : Représentation de la précarité pour les équipes soignantes.

1. Approche de la précarité

L'ensemble des personnes interrogées définissent la précarité comme une absence de sécurité, une perte de repères dans la société, une peur de perdre les objets sociaux (perte du logement, difficulté à se nourrir...).

PS2 : « La précarité, je dirai : C'est... Des personnes qui n'arrivent plus à avoir de statut. Enfin, on va dire qui sont en perte de... de statut social. L'impression que ben si... Ils ont une perte d'emploi. Ils ont des fois plus du tout de logement ou ils vont être expulsés... »

PS3 : « Précarité : Ben... Il y a beaucoup de précarité. Il y a la précarité, euh... du logement, hein. C'est des gens qui sont logés dans des conditions très instables. C'est pas de... ici les SDF dans la région de X, des vrais SDF il y en a très peu : des gens qui sont dans des squats, dans des... dans des logements qui sont complètement détruits, etc. Il y en a beaucoup. »

Pour certaines personnes, elle est en lien avec le bassin géographique et le lieu d'habitation.

PS1 : « Sur notre territoire : on voit 2 manières. A la fois dans les patients qui ont un domicile, qui sont là... Mais en fait, on est quand même un territoire très pauvre... »

PS4 : « On est dans le bassin ... donc... La précarité : elle est sociale, intellectuelle, financière, éducative, euh... Voilà, on a tous les niveaux... »

2. Perception de la précarité

La précarité est perçue différemment d'une EMPP à une autre, de même que la qualification du public pris en charge.

Pour certains dispositifs, le fait d'être interpellé et de consulter dans un CHRS ou un foyer du territoire caractérise la situation de précarité de la personne alors que pour d'autres, c'est grâce à l'utilisation d'une grille avec des critères bien précis (exemple : grille EPICES)

PS1 : « La grille EPICES : Tu te rendrais compte que finalement ça correspond plutôt pas mal hein, aux patients qu'on prend en soin ».

PS4 : « On a une grille précarité aussi, euh... On évalue la précarité. On a une grille qui est notée. »

PS5 : « C'est le lieu d'intervention qui détermine » (...) « Le fait qu'on dit qu'on travaille en précarité : c'est quand on intervient dans ces foyers-là ».

Un patient en situation de précarité est caractérisé, selon les personnes interrogées, comme une personne ayant des difficultés d'accès au logement, avec des difficultés financières, en manque de repère, en rupture familiale et sociale.

PS1 : « Alors, en accès difficile au logement, un manque d'argent souvent. Euh... un manque... en fait... une forme de pauvreté ; mais qui aussi sont une pauvreté genre : j'ai envie de dire multimodale quoi. C'est-à-dire que à la fois financière, à la fois en termes de sécurité, euh... Personnelle, en termes souvent d'hygiène, hein... Parce que c'est plus difficile de se laver quand même, dans la rue. Euh d'accès au logement. Mais aussi finalement, une pauvreté, généralement, qui tire son... Moi, je dirais enfin pas sa source, en tout cas, une des causes, c'est aussi peut-être un manque d'éducation. Des choses comme ça, qui fait que... Il y a même une pauvreté affective qui peut être présente. Une pauvreté dans la manière de... de dans la... dans la manière de se présenter, dans la manière d'exprimer ses affects. »

PS2 : « On peut être enfin interpellé aussi par les CCAS pour des personnes qui vont être en voie d'expulsion. » (...) « Ensuite, on a... Ben ! Tout ce qui est CHRS, on s'en occupe également hein. On a... On va régulièrement sur les CHRS. »

PS3 : « On les voit parce qu'il y a un problème aigu de logement. »

PS6 : « D'un point de vue psychiatrique, toujours, on va rester là-dessus. Pour nous, ça se manifeste avec beaucoup de carences, au niveau affectif, au niveau psychique, au niveau éducatif, de la méfiance, surtout. On retrouve beaucoup de troubles de la personnalité avec des mécanismes de défense qui sont très ancrés et utiles pour la personne. »

AXE 2 : Pratique professionnelle

1. Missions des EMPP

Les EMPP travaillent pour un public précaire en rupture de soins. Ces dispositifs ont pour mission de faciliter l'accès aux soins, de développer un accrochage thérapeutique en restaurant le lien avec ces personnes. Ils assurent aussi une continuité des soins en assurant le relais vers les CMP et vers d'autres structures.

PS1 : « Ensuite l'idée c'est de bah... Justement de débiter les soins, de les renforcer pour souvent revenir justement dans le système classique du CMP. »

PS2 : « Qu'on les remette à nouveau dans le circuit du soin psychiatrique... »

PS4 : « On essaie d'amener aux soins du mieux possible. Des fois on amène pas forcément aux soins parce que quand c'est de la solitude. On peut très bien les amener juste dans des clubs, ou dans des activités pour qu'ils soient... Les mettre en lien dans la société. »

PS6 : « *Quand elles sont prêtes. On les reçoit ici sur le CMP. Donc c'est moi qui les prends en charge ou ma collègue infirmière. Et du coup, pour nous, la prévention : ça passe aussi par le fait de pouvoir les réorienter vers d'autres dispositifs de soins et/ou social. Par exemple : les associations d'aide aux victimes, leur proposer le numéro du 3114, pour les risques suicidaires imminents. Euh... ça peut aussi passer par, leur proposer l'école de la deuxième chance. Du coup, dans l'idée que la personne puisse avoir un maximum de ressources pour pouvoir ensuite poursuivre euh... »*

Ils ont également des missions auprès des professionnels de terrain tels que la sensibilisation aux pathologies psychiatriques, le développement du réseau et le renforcement de la coopération.

PS6 : « *Par exemple : comment repérer un geste suicidaire ? Comment repérer des risques de passage à l'acte ? Comment y faire face ? Vers qui on envoie. »*

PS2 : « *On travaille alors avec le SIAO, les CCAS de chaque pôle, Habitat Insertion, la vie active tout... C'est parce que... En fait, on a plein d'organismes de précarité. »*

« On leur... On leur apprend un petit peu à apprendre. On leur montre un petit peu. On les sensibilise. »

2. Modalités d'intervention

Les EMPP ont pour mission d'aller au-devant des publics cibles, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés.

Les modalités de prise en charge diffèrent d'une EMPP à une autre. Les interventions se font directement dans la structure du partenaire suite à la demande ou au signalement formulés par celui-ci lors de permanences bien définies pour certains. Aucune consultation n'est assurée dans les locaux des EMPP car elles ne disposent pas de locaux dédiés pour recevoir du public.

PS1 : « *On les rencontre par le biais de partenaires généralement » « Par le biais, de partenaires sociaux qui eux travaillent directement auprès de la précarité. »*

PS2 : « *On peut être enfin interpellé aussi par les CCAS pour des personnes qui vont être en voie d'expulsion. Et euh... qui sont enfin... qui vont mal et qui n'arrivent pas non plus. Et qui n'ont pas de suivi. Ensuite, on a... Ben, tout ce qui est CHRS. On s'en occupe également hein... On a... On va régulièrement sur les CHRS. »*

PS6 : « Nous... On intervient dans les foyers d'hébergement d'urgence notamment, et à l'école de la deuxième chance » (...) « On les rencontre au moment où ils viennent d'arriver dans ces structures ».

« Nous... On propose des permanences. On va dire avec ma collègue infirmière en binôme. Elle y va toutes les semaines, moi, tous les mois. Et, on propose de les rencontrer à ce moment-là quand eux sont prêts, quand eux le veulent ou sur signalement de l'équipe éducative ».

Les différents dispositifs interviennent auprès des personnes en situation de précarité au niveau des CHRS. Ils n'interviennent pas au plus près de la personne, en rue, par le biais de maraudes.

PS1 : « Mais aussi d'aller vers les gens. » « Mais on... On pourrait même être encore plus direct, hein par le biais de maraudes. Hein, ça se fait dans... à d'autres endroits et... Et là, ça peut être intéressant aussi, mais aujourd'hui... C'est, aujourd'hui, on fait pas en tout cas. »

PS2 : « Généralement, on les rencontre soit... On est... On va dire par le SIAO qui nous appelle et le CHRS. Ensuite, on a des CCAS aussi qui nous interpellent. »

PS4 : « Donc à nous... À nous d'aller vers eux pour les amener après ».

3. Caractéristiques du public pris en charge

Les personnes en situation de précarité prises en charge par les EMPP présentent tout type de pathologies psychiatriques.

PS1 : « un patient qui vit en hébergement d'urgence, qui a une schizophrénie »

PS5 : « Trouble de l'adaptation, les émotions etc. Et puis aussi, comment je pourrais dire, pas forcément du trouble dépressif, voilà marqué, mais c'est surtout, voilà des troubles de l'adaptation, anxiété et puis aussi parfois..., parfois des..., des comportements à risque aussi »

PS6 : « Euh... Du coup... Récemment, je suis un jeune homme transgenre. Euh... Et du coup lui, il était allé... Il avait demandé lui-même être placé. Donc à être dans un hébergement d'urgence, un foyer. Euh... Parce que du coup, ses parents étaient maltraitants envers lui, vis-à-vis de sa transidentité. Et, du coup, il s'est retrouvé coupé de sa famille, de son environnement, l'école le suivait pas non plus dans ce processus-là. »

Les personnes prises en soin présentent également des comorbidités associées (exemple : abus et mélange de produits psychoactifs).

PS2 : « *En rupture de traitement, il a une injection retard... Tout ça ! Donc plus de traitements, plus rien à nouveau des conduites d'alcoolisation.* » « *Après, si on a des patients qui ont un problème, des problèmes d'addictions.* »

PS5 : « *ça peut-être sur... sur les addictions. Après effectivement, On travaille en lien avec le CSAPA, hein, qui souvent... On a les mêmes profils enfin les mêmes, la même patientèle.* »

AXE 3 : Parcours de soins

1. Mode d'entrée dans le parcours de soins

L'entrée dans le parcours de soins pour un patient en situation de précarité se fait de différentes façons. Pour certains professionnels interrogés, le CMP reste le point de départ de la prise en soins. Pourtant, il existe un renoncement aux soins lié aux difficultés d'accès aux soins par manque de transports, de moyens de locomotion. Pour d'autres, il se fait par le biais des partenaires ou par d'autres dispositifs.

PS1 : « *Hein... Parce que le CMP, à mon sens, reste la plaque tournante de nos soins.* »
« *D'abord par les portes d'entrées classiques : Les urgences, enfin, les entrées classiques psychiatriques euh... Donc les urgences.* »

PS2 : « *Mais, ils arrivent pas à y aller. Ils arrivent alors... Nous en plus... On est une région où il y a pas de moyen de transport.* »

« *Ils ont pas de moyens de locomotion. Il y a pas de bus. Il y a rien* »

« *C'est dans les campagnes, c'est... c'est très... très compliqué hein. Là, il faut qu'on arrive à trouver des solutions parce que Ben... sur le moyen de locomotion. Ils peuvent pas.* »

« *On a également des gens qu'on rencontre... Enfin, qui passent par des urgences.* »

PS3 : « *Souvent, c'est parce qu'un tiers nous l'envoie.* »

PS4 : « *Nous... on est interpellé, en fait, par des partenaires. On n'intervient jamais en notre nom propre.* »

PS5 : « *On en vient à la précarité. Les gens qui sont pas véhiculés donc, c'est pas forcément évident pour eux de... d'aller vers le soin.* »

PS6 : « On les rencontre au moment où ils viennent d'arriver dans ces structures. Du coup, c'est des personnes qui sont SDF, peu importe leur âge... et du coup qui se retrouvent là. Nous... on propose des permanences. »

« Nos permanences... Elles permettent déjà dans un premier temps de prendre un contact avec les personnes, avec les résidents des foyers »

2. Coopération et partenariat

Pour faciliter la prise en charge globale des patients en situation de précarité, un partenariat identifié est essentiel.

Certaines EMPP interrogées ont mis en place un partenariat avec le secteur médico-social et social, les organismes du secteur spécialisés en addictologie et d'autres structures pouvant accueillir un public en situation de précarité. De plus, chaque EMPP a créé un maillage territorial qui lui est propre.

PS1 : « Des partenaires sociaux comme je te disais, c'est le SIAO avec qui on bosse principalement ».

PS2 : « On oriente aussi beaucoup vers le CSAPA, ça les a... On travaille beaucoup avec les CSAPA. »

« Alors nous... On travaille alors avec le SIAO, les CCAS de chaque pôle, habitat insertion, la vie active tout. C'est parce que, en fait, on a plein d'organismes de précarité. On a eu aussi les apprentis d'Auteuil. »

PS3 : « Après bon, nos partenaires, les bailleurs beaucoup : on les connaît tous. On se voit, (...) les équipes du logement, (...). Ils ont des liens très, très faciles avec euh... Pas-de-Calais Habitat, SIA, etc. Ils ont même des... des conventions avec eux pour des accompagnements. Les services sociaux, les... la MDS du Pas-de-Calais. »

PS4 : « Euh sinon, les partenaires c'est divers. On peut avoir aussi bien le Pôle Emploi. On peut avoir les euh... les bailleurs sociaux, les CCAS, les écoles, plus couramment les MDS, les maisons du département quand ils ont des gens en difficulté, le SIAO forcément, les équipes de rue. »

PS5 : « Équipe vraiment spécialisée pour les soins somatiques, soins psychiatriques et qui fait un peu la... la plaque tournante avec qui on bosse énormément finalement »

« C'est aussi parfois des médecins PMI. »

PS6 : « On travaille avec les CHRS. On travaille avec l'école de la deuxième chance »

« On travaille avec toutes les associations du coup du territoire, notamment avec « fiertés Nord-Pas-de-Calais » pour les personnalités transgenres ou LGBTQ+. »

Un seul dispositif a mentionné son partenariat avec une structure d'accueil pour Migrants et en a évoqué la complexité par manque de régularisation de leurs statuts.

PS2 : *« C'est un peu plus compliqué parce que c'est tout ce qui est euh... jeunes migrants en... Mais, en attendant en fait, de... de... de mise... Donc, c'est un peu plus compliqué parce qu'on sait que généralement, s'ils ont pas leur... Si...il y a pas les recours, et Ben, ils sont à nouveau dans la nature. Donc c'est... c'est un peu trop. On va dire, c'est pas assez... c'est trop précaire, en fait, pour les prendre. Mais, c'est déjà arrivé et le SAVS aussi de X, qui fait partie de la vie active, aussi pour les jeunes patients migrants. ».*

Un professionnel de santé évoque que son dispositif est en train d'étendre un partenariat avec différents acteurs au regard de la complexité des situations repérée.

PS1 : *« Et après Bah c'est justement de développer des partenariats. Pour que les gens, pour que les populations précaires puissent être prises en soins tout simplement. »*
« C'est justement aussi de réussir à structurer un petit peu les partenaires. En fait, tout est en train de se structurer, donc c'est un petit peu ça... »

Les professionnels des EMPP interrogés soulignent les difficultés de coopération avec certains partenaires qu'ils expliquent par une méconnaissance de leurs missions.

PS6 : *« Ils ont tendance à nous sursolliciter pour des problématiques qui ne seraient pas forcément de l'ordre de la psychiatrie ou pour des choses qui n'auraient pas de sens. »*

Pour d'autres personnes interrogées, les difficultés rencontrées dépendent de l'interlocuteur lui-même.

PS3 : *« Ces personnes dépendantes... Il a des gens qui sont plus ou moins réactifs à ce genre de difficultés, d'autres moins. »*

PS4 : *« Après, je dirais c'est pas forcément une institution, une fonction. C'est plus une personne. »*

C'est une personnalité plus qu'autre chose. Ouai... c'est vrai aussi. C'est pas toutes les institutions, ne réagissent pas de la même façon. ».

3. Articulation entre les dispositifs

Les partenaires sociaux sont au cœur du parcours de vie de la personne. Ils interviennent en amont et tout au long du parcours de soin. Ils sollicitent l'EMPP lorsqu'ils ont besoin d'un avis au regard de son expertise.

PS2 : *« On peut être enfin interpellé aussi par les CCAS. »*

« On les rencontre soit... On est... On va dire par le SIAO qui nous appelle et CHRS, euh. Ensuite, on a des CCAS aussi qui nous interpellent. »

Les professionnels de santé interrogés se situent à l'interface entre les acteurs sociaux et le secteur de psychiatrie.

L'EMPP est un dispositif d'accès aux soins qui a pour mission d'amener la personne en situation de précarité vers le droit commun, c'est-à-dire le CMP ou vers les services d'hospitalisation.

PS1 : *« Faire des entretiens de première évaluation : là ; c'est plus intéressant sur la précarité, sur ces structures sociales et euh... Et ensuite, l'idée c'est de bah... Justement de débiter les soins, de les renforcer pour souvent revenir, justement, dans le système classique du CMP.»*

PS2 : *« Ils nous demandent qu'on les remette à nouveau dans le circuit du soin psychiatrique. Ou à la fois c'est... Des personnes qui présentent des troubles. Enfin, les partenaires sociaux qui voient qu'il y a des troubles, hein, qui commencent à se dire qu'il y a des troubles.»*

PS4 : *« On essaie d'amener aux soins du mieux possible. »*

« Nous... on va pas faire du suivi. On amène vraiment vers le soin. On va pas faire du suivi à long terme. »

PS6 : *« Alors du coup, comme on a déjà dit : nos permanences, ça permet de rencontrer les personnes, de faire de l'évaluation. Quand elles sont prêtes ; on les reçoit ici sur le CMP. Donc c'est moi qui les prends en charge ou ma collègue infirmière. Et du coup pour nous, la prévention ça passe aussi par le fait de pouvoir les réorienter vers d'autres dispositifs de soins et/ou social. »*

AXE 4 : Prise en compte des déterminants de santé.

1. Caractéristiques individuelles

Plusieurs éléments constituant les déterminants de santé ont été identifiés par tous les professionnels de santé interrogés.

Au niveau des **caractéristiques individuelles**, nous retrouvons une population jeune, avec un faible statut économique, sans emploi, avec un manque de moyens pour se procurer de la nourriture, des carences affectives mais aussi des éléments de diagnostic territoriale.

PS1 : *« C'est aussi peut-être un manque d'éducation, des choses comme ça, qui fait que... Il y a même une pauvreté affective qui peut être présente, une pauvreté dans la manière de... de dans la... dans la manière de se présenter, dans la manière d'exprimer ses affects... »*

PS2 : *« C'est un patient qui venait du secteur de ... qui à 18 ans, était déjà à la rue... »*
« Ils sont en grande difficulté, alors même pour s'alimenter hein, pour pouvoir acheter à manger. »

« C'est un gamin qui aurait dû ... Il devrait pas connaître la rue. C'est pas possible, qu'à la base, il était vraiment psychotique quand je... depuis 18, l'âge de 18 ans avec des traits autistiques. »

« Pour les jeunes patients migrants aussi. »

PS3 : *« Après la précarité par rapport aux ressources économiques, les minimas sociaux, euh... Ici dans le bassin de vie, on a... Je pense la palme des gens aux minima sociaux de la France ou pas loin. »*

PS4 : *« On est dans le bassin XX, donc la précarité, elle est sociale, intellectuelle, financière, éducative, euh... Voilà on a tous les niveaux. »*

PS6 : *« ça se manifeste avec beaucoup de carences, au niveau affectif, au niveau psychique, au niveau éducatif, de la méfiance. »*

2. Milieux de vie

Au niveau **des milieux de vie**, nous retrouvons un environnement familial déficient et qui dysfonctionne selon les professionnels, avec parfois des violences intra familiales. Les professionnels évoquent également des conditions de logement indécentes.

PS1 : « On est quand même un territoire très pauvre, hein. Pour le territoire, c'est quand même un territoire qui est... qui... qui... qui... qui est assez pauvre. Donc en fait, la précarité ou alors de la pré-précarité. On va dire : on y on y est ».

PS3 : « Il y a la précarité euh du logement, hein. C'est des gens qui sont logés dans des conditions très instables. »

« Des gens qui sont dans des squats, dans des... dans des logements qui sont complètement détruits, etc., il y en a beaucoup ».

« La précarité relationnelle, l'isolement, euh... Rupture de tous les contacts familiaux, sociaux, précarité par rapport à l'emploi ».

PS4 : « Y a très peu de gens qu'on voit quand ils sont dans la descente, sinon ils n'acceptent pas d'aide. Eux : c'est vraiment quand ils seront à la rue ou même hébergés chez d'autres personnes ou dans des situations où ils se retrouvent expulsés. »

« Manque de repère, qui toute son enfance, je pense a été maltraitée et qui se retrouve mariée avec un Monsieur qui la... qui la violente. Elle est sous emprise. Il y a pas de coup physique apparent, mais il y a de la violence sexuelle. Il y a de la violence psychologie très forte. »

PS6 : « Environnement familial déficient avec beaucoup de dysfonctionnements et une instabilité sur plusieurs domaines et plusieurs plans. »

« Parce que du coup, ses parents étaient maltraitants envers lui, vis-à-vis de sa transidentité. Et du coup, il s'est retrouvé coupé de sa famille, de son environnement, l'école le suivait pas non plus dans ce processus-là. Et du coup, il s'est trouvé très isolé. Et pour lui, la précarité, du coup, elle s'est instaurée à ce moment-là. Alors qu'avant, il n'y avait pas forcément de notion de précarité ».

3. Systèmes

Le troisième champ des déterminants de la santé couvre le domaine des principaux **systèmes** que l'on retrouve au travers des différents services à la fois dans le domaine social au travers des prestations fournies. Au niveau des systèmes d'éducation, certains professionnels parlent de carence éducative mais aussi des difficultés d'accès aux soins faute de transport.

PS1 : « L'accès aux services hein je sais pas hein... Les aides sociales et diverses. »

« Le fait qu'on ait une enveloppe de l'ARS qui est dédiée à ça. C'est quelque chose qui permet en partie d'y parvenir. »

PS2 : « *Mais ils arrivent pas à y aller. Ils arrivent alors... Nous en plus, on est une région où il y a pas de moyen de transport. »*

« Ils ont pas de moyens de locomotion. Il y a pas de bus, il y a rien. »

« C'est dans les campagnes, c'est... c'est très... très compliqué hein. Là, il faut qu'on on arrive à trouver des solutions parce que Ben... sur le moyen de locomotion. Ils peuvent pas. »

PS3 : « *On les voit parce qu'il y a un problème aigu de logement. C'est le service logement. On les voit parce que le RSA nous confie le dossier. Parce que par exemple : ils ne viennent pas au RDV donc ils risquent de perdre leurs droits. »*

« Les gens n'ont pas leur droit ouvert »

PS4 : « *On peut avoir aussi bien le Pôle Emploi. On peut avoir les euh... Les bailleurs sociaux, les CCAS, les écoles, plus couramment les MDS, les maisons du département quand ils ont des gens en difficulté, le SIAO forcément, les équipes de rue. »*

PS6 : « *Du coup pour nous, ça se manifeste avec beaucoup de carences, au niveau affectif, au niveau psychique, au niveau éducatif... »*

AXE 5 : Continuité, adhésion au soin, frein, point de rupture dans le parcours

1. Adhésion aux soins :

Selon les différents professionnels interrogés, il existe différentes problématiques liées à l'adhésion aux soins. Plusieurs éléments ont été dégagés dans le discours des professionnels. En ce qui concerne la temporalité des soins, la lenteur du processus d'adhésion implique un long travail d'accompagnement ainsi que l'adaptation des objectifs de soins au plus près des besoins et attentes des patients.

PS3 : « *ça peut prendre du temps euh quelque fois l'équipe mobile peut voir quelqu'un 10 fois, avant que la personne accepte d'aller au CMP »*

PS2 : « *et qu'il faut être prêt à accepter que la personne elle sera en rupture »*

PS1 : « *finalement on essaye d'accrocher on passe du temps et oui finalement, à la fin le patient, ça veut pas dire que ça a servi à rien parce que c'est toujours une amorce qui est lancée mais bon à la fin la personne ne va pas vers les soins, on a pas réussi suffisamment à l'accrocher par les soins »*

Aucune des personnes interrogées n'est formée à l'éducation thérapeutique. Néanmoins, les professionnels s'inscrivent tous dans une démarche d'éducation à la santé adaptée aux publics rencontrés. L'observance du traitement est travaillée de différentes façons avec les partenaires prenant en charge les personnes en situation de précarité.

PS1 : *« information qui juste hein, pour qu'il comprenne le temps, aboutissant aussi les effets secondaires des traitements et adapter c'est à dire que on va pas expliquer de la même manière un traitement à quelqu'un qui a fait 10 ans de math sup, math spé à quelqu'un qui est illettré hein, sans lui manquer de respect à aucun des 2 parties d'ailleurs, mais forcément on va pas mener de la même manière, donc ça c'est la première chose, c'est d'explication du traitement »*
« On se rapproche des partenaires médico-sociaux qui ont déjà une infirmerie sur place ou des éducateurs, on leur demande s'ils peuvent vérifier la bonne observance »

PS5 : *« L'observance thérapeutique, après tout dépend hein parce qu'ils ont pas tous des traitements une fois c'est juste une anxiolyse ponctuelle après si c'est un traitement de fond pour une maladie chronique, on s'assure avec les éducateurs que la continuité des soins est bien effective »*

PS4 : *« On les accompagne pour l'observance du traitement et la reprise du suivi, on fait ça en individuel c'est au cas par cas »*

PS3 : *« Expliquer aux gens euh à quoi servent leurs traitements, comment on les prend, les aider à, à sécuriser leur prise y compris avec des interventions extérieures »*

2. Le manque de moyen, le point de rupture

L'ensemble des intervenants aborde le manque de moyen et d'agilité de la réponse comme un frein à une continuité des soins et à une qualité des soins rendant difficile l'accès aux soins pour les patients en situation de précarité.

PS1 : *« On va dire un parent pauvre de la psychiatrie »*

« Il y a un manque de moyens »

PS2 : *« Quelqu'un qui viendrait avec nous aussi, hein, pas tout le temps, mais un médecin. Enfin un avis médical sur place, une assistante sociale sur place enfin, qui nous aiderait aussi hein »*

PS3 : *« Il y a un manque de personnel »*

« Ce ne soit plus un saupoudrage de petits moyens face à ces populations en difficulté »

PS4 : « De psychiatre, de gens de bonne volonté. De gens qui ont envie, qui ont encore envie. Qui sont motivés pour faire ce qu'on fait. Oui des gens motivés, impliqués »

« Les mêmes soucis que tout le monde actuellement, le manque de professionnels sur le terrain le gros manque de professionnels, de médecins »

PS5 : « Mais d'y aller de façon plus flexible et plus, plus souvent, j'aimerais bien mais je peux pas, je suis coincée parce que j'ai pas les moyens d'y aller j'ai pas les moyens d'être flexible »
« Un véhicule aussi »

PS6 : « pouvoir recruter quelqu'un » (...) « Mais c'est vrai qu'avoir plus de temps dédié à la précarité et/ou avoir des locaux pour pouvoir, par exemple, proposer des groupes ouverts ou ce genre de choses »

Certains professionnels évoquent également une problématique d'accès aux soins somatiques en plus des troubles psychiques. La pénurie médicale est également évoquée dans ces points de rupture.

PS3 : « Ben, il y a pas que le soin psychiatrique, il y a le soin physique hein, y a un gros, gros problème d'accès aux soins physiques actuellement, hein on découvre des gens qui ont des pathologies qui n'ont jamais été prise en charge »

« C'est l'abandon du soin »

« Trouver un médecin traitant actuellement, faut se lever de bonheur »

« Des gens qui ne sont pas capables d'aller au cabinet, sauf certains médecins traitants qui, qui bougent mais certain n'acceptent que les gens qui se présentent ce qui fait que tous ceux qui ne sont pas mobiles, pour des raisons, même psychologiques hein »

PS4 : « ben euh les mêmes soucis que tout le monde actuellement, le manque de professionnels sur le terrain, le gros manque de prof, de médecins. Ce qui fait qu'on est bien en difficulté pour faire suivre les gens hein, nous dans notre équipe, notre médecin, il trouve pas de remplaçant »

Pour autant d'autres professionnels évoquent une collaboration étroite avec les médecins généralistes suite à des délais très longs pour rencontrer un psychiatre.

PS2 : « On travaille peu avec les généralistes mais ça commençait à venir »

« Orientent sur les médecins traitants »

PS5 : « Avoir des délais où les RDV psychiatres sont très long, c'est pas forcément nécessaire de voir un psychiatre dans 4 ou 5 mois, en sachant que les délais sont longs quand il y a une anxiété ponctuelle ou réactionnelle à une situation, ça peut se traiter avec un médecin traitant »

AXE 6 : Analyse des pratiques, formation

1. Analyse des pratiques

Le besoin d'amélioration des pratiques professionnelles est primordial pour certains professionnels. Ils participent à des groupes d'échange entre EMPP ainsi qu'à des réunions cliniques avec différents partenaires mais cela reste ponctuel. Cependant, l'analyse de pratiques professionnelles n'est pas réalisée sur ces dispositifs alors que toutes les situations s'avèrent complexes.

PS1 : « *On a fait quelques journées, hein, quelques journées d'équipes mobiles dans la région lilloise, euh, mais ce n'est pas un groupe d'analyse de pratiques* »

PS2 : « *Il y a le GEP ici, c'est le groupe des groupes d'échanges entre partenaires précarité donc c'est avec des, avec les services sociaux, avec Habitat Insertion, il y a des CSAPA, il y a la Vie Active* »

PS4 : « *Non pas des groupes d'analyses non, on échange, il y a des partenaires qui viennent à des réunions et puis on échange sur des situations. Une fois par an. C'est plus des réunions cliniques. Voilà c'est plus des réunions cliniques.* »

PS5 : « *Alors oui, on en faisait avant la COVID avec tous les partenaires du territoire qui soient, qui soient de la communauté urbaine X, les partenaires sociaux, les assistantes sociales, les éducateurs, les directeurs de foyer. On se réunissait, on était très nombreux, une fois par an, c'était top et on avait des axes de travail sur des prises en charge. Mais on n'a plus, c'était chouette, on avait, on avait les référents les référents logements de la ville X, on avait le comité local de... je sais plus quoi enfin technique. Enfin bref, vous avez un truc énorme, on était une trentaine et on faisait des cas concrets tous ensemble. C'était avec les partenaires, enfin la Vie Active, etc. tout ce qui est associative et tout ça, c'était pas mal. Mais c'est fini* »

PS6 : « *on fait partie du réseau des EMPP Hauts de France et du coup, une fois tous les six mois ou tous les ans, je ne sais plus, on les rencontre, et on fait des groupes, et on échange* »

2. Formation

L'ensemble des personnes interrogées est formé à diverses techniques de prise en soins des personnes en souffrance psychique (thérapie brève, thérapie familiale...). Personne ne dispose de formation spécifique sur la précarité et cela constitue un besoin exprimé pour bon nombre d'entre eux.

PS1 : « *donc pourquoi pas avoir des formations spécifiques sur la précarité euh. Pourquoi pas avoir une équipe dont des infirmiers encore plus formés sur la précarité* »

PS6 : « *Et ben déjà plus de ressources humaines, évidemment plus de soignants formés* »
« *On a eu très peu de formation et ça, ce serait chouette de pouvoir être plus formé* »

DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était d'analyser le fonctionnement des dispositifs existants en termes d'organisation des parcours de soins du patient en situation de précarité dans le but d'évaluer les modifications possibles et les axes d'amélioration des pratiques de soin.

Pour rappel, les expériences ont été recueillies par des entretiens semi-directifs. J'ai choisi d'effectuer cette étude au niveau du PTSM Artois-Audomarois.

Cette analyse a permis d'identifier et de dégager des axes permettant d'appréhender et de prévenir le renoncement aux soins.

Cette étude a aussi révélé des pratiques divergentes entre chaque EMPP du PTSM.

I- Discussion des résultats

A- Représentation des patients en situation de précarité par les équipes soignantes.

Il ressort de l'analyse du contenu des entretiens une définition approximative de la précarité. Pour certaines personnes interrogées, elle est définie par le lieu d'intervention. « Seules les personnes vues en CHRS sont précaires ». Les professionnels parlent très peu des personnes en situation de précarité ayant un logement, vivant en milieu rural.

D'autres soignants interrogés la définissent comme une situation de pauvreté, avec une absence de sécurité, une perte de repères dans la société, une peur de perdre les objets sociaux (perte du logement, difficulté à se nourrir...).

Pour Jean Furtos (4), la Pauvreté c'est avoir peu, alors que la Précarité c'est craindre de perdre des objets sociaux tels que son emploi, son logement... Il est possible de vivre précaire en gagnant bien sa vie. L'objet social est perçu comme une forme de sécurité selon Joseph Wresinsky (20). Il définit la précarité comme une absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. Au regard de ces éléments, il conviendrait de resituer les fondamentaux liés au concept pour les acteurs concernés.

Les personnes en précarité ne sont pas souvent en demande de soins ou renoncent plus facilement face aux difficultés d'accès (difficultés à obtenir des 1^{ers} RDV, etc.). L'impérieuse nécessité « d'aller vers » pour faciliter l'entrée dans un parcours de soin prend tout son sens.

B- Pratiques professionnelles.

Il y a un décalage entre le discours des professionnels soignants interrogés en lien avec leurs missions et leurs pratiques.

Ils exercent auprès d'un public en situation de précarité mais seulement dans les structures de type CHRS.

Pour rappel, l'EMPP (36) est une unité de coordination, d'accueil, d'évaluation et de prise en charge des publics précaires souffrants de troubles psychiques.

Ce dispositif intervient auprès des structures sociales, des services de justice, des associations concernées par les personnes en situation de précarité : centres d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale, centres d'accueil de jour, centres de demandeurs d'asile, foyers de l'enfance et dans les autres lieux de vie...

Son objectif est d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Certes, la prise en soin des EMPP interrogées va « hors les murs » mais ne va pas au-delà des permanences. La rencontre ne semble pas être provoquée.

Selon Alain Mercuel (34), l'aller vers sert à « *provoquer la rencontre, à tenir le lien pour décoder une demande implicite et au mieux faire formuler une demande explicite, puis si possible poursuivre par un accompagnement vers des lieux où des soins sont offerts* ».

“L'aller vers” se concrétise par différentes modalités d'intervention. Les professionnels interrogés ne font pas de maraude, ils n'interviennent pas dans la rue ou dans les lieux de vie précaires (squat, logement...), ce qui peut constituer une difficulté au regard des caractéristiques identifiées dans le cadre conceptuel.

Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) ne sont pas investis alors qu'il en existe sur chaque territoire couvert par les dispositifs EMPP investigués.

Une seule EMPP avait évoqué la prise en charge succincte des personnes migrantes en situation de précarité. Mais cela restait difficile selon la personne interrogée : la barrière de la langue et la situation administrative compliquant la continuité des soins (la personne ne reste pas longtemps au CADA).

De plus, les trois EMPP fonctionnent différemment. Leurs missions ne sont pas explicitement identifiées pour certains. Il en est de même pour le nombre de postes pourvus.

Une seule possède son statut individuel propre. Les deux autres sont soit absorbées par un autre dispositif mobile ou ont des missions autres que celles définies par la circulaire de novembre 2005 (36).

C- Parcours de soins

Les professionnels des EMPP se situent à l'interface entre les acteurs sociaux et le CMP. Leur présence sur les structures favorise le dialogue avec les équipes et permet d'être identifiée par le public en situation de précarité.

La description du fonctionnement des EMPP par les professionnels interrogés permet de modéliser le parcours de soins des patients pris en charge.

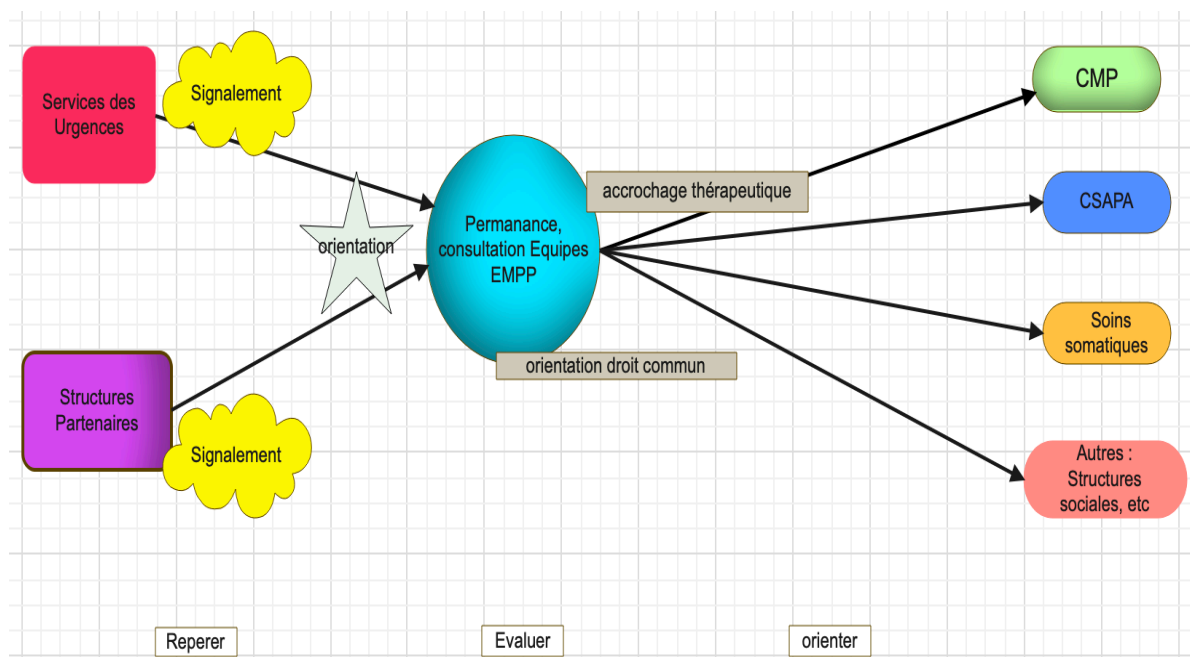


Figure 2 : Parcours de soins selon les EMPP du PTSM Artois-Audomarois

L'entrée dans le parcours fait suite à un signalement des structures partenaires (CHRS) ou des Urgences (figure 2).

En comparaison avec la modélisation des parcours de Monsieur H (figure 3)

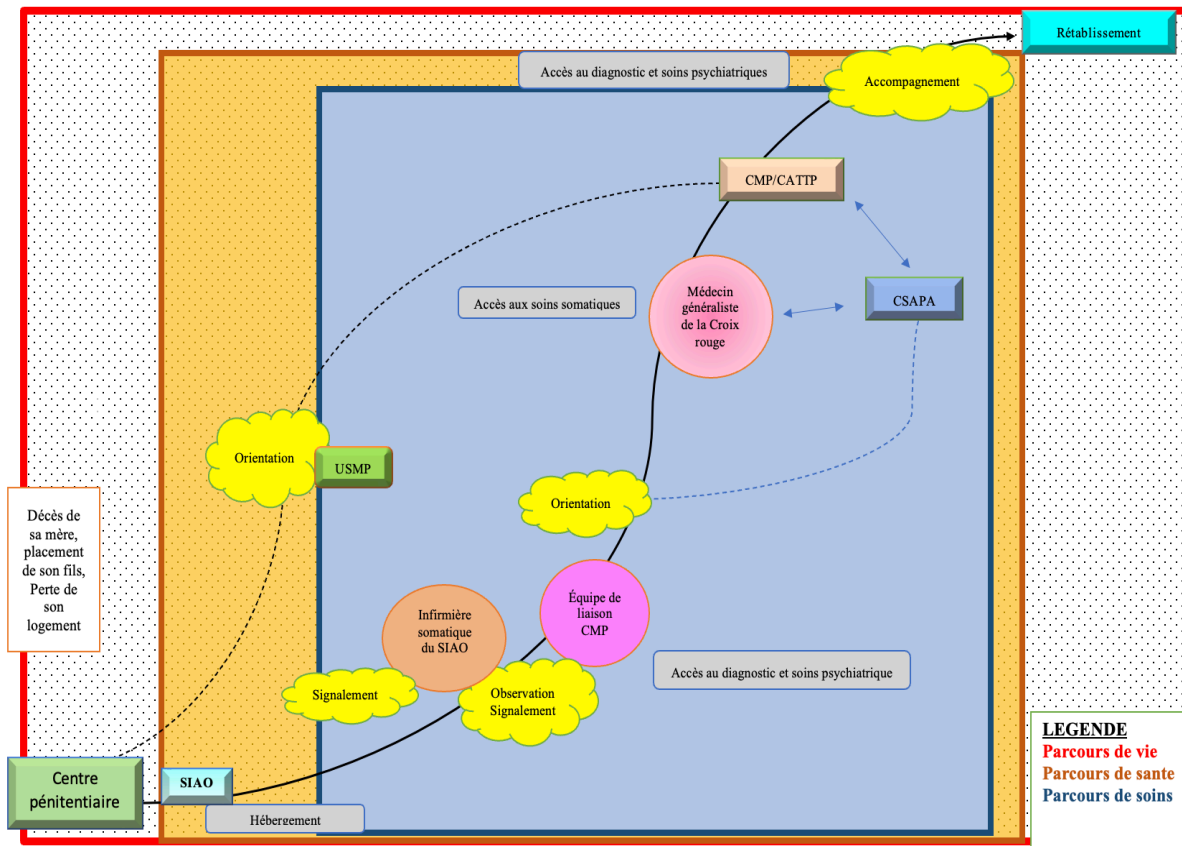


Figure 3 : Parcours de Monsieur H

Les professionnels ont identifié certains points de rupture dans le parcours, notamment au niveau des CMP, avec un délai de RDV trop long.

Dans ces 2 modélisations, nous pouvons souligner la complexité du parcours. Selon la Haute Autorité de la santé. (24), « Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques, sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non programmée et de ruptures dans son parcours ».

En effet, une situation est dite complexe lorsqu'un risque de rupture de parcours est identifié ou que la rupture est avérée. Une accumulation de paramètres vient dessiner cette situation complexe : sur le plan social, économique, environnemental, culturel...

L'article L. 6327-1 (22) de la loi de modernisation de notre système de santé définit un parcours de santé comme complexe « *lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux* ».

De ce fait, le parcours de la personne en situation de précarité serait d'emblée considéré comme complexe. À partir de ces définitions, ce serait le médecin qui déclencherait la fonction d'appui. Or, ces personnes ont rarement un médecin référent.

En reprenant la situation de Monsieur H, sa situation médico-psychosociale est une situation complexe. Ses problématiques sociales et économiques peuvent être un obstacle à son parcours de santé. Celui-ci, sortant d'incarcération, se retrouve en situation de précarité. Sa situation requiert l'intervention d'une multitude d'acteurs dans des champs divers.

La psychiatrie ne peut pas prendre seule en charge la souffrance psychologique. Pour élaborer le projet de soins d'un patient, elle doit être en lien avec un ensemble de contacts sociaux ou professionnels permettant une interaction et une entraide permettant de mailler les compétences requises au regard des problèmes identifiés (26).

Selon Bercot et De Coninck (54), « *l'organisation des réseaux est fondée sur la coopération et la coordination entre acteurs relevant de disciplines et structures différentes, elle donne un nouveau sens à l'exercice professionnel [...]. Se tisse alors une cohérence qui a pour motivation la prise en charge globale de la personne* ».

De plus, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies (PRAPS) (55) 2018-2023, créé par la Loi de lutte contre les exclusions de 1998, est un programme obligatoire du Projet Régional de Santé (PRS). Dans son quatrième objectif, « *améliorer la coordination des acteurs et des interventions des professionnels* », il encourage une articulation et une coordination renforcées des acteurs et des dispositifs du champ de la santé.

Cet objectif est également repris dans la feuille de route du PTSM Artois-Audomarois.

Les axes dégagés dans cette étude y sont également inscrits.

Sur la thématique spécifique de la précarité, 4 axes prioritaires ont été retenus :

- Améliorer la collaboration et la connaissance mutuelle des acteurs du social, médico-social et du sanitaire (Coordonner, coopérer et travailler en réseau).

- Améliorer la prévention, le repérage précoce des troubles psychiques et accompagner l'accès aux soins.
- Construire et coordonner le parcours de situation complexes, en assurant une meilleure coordination entre les structures des différents champs.
- Lutter contre la stigmatisation, parfaire la promotion de la santé mentale, favoriser la stabilisation du parcours résidentiel et l'accès à la vie sociale.

Il existe cinq centres de détention et maisons d'arrêt sur le territoire du PTSM Artois-Audomarois, couverts par les trois EMPP. Seul un personnel soignant l'évoque. Certaines personnes sortant d'incarcération sont prises en charge dans les CHRS suite à leur situation personnelle (perte de logement...).

La fiche Action n° 2 de la thématique « Parcours Adultes en Santé Mentale » du PTSM propose l'Harmonisation des pratiques pour le public suivi par un tribunal majeur protégé et de personnes placées sous-main de justice.

La F2RSM Psy a récemment publié une étude nationale sur la santé mentale en population carcérale sortante (56). Le risque suicidaire est estimé à 27,8 % pour les hommes et 59,5 % pour les femmes avec un risque élevé estimé respectivement à 8,2 et 19,1%. La période de libération reste une période difficile, pour les personnes libérées. Notamment avec un risque accru de passage à l'acte suicidaire lié au choc de la sortie. Des dispositifs d'accompagnement à la sortie (SAS) sont en expérimentation sur le Centre Pénitentiaire de Longuenesse pour prévenir ce risque majeur.

D- Prise en compte des déterminants de santé.

Les professionnels interrogés prennent en compte les déterminants de santé dans leurs prises en charges. Ils les ont identifiés au travers des caractéristiques individuelles, du milieu de vie, du système dans lequel le patient vit.

On retrouve donc une jeune personne, sans emploi, ayant un faible revenu, des difficultés à se nourrir, une carence éducative et un logement indécent.

L'OMS définit les déterminants de la santé (57) comme des facteurs personnels, sociaux, et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Selon la charte d'Ottawa en 1986 et la déclaration de Jakarta de juillet 1997 de l'OMS, certains déterminants sont les conditions préalables à l'instauration de la santé. Ils sont composés du

logement, de la Sécurité Sociale, des relations sociales, de l'alimentation, du revenu, de la pénibilité du travail, de la stabilité climatique et de la qualité de l'air (réfugiés climatique) ... Ces éléments sont également à prendre en compte dans le champ de la Santé Mentale.

La santé mentale d'une personne ne peut entièrement être expliquée par des facteurs individuels. Les éléments inhérents à l'environnement de la personne sont aussi à considérer.

E- Continuité, adhésions aux soins

L'approche bio-psychosociale nécessite une temporalité non négligeable selon les professionnels interrogés. L'adhésion aux soins implique un long travail d'accompagnement avec une adaptation des objectifs de soins au plus près du patient.

La relation de confiance instaurée avec un patient en situation de précarité est primordiale pour la construction de son projet. Elle se fait grâce aux compétences de l'ensemble des partenaires. La construction du projet de vie ne peut pas se faire sans l'adhésion du patient et l'accompagnement de l'équipe du CMP et des différents partenaires (du médical, du social...). L'objectif est de renforcer « son pouvoir d'agir », lui permettre de piloter sa propre vie (empowerment). Il ne s'agit plus de « faire pour » mais de « faire avec ».

L'OMS définit l'empowerment comme « le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes) afin d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés ».

La connaissance de son environnement, son histoire de vie, sa culture, sa souffrance psychique, mais également « l'Aller vers » favorisent ce partenariat thérapeutique, renforcé par l'étroite collaboration entre les équipes des CHRS (infirmière somatique et éducateur) et les équipes des CMP.

Le patient est considéré comme un partenaire expert de sa maladie et de sa situation de vie.

Nous avons constaté qu'aucune personne interrogée n'est formée à l'éducation thérapeutique (ETP). Les psychiatres interviennent dans l'annonce du diagnostic, avec l'explication des thérapeutiques prescrites. Les infirmiers interrogés mettent en place une démarche d'éducation à la santé en lien avec leur rôle propre.

L'ETP est composée d'éléments coconstruits avec le patient. Le bilan éducatif partagé permettrait d'identifier les besoins et les attentes en explorant le parcours de vie de la personne.

Cet accompagnement dans le processus de rétablissement participera à l'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie. Le principe du rétablissement (58) s'appuie sur la reconnaissance des compétences acquises par le patient.

Le rétablissement est un moyen de vivre une vie satisfaisante malgré les limites résultant de la maladie et de la situation précaire. Le patient devient « patient partenaire », acteur de sa santé. L'accompagnement dans son parcours de soins avec les différents rendez-vous proposés à Monsieur H, fait partie des éléments coconstruits avec lui afin d'assurer la continuité de ses soins. Selon Martine Beauvais l'accompagnement consiste à : « Être à côté de ... sans faire à la place de ... en respectant le rythme de ... » (59).

F- Analyse des pratiques, formation

L'étude a également mis en lumière que les professionnels de santé manquent de formation spécifique à la prise en soin des personnes en situation de précarité. Ils sont tous formés dans le domaine de la psychiatrie (thérapie brève...).

Malgré un besoin d'amélioration des pratiques professionnelles, les personnels soignants des EMPP interrogés ne participent pas à des groupes d'analyses de pratique.

L'analyse des pratiques est une méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences professionnelles. Selon André Lévy (60) c'est « *une méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences professionnelles, récentes ou en cours, présentées par leurs auteurs* », qui est nécessaire à l'analyse et la compréhension de la complexité inhérente à notre thématique.

II- Forces et limites de l'étude

Même s'il existe beaucoup d'écrits sur le thème de la précarité, le choix d'étudier les pratiques de soins des EMPP du PTSM Artois-Audomarois reste innovant. En effet, aucune étude ne s'est intéressée à la prévention du renoncement aux soins dans le parcours de soin du patient en situation de précarité sur ce territoire.

Le choix d'une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs a permis d'aller sur le terrain, et de ce fait d'échanger avec des professionnels de santé du PTSM. Ces entretiens ont facilité la libre expression et apporté des contenus de réponses qui n'auraient pas pu être recueillis par une étude quantitative.

La grille COREQ (50) a été utilisée et placée en annexe 6 pour évaluer la qualité de l'étude.

Néanmoins, cette étude présente des faiblesses. Il s'agissait ici d'une étude qualitative auprès d'acteurs de terrain du PTSM Artois-Audomarois. Ce travail n'a inclus que peu de participants et n'a donc pas vocation à tirer des conclusions généralistes mais à mettre en exergue les difficultés recensées sur un territoire bien défini.

Bien que la consultation d'aide méthodologique de la F2RSM Psy m'ait grandement aidé sur le codage des entretiens, un biais est possible. L'analyse de cette étude a été réalisée uniquement par l'enquêteur. Il n'y a pas eu de triangulation dans l'analyse des données. La restitution des résultats peut donc être influencée par la subjectivité du chercheur.

III- Perspectives et besoins pour la prévention du renoncement aux soins des patients en situation de précarité

Cette étude a permis d'identifier des obstacles dans le parcours de soin du patient en situation de précarité. Grâce à une réflexion croisée autour des résultats de l'étude et de la littérature, des leviers peuvent être proposés pour faire face à ces obstacles.

1- La valeur ajoutée de l'implantation d'un Infirmier de Pratique Avancée en EMPP

L'intérêt et la valeur ajoutée de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) permettraient de prévenir le renoncement aux soins dans le parcours de soin du patient en situation de précarité. Le décret n° 2019-836 du 12 août 2019 (61) modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 (62) définit les conditions d'exercice de l'IPA en psychiatrie et santé mentale.

Dans un rapport publié en 2018, l'HAS évoque la coordination entre le médecin et les différents professionnels de santé dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux (63). La collaboration entre le médecin généraliste de ville et les autres acteurs de soins permet d'améliorer le diagnostic, la prise en charge et le suivi « en évitant les ruptures de soins des patients ».

Le cadre réglementaire (64) (article R. 4301-4 du Code de Santé Publique) stipule que les modalités de collaboration entre psychiatres et IPA sont formalisées dans un protocole organisationnel. Ce protocole précise les modalités de collaboration, d'échanges

d'informations, de réunions pluriprofessionnelles, ainsi que les conditions de retour du patient vers le médecin sur décision de l'IPA ou à la demande du patient.

Grâce à une grande proximité avec la personne, l'IPA dispose d'un accès direct à l'ensemble des catégories sociales et est plus à même d'observer les effets de la précarité sur la santé (65). Une approche globale des personnes lui permet d'intégrer la dimension sociale des problématiques de santé et de travailler en collaboration avec les acteurs du champ social. L'IPA peut ainsi développer une prise en soin adaptée à la précarité au plus près des populations démunies en souffrance psychique afin de les accompagner dans une prise en soins en adéquation avec leurs difficultés, mais également du fait d'un parcours complexe et d'une temporalité en lien avec le rythme du patient.

En prenant pour exemple la situation clinique de Monsieur H, l'arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 (62) permet de définir les conditions d'exercice de l'IPA comme suit :

A. Évaluer l'état de santé de Monsieur H en relais de consultations médicales

En relais des consultations avec le psychiatre référent et en accord avec le protocole d'organisation, l'IPA effectuera le suivi de Monsieur H dans son parcours de soin, considérant que le psychiatre de l'USMP ayant pris en charge Monsieur H lors de son incarcération, exerce aussi sur le CMP.

En allant au plus près de Monsieur H dans le cadre de l'aller vers, l'alliance thérapeutique pourra être créée et de ce fait, une relation de confiance pourra être instaurée.

Les consultations de L'IPA consisteront à :

- Évaluer la symptomatologie : syndrome positif, syndrome négatif et syndrome de désorganisation...
- Évaluer le sommeil, l'alimentation, le risque suicidaire lié au choc de la sortie d'incarcération, les consommations de toxiques, alcool et tabac, les centres d'intérêt et attentes de Monsieur H,
- Évaluer la qualité de vie de Monsieur H sur l'extérieur,
- Définir les objectifs de soins avec Monsieur H et les prioriser,
- Organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire, avec le CMP, le SIAO, les partenaires identifiés au regard de ses besoins de soin.

B. Définir et mettre en œuvre le projet de soins de Monsieur H à partir de l'évaluation globale de son état de santé

En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire du SIAO et après interprétation des signes et des symptômes en lien avec sa schizophrénie et son état de santé, Monsieur H pourrait être orienté vers un médecin généraliste pour un travail en collaboration.

L'IPA pourrait renouveler son traitement psychiatrique ainsi que les examens liés à la surveillance des effets secondaires des traitements neuroleptiques (ECG, surveillance, bilan métabolique...).

Monsieur H étant sous méthadone, instaurée en détention suite à des antécédents addictifs, un accompagnement vers le CSAPA, en coordination avec son médecin généraliste et son psychiatre, pourrait être réalisé par l'IPA.

C. Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (66).

L'éducation thérapeutique de Monsieur H fait partie des missions de l'IPA. Cette démarche éducative va au-delà d'une simple information orale ou d'un simple conseil de prévention que j'aurais pu donner en tant qu'infirmier.

L'objectif est d'amener Monsieur H vers un programme d'ETP existant sur le CMP afin de l'accompagner dans l'adoption de stratégies d'adaptation pour éviter les rechutes, prévenir les mésusages de ses traitements et assurer une bonne observance de ce dernier.

Monsieur H a été informé de son diagnostic lors d'une de ses hospitalisations.

En collaboration avec l'infirmière du SIAO, l'IPA pourra établir un bilan éducatif partagé avec Monsieur H incluant les objectifs à atteindre, la reprise d'une activité physique, des soins à médiations, lui permettant d'acquérir les compétences nécessaires au maintien de sa santé.

D. Organiser les parcours de soin et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés

La prise en charge de Monsieur H nécessite l'implication de plusieurs acteurs avec des compétences différentes. Le lien avec un médecin de premier recours pour Monsieur H reste primordial. De même l'organisation de son parcours de soins demeure complexe. En effet, la difficulté est qu'il existe une démographie médicale déficitaire rendant difficile l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Sur le territoire où il vit, les médecins généralistes ne prennent plus de nouveaux patients dans le cadre des parcours de soins coordonnés surtout pour des problèmes psychiatriques et d'addiction.

Seul le médecin bénévole de la croix rouge a accepté de réaliser l'examen clinique somatique et de renouveler son traitement.

À ce titre, l'IPA peut collaborer avec ce médecin, l'infirmière du SIAO, en accord avec le psychiatre référent et Monsieur H.

L'IPA pourra organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles avec les différents professionnels des champs sanitaire, social et médico-social intervenant dans le parcours de soins de Monsieur. Dans le respect du secret médical, il sera également en mesure de faire le lien avec l'assistante sociale du CMP, l'équipe du SIAO (IDE, éducateur), le CSAPA, sa curatrice, etc. afin de prévenir l'ensemble des risques de rupture identifiés.

E. Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.

L'IPA a acquis un savoir, un savoir-faire, un savoir-être et un savoir-agir nécessaires à la prise en charge des patients. Il participe au changement et à l'amélioration des pratiques professionnelles en collaboration avec le cadre du service.

Un groupe d'analyse de pratiques pourrait être créé dans le cadre « la prise en charge des patients en situation de précarité... ». Dans ce groupe pourrait être abordé les comorbidités chez les personnes schizophrènes : outre le risque élevé de suicide, il existe un risque majeur de développer des comorbidités somatiques graves, affectant les systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, digestif et endocrinien...

L'analyse de pratiques pourrait permettre de déconstruire certaines fausses croyances chez les patients en situation de précarité présentant un trouble addictif : « *La représentation courante de l'utilisateur dépendant est celle d'un « incapable », d'un « faible », d'un « malade », d'un « manipulateur »* »(67). L'analyse de pratiques pourrait également permettre la déstigmatisation des personnes en situation de précarité comme Monsieur H avec en plus l'image d'un ex-détenu... « *Aux murs de la prison succèdent souvent les cloisons des préjugés et de la peur...*⁶ »

Elle favoriserait aussi le repérage et l'analyse des facteurs de complexité afin de rendre plus lisible les fondamentaux et les préalables nécessaires à la co-construction d'un parcours de santé et de soin adapté au projet de soin individualisé du patient.

⁶ <https://vivre-ensemble.be/SORTIE-DE-PRISON-Difficile>

CONCLUSION

L'étude visait à analyser le fonctionnement des dispositifs du PTSM Artois-Audomarois en termes d'organisation des parcours de soins du patient en situation de précarité dans le but d'évaluer les pratiques de soins et d'identifier les axes d'amélioration possibles.

Malgré la prise en compte des déterminants de santé et une politique volontariste de « l'aller vers », des obstacles dans le parcours de soins du patient en situation de précarité persistent.

En effet, cette recherche a révélé certains dysfonctionnements ne garantissant pas une prise en soin optimale et ne permettant pas d'assurer la prévention du renoncement aux soins du patient en situation de précarité.

Des lieux comme les CADA ou la rue avec des maraudes, ne sont pas investis. Par ailleurs, la formation et le soutien aux professionnels de première ligne ne sont pas pleinement assurés.

Un manque de coordination avec les partenaires et un réseau quasi inexistant sur chaque territoire d'intervention des EMPP est toujours à déplorer. Une méconnaissance de la précarité est toujours d'actualité malgré les données de Santé Publique probantes.

Les EMPP sont une des priorités dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ainsi que dans la planification régionale. Elles constituent une priorité des volets psychiatrie et santé mentale des schémas régionaux d'organisation des soins.

Les trois EMPP du PTSM s'appuient sur le cahier des charges défini par la circulaire du 23 novembre 2005 (36). Cependant alors qu'elles partagent les mêmes enjeux, les EMPP ont des organisations et des pratiques très variées.

Il existe une grande diversité dans les compositions d'équipe, dans les pratiques, les organisations et les modes d'interventions.

Cela s'explique, comme nous l'avons étudié tout au long de ce travail, par le fait que les territoires soient singuliers, que les publics rencontrés soient spécifiques aux territoires ou encore que la nature du réseau de proximité autour de l'EMPP ait des conséquences sur les actions menées.

Aujourd'hui, la pénurie médicale se fait sentir plus que jamais et a été mentionnée par les différents professionnels interrogés. Dans le champ de la psychiatrie, le Pôle Audomarois

dispose d'un des taux les plus faible, à ce jour, de densité de psychiatres. Sur 14 postes de psychiatres, seulement 7 sont pourvus sur un Pôle⁷ comptant 127 000 habitants.

Face aux besoins en soins psychiatriques de la population en situation de précarité, l'implantation de l'IPA représente un véritable enjeu de santé publique.

La mesure 9 issue des Assises de la Santé mentale et de la psychiatrie (68) vient appuyer le déploiement de la pratique avancée dans la prise en charge des personnes en situation de précarité. Cette instruction vient préciser l'objectif de pérenniser le renfort de professionnels, notamment d'IPA. Ceux-ci mettront en œuvre leurs compétences spécifiques dans une collaboration psychiatre/IPA des structures.

Eu égard à ses compétences, l'IPA s'inscrit dans un travail en réseau avec les acteurs de terrain : assistantes sociales, éducateurs, psychologues, tuteurs. Ils sont partenaires à part entière dans la prise en charge holistique, sans oublier les soignants des urgences, souvent premier interlocuteur de la problématique.

La constitution d'un réseau, à l'instar du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM) est une priorité afin de garantir la qualité, la continuité et l'accès aux soins. Notre objectif sera dans la même ambition que le RSSLM qui est né dans une volonté d'articuler les parcours de soins des personnes en situation de grande précarité. Il favorise l'accès aux soins, la coordination des parcours de santé, l'amélioration de la prise en charge et la veille sanitaire et sociale. Nous tenterons de renforcer également la proposition d'aller vers par l'organisation de maraude au regard des problématiques liés au diagnostic territorial et au moyen de transport.

De plus, l'IPA participe à la formation et au soutien des intervenants du réseau confrontés à une population socialement très précaire, population fragile pouvant présenter des difficultés psychologiques, voire psychiatriques. Cette dimension de la compétence IPA répond aussi aux objectifs de déstigmatisation.

Pour conclure et parce que le métier d'IPA s'inscrit dans une dynamique de changement complexe : *« le manager contemporain, à l'instar du thérapeute-stratège, se doit d'être un accoucheur de ressources et savoirs créateurs...les organisations comme les individus ne se nourrissent pas seulement de questions : elles s'alimentent aussi d'espoir, de visions du futur, de plans, et de projets...les ressources du changement ne se trouvent nulle part ailleurs que dans les systèmes concernés par le changement »* (69).

⁷ Données du DIM et Projet médical partagé du GHT Nord-Pas-de-Calais

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous [Internet]. Genève, : Organisation mondiale de la Santé 2022; 2022 p. 28. Report No.: 9789240051928. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860>
2. Pierre-Yves Cabannes, Mathieu Calvo, Opale Echegu (2021, janvier). Plus de 2 millions d'allocataires du RSA fin octobre 2020 - Mise en place d'un suivi mensuel des prestations de solidarité pendant la crise sanitaire. Études et résultats, N° 1175. [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/er1175.pdf>
3. Dubost CL (DREES/OSAM/BESP). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19.
4. Furtos DJ. La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Carnet PSY*. 2011;156(7):29.
5. Laporte A, Chauvin P. Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France.
6. Pikus AC, Deschamps JP, Boissonnat H. Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations: *Santé Publique*. 18 mars 2015;S1(HS):13-6.
7. Aude Lapinte, Blandine Legendre. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2021 [cité 2 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>
8. Densité de psychiatres en activité régulière (tous modes d'exercice). Hauts-de-France versus autres régions. 2021 [Internet]. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/densite-psychiatres-activite-reguliere-tous-modes-dexercice-hauts-france-versus-autres-regions-2021.html>
9. Troubles schizophréniques - Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/les-troubles-psy/troubles-schizophreniques/>
10. France, éditeur. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
11. Spira A. Inégalités sociales de santé. État des lieux, principes pour l'action. *Bull Académie Natl Médecine*. mai 2020;204(5):486-92.

12. Warin P, Chauveaud C, Rode A, Moulin JJ, Chatain C, Gutton S, et al. Le non-recours aux soins des actifs précaires. 2007;
13. Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire: Regards. 1 sept 2022;N° 60(1):165-76.
14. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;
15. Aïach P. Les inégalités sociales de santé: écrits. Paris, France: Economica : Anthropos; 2010. xix+280.
16. Lang T. Inégalités sociales de santé. Trib Santé. 2014;43(2):31-8.
17. Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. (Dossiers santé en action).
18. Inégalités sociales de santé| vie-publique.fr [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:L82IrSZmQ-oJ:www.vie-publique.fr/fiches/37861-inegalites-sociales-de-sante&client=safari&hl=fr&gl=fr&strip=0&vwsrc=0>
19. Bréchat PH. 24. La planification de la santé : déterminants de santé, précarité inégalités de santé et innovations: In: Innover contre les inégalités de santé [Internet]. Presses de l'EHESP; 2012 [cité 8 avr 2023]. p. 281-334. Disponible sur: <https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante-2012--9782810900794-page-281.htm?ref=doi>
20. 1987 - GRANDE PAUVRETÉ et PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE et SOCIALE.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
21. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. La pensée.
22. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
23. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, Lexique des parcours de A à Z, Agence Régionale de Santé, Janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
24. 2016-01-11_lexique Parcours de soins Parcours de santé Parcours de vie.
25. Psiuk T. 1/10 Le parcours de soins du patient, du processus global au chemin clinique. Soins. janv 2013;58(772):63-4.
26. PAILLARD C, PIERRE-POULET NJ, AUBRY R, BOISSART M, CAZELLET L. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire professionnel de la relation

soignant-soigné. 3e éd. Noisy-le-Grand: Setes éd.; 2016. 608 p.

27. Ministère chargé de la Santé Santé mentale Ministère chargé des Solidarités. Plan Psychiatrie et Sante_Mentale 2011-2015. p. 42.
28. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
29. Le Projet régional de sante Hauts-de-France 2018-2028 [Internet]. 2023 [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>
30. Les Conseils locaux de santé mentale – Centre national de ressources et d’appui aux CLSM [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <http://ressources-clsm.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>
31. Article 69 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913265
32. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.
33. PTSM ARTOIS - AUDOMAROIS [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/76391/download?inline>
34. Mercuel A. « ALLER VERS... » EN PSYCHIATRIE ET PRÉCARITÉ : L’OPPOSÉ DU « VOIR VENIR... » ! Rhizome. 2018;N°68(2):3.
35. « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations. Le dossier de La Santé en action n° 458, décembre 2021. [Internet]. [cité 4 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-458-decembre-2021>
36. Circulaire interministérielle n° 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 oeuvre d’équipe mobile précarité. - Légifrance [Internet]. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/13422?fonds=CIRC&page=1&pageSize=10&query=psychiatrie+pr%25C3%25A9carit%25C3%25A9&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePaging=DEFAULT
37. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d’orientation relative à la lutte contre les exclusions.
38. GRANDE PAUVRETÉ et PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE et SOCIALE [Internet]. CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL; 1987 févr p. 113. Report No.: N° 6. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

39. Dollé M. Precarités et politiques sociales.
40. Bresson M, Singly F de. Sociologie de la précarité. 3e éd. revue et augmentée. Malakoff: Armand Colin; 2020. (Cursus).
41. Pierre Chauvin. Les caractéristiques des inégalités sociales de santé.
42. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. - Légifrance [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006079995>
43. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES: L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. Rev Ires. 1 mars 2007;n° 53(1):3-49.
44. Constitution [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
45. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 - Légifrance [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946#>
46. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
47. Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13) - Légifrance [Internet]. [cité 4 juin 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006170991/#LEGISCTA000006170991
48. Charte de la personne hospitalisée [Internet]. [cité 4 juin 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
49. Boitte P, Cobbaut JP. Les défis d'une éthique de l'accès aux soins. Rev Déthique Théologie Morale. 2006;241(HS):9.
50. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
51. Réglementation études Cliniques - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: <https://sfar.org/la-recherche/reseau-recherche/reglementation/>
52. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol [Internet]. 1 déc 2006 [cité 23 avr 2023];3(2). Disponible sur: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/1043060/using-thematic-analysis-in-psychology>
53. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the

Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods*. déc 2017;16(1):160940691773384.

54. Roux CDL. Régine Bercot, Frédéric de Coninck, Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? *Sociol Trav*. 11 juin 2008;50(2):260-1.

55. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies 2018-2023. Projet Régional de Santé des Hauts-de-France.

56. Thomas Fovet et Camille Lancelevée assistés d'Oumaïma El Qaoubii et d'Élodie Floury. Santé mentale de la population carcérale : résultat d'une nouvelle étude nationale et nouvelle feuille de route [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/sante-mentale-population-carcerale-resultat-drone-nouvelle-etude-nationale-nouvelle-feuille-route.html>

57. Organisation mondiale de la santé. Glossaire de promotion de la santé. Genève, OMS, 1998 [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

58. Estecahandy P. Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement. 2020;(451).

59. Beauvais M. De l'éducation permanente à la formation tout au long de la vie. [Nachdr. d. Ausg.] 2004. Paris: Harmattan; 2009.

60. Lévy A. Analyse des pratiques: In: Vocabulaire de psychosociologie [Internet]. Érès; 2016 [cité 21 mai 2023]. p. 312-22. Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie-2016--9782749229829-page-312.htm?ref=doi>

61. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. 2019-836 août 12, 2019.

62. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.

63. Haute Autorité de Santé HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

64. Article R4301-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038925580

65. Masson E. Les inégalités sociales de santé, enjeux pour les soins infirmiers [Internet].

EM-Consulte. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1128734/les-inegalites-sociales-de-sante-enjeux-pour-les-s>

66. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe; 1998 [cité 21 mai 2023]. 56 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345371>

67. Morel A, Couteron JP. Les conduites addictives [Internet]. Paris: Dunod; 2008. 336 p. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conduites-addictives--9782100510832.htm>

68. INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1er avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil.

69. Kourilsky F. Du désir au plaisir de changer. 5e édition. Paris: Dunod; 2014.

70. Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000185453>

71. Article L6112-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000031929285

72. France, France, éditeurs. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice: guide méthodologique. Paris: Ministère de la justice Ministère des affaires sociales et de la santé; 2012.

73. Laurencin G. La longue marche des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Soins Psychiatr. mars 2016;37(303):12-4.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Représentation des parcours	page 9
Figure 2 : Parcours de soins selon les EMPP du PTSM Artois-Audomarois	page 41
Figure 3 : Parcours de Monsieur H	page 42

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I- Contexte	3
II- Cadre conceptuel	7
1. Les inégalités sociales de santé et déterminants sociaux de santé	7
2. Besoins fondamentaux	8
3. Parcours	9
3.1 Parcours de vie	9
3.2 Parcours de santé	10
3.3 Parcours de soin	11
3.4 Parcours de soin en psychiatrie et santé mentale	11
3.5 Le Conseil Local de Santé Mentale	12
3.6 Le Projet Territorial de Santé Mentale	12
4. Dispositif de soins pour les personnes en situation de précarité	13
4.1. L'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité	13
4.2. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé	14
5. La précarité	15
6. Éthique de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité	17
III- Problématique	18
MÉTHODOLOGIE	19
I- Choix de l'étude	19
II- Guide d'entretien	19
III- Cadre règlementaire	19
IV- Population de l'étude	20
1. Critères d'inclusion	20
2. Critères d'exclusion	20
V- Mode de recrutement	20
VI- Recueil des données	21
VII- Méthode d'analyse	22
RÉSULTATS-ANALYSE	23
I- Caractéristiques des personnes interrogées	23
II- Analyse thématique inductive	23
AXE 1 : Représentation de la précarité pour les équipes soignantes	23
1. Approche de la précarité	23
2. Perception de la précarité	24
AXE 2 : Pratique professionnelle	25
1. Missions des EMPP	25
2. Modalités d'intervention	26
3. Caractéristiques du public pris en charge	27
AXE 3 : Parcours de soins	28

1. Mode d'entrée dans le parcours de soins	28
2. Coopération et partenariat	29
3. Articulation entre les dispositifs	31
AXE 4 : Prise en compte des déterminants de santé	32
1. Caractéristiques individuelles	32
2. Milieux de vie	32
3. Systèmes	33
AXE 5 : Continuité, adhésion aux soins, frein	34
1. Adhésion aux soins	34
2. Le manque de moyen, point de rupture	35
AXE 6 : Analyse des pratiques, formation	37
1. Analyse des pratiques	37
2. Formation	38
DISCUSSION	39
I- Discussion des résultats	39
A : Représentation de la précarité pour les équipes soignantes	39
B : Pratiques professionnelles	40
C : Parcours de soins	41
D : Prise en compte des déterminants de santé	44
E : Continuité, adhésion aux soins	45
F : Analyse des pratiques, formation	46
II- Forces et limites de l'étude	46
III- Perspectives et besoins pour la prévention du renoncement aux soins des patients en situation de précarité	47
1- La valeur ajoutée de l'implantation d'un Infirmier de pratique avancée en EMPP	47
CONCLUSION	
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES ILLUSTRATIONS	
TABLE DES MATIÈRES	
ANNEXES	
RÉSUMÉ/ABSTRACT	

ANNEXES

ANNEXES 1 : Vignettes cliniques

1. Situation clinique de Monsieur F

Monsieur F de 62 ans suivi au CMP depuis 2005, il est retraité éducateur spécialisé, il travaillait dans une ferme pédagogique.

Antécédent

Atcd psychiatriques :

- suivi au CMP depuis 2005 pour un trouble dépressif sévère récurrent associé à une comorbidité de type alcoolo-dépendance, abstinent depuis quelque temps.

Atcd médicaux :

- Accident vasculaire cérébral imposant une longue hospitalisation en 2011 avec hémiplégie gauche régressive,
- Une dyslipidémie mixte modérée ;
- un DNID ;

Habitude toxique :

- fumeur 10 paquets/année

Histoire de vie

Monsieur était assez isolé socialement. Il n'était pas véhiculé, vivait seul et était locataire d'un petit appartement sur Fléchin.

Il était divorcé depuis de nombreuses années, il a deux enfants qu'il ne voyait plus et trois petits enfants qu'il aurait aimé voir.

C'est lors d'une visite au domicile, prescrit par le psychiatre, que j'ai pu découvrir la situation de ce patient.

Celui-ci vivait dans un petit logement sur la petite commune de Fléchin. Ce village, composé de 480 habitants, était isolé des infrastructures, et ne possédait pas de transport public.

Lors de mon intervention chez Monsieur F, j'avais pu constater l'état de son logement, celui-ci était vétuste et non chauffé suite à une coupure d'électricité. Il a subi de nombreuses coupures par suite d'impayé.

Il vivait avec un faible revenu puisqu'il ne touchait que le minimum vieillesse en attendant la mise à jour de son dossier complément retraite.

Il semblait également être en retrait socialement, les seules personnes qu'il côtoyait, étaient son médecin traitant qui vient à domicile et moi-même, l'infirmier du CMP.

Faire ses courses était très compliqué pour lui puisque le seul commerce se trouvait à plus de 10 km de son lieu de vie.

Lors d'un entretien avec Monsieur F, j'ai pu constater que celui-ci avait perdu du poids. Après questionnement en vue de déceler une symptomatologie dépressive, il m'a révélé qu'il ne lui restait que 50 euros pour vivre, sachant que nous étions en début de mois. Monsieur F mangeait très peu, voir sautait des repas pour ne pas faire de courses faute de moyens.

Sa situation précaire influait sur son état de santé. En effet, Monsieur F ne pouvait pas assurer son suivi médical (dentaire) car il fallait avancer les soins. Son diabète n'était plus équilibré, à la suite de mauvaises habitudes alimentaires.

Monsieur F avait également une symptomatologie dépressive avec un sommeil perturbé suite à des ruminations (il évoquait ses factures exorbitantes d'électricité, une peur que les huissiers viennent à son domicile...), une perte d'intérêt, des difficultés de concentration, une diminution de l'estime de soi...

Son score EPICES était de 88,17.

2. Situation clinique de Monsieur H

Monsieur H est âgé de 36 ans, il est suivi par le CMP pour une schizophrénie diagnostiquée il y a une quinzaine d'années.

Monsieur a connu de multiples incarcérations au Centre Pénitencier de Longuenesse pour diverses affaires (délit de fuite suite à un AVP, violences conjugales...)

Il est sorti de détention début juillet 2022 (suite à une peine de 2 ans pour violences conjugales).

Monsieur H est suivi pour une schizophrénie¹ diagnostiquée par un psychiatre du pôle.

Antécédents

Atcd psychiatriques :

- Plusieurs hospitalisations, la dernière remontant à 2015
- Polytoxicomanie : héroïne, cannabis ;
- Alcoolodépendance (bière)

Atcd chirurgicaux :

- Suite à 2 phlébotomies durant sa dernière incarcération, Monsieur a subi une intervention chirurgicale, dans le cadre de frustration et non à but légal

Atcd médicaux :

- Lésion nerf médian
- Asthmatique sous Ventoline
- Aucune allergie

Habitude toxique :

- ancien consommateur d'héroïne ;
- fumeur 10 paquets/année
- mésusage de son traitement ;

Traitements :

Xéplion LP 150 mg toutes les 4 semaines

Diazépam 10 mg

Largactil 25 mg

Lepticur 10 mg

Méthadone sirop

Dépakote 500 mg

Zopiclone 7,5 mg

Histoire de vie

Au niveau familial :

Il a un cercle familial très restreint. Monsieur H est séparé de sa compagne suite à des violences conjugales. Il a 1 fils de 12 ans (placé en famille d'accueil) qu'il peut uniquement contacter par courrier pour le moment. Une mesure d'éloignement avait été prononcée en faveur de la mère de son fils.

Monsieur H n'a plus de contact avec sa famille, il a un frère qui vit avec son père dans une commune voisine.

Sa mère est décédée d'un cancer lorsqu'il était en détention. L'annonce de son décès en détention fut très compliquée pour le patient. Il était très proche de celle-ci et n'a pu assister à ses obsèques.

Au niveau social

Monsieur H bénéficie du RSA depuis sa sortie (570 euros environ). Une demande d'AAH a été initiée par un psychiatre en détention, ainsi qu'une curatelle renforcée.

Il est sans hébergement personnel et se retrouve à la rue. Il vit actuellement aux hébergements d'urgence du SIAO depuis sa sortie d'incarcération.

Au niveau professionnel

Avant ses premières incarcérations en 2014, Monsieur avait une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et travaillait dans les espaces verts dans sa commune d'origine.

A ce jour Monsieur H est sans emplois.

Histoire de la maladie

Monsieur H a été hospitalisé à plusieurs reprises autant sur l'UHSA, qu'en milieu hospitalier sur l'EPSM du secteur dont il dépend.

Dans l'historique de sa maladie, on retrouve lors d'une hospitalisation un délire de persécution. Il se disait menacé de mort par les surveillants. Il en était convaincu et précisait qu'il en était informé par des messages TV qui le concernaient.

Il se sentait en danger au Centre Pénitentiaire, et souhaitait être admis à l'isolement pour y être protégé.

Au Quartier Disciplinaire, Monsieur H disait avoir reçu des électrodes mortelles sur la tête : « les surveillants, ils ont peur que je les balance, ce sont des bandits qui font des trucs », « depuis 2009 le surveillant Nicolas met tout sur mon dos ». Le persécuteur était désigné.

Il n'avait pas de prise de recul, ni de critique par rapport aux idées délirantes.

De plus, son discours montrait des idées délirantes de jalousie, de référence (la TV le concerne), de persécution, on a voulu l'empoisonner selon ses dires.

Il a eu une relation amoureuse avec une patiente lors d'une hospitalisation, madame V. Monsieur H pensait que celle-ci l'avait empoisonné. Il était chez elle, et a eu des douleurs abdominales et évoquait une pancréatite... "comme elle a empoisonné son mari".

Le psychiatre du service avait noté dans ses transmissions : « Discours désorganisé, intuition, imagination, conviction forte. Sa petite amie s'entendrait avec des surveillants pénitenciers pour le faire accuser à tort et aggraver sa situation, prolonger sa peine... »

Le parcours de vie de Monsieur H est marqué par le décès de sa mère lorsqu'il était en détention (deuil difficile pour lui), le placement en foyer de son fils, de multiples incarcérations, la perte de son domicile conjugal...

Son score EPICES est de 81,66.

3 Situation clinique de Monsieur A

Monsieur A, originaire du Cateau-Cambrésis est âgé de 39 ans, et il est célibataire, sans enfant.

Antécédents

Atcd psy :

Plusieurs hospitalisations en psychiatrie pour décompensation psychotique
Pas d'autre antécédant connu.

Histoire de vie

Au niveau familial, il est fils unique, il dit ne pas avoir connu sa mère (abandonné à la naissance).

Son père serait décédé des suites d'un accident de moto lorsqu'il avait 6 ans et il aurait été élevé par un oncle.

A l'âge de 18 ans suite à des conflits avec son oncle, il dit avoir quitté le domicile familial.

Il est déscolarisé depuis la 4ème, il a connu des difficultés scolaires et dit avoir déjà travaillé dans un ESAT uniquement. Il a la reconnaissance Adulte Handicapé.

Histoire de la maladie

Monsieur A est arrivé sur le secteur depuis le 11 Aout 2022, et il est logé sur les hébergements d'urgences de la mahra-le-toit de St Omer.

Je l'ai vu une première fois ce Monsieur à la demande des éducateurs du SIAO. Celui-ci disait avoir de l'aripiprazole retard en injectable, et tenait des propos incohérents.

Durant l'entretien Monsieur A est calme, et verbalise facilement. Celui-ci évoque diverses hospitalisations et suivis dans différents secteurs (Rosendael, Boulogne sur Mer etc....) et dernièrement à Calais.

Monsieur verbalise le fait d'être un ami très proche du Dr K, (psychiatre au CH de Calais). Il explique que ce médecin « lui faxerait son ordonnance » pour son intra musculaire (IM) et les lui ferait au CMP... (mécanisme délirant imaginatif ?)

Il évoque également des pensées bizarres mais pas d'hallucination auditif ni visuelle, le court de la pensée semble altéré (absence d'idée directrice dans ses phrases).

Après vérification auprès du service concerné, Monsieur A aurait effectivement été hospitalisé à plusieurs reprises pour son IM mais n'a pas de médecin attitré. Il a été diagnostiqué comme ayant un trouble psychotique de type schizophrénie. Il serait en **errance pathologique**, sans logement, difficilement accrochable aux soins mais compliant à l'injection.

En fin d'entretien, Monsieur A est favorable à un suivi infirmier et donne son accord pour rencontrer un psychiatre afin de réadapter son traitement.

Le 3 octobre 2022, première admission en soin libre de Monsieur A par transfert du Centre Hospitalier de Douai, ou il s'est présenté de lui-même pour solliciter une hospitalisation en psychiatrie.

Il aurait des vellétés auto et hétéro-agressives et aurait présenté des troubles du comportements (tension internes, impulsivité, regard fuyant, hallucinations acoustico-verbales et intrapsychiques évoquées).

A l'entretien d'entrée, il évoque un sentiment de tristesse mais sans idées suicidaires ni idées noires, il dit se sentir parasité et évoque des hallucinations auditives avec de l'anxiété.

Score EPICES à 88,17

4. Situation clinique de Monsieur D

Monsieur D, âgé de 53 ans, adressé par le service des urgences pour une admission en soin libre suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire dans un contexte de syndrome anxiodépressif, de douleurs chroniques et de précarité sociale. C'est sa première hospitalisation en psychiatrie.

1.1 Antécédents

Antécédents médicaux

Monsieur D présente des facteurs de risque cardiovasculaire tels qu'une hypertension non traitée depuis 6 ans, une surcharge pondérale et un tabagisme...

Dans ses antécédents, on note également une hyperuricémie, une gonalgie droite apparue de façon brutale en début d'année 2022, invalidante et responsable progressivement d'une perte d'autonomie majeure.

Pas d'allergie connue

Antécédents familiaux

Père de 92 ans atteint de la maladie d'Alzheimer

Habitudes toxiques :

Tabagisme actif fluctuant, 3-4 cigarettes/j

OH occasionnel

Pas d'autre toxique

1.2 Traitement :

Temesta

Cymbalta

Imovane

1.3 Histoire de vie

Monsieur D explique avoir eu depuis deux ans plusieurs événements de vie difficiles. Il était directeur dans une entreprise spécialisée dans le secteur d'activité de l'installation de structures métalliques, chaudronnées et de tuyauterie à Dunkerque. En 2018, Monsieur D a perdu son travail suite à la fermeture de son entreprise.

Il a divorcé en 1999, puis s'en est suivi la perte de sa maison. Il a acheté un mobil home dans un camping du secteur où il vit à l'année.

À la suite de douleurs de la hanche, il a été absent durant 3 mois du fait d'une hospitalisation en service de Médecine physique et de réadaptation,

À son retour, son logement est devenu selon lui insalubre à la suite de dégradations.

À cela s'ajoute des dettes ne lui permettant pas d'effectuer les travaux qui auraient permis de continuer à vivre dans son mobil-home.

Il a sollicité les structures d'hébergement type la Mahra qui lui ont été refusées étant donné qu'il a théoriquement un logement, bien qu'il soit insalubre. Depuis décembre, il vit dans sa voiture car le camping ferme l'hiver. Il n'a plus de permis de conduire suite à un retrait pour consommation d'alcool.

1.4 Histoire de la maladie

Sa situation a entraîné progressivement un fléchissement thymique avec l'apparition d'idées suicidaires et une difficulté à se projeter dans l'avenir, conduisant un passage à l'acte la semaine précédant son hospitalisation.

Conclusion :

Monsieur D est sorti d'hospitalisation, et a été orienté vers le SIAO, suite à des problèmes financiers et à l'insalubrité de son logement.

Il a pu bénéficier d'un point social avec l'assistante sociale du service.

Il bénéficie d'un suivi avec le psychiatre du CMP.

Score EPICES à 79,89

ANNEXE 2

Dispositif de soins en milieu pénitentiaire :

Depuis la loi de 1994 (70) relative à la santé publique et à la protection sociale, la santé des personnes détenues est prise en charge par les hôpitaux publics.

C'est ainsi que se sont créées les Unités de Consultations de Soins Ambulatoires (UCSA), puis Unités de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP) en 2012.

Les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier constituent l'une des 14 missions de service public (MSP) définies par la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » (HPST) (71).

Les USMP assurent les soins relevant de consultations et les actes externes. Elles incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP). *Ces soins peuvent également être assurés (pour les soins somatiques) en milieu hospitalier lorsqu'ils requièrent des examens spécialisés ne pouvant être réalisés au sein de ces unités.* Le DSP a pour mission l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens et de prises en charge de groupes et d'activités thérapeutiques (72).

Les missions des USMP ont énormément évolué, notamment en matière de prise en charge psychiatrique. Les personnes en détention doivent pouvoir accéder à la même offre de soins que la population générale. (73).

L'USMP a également pour mission la continuité des soins à la sortie. Le retour vers un système de droit commun doit être garanti pour la personne détenue ainsi qu'une incitation à prendre en charge ses problèmes de santé.

Prise en soins des personnes sortant de détention

Le temps de la libération et le relai de soins à la sortie de détention restent très compliqués, d'autant plus pour une personne avec un trouble psychique / psychiatrique.

L'équipe mobile transitionnelle (EMOT) a d'ailleurs été créée en partie à partir de ce constat. La libération est une période présentant des risques multiples, sanitaires notamment (overdose, suicide...) mais aussi des risques de rupture (dans le soin, dans la famille, avec la société).

L'EMOT est une équipe mobile qui accompagne les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques lors de la libération.

Ils proposent donc un accompagnement spécifique pour les patients présentant un trouble psychiatrique en amont de la libération / à la sortie et jusqu'à 6 mois après la sortie, pour accompagner le patient vers le soin et éviter justement ces ruptures. Malheureusement, cette équipe ne s'est développée que dans la métropole lilloise.

Sur le Centre Pénitentiaire de Longuenesse, il existe une structure d'accompagnement à la sortie (SAS). Le projet SAS vise à favoriser l'autonomie et la responsabilisation des personnes détenues condamnées dans la préparation de leur sortie, notamment grâce à une prise en charge renforcée via des plateformes de préparation à la sortie.

Cette articulation dedans / dehors favorise la consolidation du projet de soins du patient et ainsi éviter les ruptures. Mais contrairement à l'EMOT, l'intervention ne se situe qu'en amont de la libération.

Le projet médical SAS est axé sur le développement des compétences et la responsabilisation de la personne détenue sur sa santé, pour le rendre pleinement acteur de ses soins et ainsi favoriser son investissement dans la poursuite de ces derniers à la libération.

Aussi, l'intervention des CSAPA, des CAARUD et d'autres associations permettent aux patients d'avoir un premier contact avec des ressources extérieures et renforcent l'idée de développer le lien dedans/dehors...

Pour le psychiatre responsable de l'USMP de Longuenesse, l'objectif ultime serait d'obtenir des rendez-vous (CMP / CSAPA / médecin généraliste) avant la sortie de détention et d'accompagner le patient au premier rendez-vous. Mais le chemin est encore long, car ce n'est pas encore dans les pratiques des structures de milieu libre.

Dans tous les cas, l'équipe médicale se base sur une prise en charge sanitaire globale, qui vient s'intégrer dans le projet de vie de la personne détenue (pour éviter que les soins ne passent au second plan, surtout quand ils sont indispensables). Pour ce faire, elle travaille en étroite collaboration avec l'administration pénitentiaire, l'école, les conseillers pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) et les autres partenaires.

ANNEXE 4

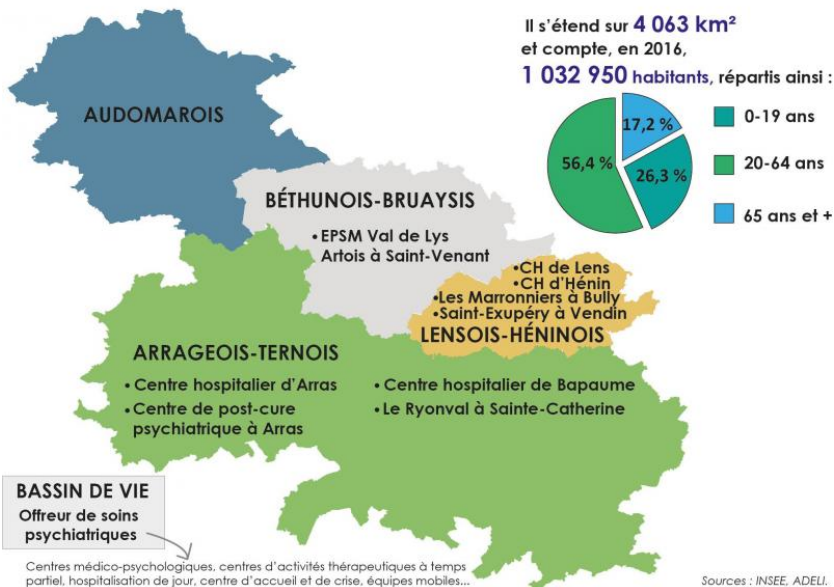
Le périmètre des Projets territoriaux de santé mentale



Source : ARS - Cartographie : F2RSM Psy.

Périmètre des PTSM – Source : ARS traitement F2RSM-Psy

Le territoire couvert par le projet territorial de santé mentale



ANNEXE 5

Le score EPICES

Le score EPICES a été créée par un groupe de travail financé par l'assurance maladie pour ses Centres de Santé suite à l'arrêté ministériel de 1992. Il a été construit à partir d'un questionnaire de 42 questions portant sur plusieurs dimensions de la définition de la précarité (emploi, revenus, niveau d'études, catégorie socio-professionnelle, logement, liens sociaux, difficultés financières, santé perçue, composition de la famille, etc.)

Pour le calcul du score, il faut que toutes les questions soient renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3 et non aux autres questions, EPICES = 75,14 + 10,06 – 8,28 = 65,09

Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui Vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

ANNEXE 6

Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion

- Caractéristiques personnelles :

1) Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?

Monsieur KSIBI AMED

2) Titres académiques : quels étaient les titres académiques du chercheur ?

Diplôme d'État d'Infirmier

3) Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

Infirmier en Centre Médico-Psychologique, étudiant en 2^e année du Diplôme d'État d'Infirmier de Pratique Avancée.

4) Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ?

Un homme

5) Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Pas d'expérience de chercheur.

- Relations avec les participants

6) Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant de commencer l'étude ?

Non.

7) Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ?

Seulement deux participants savaient que le chercheur travaillait dans le même établissement. L'ensemble des participants savaient qu'il était infirmier, étudiant en pratique avancée.

8) Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?

L'intérêt pour le thème de la précarité en Santé Mentale.

Domaine 2 : Conception de l'étude

- Cadre théorique :

9) Orientation méthodologique et théorique : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, multicentrique basée sur des entretiens semi-structurés.

L'analyse thématique sera inductive.

- Sélection des participants

10) Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ?

Après accord des différentes directions des soins des établissements dans lesquels l'étude est effectuée, les Cadres de Santé des différents EMPP ont été contactés par mail. Il leur a été

demandé de proposer des soignants volontaires pour participer à cette recherche en leur indiquant que celle-ci s'intéressait à "la précarité en Santé Mentale".

11) Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ?

Par l'intermédiaire de leur cadre de santé par mail.

12) Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

Six participants ont été inclus dans l'étude.

13) Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonnées ? Raisons ?

Aucun refus

- Contexte ;

14) Cadre de la collecte des données : Où les données ont-elles été recueillies ?

Les entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail de chaque participant dans un bureau en retrait.

15) Présence de non participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et le chercheur ?

Oui sur un entretien.

16) Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?

Trois infirmiers, hommes et femmes, deux psychiatres et une psychologue exerçant en Équipe mobile de psychiatrie précarité.

- Recueil des données

17) Guide d'entretien : les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

Un guide d'entretien avait été réalisé par le chercheur avec l'aide de la F2RSM Psy puis testé auprès de trois répondants. A la suite de ces entretiens tests il a été modifié et validé par les directrices de mémoire et la Cellule d'Aide Méthodologique de la F2RSM Psy Hauts de France.

18) Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois ?

Non.

19) Enregistrement audio-visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

Oui, un enregistrement audio sur smartphone de type iPhone a été utilisé.

20) Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?

Oui, un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche. Des notes de terrain ont été prises après chaque entretien.

21) Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?

Les entretiens individuels ont une durée moyenne de 31 minutes.

22) Seuil de saturation : le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

La saturation des données a été atteinte après six entretiens.

23) Retour des retranscriptions : les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Les retranscriptions d'entretien n'ont pas été retournées à chaque participant.

Domaine 3 : Analyse et résultats

- Analyse des données

24) Nombre de personnes codant les données : Combien de personnes ont codés les données ?

Codage effectué par une seule personne. Le chercheur a codé le verbatim.

25) Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

Non.

26) Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

Les thèmes n'étaient pas définis à l'avance, ils ont été déterminés à partir des données.

27) Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

Aucun. Le codage a été réalisé manuellement.

28) Vérification par les participants : les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Non, ils n'ont pas eu connaissance des résultats à ce jour.

- Rédaction

29) Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?

Oui. Les thèmes ont été illustrés par des extraits de verbatim identifiés avec le numéro d'entretien (ordre attribué dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens).

30) Cohérence des données et des résultats : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?

Oui.

31) Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?

Oui.

32) Clarté des thèmes secondaires : Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Oui.

ANNEXE 7 :

Grille d'entretien à destination des professionnels travaillant auprès de patients en situation de précarité

- Pourquoi avoir choisi de travailler auprès d'un public précaire ?
- En quelques mots, comment définissez-vous la précarité, telle que vous la rencontrez au sein de votre dispositif ?
- Comment se caractérise-t-elle pour les patients que vous prenez en soin ?
- À quel moment de leurs parcours les rencontrez-vous ?
- Pouvez-vous me citer et m'expliquer l'exemple d'un patient que vous suivez et qui est en situation de précarité ?
- Pouvez-vous définir le fonctionnement du dispositif de prise en charge dans lequel vous exercez ?
- Quelle mission exercez-vous dans le champ de la prévention ?
- Comment se caractérisent vos interventions ?
- Pouvez-vous décrire les actions de prévention que vous proposez aux personnes en situation de précarité ?
- Comment faites-vous pour mettre en œuvre des actions de prévention avec ce public ?
- Avec quels partenaires travaillez-vous ?
- Quel est votre rôle auprès des partenaires sur votre territoire ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces partenaires ?
- Comment évaluez-vous l'état de santé psychique des personnes en situation de précarité ?
- Selon vous, comment peut-on améliorer l'accès aux soins pour les patients en situation de précarité ?
- Êtes-vous formé à l'éducation thérapeutique ?
- Si oui, l'utilisez-vous lors de vos interventions auprès des patients en situation de précarité ?
- Comment faites-vous pour accompagner le patient dans l'observance thérapeutique ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées au sein de votre dispositif ?
- Quels sont les axes d'amélioration possibles ?
- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique professionnelle ?
- Participez-vous à des groupes d'analyses de pratiques en lien avec la précarité ?
- Si oui, pouvez-vous me communiquer les propositions récurrentes qui en émanent ?
- Avez-vous des propositions, des commentaires sur ce sujet ?

Présentation

- Genre :
- profession :
- Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'un public en situation de précarité ?
- Autre lieu d'exercice :
- Formations complémentaires (addictologie, DU Précarité...)

ANNEXE 8

VERBATIM

PERSONNEL SOIGNANT N°1

- Pourquoi avoir choisi de travailler auprès d'un public précaire ?

Euh bah pour plusieurs raisons hein, euh. La première, c'est que c'était quand même, enfin, c'est toujours hein, mais euh on va dire un parent pauvre de la psychiatrie, c'est-à-dire que ça fait partie des populations, on le sait, à la fois, les études le montrent et nous, on voit sur le terrain des populations qui sont peu prises en charge, hein, pour tout un tas de raisons hein. Il y a plein de raisons, il y a un manque de moyens, hein euh, le fait qu'on ait une enveloppe de l'ARS qui est dédiée à ça, c'est quelque chose qui permet en partie d'y pourvoir. Euh, mais c'est aussi parce que c'est un public qui est beaucoup plus dur à, enfin à mon sens, à prendre en soin à tous les niveaux et à garder en soin aussi d'ailleurs, euh donc c'est quelque chose qui est assez intéressant, hein, en sachant que nous l'idée quand même, c'est d'avoir un maillage sur le territoire qui est le plus, le plus cohérent possible. Hein, et que la prise... en France, ça euh, on va dire ce... Enfin, s'adresse pas qu'aux populations qui sont enfin, complètement en capacité de demander parce que la psychiatrie, c'est quand même un système qui est assez nébuleux pour celui qui est pas dedans, on a l'habitude hein ? Je pense que toi aussi et en fait quand tu parles aux gens de secteur de CMP, mais personne n'y comprend rien. Alors quelqu'un qui est précaire, quelqu'un qui n'est pas inséré dans la société, on peut imaginer que c'est encore plus nébuleux pour lui de parler. Donc euh il y avait cette volonté quand même d'être dans... non plus dans une démarche uniquement euh on va dire, proactive c'est-à-dire de façon que les gens viennent à nous, hein, mais aussi d'aller vers les gens, même si ça, ça a tendance à des 2 problématiques, hein, qui est celle aussi euh celle du consentement du patient, on a l'habitude de se prendre des vestes, euh parce que voilà Le patient est quand même acteur de sa prise en charge. En fait, ce qui c'est logique, hein ? C'est l'individu là, en dehors des abolitions du discernement sont une pathologie mais il a enfin le droit ou pas de se prendre en soin, en donc voilà mais c'est un challenge qui est intéressant, qui est un petit peu différent de ce qu'on fait en temps normal.

- En quelques mots, comment définissez-vous la précarité, telle que vous la rencontrez au sein de votre dispositif ?

La précarité on la rencontre à 2 niveaux. Alors là je vais pas te parler de ARS, quand t'as des grilles spécifiques hein elle s'appelle comment cette grille-là, euh EPICES. Voilà la grille EPICES, euh t'as des indicateurs très précis, hein, à la fois au niveau français de l'ARS et EPICES, et puis euh aussi au niveau de l'OMS hein euh, tu relirais la grille EPICES tu te rendrais compte que finalement ça correspond plutôt pas mal hein, aux patients qu'on prend en soin. Mais en fait de manière concrète, sur notre territoire, on voit 2 manières à la fois dans les patients qui ont un domicile, qui sont là, mais en fait on est quand même un territoire très pauvre, hein. Pour le territoire, c'est quand même un territoire qui est qui, qui, qui, qui est assez pauvre, donc en fait la précarité ou alors de la pré-précarité on va dire on y, on y est quand même assez régulièrement d'une part, et d'autre part, de manière plus spécifique, on est aussi très en contact avec des structures, euh sociales et médico-sociales d'accueil, hein, alors beaucoup le SIAO, parce que c'est la plaque tournante. Et parce ce qu'aujourd'hui, c'est un partenaire avec qui on a l'habitude de travailler, donc un partenaire privilégié qui sait bien comment on marche, hein. C'est facile de se faire connaître, et donc qui nous demande régulièrement d'évaluer des gens hein. Mais on aimerait encore plus développer de ce côté-là les partenariats et donc ce côté précarité euh avec, euh, ben d'autres partenaires ce qui est déjà en train de se faire et c'est pour ça aussi que je suis un petit peu... on a recruté aussi une, une infirmière, ... qui elle, vient du

médico-social. Elle vient du SIAO, des structures en tout cas on va dire satellite du SIAO donc c'était aussi dans l'idée de, de voilà donc, voilà la précarité à ces 2 niveaux-là qu'on la rencontre.

- Comment se caractérise-t-elle pour les patients que vous prenez en soin ?

Euh. Alors en accès difficile au logement, un manque d'argent souvent. Euh un manque... en fait une forme de pauvreté, mais qui aussi sont une pauvreté genre j'ai envie de dire multi nodale quoi. C'est-à-dire qu' à la fois financière, à la fois en termes de sécurité, euh personnel, en termes souvent d'hygiène, hein, parce que c'est, c'est plus difficile de se laver quand même dans la rue, euh d'accès au logement, mais aussi finalement, une pauvreté généralement, qui tire son... moi, je dirais enfin pas sa source, en tout cas une des causes, c'est aussi peut-être un manque d'éducation, des choses comme ça, qui fait que, il y a même une pauvreté affective qui peut être présente, une pauvreté dans la manière de, de, dans la, dans la manière de se présenter, dans la manière d'exprimer ces affects dans la manière de euh ... Voilà de gérer peut-être, de gérer ces difficultés hein, alors psychiatriques hein, mais pas que hein. Et puis évidemment du coup, au niveau social on en fait, on en revient toujours l'histoire de l'accès à ce soin, mais aussi l'accès, l'accès aux services hein, je sais pas hein, les aides sociales et diverses, etc. Donc je dirais ça.

- A quel moment de leur parcours les rencontrez-vous ?

À quel moment de leur parcours, nous en fait, on les rencontre pas. Euh on, on les rencontre par le biais de partenaires généralement, c'est-à-dire les consultations, enfin, les demandes spontanées d'un. Peut-être recommencer parce que j'étais en train de dire. D'abord par les portes d'entrée classique : Les urgences enfin les entrées classiques psychiatriques, euh, donc les urgences. Plus rarement mais ça peut arriver aussi les CMP ou les sortis d'hospitalisations. Hein Voilà, euh, mais aussi de manière plus spécifique, ce que je te disais par le biais de partenaires sociaux qui eux travaillent directement auprès de la précarité. Donc voilà, aujourd'hui on n'a pas, ça pourrait, par manque de moyens de temps hein ? Mais on, on pourrait même être encore plus direct, hein par le biais de maraudes, hein, ça se fait dans à d'autres endroits et là ça peut être intéressant aussi, mais aujourd'hui c'est, aujourd'hui on fait pas en tout cas.

- Pouvez-vous me citer et m'expliquer l'exemple d'un patient que vous suivez et qui est en situation de précarité ?

Euh, qui bon, je, alors je peux te citer l'exemple d'un, alors qui n'est plus suivi par l'équipe mobile mais qui a été un temps dans son parcours de soin qui aujourd'hui est suivi par moi dans le CMP : un patient qui vit en hébergement d'urgence, qui a une schizophrénie. Il y a des, des années et des années, hein, sur un autre secteur, d'ailleurs, hein, qui n'était même pas dans le Nord-Pas-de-Calais qui a une forme d'errance assez importante. Et c'est là, on voit que tout se cristallise, c'est à dire que à la fois sa pathologie, elle l'exclut quand même en, en partie de beaucoup de choses et que, en même temps, je pense, de par son parcours de vie à la fois, ça, ça euh, en tout cas, ça, ça a augmenté les risques de décompensation psychotique euh, et ça l'a empêché d'accéder vite aux soins. Donc l'idée c'est un peu de raccrocher comme on peut, donc là c'est le cas, il est toujours en hébergement d'urgence ce monsieur mais avec des partenariats qui se mettent en place et avec l'idée qu'il a accès à un logement. Alors lui, si je dis pas de bêtise, il y a un dispositif, j'ai oublié le nom, c'est « le logement d'abord ». Il est pris en charge aussi par « le logement d'abord », et l'idée ça qu'il puisse se réinsérer dedans et nous on là, on le voit de manière plus classique sur le CMP. Mais il a d'abord été accroché par l'équipe mobile et ensuite il a aujourd'hui des soins plus classiques. J'allais dire on a réussi, c'est pas on a réussi, c'est, il a réussi hein d'ailleurs ça serait plus juste de dire comme ça, à se raccrocher finalement

quelque chose d'assez classique. Il est venu au soin d'une manière un petit peu parallèle, connexe et je pense qu'on l'aurait eu beaucoup plus tard, voire pas en soin si il y avait pas eu des partenariats avec le SIAO, ce qui a permis d'abord de travailler l'alliance parce que c'était ça la difficulté, comme souvent, c'est d'abord travailler l'alliance, non pas d'abord l'intérêt d'avoir des soins, mais juste l'intérêt d'être écouté, de se sentir un respect mutuel, on va dire hein, et après ensuite, dans un 2nd temps, vendre notre camelote qui est celle quand même, « on remarque certaines choses chez vous qui peuvent être améliorées par un traitement médicamenteux, non médicamenteux, là c'est un traitement médicamenteux entre autres », etc. Et après, une fois qu'il est en confiance, qu'il comprend l'intérêt pour lui de ce suivi, il peut généralement, il vient vers les soins plus classiques, c'est ce qui s'est passé pour lui, d'accord.

- Pouvez-vous définir le fonctionnement du dispositif de prise en charge dans lequel vous exercez ?

Euh, ben je pense que je t'en ai à peu près parlé, hein, et en fait, l'équipe mobile, c'est une équipe de 7 infirmiers maintenant qui euh, se déplace soit au domicile des gens ou soit dans les dispositifs sociaux dont je t'ai parlé euh. Pour faire euh, des suivis euh, des suivis à domicile. Ces suivis à domicile peuvent être déclenchés, sont déclenchés forcément en tout cas, il faut un accord psychiatrique, d'un psychiatre référent. Donc, il y a toujours un accrochage au CMP, même s'il est que téléphonique. Euh, mais aussi pour faire des entretiens de première évaluation, là c'est plus intéressant sur la précarité, sur ces structures sociales et euh, et ensuite l'idée c'est de bah justement de débiter les soins, de les renforcer pour souvent revenir justement dans le système classique du CMP. Hein parce que le CMP à mon sens reste la plaque tournante de nos soins, euh à la fois parce que, en termes d'organisation, c'est plus simple, hein, euh le top, en tout cas d'un point de vue médecin psychiatre, ça serait que le médecin psychiatre puisse se déplacer aussi, hein, sauf que là, en termes de temps c'est pas possible, hein, donc là aussi des contraintes techniques, financières et puis de personnel, qui l'expliquent. Mais, mais voilà quoi.

- Quelle mission exercez-vous dans le champ de la prévention ?

Alors la prévention euh, elle est faite de manière indirecte, quand je te parlais de pré-précarité en disant que prendre en soin des patients c'est aussi limiter le risque de, de rentrer dans la précarité, hein, en sachant qu'on a, enfin qu'on travaille avec, euh, le tissu social on a des assistantes sociales ici, hein, qui permettent voilà d'avoir cet effet-là un effet synergique.

- Comment se caractérisent vos interventions ?

Euh, ben je pense que je t'en ai à-peu-près parlé.

- Pouvez-vous décliner les actions de prévention que vous proposez aux personnes en situation de précarité ?

Je t'en ai parlé aussi.

- Comment faites-vous pour mettre en œuvre des actions de prévention avec ce public ?

Euh, de manière plus concrète avec les partenaires sociaux dont je te parlais, là par exemple avec le SIAO, il y a une fois toutes les 2 semaines, il y a bah je pense que Séverine, t'en a parlé hein, il y a alors je sais plus c'est quoi, c'est un accueil café. De manière informelle, de dire : « Coucou, on existe », euh mais sans que ça soit quelque chose de spécifique hein donc là c'est, on travaille peut-être là-dessus voilà. Là c'est plutôt le genre d'appréhension, c'est pas quelque chose qu'on n'a pas encore développé.

- Avec quels partenaires travaillez-vous ?

Des partenaires sociaux comme je te disais, c'est le SIAO avec qui on bosse principalement. Il y en a d'autres, mais alors là je suis, j'aurai du mal à te les donner en effet, on en avait fait une liste avant mais... En fait. On a eu ça, c'est en santé aussi. En fait, c'est quelque chose qui fournit et un des objectifs, c'est justement aussi de réussir à structurer un petit peu les partenaires, en fait, tout est en train de se structurer, donc c'est un petit peu ça... Au, au niveau social, au niveau psychiatrique, on n'est pas aujourd'hui dans une communication qui est parfaite, je pense à mon sens et donc le fait de structurer tout ça normalement ce n'est pas ça parce que là j'ai juste le phare de (ville), mais ça s'arrête là. Donc c'est un des buts en effet de se structurer, là aujourd'hui en cours de structuration.

- *Quel est votre rôle auprès des partenaires sur votre territoire ?*

Un rôle de euh. Ben en fait déjà c'est un rôle de dire, on existe, d'expliquer quelles sont nos missions psychiatriques, quelles sont aussi nos limites, hein ? Parce que voilà. Parfois on est vu comme des sauveurs, ce qu'on est, ce qu'on n'est pas malheureux peut-être, en tout cas, c'est ce qu'on n'est pas. Et après Bah c'est justement de développer des partenariats. Pour que les gens, pour que les populations précaires puissent être pris en soin tout simplement, parce que souvent, cette population-là en fait elle, elle n'irait pas au CMP par elle-même. Euh, je dirais c'est ça globalement.

- *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces partenaires ?*

Euh bah alors, la difficulté principale, c'est déjà de repérer, hein comme je te disais, euh c'est déjà de repérer. Je dirais, c'est quand même vraiment l'activité principale, après il peut y avoir des difficultés, un petit peu d'accroche de comment on fait pour s'organiser entre nous, mais ça c'est des choses qui se règlent facilement. Généralement les partenaires sociaux sont en volonté de nous voir et nous en volonté de travailler avec eux, donc je veux dire souvent, ça se passe bien. Il peut voir quelques petites anicroches hein, mais globalement, mais je dirais la difficulté principale, c'est vraiment celle-là, c'est de les repérer en fait, c'est des, repérer parce que c'est une nébuleuse en fait, hein, comme nous, on est assez nébuleux dans nos soins aussi hein, donc 2 nébuleuses pour qu'elles se rencontrent et qu'elle soit dans une bonne, dans une bonne organisation, ce n'est pas si simple donc hein euh, je dirais que c'est vraiment la difficulté principale, c'est celle-là.

- *Comment évaluez-vous l'État de santé psychique des personnes en situation de précarité ?*

Alors, on l'évalue assez simplement, on l'évalue assez classiquement. Euh c'est-à-dire que, on euh, on fait euh, on fait une évaluation, alors d'abord une évaluation infirmière, hein, souvent. Mais qui en fait en entretien psychiatrique assez classique hein. Évaluer la demande, évaluer les difficultés, repérer les risques, hein, ça peut être suicidaire, ça peut être un risque auto ou hétéro agressif. Hein, euh, et puis c'est, c'est d'amener la meilleure réponse de soins, possible par rapport à ça, hein, qui est souvent un aiguillage, enfin qui souvent, d'abord le travail de l'alliance qui permettra ensuite un aiguillage dans le, dans les soins. Avec In fine, hein un traitement, médicamenteux ou non médicamenteux. Voilà finalement de manière assez classique, hein. Avec évidemment des spécificités liées au public, mais ben ça reste enfin un patient reste un patient, quoi, j'ai envie de dire hein.

- *Selon vous comment peut-on améliorer l'accès aux soins pour les patients en situation de précarités ?*

Euh ben je vais revenir de nouveau, euh je pense continuer à nouer des liens avec les partenaires qui travaillent, qui travaillent dans la précarité, les partenaires sociaux, médicaux, sociaux qui travaillent dans la précarité. Pourquoi pas une action encore plus directe sur le terrain euh ça, ça serait pas mal euh. Et puis après, aussi nous..., je pense continuer à progresser sur ce côté euh, en fait, la difficulté pour moi, parfois, hein, c'est que, on est quand même dans un monde

aujourd'hui, où on nous en demande mais d'ailleurs on nous en demande de plus en plus chiffrés, de résultats chiffrés, concrets, tangibles. Ce qui est bien, mais le paradoxe est que parfois, les accompagnements vers le fond etc.. et surtout des populations précaires qui sont méchantes que ça, demande beaucoup de temps, donc c'est beaucoup moins chiffrable ou beaucoup moins entre guillemets, rentable, hein, c'est, c'est, c'est pour ça que la psychiatrie n'est pas toujours vu d'un bon œil en médecine. C'est peu rentable encore moins qu'une bonne chirurgie bariatrique, par exemple, hein, Mais ce qui s'entend en fait, hein mais, mais du coup je dirais que dans la précarité c'est encore plus. C'est encore plus prégnant, hein. Il y a, il y a quand même beaucoup, il y a enfin, j'ai pas les chiffres, il y a quand même un nombre non mineur de fois ou finalement, on essaye d'accrocher, on passe du temps et oui finalement, à la fin le patient... ça veut pas dire que ça a servi à rien parce que c'est toujours une amorce qui est lancée mais bon à la fin la personne ne va pas vers les soins, on a pas réussi suffisamment à l'accrocher par les soins donc voilà quoi, c'est pas un quolibet dans l'eau, mais quand même, donc ça prend du temps, ça prend du temps et voilà les échecs ou les semi-échecs, c'est, c'est aussi normal hein, ça fait aussi partie des choses et ça, ça c'est, c'est les difficultés.

- Êtes-vous formée à l'éducation thérapeutique ?

Non pas de manière directe, il y a le Dr ... qui est formé.

- Si oui, l'utilisez-vous lors de vos interventions auprès des patients en situation de précarités ?

- Comment faites-vous pour accompagner le patient dans l'observance thérapeutique ?

On va voir plusieurs volets, hein. Le premier, c'est l'explication et c'est encore une fois, je pense que le plus important c'est-à-dire qu'une explication qu'on est claire, loyale, adaptée. Clair parce qu'il faut que ça ne soit pas quelque chose de, de, de nébuleux, hein tu vois, il faut pas toujours très clair. Dans les traitements j'essaie d'être le plus clair quand même de simplifier euh ...Loyal, c'est-à-dire que bah l'idée c'est pas, d'arnaquer le patient hein, c'est pas enfin de, de l'embobiner hein, c'est de donner une information qui juste hein, pour qu'il comprenne le temps, aboutissant aussi les effets secondaires des traitements et adapter c'est-à-dire que, on va pas expliquer de la même manière un traitement à quelqu'un qui a fait 10 ans de math sup, math spé à quelqu'un qui est illettré hein, sans lui manqué de respect à aucune des 2 parties d'ailleurs, mais forcément on va pas mener la même manière, donc ça c'est la première chose, c'est d'explication du traitement.

La 2e chose c'est de faire une ordonnance aussi qui est claire parce que faut pas oublier que le patient, l'abreuve d'informations sur un terrain qui connaît pas, qui a tendance à oublier 90% de ce qu'on lui dit, hein, moi quand je vais voir mon mécano pour ma bagnole, il m'explique, je n'ai rien capté... La 3e chose, c'est que c'est du cousu main, comme tout ce qu'on fait, mais il est pas rare que sur des populations qui ont du mal à prendre leur traitement pour tout un tas de raisons, on les accompagne de manière plus directe, par exemple par le biais, soit on se rapproche des partenaires médico-sociaux qui ont déjà une infirmerie sur place ou des éducateurs, on leur demande s'ils peuvent vérifier la bonne observance et on va dire la, la comment je pourrai dire la ... aider le patient à être dans la bonne observance est aussi ce qu'on fait très très souvent, on va demander un infirmier libéral qui passe, hein, 1,2,3 fois par jour, hein. On peut demander aussi une délivrance, par exemple hebdomadaire à la pharmacie euh. Et enfin pour les traitements sous injectable c'est quand même quelque chose si la personne est d'accord, hein, nous c'est toujours quelque chose qu'on aime bien parce que ça limite le risque de rupture thérapeutique hein, donc en fait le traitement injectable, en clair c'est quasiment que les antipsychotiques hein, traitement neuroleptique à long cours.

- Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Par rapport aux partenaires je te l'ai déjà dit, les difficultés qu'on a, alors là, les difficultés, mais je ne pense pas que ça t'aidera beaucoup pour ton mémoire comme ça. Euh, la difficulté, c'est une activité qui est cyclique, c'est un petit peu comme les urgences à dire qu'on peut voir énormément, énormément de travail, beaucoup de coups de rush et là c'est un peu compliqué de tout gérer. Donc on essaie de faire au mieux avec le temps imparti qu'on a et d'autres fois c'est beaucoup plus calme et donc un peu frustrant à se dire : ah bah voilà, on aurait pu... Je dirais, la non-linéarité de la demande mais ce qui, ce qui en fait encore une fois c'est intrinsèque à l'équipe mobile. On est une équipe de semi-urgence donc forcément, forcément c'est pas, c'est pas quelque chose de complètement lissé. Nos difficultés, c'est toujours pareil, hein un manque de temps et moyens, mais ça je pense que bah c'est voilà, enfin si, si c'est très important mais c'est pas... Je pense que voilà, on n'est pas les seuls mais en effet, c'est très important euh. Encore des difficultés, mais que je t'ai déjà dit, c'est aussi qu'on a parfois du mal à bien connaître les partenaires, hein. Même si on l'a pour le coup, c'est, c'est quelque chose qu'on a bien en tête et qu'on essaye quand même de bah de corriger, d'amélioration.

- Quelles sont les axes d'amélioration possibles ?

Je pense que je viens de te les donner.

- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique professionnelle ?

De l'argent non plus, enfin oui, si, bien sûr, mais c'est vite, ça, c'est facile de, de se retrancher derrière ça, même si c'est quelque chose d'important. Bah alors là, je vais encore me répéter, mais encore une fois, euh encore mieux connaître notre réseau, donc pourquoi pas avoir des formations spécifiques sur la précarité euh. Pourquoi pas avoir une équipe dont des infirmiers encore plus formés sur la précarité. Hein l'arrivée de Léa est un petit peu dans cette optique-là. Aussi, hein, de parce qu'il y a, il reste aujourd'hui un côté autocentré même si les équipes sont très adaptables et très autocentré hôpital hein, donc on est dans notre jus, on est dans notre bouillon, on a une expertise, alors je pense qu'on, ce qu'on fait, on fait bien, j'espère, en tout cas, avec des infirmiers qui sont bien formés, c'est l'avantage, mais l'inconvénient, c'est que du coup, forcément il y a une forme un petit peu de formatage hein, c'est pas du, c'est pas du lavage de cerveau mais il y a rien à faire hein, on est dans un endroit qu'on a, on est dans notre pratique donc c'est bien d'avoir des appels d'air extérieur enfin donc voilà je dirai.

- Participez-vous à des groupes d'analyse de pratiques en lien avec la précarité ?

Non, absolument pas. Ce qui n'est pas ce qui devrait être fait, ce qu'on aimerait, faire embaucher, que j'aimerais. J'aimerais me former justement sur les équipes mobiles et participer un peu plus. Il y a des rencontres d'équipe mobile assez régulières, alors là on a, on a fait. Alors c'est, ce n'est pas des groupes, on a fait quelques journées, hein, quelques journées d'équipe mobiles dans la région lilloise, euh mais c'est pas un groupe d'analyse de pratiques hein ca, ça, ça serait un peu mentir que dire ça. On a de manière informelle, avec les réunions qu'on fait de manière hebdomadaire et aussi les réunions de fonctionnement, mais on n'a pas de manière formalisée on va dire hein euh, voilà.

- Si oui, pouvez-vous me communiquer les propositions récurrentes qui en émanent ?

- Avez-vous des propositions, des commentaires sur ce sujet ?

Pas plus que celle que je t'ai donnée là. J'ai vidé mon sac...

Présentation

- *Genre* : Homme

- *profession* : Psychiatre

- *Depuis combien de temps exercez-vous ?*

Oui, j'ai dû arriver vers 2020, je dirais à peu près, oui à peu près. (3 ans)

- *Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'un public en situation de précarité ?*

Alors ça dépend comment tu calcules hein. Si tu calcules par rapport à l'équipe mobile depuis sa création dans ce cas-là, qui date de... les dates et moi, on n'est pas très copain, attends mobile... 2021. Je dirai, elle existait déjà, 2021 je dirai voilà, enfin je pense... ha non 2020, pardon, excuse-moi.

- *Autre lieu d'exercice :*

Alors, l'équipe mobile, c'est tout le pôle, c'est-à-dire c'est 4 secteurs, euh donc ... euh donc voilà quoi, c'est une... enfin, l'équipe mobile, en tout cas, est une équipe intersectorielle. Je ne serais même pas dire en Etp (équivalent temps plein), les calculs comment ils ont été faits, donc je sais pas trop en termes d'ETP en fait nous on est 4 psychiatres, référent de l'équipe mobile euh si, si on veut hein, c'est aussi mon rôle hein. Je suis médecin référent de l'équipe, on est 4 psychiatres qui nous partageons les astreintes téléphoniques de l'équipe mobile, hein, parce qu'on est joignable, on est joignable tout le temps sur la plage équipe mobile, hein ? Voilà. Et en plus de ça, moi j'ai une activité dans des secteurs classiques, hein. Donc à Et aux urgences aussi donc voilà activité de psychiatre classique.

- *Formations complémentaires (addictologie, DU Précarité...)*

Alors, j'ai moi, j'ai un DU de réalité virtuelle. Euh, enfin qui n'a pas un lien direct avec la précarité.

Euh, même si toute formation utile, j'ai des formations en thérapies brèves euh... je vais pas trop faire mon CV mais en tout cas dans la précarité, enfin je pense pas très intéressant pour toi, mais dans la précarité de manière, de manière précise, non. Au niveau addicto non plus, non plus. C'est quelque chose qui m'intéresse, on en fait, bah voilà, on est dans le bassin minier, donc il y a des problématiques addicto, qui sont quand même assez marquées, et moi c'est quelque chose qui personnellement m'intéresse beaucoup. J'avais fait, j'ai fait mon mémoire, moi, sur l'addictologie, enfin sur la crise du, sur la crise du FENTANYL, le nom de ma thèse. Sur le, sur le, sur la crise, donc c'est sur un sujet qui m'intéresse.

PERSONNEL SOIGNANT N°2

Pourquoi avez-vous choisi de travailler auprès d'un public précaire ?

Alors j'ai, moi, j'ai travaillé longtemps en intra hospitalier sur une autre région. Et c'est vrai qu'on avait pas mal de patients, on recevait aussi pas mal de patients avec, ben, on disait des difficultés sociales et t'entendait tout le temps dire bah euh, ce n'est pas de la psychiatrie, c'est du social ! c'est du social, si ce n'est que là, bien alors tu t'aperçois que, en effet, euh ben, en effet le social a des impacts au niveau de la santé mentale et euh, donc il y a eu l'équipe mobile qui s'est créée à la fois, Ben, je voulais plus rester en intra et je me suis dit Bon c'est l'occasion. C'était pas un domaine que je connaissais pas du tout parce que moi j'ai fait du judiciaire et puis du, des, des urgences, en fait avant aussi, et puis de la neuro-chir. Et Ben, je me suis dit, c'est l'occasion d'apprendre ce domaine, enfin de connaître ce domaine-là.

- En quelques mots, comment définissez-vous la précarité telle que vous la rencontrez au sein de votre dispositif ?

Alors nous, ce qu'on a comme personne, enfin, on va dire la précarité, je dirai, c'est des personnes qui n'arrivent plus à avoir de statut, enfin, on va dire qui sont en perte de, de statut social, l'impression que ben, si, ils ont une perte d'emplois, ils ont des fois plus du tout de logement où ils vont être expulsés. Euh, où ils sont en grande difficulté, alors même pour s'alimenter hein, pour pouvoir acheter à manger, même s'ils ont un domicile et qu'ils ont, c'est difficile pour eux d'aller euh parfois de, de, de, demander de l'aide et enfin, pour moi, la précarité c'est ça, c'est de ne plus se sentir, entre guillemets, à sa place dans la société, je dirais plus ça.

- Comment se caractérise-t-elle pour les patients que vous prenez en soin ?

Alors nous, alors on a le côté soins intensifs à domicile donc, on peut être enfin interpellé aussi par les CCAS pour des personnes qui vont être en voie d'expulsion et euh qui sont enfin qui vont mal et, qui n'arrivent pas non plus et qui n'ont pas de suivi. Ensuite, on a, ben, tout ce qui est CHRS, on s'en occupe également hein, on a, on va régulièrement sur les CHRS. Et puis, Ben, on, on a également des gens qu'on rencontre, enfin qui passent par des urgences et quand on va à domicile, on s'aperçoit qu'ils sont dans la grande précarité, qui ne sont pas connus en fait de la psychiatrie, c'est-à-dire qu'ils sont enfin, qui n'ont plus de moyens financiers. Et qui n'ont de travail, euh, et euh, qui sont, ouais enfin voilà.

- A quel moment de leur parcours les rencontrez-vous ?

Alors généralement, on les rencontre soit on es,t on va dire par le SIAO qui nous appelle et CHRS. Euh ensuite, on a des CCAS aussi qui nous interpellent hein, quand il voit des difficultés. Egalement et par les urgences, en fait hein, tout ce qui, alors par les urgences, par les hospitalisations enfin hein, partout, par les urgences, par les hospitalisations.

- Pouvez-vous me citer et m'expliquer l'exemple d'un patient que vous suivez et qui est en situation de précarité ?

Alors Ben là, je le suis mais je l'ai perdu de vue. J'ai un jeune patient de 26 ans euh. Qui, que je suis enfin, qui était, est au SIAO. Je l'ai suivi l'année dernière sur le, la résidence "*habitat jeunes*". C'est un patient qui venait du, du secteur de ... qui à 18 ans, était déjà à la rue. Il a fait le parcours relais, Emmaüs et tout ça.

Euh, on sait aperçu en fait, que sur le, la résidence "*habitat jeunes*" où il a été logé en logement d'urgence. En fait, hein, il a décompensé, euh, parce qu'il a eu son frère qui est décédé, il s'était pendu, et il a décompensé sur un mode psychotique délirant.

Le directeur, il nous avait interpellé. Je ne le connaissais pas du tout, donc il nous avait demandé d'intervenir. Mais il n'avait passé au téléphone et le, le jeune, enfin, Nicolas, il a été OK pour aller aux urgences. Donc, il a été hospitalisé suite à ça ici. Donc, il a été vu sur le bâtiment.

Ensuite, il est ressorti sur le réseau d'un "*habitat jeune*". Je l'ai suivi pendant 2, 3 mois. Enfin, 2 mois après, il y a eu un relais CMP et même malheureusement et après, ben, il est reparti dans la rue. Et on l'a vu, on l'a perdue de vue. Donc le SIAO m'a nouveau interpellé parce qu'il était, on l'a retrouvé en fait, hein ? Il s'est, il est revenu sur le SIAO, en rupture de traitement, il a une injection retard, tout ça, donc plus de traitements plus rien, à nouveau des conduites d'alcoolisation et donc il a été OK pour le reprendre, le suivi. Je l'ai fait hospitaliser 3 ou 4 jours seulement mais pour reprise de traitements et qu'il était d'accord. Je le vois, je voyais encore il y a un mois, régulièrement 2 fois sur le SIAO. Et puis Ben, c'est à nouveau laisser entraîner. Et là, on, bah, on l'a à nouveau perdu de vue et il traîne. Il doit squatter chez d'autres personnes alors qu'il y avait un dispositif Vial qui était, qui allait être mis en place pour lui. C'est dommage, ben et puis, c'est vraiment un psychotique. C'est un gamin qui aurait dû ... il devrait pas connaître la rue, c'est pas possible, qu'à la base, il était vraiment psychotique. Quand je, depuis 18, l'âge de 18 ans avec des traits autistiques. Enfin tu vois, tu vois, ouais, il est, et après on, sachant que la précarité, on est perdu. Il faut savoir qu'on est malheureusement que ça fait partie, ça fait partie du jeu.

- Pouvez-vous définir le fonctionnement du dispositif de prise en charge dans lequel vous exercez ?

Alors, comment on fonctionne ? Nous, on fait du soin intensif, et euh, à domicile, de la précarité. Alors on est envoyé, alors nous, tu veux nos missions ? En fait, comment fonctionne ? En fait, il y a des médecins, alors, les, euh, par contre les services d'urgences, nous appellent, si, ils ont une consultation et que par exemple, la personne ne veut pas être hospitalisée et qu'il n'y a pas de nécessité de SDT. Donc, euh les urgences, ils nous appellent. Si c'est quelqu'un qui n'est pas connu du tout, de la psychiatrie, on donne des rendez-vous. On se rend tout de suite chez le, dans le, les 24h. On se rend à domicile, et on euh, programme des rendez-vous. Ensuite, eh ben, on voit pour un relai, mise en place d'un, sur 1 CMP, avec une mise en place, avec un psychiatre. Ensuite, on est à Inter, alors ensuite, notre mission. C'est donc ça, c'est en prévention ou d'une hospitalisation, des consultations en CMP, en urgence. Le CMP n'a pas les créneaux suffisants et contenant pour, pour prendre en charge la personne, c'est. Il y a des délais trop longs. Donc, on nous demande d'intervenir, aussi sur des consultations d'urgence de CMP, donc on intervient à domicile le temps que le CMP puisse reprendre, pour avoir des créneaux.

Euh, on a également, euh, donc l'intra hospitalier qui après des sorties, demande que, en fait, font sortir des personnes par manque de lits ou enfin, de places comme quoi ils ne sont pas encore bien stabilisés. donc, on nous demande d'intervenir parce qu'on intervient 3 à 4 fois dans la semaine voire tous les jours, hein, si c'est nécessaire. et donc, on ne demande à intervenir. Jusqu'à la stabilisation du patient et là, le relais aussi, c'est CMP. Et Ben, après les CHRS, les CHRS, bon on... On s'est présenté. Ils nous connaissent. Donc, ils nous interpellent pour des, ou le SIAO. Nous interpelle directement, nous on après on a toujours un médecin référent.

Toutes les 3 semaines, on a un psychiatre référent de chaque secteur en fait parce que on travaille en pôle. Donc, on est sur le pôle, donc on fait le secteur X et on a un psychiatre référent pour chaque secteur. De notre équipe: il est alors le psychiatre de notre équipe, il est référent pendant 3 semaines. Donc, là, c'est docteur X pendant 3 semaines et après ce sera, ça tourne en fait. Mais voilà, on fait surtout, on expose tous les patients et eux ils peuvent nous donner un avis si on n'a pas toujours le médecin référent.

Eux, ils nous donnent un avis, si on a besoin et ils nous conseillent et nous orientent en cas de problème et surtout en cas de personne qui n'ont pas du tout de suivi et pas de médecin du tout, référent au psychiatre.

- *Quelle mission exercez-vous dans le champ de la prévention ?*

Alors la prévention, c'est, on, euh, je veux dire, on n'a pas trop de, euh, on n'est pas trop dans ce registre au niveau prévention. Après, si on a des patients qui ont un problème, des problèmes d'addictions, des choses comme ça, nous on... Ah oui, on oriente aussi beaucoup vers le CSAPA, ça les a, on travaille beaucoup avec les CSAPA, on, ouais, au niveau prévention, on n'a pas, on n'a pas franchement c'est pas trop nos mi... Pour l'instant, on n'est pas dans ces missions-là, on est plutôt dans les missions d'urgence et les missions... Mais, plus dans ces missions-là, en fait.

- *Comment se caractérisent vos interventions ?*

..

- *Pouvez-vous décrire les actions de prévention que vous proposez aux personnes en situation de précarité ?*

Nous, on fait plus des relais, on fait pas, on..., côté préventif, on fait enfin, on fait plutôt de l'éducatif.

- *Avec quels partenaires travaillez-vous ?*

Alors nous, on travaille alors, avec le SIAO, les CCAS de chaque pôle, habitat insertion, la vie active tout..., c'est parce que en fait on a plein d'organismes de précarité. On a eu aussi les apprentis d'Auteuil : c'est arrivé une fois. Mais c'est un peu plus compliqué parce que c'est tout ce qui est euh, jeunes migrants, en.. mais... en attente en fait, de, de, de mise, donc c'est un peu plus compliqué parce qu'on sait que généralement, s'ils ont pas leur..., si, il y a pas les recours... et Ben, ils sont à nouveau dans la nature. Donc c'est, c'est un peu trop, on va dire... c'est pas assez... c'est trop précaire en fait pour les prendre. Mais, c'est déjà arrivé. Et le SAVS aussi de X, qui fait partie de la vie active aussi pour les jeunes patients migrants aussi.

- *Quel est votre rôle auprès des partenaires sur votre territoire ?*

Notre rôle, eh ben c'est en fait, c'est souvent, c'est pour, alors ben, les patients qui sont en précaire et qui sont en rupture:

-soit en rupture de soins et ils nous demandent de... qu'on les remette à nouveau dans le circuit du soin psychiatrique

-ou à la fois c'est des personnes qui présentent des troubles, enfin, les partenaires sociaux qui voient qu'il y a des troubles, hein... qui commencent à se dire qu'il y a des troubles.

Ouais, notre rôle c'est Ben... en fait c'est... c'est les aider quand ils sont en difficulté par rapport à des troubles du comportement, enfin des troubles du comportement ou... ou on voit une personne qui sont en... en... au niveau dépressif et tout ça parce qu'en fait nos partenaires c'est beaucoup de... d'éducateurs. En fait, on est beaucoup dans le social. Et il y a peu de médicaux. Enfin, il est comme le phare par exemple. Bon maintenant, il y a un médecin, Marie, qui est venu, mais en fait, ils sont dépourvus. Par contre, nous... on fait par contre... on apprend un petit peu à eux à reconnaître des signes, ça au niveau prévention au niveau des éduc. On essaie de leur enfin de leur... donc ça c'est là. Au niveau préventif, on leur... on leur apprend un petit peu à apprendre, on leur montre un petit peu, on les sensibilise. Voilà et ils sont demandeurs d'ailleurs à mieux comprendre et ils ne voient pas les choses. C'est arrivé, moi, j'ai des éducatrices, des jeunes qui viennent avec moi des fois en entretien parce que tu en vois.

Moi, j'ai pas remarqué ça... Oui, ça veut dire ça... Donc en fait on a, ils apprennent un petit peu, on leur montre un peu.

Et en fait, ils nous demandent d'intervenir quand ils se sentent... enfin quand ils voient qu'il y a des ruptures aussi...heïn, parce qu'il y a beaucoup de patients qui sont suivis et quand il y a des... des nouveaux arrivants qui ne connaissent pas... mais, qui disent ils ont un comportement... donc on y va. On se présente. Alors on fait des permanences aussi, heïn... sur le phare, le SIAO et... euh ,on se présente. Et puis, on essaie d'établir le contact comme... et puis, le lien de créer... le lien petit à petit, et puis, qui... qu'ils arrivent à faire confiance, et après, on dirige vers les CMP.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces partenaires ?

Avec les partenaires sociaux... ben, c'est justement, c'est ce truc-là. C'est qu'alors, notamment au phare, ils ont tellement euh... l'habitude de travailler enfin seul... enfin de gérer des situations malheureusement extrêmement compliquées. Mais ils attendent vraiment la dernière minute pour demander l'intervention. Et en fait : on pourrait agir en amont. Et eux, ils ont tellement l'habitude de... de... de gérer tellement des trucs hypers compliqués que ben... en fait, ils vont au bout du bout et ils vous appellent au bout du bout... le vendredi à 17h. Et en gros heïn... c'est mais en fait... ils ont... ils ont tellement eu l'habitude de gérer après ça. Après ils ont tellement...ils se sont fait tellement jetés dans les demandes. Faut dire ce qui est. Ils ont tellement été jetés en disant : Ah bah non... Oh Ben... ils n'ont qu'à se rendre au CMP. C'est des gens qui vont pas vers le soin donc c'est à nous, c'est à nous d'aller vers eux pour les amener après. Et en fait, ben oui, ils avaient pas notre équipe comme ça... donc ils ont toujours essayé de gérer... gérer... gérer et en fait : on dit mais non là... vous appelez trop tard... il est trop tard. On... on est arrivé dans une des phases, de décompensation où ça... mais... ça nous met en difficulté. Moi je vois un patient, c'est vrai qu'ils ont attendu trop longtemps. Il a totalement décompensé au niveau délirant et tout ça... j'ai dû le faire hospitaliser avec la police parce que je n'avais pas le choix. Et Ben... maintenant on remet dans le soin. Il y va heïn... mais moi il veut plus me voir parce qu'il m'a identifié comme... et pourtant ça s'est super bien passer en esprit. Il me dit : Ben oui ça s'est très bien passé.

Oui, oui, ouais, c'était ça. En fait la diff... la difficulté qu'on rencontre après aussi les grosses difficultés... Si en décompensations, c'est comment on les amène. Donc, moi j'avoue que j'ai régulièrement appelé le 15 à voir : ambulance pompiers, police de temps en temps avec dans les CHRS pour pouvoir hospitaliser. Parce que ça, c'est un souci aussi, c'est que quand on a une personne. On est là face à des compensations. On fait comment alors ? Une fois, j'ai demandé et le médecin référent me dit : bah, appelle une ambulance... met le dedans. Ouais, mais non ça ne marche pas comme ça ! Je veux dire... bah non : ça marche pas comme ça. Cette patiente, elle a compensé mais... elle a super confiance en moi et je dis : je vais pas la mettre claquée comme ça.

Et après, y a ont fait, au final. On a réussi à sur un... une grosse décompensation à l'amener quand même sur les urgences, mais tranquillement en fait. Mais c'est vrai que ça c'est hyper compliqué quand ça va... ça va ! Mais quand ça va pas : comment on fait du... bah, il faut faire tiers. Ben Ouais, mais après et alors les... les services sociaux ils ne savent pas. Et enfin nous, on est entre 2 et ça : ça c'est dur par contre.

- Comment évaluez-vous l'État de santé psychique des personnes en situation de précarité ?

Quand je dirais comment je le définis ?

Ah... L'état de santé ? Ben... En fait en fonction. Enfin en fait les... avec les entretiens. On voit aussi les idées noires, des idées suicidaires, comment ils se projettent dans l'avenir... S'ils

arrivent à avoir une projection. Euh, ouais, c'est un peu... oui par le biais des entretiens. Ouais, on fait beaucoup au niveau des entretiens. C'est que ça, on fait que des entretiens.

- Selon vous comment peut-on améliorer l'accès aux soins pour les patients en situation de précarités ?

Alors moi ça, sincèrement, je pense que... on devrait leur dédier. Euh. Avant, on faisait ce qu'on appelait le dispensaire, je suis une vieille infirmière. Eh Ben... je pense qu'il devrait y avoir un médecin qui... où on leur... on peut avoir des créneaux pour eux. Pour moi, je pense que ce serait bien, donc c'est-à-dire un... qui est psychiatre en fait qui soit, pas à temps plein mais sur des demi-journées. Ouais, ou alors même nous avec nous déjà: ça nous faciliterait. On a proposé... hein ou faire des permanences de psychiatrie, ou des permanences de Psy sur les CHRS, aussi pour que comme ça...l'accès est beaucoup et... bien plus facilité. Qu'il est des permanences psychiatres sur les CHRS. Et ça, ce serait je pense que... ce serait l'idéal ou avec nous une équipe mobile qui, quelqu'un qui vient avec nous en fait... pour mise en place des traitements pour faire l'évaluation médicale... sans pour l'instant qu'ils aient besoin de se déplacer... que le soin y va, et après en ayant confiance, on les amène. C'est comme ça qu'on les amènerait vers le soin extérieur, quoi. Mais... enfin. On travaille peu avec les généralistes mais ça commençait à venir. Mais normalement on doit le développer. Mais en fait... on doit développer tellement de choses que c'est, pour l'instant ça stagne. Les infirmiers dédiés au SIAO, les CHRS ont aussi des infirmiers et ou alors les éduc les emmènent sur... les qui les orientent sur les médecins traitants.

- Êtes-vous formée à l'éducation thérapeutique ?

Non... Mais ça fait 27 ans que je bosse donc je commence à connaître. Non, je ne suis pas encore formée à ça.

- Si oui, l'utilisez-vous lors de vos interventions auprès des patients en situation de précarités ?

- Comment faites-vous pour accompagner le patient dans l'observance thérapeutique ?

Bah alors... déjà on fait un petit peu... alors ce n'est pas du... ce n'est pas du... comment dire des leçons de morale hein. Mais dire au niveau par exemple : tout ce qui est toxique : alcool justement ce qu'on parlait, qu'il y a des prises en charge qui peuvent être faites. Ils peuvent être aidés par le CSAPA. Donc on fait avec ça. Après, au niveau des traitements hein, il y a des gens, des patients qui ont des traitements psy et on... Donc on fait à nouveau : dire l'intérêt de les prendre : qu'est-ce que le bénéfice que ça peut avoir ? Enfin voilà, ça, c'est par rapport à l'accompagnement, l'observation, l'observance du traitement, voilà, c'est ça.

- Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Alors, Ben alors... nous, enfin c'est parce que... y a pas encore tout en place. Nous : on est que des 7 infirmiers. On aurait besoin d'assistantes sociales franchement parce que là : on doit dépatouiller, alors... on renvoie sur les assistantes sociales du CCAS, ou alors sur l'intra. Mais, nous ça nous aiderait bien parce que des fois il y a des personnes. Ils sont en grande difficulté au niveau papiers, enfin papiers et tout ça... Et pareil on leur dit : les CCAS, mais ils arrivent pas à y aller. Ils arrivent. Alors nous en plus, on est une région où il y a pas de moyen de transport. Ici, on est vraiment dans les... ouais c'est vrai... hein. Donc Ben... ils ont pas, ils ont pas de moyens de locomotion, il y a pas de bus, il y a rien. Alors comment ils font ? Alors, je dirais et ça... ça par contre aussi au niveau de précarité, c'est dans les campagnes, c'est... c'est très... très compliqué hein. Là, il faut qu'on arrive à trouver des solutions parce que Ben... sur le moyen de locomotion. Ils peuvent pas.

- Donc quels sont les axes d'amélioration possibles ?

Alors, moi je dirais enfin pour nous. Moi, je pense qu'il faudrait Ben... on a dit... un... quelqu'un qui viendrait avec nous aussi... hein... pas tout le temps, mais un médecin. Enfin, un avis médical sur place, une assistante sociale sur place enfin, qui nous aiderait aussi. Hein.. Pas... pas forcément plein temps. Mais voilà, hein... pour c'est ce qu'on demande... c'est notre demande... et je pense qu'on arriverait à plus... à mieux fonctionner.

- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique professionnelle ?

Qu'est-ce que... j'aurais besoin ? ben euh... on a déjà pas mal de choses. Je sais pas, là... je serais pas te répondre. Je sais pas. Qu'est-ce que... qu'est-ce que je pourrais dire pour améliorer la pratique ? Après, enfin... des formations c'est pas... enfin je sais... ça fait 27 ans... Ah ouais, mais ça c'est le côté du... Ben... tu vois. Moi je me tape tout ... Je me tape.. c'est pas bien...hein, j'adore ça. Hein.

Le judiciaire : c'est souvent moi qui suis... un peu référente parce que j'ai travaillé dans une unité médico judiciaire dans... pendant 10 ans. Donc, en fait... enfin tous les... t'as vu. C'est un problème... sur.. justice c'est souvent moi qui... et après à la fois... je demande pas mieux. Je... je connais donc... je peux renseigner bien plus facilement. Et c'est beaucoup plus confortable pour les patients parce que je peux les orienter. Je sais comment ils vont être entendus, auditionnés. Je sais comment la procédure... ça se passe. Donc, c'est vrai que c'est plus simple, mais à la fois c'est vrai que si on aurait quelqu'un. Enfin aussi... cet axe judiciaire ici. Alors qu'on a de plus en plus, et on aura de plus en plus. Et, ça par contre, ça manque. Et, comme on a beaucoup de précarités, beaucoup de judiciaires en même temps... ça va et je m'en aperçois de plus en plus.

- Participez-vous à des groupes d'analyses de pratiques en lien avec la précarité ?

Oui, alors enfin... d'analyse pratique. Il y a le GEP ici. C'est le groupe... des groupes d'échanges entre partenaires précarité. Donc c'est avec des... avec les services sociaux, avec Habitat insertion. Il y a des CSAPA. Il y a la Vie active. Euh.. Il y en a un encore d'ailleurs, y en a un de GEP vendredi. Donc, c'est une fois par mois. Et en fait, les services sociaux qui suivent des patients en grande précarité. Hein, surtout de la grande précarité, euh... font part de leurs difficultés aux niveaux psychiques et tout ça.... voir que quelles... quelles solutions entre nous tous. On peut trouver pour telle personne. Et, donc on.. on échange, un petit peu sur des cas. Ben, c'est intéressant, c'est franchement. C'est alors euh... ils sont contents hein. Et donc, maintenant, nous on y participe aussi... parce que... avant il y avait pas. Et là, depuis... c'est une fois par mois.

- Si oui, pouvez-vous me communiquer les propositions récurrentes qui en émanent ?

Alors là par par contre... moi je veux dire, j'en ai fait qu'un... Je sais pas. J'ai pas les ... Après, on reçoit les mails en fait... Hein, de ce qui a été décidé mais là sincèrement. Je... je peux pas mais... après si tu veux quand on en parle avec les services, avec des travailleurs sociaux. Si enfin par exemple: si on est allé au GEP, moi je sais que j'ai des éducatrices qui me disent... Bah tu sais, on a parlé de ça, on a trouvé ça comme solution. On en parle comme ça, quoi ? Mais après, je pense que normalement c'est... on a des mails pour le compte rendu.

- Avez-vous des propositions, des commentaires sur ce sujet ?

Alors... proposition... Ben... comme j'en ai parlé. Un commentaire: c'est que quand on travaille. Si on veut travailler dans la précarité. Il faut pas s'attendre à un... j'ai dit: il faut pas s'attendre à un résultat pour moi. Le.. le premier résultat que j'ai: c'est quand la personne arrive à me faire confiance et à se livrer et à accepter... euh... des entretiens. J'ai dit, moi, ça, c'est pour moi, c'est

déjà le summum. Je veux dire et qu'il faut être prêt à accepter que la personne; elle sera en rupture. Dire c'est... c'est tellement compliqué. Et euh... et ça... je pense que pour la personne qui veut travailler en précarité. Elle est... faut qu'elle... qu'elle se l'approprie. C'est pour ça, que tout le monde ne peut pas. Nous, on fait, mais on... il y a des... des collègues qui sont peut-être plus sur le soin à domicile... et plus de difficultés sur la précarité parce que... bah malheureusement, si tu attends à avoir un résultat. T'en as... T'en auras pas. Voilà... Le summum du résultat: on va dire et euh... et il y en a beaucoup qui pensent que ce qui a été fait bah au final ça sert à rien. On voit plus... alors que c'est énorme. ça sert jamais à rien. ça sert jamais à rien. Voilà moi, j'ai eu un patient. J'ai suivi 6 mois, 6 mois. Il voulait personnes... très très fermé, pareil, un grand schizo. Au final, il a repris un traitement, j'ai jamais pu réussir à lui refaire aller voir un Psy parce que j'irais pas à chaque fois. Il... pourtant je voulais l'emmener mais à chaque fois ça n'allait pas. Mais par contre le traitement, il avait été repris puisque le médecin m'avait fait la prescription. Et puis, Ben du jour au lendemain, il est parti. Il est reparti soit: - sur Amiens -on sait pas. Je crois qu'il est même peut-être parti un petit peu en prison. Mais, je le sais que je me doutais qu'à un moment donné... J'allais perdre dans la nature. Et on m'a dit en un truc... on m'a dit... Bah déjà qu'il est resté 6 mois à te voir. Hein... dit... c'est même pas elle... dit... c'est... c'est déjà énorme. Il avait confiance. Et... et elle dit... mais maintenant le SIAO. Ils savent, elles disent que si on le voit revenir un jour dans la rue ou qu'on le revoit. Ben, on t'appelle tout de suite. Et ils le savent. Comme mon autre jeune patient aussi dès qu'ils le voient... ben... on m'appelle et et enfin voilà. Moi c'est... c'est... c'est ce que je me dis. Je dis c'est... c'est ce qu'on peut apporter, c'est pas grand-chose, mais c'est beaucoup.

Présentation

- **Genre** : Femme

- **Profession** : Infirmière

- **Depuis combien de temps exercez-vous ?** 27 ans

- **Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'un public en situation de précarité ?**

Alors, je veux dire sur l'équipe mobile ici: ça fait 3 ans. Mais, après bon... Ben... en intra on en.. a hein... euh... des précaires tout ça hein. Mais on va dire plus ici vraiment spécifiquement ça fait 3 ans en Équipe mobile.

- **Autre lieu d'exercice** : non je suis à temps plein sur le dispositif

- **Formations complémentaires (addictologie, DU Précarité...)**

Oui, enfin moi de l'addicto je fais... je vais pas. Euh... enfin, sur la précarité pas... pas vraiment. Enfin, là si je refais bon ma 7e formation sur les violences conjugales et violences intrafamiliales. J'ai fait sur la bientraitance, la bienveillance.

Euh... en psychiatrie, parce que ça sert toujours. Et ce qu'on... Attends euh... qu'est-ce que j'ai encore eu comme formation... Sur les post traumatiques, donc ça c'est hyper important parce que pareil. Hein... on a énormément de post trauma, et en précarité alors-là... Tu l'as encore plus justement. C'est vrai que ça... le post-trauma sur... sur la précarité c'est énorme... énorme.

PERSONNEL SOIGNANT N° 3

- Pourquoi avoir choisi de travailler auprès d'un public précaire ?

Je ne sais pas si j'ai choisi. C'est les circonstances qui ont fait qu'on s'est retrouvé là-dedans. En secteur psychiatrique, des publics précaires, il y en a beaucoup. Et, on avait commencé quant à... dans les débuts du XXX. On avait commencé à travailler sur un réseau santé mentale précarité qui a été agréé comme dans les financements des réseaux. Et après, on a créé l'équipe mobile. Bon! c'est devenu un champ d'activité alors que l'hôpital ne gère pas trop bien ce genre de... de problèmes. Dans la mesure où les gens, on les voit pas à l'hôpital ou on les voit dans des circonstances catastrophiques en général. C'est les circonstances qui ont fait qu'on est rentré dans ce domaine d'activité.

- En quelques mots, comment définissez-vous la précarité, telle que vous la rencontrez au sein de votre dispositif ?

Précarité... Ben... Il y a beaucoup de précarité. Il y a la précarité euh... du logement. Hein... c'est des gens qui sont logés dans des conditions très instables. C'est pas de... ici les SDF dans la région de X, des vrais SDF... Il y en a très peu, des gens qui sont dans des squats, dans... des... dans des logements qui sont complètement détruits etc... Il y en a beaucoup...

Après la précarité par rapport aux ressources économiques: les minimas sociaux. Euh... ici, dans le bassin de vie: on a... je pense la palme des gens aux minima sociaux de la France ou pas loin. La précarité relationnelle: l'isolement euh... rupture de tous les contacts familiaux, sociaux. Précarité par rapport à l'emploi. Précarité: il y a beaucoup de choses par rapport à la capacité à se repérer dans un monde compliqué. Ça va jusqu'à la difficulté face aux exigences numériques, etc. Tout ça c'est des accumulations de... de problèmes. C'est pas un problème qui va faire que quelqu'un... et n'est plus dans la vie actuelle, n'a plus de place. C'est plus l'exclusion la précarité d'ailleurs.

- Comment se caractérise-t-elle pour les patients que vous prenez en soin ?

Les gens qu'on voit. On les voit parce qu'il y a une demande sur un certain type de problèmes. On les voit parce que des gens s'inquiètent pour eux. C'est l'équipe mobile. On les voit parce qu'il y a un problème aigu de logement: c'est le service logement. On les voit parce que le RSA nous confie le dossier; parce que par exemple ils ne viennent pas au RDV. Donc ils risquent de perdre leur droit. On les voit parce que bon... bien que quand les gens sont reconnus handicapés. On est face à d'autres systèmes. Donc on voit... On voit les personnes dans des... dans des demandes qui sont extrêmement variables. Et c'est l'occasion de la rencontre qui permet de voir que les problèmes sont... sont sociaux; sont relationnels, sont économiques. Les gens n'ont pas leur droit ouvert et ils vivent dans des conditions indécentes etc. Bon c'est... c'est en fait le point de départ. C'est un petit peu aléatoire. C'est là! Qu'est-ce qui a interpellé le professionnel qui nous l'a envoyé ? -ça peut être un problème de comportement. -ça peut être un problème social. -un problème de logement.

- A quel moment de leur parcours les rencontrez-vous ?

Quand... quelqu'un nous les ... Souvent, c'est parce qu'un tiers nous l'envoie; ou actuellement, par exemple: on fait... on intervient. C'est un nouveau dispositif dans le département. On intervient dans les suivis complexes du RSA, donc on est... on est référent RSA pour actuellement 50 personnes. On va passer à 80 bientôt là. On voit arriver dans les... alors les référents RSA nous envoient. Nous confient le suivi de personnes avec lesquelles ils ne s'en sortent pas. ça commence toujours par l'échec d'un... d'un professionnel sur le terrain. C'est la base: c'est ça... quelqu'un n'en sort pas. On nous confie le suivi. On a une vision relativement, je dirais... On va rencontrer une psychiatrie historique qui n'a jamais été détecté, des troubles

mentaux sévères. On va rencontrer des troubles physiques qui sont plus ou pas soignés ou qui ne l'ont jamais été. On va rencontrer des problématiques de logement. On va rencontrer des problématiques de toutes sortes de choses: de l'isolement etc. Quelquefois du handicap qui a pas été qualifié. Ça c'est fréquent, ça hein... des gens ont droit à une reconnaissance du handicap et a un aide adaptée. Et la demande n'a jamais été faite parce que ça a jamais été posé comme ça. ça a été posé un jour par exemple, je parle du RSA dans le cadre du RSA, voilà. Il a le RSA. Il doit souscrire à telle ou telle obligation etc. Et, les gens sont dans des rails qui ne sont pas les bons; mais ils y sont. Jusqu'au moment où quelqu'un se dit c'est plus possible. En général, le c'est plus possible, c'est plus par rapport à l'échec du professionnel que par rapport aux besoins. Moi, en tant que professionnel, je n'en sors pas. Bon et maintenant, comme on est dans un dispositif là. Euh... on sert un petit peu de... d'aiguillage. Pas possible avant, ça ne se faisait pas. C'est tout nouveau qu'on fait ça. Ça fait... ça fait un an. Et sur les 50 dossiers qui sont actuellement ouverts. on va aller à 70% de pathologies psychiatriques qui étaient sous les radars.

Ils racontaient que quelqu'un. Ils sont allés le voir : on ne peut pas rentrer ! Euh ils ont réussi à le contacter par téléphone. Ils vont quand même essayer de prendre rendez-vous pour le voir. C'est quelqu'un qui a des gros troubles de santé, qui ne sont pas soignés. Le référent RSA, s'était inquiété parce que la personne a des ulcères non soignés. Et, euh... on va se retrouver avec un chaos psychiatrique, médical, social, etc.

- Pouvez-vous me citer et m'expliquer l'exemple d'un patient que vous suivez et qui est en situation de précarité ?

Ben... c'est le RSA, c'est le dernier exemple en type. Après l'équipe mobile des exemples: il y en a beaucoup hein. L'équipe mobile, le point d'entrée c'est : quelqu'un, un professionnel, s'inquiète... En disant, s'inquiète en disant : il faut, ça va pas, il faut qu'il soit soigné. Bon, donc la question qui se pose, c'est pas comment soigner les gens. Mais sont-ils malades ? Bon, première question. Donc, il faut rentrer en contact avec. Est-ce qu'il y a un trouble mental? S'il n'y a pas de trouble mental. C'est pas nous. Les gens font n'importe quoi de leur vie: c'est leur droit. Si... ils ont un trouble mental. Ils ont le droit d'être soignés. Comment les décider à être soignés parce que la contrainte... Elle est vraiment dans les questions réglementaires... dans des... quand ça touche la sécurité. C'est 1% des problèmes. Les autres, pour le reste, c'est comment décider quelqu'un à prendre soin de lui. Donc ça peut prendre du temps. Euh quelquefois l'équipe mobile peut voir quelqu'un 10 fois avant que la personne accepte d'aller au CMP par exemple. Mais ne serait-ce que d'accepter la visite de l'équipe mobile. C'est déjà une façon d'accepter un soignant, donc après ça peut se décliner autrement.

- Pouvez-vous définir le fonctionnement du dispositif de prise en charge dans lequel vous exercez ?

Alors, on n'est pas un dispositif. On a beaucoup de dispositifs. Comment j'expliquerai ? Euh... Ce qu'on fait ici, c'est articuler euh... Comment, j'expliquerai ça simplement ? Tous les déterminants de la précarité sont habituellement traités dans des systèmes différents. Euh... ici, tout ça, on le prend en compte, au même... dans le même lieu, sauf la santé physique. Mais, la santé physique on va la confier par exemple: faire que les gens aient un médecin traitant. C'est déjà une étape. Faire qu'il y aille 2ème étape etc., Psychiatrie: c'est pareil. Les gens ont-ils besoin de soins ? Qui va les soigner ? Prendre un rendez-vous, les accompagner aux soins ? Euh Comment est leur logement ? Est-ce qu'ils peuvent par exemple être inclus dans un dispositif ? Alors, on a plusieurs dispositifs aussi. Mais, on travaille aussi avec l'environnement. Ici, on a des dispositifs d'hébergement d'urgence. On a de l'hébergement protégé. Euh, on a une résidence accueil. On a... enfin 10 lits qui sont comme une résidence d'accueil. Euh... on a de l'accompagnement dans le logement, dans le cadre du... de la politique du logement d'abord,

du département. Euh... On a x accompagnement dans le logement c'est-à-dire que faire en sorte que des gens qui sont dans les situations catastrophiques chez eux puissent voir leur situation s'améliorer: -soit il y a des choses à améliorer, -soit qui peuvent éventuellement être orienté par un autre dispositif. Bon après y a autour de nous, il y a plein d'autres dispositifs. Donc, on jongle avec tout ça pour trouver une solution. Après, est-ce que les gens ont leur droit ouvert ? Est-ce qu'ils ont le droit à des choses ? Donc, tout ça on va le traiter. Est-ce que par exemple on utilise nos ateliers d'insertion (surtout, pour des gens d'âge moyen, pas pour des gens très âgés forcément)? Pour les remettre en situation... et de groupe. Et de projet c'est-à-dire : est-ce que je peux être capable de participer à un atelier 2 jours par semaine? Pour, par exemple, faire de l'horticulture ou faire de l'entretien, etc. Donc, ça on le fait euh... ça nous sert un peu de... de lieu d'observation et de lieu de contact. Parce que à chaque fois que quelqu'un est pris en charge ici, c'est aussi un endroit de rencontre avec la personne qui peut se décliner autrement. Un petit point de contact, ça suffit. Les gens viennent par exemple au club, n'importe qui vient au club... quand il veut. Il y a pas... il y a pas de filtre hein. On peut venir l'après-midi. Le club est un endroit de contact. On vient si on veut. Il y a un billard. Il y a du café mais par contre, les professionnels passent non pas spécifiquement pour y aller, mais tout simplement. Nous, c'est le passage dans le parking. Donc, les gens on les voit. Ils sont en contact avec nous. Euh... « comment ça va », ça interpelle, « tiens c'est la 1ere fois que vous venez, on ne s'est jamais vu etc. ... » Donc, c'est un point de contact informel... comme ça les autres points de contact: les ateliers d'insertion, quelqu'un accepte de participer à l'atelier 2 jours par semaine. Il y a des moniteurs spécialisés. Ils vont commencer à avoir une approche des problèmes qu'il y a. Euh... on va décliner quelquefois vers d'autres dispositifs, par exemple, on va demander d'évaluation au SAMSAH pour voir s'il y a un.. une légitimité à faire une demande MDPH. Quelquefois bon, on va se reposer la question du logement. Enfin, on va décliner toutes les modalités, mais en fonction d'un parcours qui est unique par personne. Quelle est la première chose sur laquelle on peut travailler avec la personne ? Et après les chemins seront en zigzag. On arrive ici à garder une cohérence sans aucun problème. On sait où on en est. Mais, donc on peut prendre le temps et faire que quelqu'un, va d'un dispositif à l'autre ou tout dispositif en même temps. Euh... en fonction de ce qu'il est en mesure de... d'accepter. En fait, le problème, c'est l'acceptation. Qu'est-ce que les ? Qu'est-ce que les personnes peuvent accepter comme aide à un moment donné, c'est en général un petit peu la clé.

- *Quelle mission exercez-vous dans le champ de la prévention ?*

Prévention... euh... On fait pas de prévention. On fait de l'information aux partenaires. On a beaucoup d'activités de formation auprès des partenaires. Pour les sensibiliser, sur ce qui est particulier en santé mentale, pour les aider à repérer et demander de l'aide en cas de besoin. On se positionne surtout comme ça et on a tout un dispositif qu'on appelle les missions d'appui qui sont destinées aux professionnels. S'ils sont confrontés à un problème euh... Ils peuvent nous demander conseil. Donc, la prévention pour nous, on a pas d'action de prévention vis-à-vis des personnes. On a des actions de prévention vis-à-vis des professionnels. Les bailleurs euh... on travaille beaucoup avec eux. C'est de la formation et parfois c'est de la formation implicite à dire que, à force de travailler les dossiers ensemble. Il y a une façon de... de concevoir qui se partage.

- *Comment se caractérisent vos interventions ?*

On travaille... On travaille énormément avec tous les professionnels du territoire; tout le monde sauf ce qu'on ne connaît pas encore. Il y en a encore mais quelquefois on découvre mais... surtout des petites asso qui font des trucs sympas mais qu'on sait pas forcément... Si non, tous ce qu'on fait est partagé avec des partenaires extérieurs, on ne travaille jamais seul... jamais seul. Il y a toujours 2 ou 3 autres personnes dans la boucle. Donc ça finit par faire une logique

d'accompagnement ou les partenaires peuvent compter sur nous; non pas pour faire à leur place mais pour les aider à faire.

- Pouvez-vous décliner les actions de prévention que vous proposez aux personnes en situation de précarité ?

Prévention, précarité... j'ai du mal à voir. Euh... là, nous... On est dans le repérage, tout ce qu'on fait, vise à réduire le nombre de gens qui ne sont pas vus; ou qui ne sont... C'est pas que les gens sont pas vu ici en tant que... On voit tout le monde, ils ne sont pas vu par le bon dispositif. Hein... Euh... des gens se retrouvent dans un dispositif qui ne sont pas... adapté et le dispositif qui pourrait leur convenir n'a jamais été activé. C'est ça pour nous la prévention, c'est qu'il y ait un regard relativement plus large. Euh... sur des problèmes qu'habituellement on ne voit pas. Euh... Pour les patients psy chroniques: situation de précarité, c'est un autre concept. S'ils sont patients psychiatriques chroniques, qu'ils ont été suivis, la plupart du temps, leur droit à une action sur le handicap et qui ont été ouverts. Euh... donc ils bénéficient la plupart du temps d'un accompagnement par un SAMSAH, SAVS. Il y a des dispositifs en place, ça... ça se pose pas dans les mêmes termes et c'est... c'est structuré. On peut avoir des passages d'infirmières à domicile pour donner les traitements etc. Quelquefois les services hospitaliers ont des dispositifs vers l'extérieur pour accompagner les... les gens qu'on dit chronique. Ça... c'est pas le problème, le problème: c'est des gens qui sont en rupture de soins. Ceux qui ont été soignés un jour et qui ne sont plus; et revient à la case départ, des gens qui sont dans des situations, où y a plus de regard porté sur eux, ou plus de regards spécifiques. Hein... euh... sauf par exemple: entendre que quelqu'un qui pose problème dans le logement. Donc, on revient au problème du bailleur qui dit que... on ne peut pas continuer cette histoire et on revient à ce qu'on disait tout à l'heure.

- Avec quels partenaires travaillez-vous ?

On a ici... On a un métier très psychiatrique. Donc, on travaille avec tous les secteurs de psychiatrie. Les... l'équipe mobile est hospitalière. Moi, j'ai un mi-temps hospitalier. Euh... Les... je dirais les 3/4 des professionnels qui sont ici sont des anciens du secteur psychiatrique. 2 personnes du bureau sont des anciennes du secteur psychiatrique. Donc euh... c'est le... le secteur de psychiatrie publique : c'est notre base de départ. Pour la plupart, y compris culturellement. Après bon, nos partenaires, les bailleurs beaucoup, on les connaît tous. On se voit, enfin pas moi mais... les équipes du logement. Ils sont toujours... ils ont des liens très... très faciles avec euh... Pas de Calais Habitat, SIA, etc. Ils ont même des... des conventions avec eux pour des accompagnements. Les services sociaux, les... la MDS du Pas de Calais, euh... avec un problème qui est typique aux MDS qui est la..., le turn-over des personnels ; ce qui fait qu'on a des liens parce que c'est toujours de personne à personne. On a un lien avec une personne et puis l'année d'après c'est une autre. Ils nous connaît pas. Donc on recommence. Euh... Les... les CHRS par ici, c'est XXX quelquefois un peu la vie active. Quoiqu'on partage un petit peu de chose avec les CHRS. Euh... pas tant que ça finalement ! C'est pas les mêmes populations et les CHRS quand ils sont face à une situation : où il y a des troubles mentaux; ils nous les renvoient. Mais, on travaille avec eux... avec qui on travaille. Les CCAS... beaucoup CCAS, qui sont les plaques tournantes de toutes les populations un petit peu à la dérive... la... dans les villes. Les services de l'emploi : on fait partie d'un consortium avec la mission locale : pôle emploi etc... sur les... les jeunes et puis Karine est en lien avec tous les services publics de l'emploi du territoire.

- Quel est votre rôle auprès des partenaires sur votre territoire ?

Ah! moi, j'ai pas de rôle auprès des partenaires. Moi je fais des consultations. Euh... mais je suis en appui des équipes. Quelquefois, bon je participe à des...par exemple, on a tous les mois ce

qu'on appelle un groupe d'échange, c'est-à-dire à un moment où tous... les tous... les professionnels peuvent venir déposer un dossier compliqué. Et puis, on en parle tous ensemble. Je fais partie de la discussion parce que j'ai un regard de soin avec la responsable du SAMSAH qui a un regard sur le handicap, avec les gens qui ont regardé sur l'emploi, etc. On croise un petit peu nos actions, donc moi j'ai, mon rôle : c'est euh... la maladie mentale hein!

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces partenaires ?

Quelles difficultés ? Euh, auprès ces personnes dépendantes... Il a des gens qui sont plus ou moins réactifs à ce genre de difficultés d'autres moins. Mais ça c'est la vie, c'est pas des difficultés. Euh... On voit des milieux dans lesquels on commence à... à être reconnus comme étant des partenaires possibles. C'est le milieu de l'emploi qui... sont pas du tout habitués. Euh... à traiter les choses sur cet angle là et qui commence. Non pas de difficulté, sauf des problèmes de frontières dans le temps mais c'est minoritaire c'est 2 fois rien.

- Comment évaluez-vous l'État de santé psychique des personnes en situation de précarité ?

Comment je l'évalue... Euh... je ne l'évalue pas. Euh... Quand je vais avec l'équipe mobile, il est pas possible de faire un diagnostic ; ça c'est une constante. Parce que... euh... ce qu'on a en face de soi... euh est pluri déterminé par beaucoup... beaucoup de choses : -par les conditions de vie -par... -par l'histoire de vie - par la pathologie - par enfin bon. Donc on voit... on... en tant que médecin. On voit quelqu'un qui va mal : il y a...aller mal qui a beaucoup de composantes ; ça peut être dépressif. On se demande certainement s'il n'y a pas des éléments délirants derrière. Euh... Il y a peut-être aussi d'autre chose qui ont peut-être un moment donné, un truc de personnalité, mais on a affaire la plupart du temps dans ces situations-là à... à... comment je pourrais dire : un mot générique à « mal-être » ; qui est... qui ne rentre pas là... à ce moment-là, dans les... dans des... une dimension classificatoire. Ce n'est pas possible, pas... mettre une grille, ou alors: on a de tout. Après les choses se décantent. On arrive à y voir plus clair. Il faut des consultations. On se pose déjà... Et on voit si les gens ont des choses... des choses à dire, et avec un peu de confiance. Bon après, on découvre des choses dans... dans l'histoire: la personne, dans les contacts avec des voisins, avec la famille. Bon, on peut avancer dans un diagnostic. Mais il faut beaucoup de temps. En première approche, les diagnostics que je pose pour... le... pour le PMSI c'est des diagnostic vagues, pas générique. Parce que bon, j'évite, mais très peu spécifique en fait, troubles de l'humeur, troubles anxio dépressifs, etc., trouble de l'adaptation ; mais qui ne... qui ne renseigne pas sur la nature du trouble.

- Selon vous comment peut-on améliorer l'accès aux soins pour les patients en situation de précarités ?

Ben euh... Alors, j'ai travaillé longtemps dans les secteurs de psychiatrie. C'est le problème des secteurs de psychiatrie. Si les secteurs de psychiatrie avaient les moyens qui devraient avoir. Parce que ça... ça passe par là. C'est leur mission. En France, il y a un service public de psychiatrie qui veut que chacun bénéficie de soins spécialisés, gratuit etc. Enfin bon euh... Actuellement, c'est bloqué parce qu'il y a des raisons de structurelles. Bon, il y a aussi des raisons d'état d'esprit. Moi, c'est... je peux en parler parce qu'à mon âge, je peux voir les choses comme ça. La psychiatrie s'est refermée sur les hôpitaux. Pour des raisons que je peux comprendre, parce que bon... parce qu'il y a toujours l'illusion d'une médecine spécialisée bien propre, bien nette, avec des procédures, avec des armes décisionnelles... Tout ça et tout ce dont on parle échappe à tout ça... Bon euh. Il y a toujours, c'est très difficile à dépasser le fantasme du « c'est social, c'est pas nous ». C'est pas ou c'est? Et c'est les 2. Et c'est en général beaucoup de choses en même temps. Donc ce regard un peu...dirai synthétique qui va remettre ensemble toutes les composantes. Une psychiatrie qui se médicale ne veut pas le voir parce que ce n'est

pas dans ses missions; pense-t-elle. Ça, c'est une création des années, je dirais 2000, hein 90! Enfin moi, quand j'ai commencé le secteur psychiatrique, il se développait. On avait pas du tout ce regard-là. On allait vers les gens. Même lorsque leurs...leurs troubles n'étaient pas impactés. Je pense. Il y a un problème de... de normes hospitalières qui ont un petit peu éteint une pensée soignante psychiatrique qui se veut ouverte. Et, elle est de moins en moins ouverte. De toute façon, il suffit de regarder quand il y a un manque de personnel. Que fait un directeur d'hôpital ? Il va rapatrier les équipes du dehors pour les mettre dedans. C'est... c'est symptomatique. Et les gens râlent et puis, finalement acceptent. Alors que c'est scandaleux parce que tout le monde sait que si on fait ça. On va augmenter la charge à... à l'intérieur. Euh, parce que la plupart du temps, ce qui va se passer, c'est que ça va devenir le dernier recours. Donc plus tard, donc... dans de plus mauvaises conditions et avec des capacités de suivre qui seront réduites. Donc, c'est la catastrophe sur tous les tableaux. De toute façon quand moi je fais les DIM: là en PMSI psy... Euh, quand un secteur dysfonctionne. ça se voit. On voit les séjours qui augmentent et la quantité de soins extérieurs qui diminuent. C'est tout à fait symétrique. Donc bon, c'est la mission des secteurs de psychiatrie. Encore faut-il que là, bon c'est... Euh, on est dans une, dans une vision politique des choses. Il faut que la psychiatrie publique puisse être reconnue et valorisée. Les praticiens... ils font ce qu'ils peuvent aussi, hein. Quand on ne peut pas donner de RDV avant 6mois... C'est pas qu'on a décidé d'aller à la pêche ! C'est qu'on ne peut pas. Donc tout ça, c'est la réalité.

- Êtes-vous formée à l'éducation thérapeutique ?

Moi je ne suis pas formé. Ici on... Personne qui... est formée spécifiquement.

- Si oui, l'utilisez-vous lors de vos interventions auprès des patients en situation de précarités ?

- Comment faites-vous pour accompagner le patient dans l'observance thérapeutique ?

Bon alors, il y a être formé et avoir des... des bonnes idées. Donc, euh ici, il y a pas mal de gens qui ont des idées assez claires sur comment on s'y prend. Mais il y a pas eu de... de formation spécifique labélisé; sur tout ça. Donc, on ne fait pas au stricto sensu de l'éducation thérapeutique.

Mais, ils font... ils font parce que la base du métier de SAMSAH : c'est ça hein! Expliquer aux gens euh... à quoi servent leur traitement ? comment on les prend ? les aider à... à sécuriser leur prise; y compris avec des interventions extérieures etc.

- Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Par exemple, l'équipe mobile va... va demander un rendez-vous pour quelqu'un qui va mal. Et puis, la réponse du CMP, ça sera pas avant... pas avant... euh bon.

Après, on se connaît. On finit par négocier dans les coins, etc. Et c'est loin d'être simple. C'est un gros problème. Il y a de ça... c'était l'an dernier. Je pense où il y a... Il se plaignait beaucoup de ne plus avoir de... de sortie vers le soin. Parce que ça fonctionnait plus. Euh... il appelait. Il n'y avait plus de place. L'hôpital n'avait plus de place. Il y a plus de médecins. CMP, il n'y a plus personne. Quelqu'un accepte un rendez-vous au CMP, ben on peut plus lui donner ou alors on le donne dans 3 mois. Ce qui fait que la personne, elle va lâcher entre-temps. Si c'est... si ça doit être fait. C'est maintenant au premier contact. Après, il y a des pratiques, quelquefois dans les CMP qui sont un peu douteuses du genre. Si quelqu'un ne vient pas du coup: il peut plus avoir de rendez-vous. Ha non, il faut savoir, les gens... ils peuvent rater 2, 3 RDV et puis un jour. ils s'accrochent enfin il faut accepter ça.

- Quelles sont les axes d'amélioration possibles ?

Ben euh... c'est politique... Tout ce qui a été dit: par mes collègues sur une... euh... Ce que doit être la Santé mentale et la psychiatrie en France. Euh, j'y adhère, hein! C'est... c'est un parent pauvre du soin. Si, déjà c'était considéré, doté, pensé parce que ça... ça manque. Faut bien se rendre compte, moi, j'ai vécu ça que la... la psychiatrie de secteur. Elle émane d'une feuille de route, d'une pensée... euh de santé publique. Et qui ... La circulaire du 15 mars 60 qui a dit : désormais, c'est comme ça; que ça devrait être. Et ce document-là, qui fait 3-4 pages et je sais plus, qui est très, très court. Pose les bases. ça servait de jalon. Il y avait une direction dans laquelle, il... C'était légitime de pouvoir s'engager euh... bon. Et puis on connaissait les expériences des pays autour de nous. (En Europe et aux États-Unis, etc). On savait ce qu'on devait faire. Maintenant, on ne sait plus. Il y a plus... il y a plus une pensée structurante euh... Psychiatrique. Y'en a une mais qui est une pensée plus technique, hein. Mais, il n'y a plus de... une pensée sur la couverture du territoire. Par exemple, bon, petit exemple, quand... quand j'étais chef de service en psychiatrie. L'idée que des infirmiers aillent, on a une demande, quelqu'un appelle, « oh Madame Machin, ça va pas bien, euh... ». On envoyait un infirmier pour voir ce qui se passait et après on a reparlé. Mais, dans beaucoup de pratiques hospitalières, c'est impossible parce que l'infirmier ne doit intervenir qu'après avoir été que... que la demande était prescrite après un contact au CMP. Bon maintenant, ça change parfois dans certains endroits mais c'est pas bon . Ce qui fait que c'est dans... dans l'aller vers inconditionnelle qu'on peut avancer. Si, on attend aux gens qu'ils adhèrent, reçoivent pour leur proposer du soin. ça ne marche pas. Euh... il faut qu'il y ait des préalables. Bah, ça c'est un... c'est un problème de politique de santé; c'est à dire comment la, comment la santé mentale est pensée en France, au niveau national et... et qu'est ce qui est proposé aux professionnels pour qu'ils se réfèrent.

- Quelles sont les axes d'amélioration possibles selon vous ?

Ben... que ce ne soit plus un saupoudrage de petit moyen face à ces populations en difficulté. Mais qu'il y ait une politique globale. Parce que chacun se... se ramasse des situations infernales. Chacun dans son côté euh... Ce n'est pas en donnant à des gens cent balles de plus... ça... ça règle des problèmes. Mais, ça arrive pas. Cela parce que euh... je pense qu'il y a... l'autre... d'autres dimensions d'amélioration. Mais, ça fait partie du même problème. C'est... c'est l'intercommunication entre les dispositifs hein. On avait travaillé avec l'ANAP. Il y a de ça une paire d'année, là-dessus. Euh ici... On a la chance dans le Pas-de-Calais que tout soit relativement communiquant. Il y a très très peu de... de services avec qui on n'arrive pas à travailler. Mais, je ne sais s'il y en a. Mais, ce n'est pas... c'est pas des pratiques très répandues. Alors que ça devrait être la norme. Euh... dans ce domaine-là, on ne peut pas travailler tout seul. On ne peut que travailler en appui d'autres professionnels qui vont aborder les problèmes. Parce qu'ils savent faire. Maintenant, le RSA commence à se dire... Le référent RSA n'est pas capable de tout gérer. Bah non! C'est bien... Il commence à demander de l'aide: c'est bien. C'est un début. Je pense que la... l'interconnexion des dispositifs. C'est la base de l'amélioration . Et puis, après qui est une politique qui permette d'avoir une vision globale des ...

- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique professionnelle ?

Ben nous... on l'améliore nous-mêmes. On n'attend pas qu'on nous le donne. On invente et On crée.

- Participez-vous à des groupes d'analyse de pratiques en lien avec la précarité ?

Participer à des groupes. Oui on en fait régulièrement.

- Si oui, pouvez-vous me communiquer les propositions récurrentes qui en émanent ?

Les propositions récurrentes qui en émanent ... Quand on avait travaillé ça avec des.. des gens du logement. La demande qu'ils avaient... c'était en ça... Ah oui, il y a un piège là-dedans et j'ai entendu ça ce matin. On avait une Visio avec des gens de l'insertion. Ils voudraient en savoir plus en santé mentale. Ils voudraient qu'on leur apprenne à détecter ou à repérer euh... le malade. Et c'est un fantasme qui... qui est universellement répandu. Euh, comme si on allait pouvoir expliquer à des gens que... avec tel ou tel critère, un tel est normal et un tel ne l'est pas. Bon, ça c'est... c'est la demande, après on travaille avec les équipes. On se rend compte que c'est pas vraiment de ça qu'on parle. Mais la... la première demande est là. Par exemple, pour le RSA, le département s'est fait pour mission de former les référents du RSA à la Santé Mentale. Il faut bien commencer par quelque chose, mais ce qu'on a passé du temps à expliquer ce matin. C'est que c'est bien, à condition, pourquoi pas, expliquer des choses. Mais ça n'a pas d'impact dans les pratiques que les gens apprennent à repérer; déjà les difficultés qu'ils ont. Leur métier, c'est de conduire des gens à l'emploi. On va pas l'appeler. On va pas l'aider à apprendre comment détecter une psychose. On a tous mis des années à l'apprendre. Et voilà enfin, c'est comme ça. Donc. Pas rentrer dans des demandes de simplification qui sont des demandes de stigmatisation. Aussi parce que quelque part, ça... ça met en garde de populations une... censé être normale à qui on peut dire, « mais alors Monsieur Machin, vous devriez pouvoir travailler et l'autre maintenant on peut pas lui demander parce qu'il est malade ». Donc c'est pas binaire. donc les axes d'améliorations et les demandes... dans les demandes, dans les groupes. Il y a eu beaucoup de demandes au début de formation. On en fait encore parfois. Mais c'est... maintenant, les demandes qu'on a. C'est beaucoup plus de demandes de soutien. C'est-à-dire les gens veulent avoir un numéro de téléphone ou quelqu'un a appelé en disant: "Tiens, ce que tu peux m'aider je m'en sort pas". Mais ça...c'est... cette demande-là arrive après des années et des années de travail sur le terrain. Que quelqu'un qui envoie une demande, de l'aide c'est pas évident. Parce que ça veut dire que là, dans son métier, il en sort pas. Et les gens ont horreur de ça... Euh, et donc ils auraient aimé être qualifiés pour pouvoir dire ça. C'est moi! C'est donc ils acceptent le fait qu'il y a un partage nécessaire. Je pense que c'est comme ça que les choses évoluent actuellement pour nous.

- Avez-vous des propositions, des commentaires sur ce sujet ?

Ben... il y a pas que le soin psychiatrique. Il y a le soin physique hein. Y a un gros... gros problème d'accès aux soins physique actuellement hein. On découvre des gens qui ont des pathologies qui n'ont jamais été pris en charge. Les causes : on les connaît. C'est l'abandon du soin. Euh... et la 2e cause : c'est pour trouver un médecin traitant actuellement. Faut se lever de bonheur ! Enfin, les médecins ne se déplacent plus. Bon, je fais partis d'une génération où quand j'étais...je faisais des remplacements à la campagne. Je faisais tout le village tous les jours avec ma voiture, hein. Bon ben maintenant, ça se fait plus ; ce qui fait que des gens qui ne sont pas capables d'aller au cabinet. Sauf certains médecins traitants qui... qui bougent. Mais certains n'acceptent que les gens qui se présentent ; ce qui fait que tous ceux qui ne sont pas mobiles pour des raisons, même psychologiques hein.... Donc ça, c'est un gros problème d'accès aux soins. Avec des dispositifs qui commencent à naitre. Euh ça c'est un gros souci. Bon, ce Mr dont je parlais, RSA, ils ont pas réussi à rentrer ; et puis, soi-disant des ulcères qui saignent, constaté par le référent. A mon avis il n'a pas que des ulcères, il doit avoir plein de truc.

Présentation

- **Genre** : Homme

- **profession** : psychiatre

- **Depuis combien de temps exercez-vous ?** 45 ans

- *Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'un public en situation de précarité ?* j'ai toujours travaillé dans la précarité.
- Autre lieu d'exercice : Vacation centre hospitalier du secteur
- Formations complémentaires (addictologie, DU Précarité...): psychologue, diplôme de thérapeute familiale.

PERSONNEL SOIGNANT N° 4

IDE 1, IDE 2, IDE 3

- Pourquoi avoir choisi de travailler auprès d'un public précaire ?

IDE 1 Euh pff... C'est compliqué comme question... On n'a pas vraiment choisi. Euh, une grosse partie de la population qu'on s'occupait déjà en CMP, était déjà très précaire. Donc du coup euh, l'équipe a été créée pour ça parce qu'on avait déjà un public très précaire. Donc du coup, ça nous a semblé judicieux de créer l'équipe mobile. *On est dans le bassin XX, donc la précarité : elle est sociale, intellectuelle, financière, éducative... Euh voilà, on a tous les niveaux...*

- En quelques mots, comment définissez-vous la précarité, telle que vous la rencontrez au sein de votre dispositif ?

Hé ben voilà, je viens de le dire... Et aussi affective, il y a beaucoup de gens seuls.

- Comment se caractérise-t-elle pour les patients que vous prenez en soin ?

Alors euh... Caractérise ? *Ben y a un manque de repère évident déjà. Des dysfonctionnements.* Beaucoup d'angoisse, beaucoup de peur par rapport au monde extérieur. Euh... Il y a au-delà de la... du manque de moyens. Y a aussi il pense, il pense que toute la société est contre eux. Parce qu'il ne trouve pas du tout leur place au sein de leur monde et sont totalement perdus. Ils ont peur de tout. Mais vraiment de tout et de nous aussi, au départ.

- À quel moment de leur parcours les rencontrez-vous ?

Tristement euh... souvent quand ils sont au bout du bout. Y a très peu de gens qu'on voit quand ils sont dans la descente. Sinon, ils n'acceptent pas d'aide. Eux: c'est vraiment quand ils seront à la rue ou même héberger chez d'autres personnes ou dans des situations où ils se retrouvent expulsé ou... Il y a quelques personnes quand même qui sont pas précaires à ce point-là. On a beaucoup de jeunes qui sont chez les parents mais qui sont enfermés dans leur... et qui ne sortent plus du tout. C'est une forme aussi de précarité. C'est ce que je disais: c'est euh... une précarité sociale et affective aussi. Puisqu'ils refusent d'être en lien avec leurs parents. C'est des jeunes qui ne mangent plus avec leurs parents, qui sont vraiment enfermés dans leurs chambres quoi...

- Pouvez-vous me citer et m'expliquer l'exemple d'un patient que vous suivez et qui est en situation de précarité ?

Un exemple ? Actuellement, j'ai une dame... tient par exemple, qui aujourd'hui est à l'hôpital qui va être hospitalisé en psychiatrie hein... Qui est dans une... une euh... une spirale. Je pense euh ...de manque de repère, qui toute son enfance. Je pense a été maltraitée et qui se retrouve mariée avec un monsieur qui l'a... qui la violente. Elle est sous emprise. Il y a pas de coup physique apparent, mais il y a de la violence sexuelle. Il y a de la violence psychologie très très forte. Où il a même pris la mainmise sur ses enf... les enfants de madame qui ne sont pas les siens. Il est déclaré comme seule personne de confiance dans les établissements scolaires alors qu'il est pas leur père. Elle est sous une emprise totale. Et là, elle va être hospitalisée. Et elle a pas de moyen : rien... même des allocations sont virées sur le compte de son conjoint. À tous les niveaux, il y a une emprise. Et il lui fait peur, et il lui fait très peur en lui disant qu'elle va finir euh... il va l'envoyer dans un autre pays pour la prostituer. On en est là ! Et c'est une dame qui n'a jamais... jamais su se défendre. Le but de son hospitalisation : c'est suite à ses grosses crises d'angoisse. Et, elle est complètement confuse. On pense même qu'il la drogue. Il y a une recherche toxicologique qui est faite. Elle est du secteur de X, cette dame. C'est le genre de situation qu'on peut avoir.

- Pouvez-vous définir le fonctionnement du dispositif de prise en charge dans lequel vous exercez ?

Définir le dispositif ? Nous... On est interpellé en fait par des partenaires. On n'intervient jamais en notre nom propre. Euh... par exemple, là cette personne. C'est le club de PREV de la ville de XXX, qui nous a appelés parce que son fils aîné a fait des siennes au sein de la ville. Donc il avait des TIG à faire. Et quand, ils ont vu cette... cette maman. Ils ont été interpellés par la... l'apparence fragile et la confusion qu'y avait chez elle. Et du coup, nous... on est interpellé pour essayer de tisser un lien avec elle. Euh... sinon, les partenaires c'est divers. On peut avoir aussi bien le pôle emploi. On peut avoir les euh... *les bailleurs sociaux, les CCAS*, les écoles, plus couramment les MDS, les maisons du département quand ils ont des gens en difficulté, le SIAO forcément, les équipes de rue. C'est vraiment divers et varié. Et, les "interpellants" parce qu'on aime bien que... Pour le premier contact.... Qu'il ait déjà... D'autres avec eux parce que le mot Psy fait peur. Donc du coup du premier abord, si on table : il paraît que vous avez un désordre psychologique. Les gens vont te dire bah non, moi je vais... tout va bien quoi. Ils vont cacher. On va pas arriver à rentrer en lien. Souvent quand, il y a une personne de confiance avec eux c'est beaucoup plus simple. Donc, on intervient dans ce dispositif-là. On essaie d'amener aux soins du mieux possible. Des fois, on amène pas forcément aux soins parce que quand c'est de la solitude. On peut très bien les amener juste dans des clubs ou dans des activités pour qu'ils soient... les mettre en lien dans la société.

- Quelle mission exercez-vous dans le champ de la prévention ?

Alors ça, on fait des actions plusieurs fois par an auprès de différents organismes. Ça peut-être au niveau des mairies, dans les journées de la santé... On fait des... On tient des stands, et on fait des jeux aussi bien avec les enfants. Et, on a différents outils pour faire connaître aussi la santé mentale au plus grand nombre, même aux gens âgés. On essaie d'atteindre un peu tout le monde. *On va dans les lycées*. Dans les lycées, on fait des demi-journées d'intervention. On intervient auprès des classes sous forme de jeu. On leur explique ce que c'est que la santé mentale en général. Et que... à un moment de leur vie tout un chacun peut être amené à avoir des soucis psychologiques. *Et on déstigmatise*. On déstigmatise un maximum. On essaie de le faire 3 fois par an. Là, on va aller euh... au sein de... mardi soir. Il y a un... ou la semaine prochaine je crois, "la belle histoire" dans les groupes de parentalité. On intervient vraiment à différents niveaux. On ratisse large.

- Comment se caractérisent vos interventions ?

Ben ...c'est comme je viens de te le dire.

- Pouvez-vous décliner les actions de prévention que vous proposez aux personnes en situation de précarité ?

Bah ça, peut-être avec l'hôpital. Les journées euh... de... de aussi... comment ça s'appelle où ils peuvent aller sur Lille pour faire un bilan complet ? Aussi de santé, ça... ça arrive. Au niveau de l'hôpital le groupe X, des choses comme ça. Quand il y a des enfants aussi... pour bilanter les problèmes de vue, de dents, toutes ces choses-là. On les accompagne.

- Comment faites-vous pour mettre en œuvre des actions de prévention avec ce public ?

On travaille avec des acteurs qui ont été... qui sont déjà en place. On travaille avec les enfants. On n'intervient pas forcément en pédopsychiatrie. Mais, on relie sur les équipes de PMI. On a beaucoup de familles nombreuses. Si, on voit une madame et que les enfants vont très mal. On oriente vers la pedo. On intervient aussi avec la pedo dans le cadre des équipes mère-enfant pour les tout-petits pour les 0,3 ans). Donc là, on travaille avec l'équipe de pedo qui va domicile également. La Pédop est séparée de la psychiatre adulte aussi. Mais, on pousse les portes souvent

parce que derrière un enfant qui va pas bien, il y a souvent une maman qui va très très mal. Donc, je pense qu'il est important qu'on travaille davantage en lien. Après, je suis une thérapeute de couple famille. Donc moi, j'ai du mal à dissocier euh... les gens. Y vivent pas seul en général. On travaille beaucoup aussi avec les enfants. On intervient dans les collèges. Les collègues : nous interpellent beaucoup. Parce qu'il y a Ben... euh.... Souvent, il y a des parents qui vont pas bien derrière tout ça. Et ils hésitent plus à nous appeler. Quand y voit qu'il y a un enfant qui va mal, ça permet aussi d'être un signe d'alerte.

- Avec quels partenaires travaillez-vous ?

Avec beaucoup de partenaire : c'est comme je t'ai dit à la question avant...

- Quel est votre rôle auprès des partenaires sur votre territoire ?

Notre rôle : c'est de mettre tout le monde en lien justement. Faire du lien avec tous ces gens et puis amener... Parce que nous... on va pas faire du suivi. On amène vraiment vers le soin. On va pas faire du suivi à long terme, encore.,

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces partenaires ?

Ben... Justement qu'il nous dépose le bébé et qu'après il s'en charge plus. Qu'une fois qu'ils ont donné le patient euh il... des fois... ils sont déchargés. Et ils interviennent plus alors qu'on peut pas nous travailler seuls. Les MDS : ils ont tendance à dire « bah euh, c'est un problème Psy. Donc c'est pas nous ». Mais il y a des problèmes sociaux derrière les problèmes psychologiques aussi à gérer. *Après je dirais : c'est pas forcément une institution, une fonction, c'est plus une personne.*

C'est une personnalité plus qu'autre chose. Ouai c'est vrai aussi ! C'est pas toutes les institutions, ne réagissent pas de la même façon.

- Comment évaluez-vous l'État de santé psychique des personnes en situation de précarité ?

On a fait 3 ans études pour ça. Non mais comment tu l'évalues ? Comment tu évalues le côté précaire ? Par entretien, en faisant des entretiens. On a une grille précarité aussi. Euh... On évalue la précarité. On a une grille qui est noté sur combien déjà ? Évaluation de la précarité... Je ne sais même plus. Je sais pas si c'est ça... On a un score... *La précarité, ça fait 15 ans qu'on en entend parler. Mais personne ne réussit à me... une définition...* Ben, elle est à plein de niveau en fait la précarité. *C'est tout et n'importe quoi !* Donc, on l'évalue par des grilles. Et bon... Euh s'qui nous semble important : c'est pas forcément ce qui va être important pour la personne aussi. Très vite, il y a des gens qui nous disent : ben là, ça va mieux alors que nous on pense qu'il y a encore plein de choses à gérer. Donc, euh... après c'est la personne aussi venue elle-même à... Et quand elle va mieux. Elle euh... Elle prend son envol quoi. Hier après-midi, la dame que je vous disais. J'ai passé mon après-midi, à la MDS, où j'avais appelé la direction. La directrice de la MDS de X, l'après-midi, il y avait la cellule d'urgence. Il y avait une AS qui était présente et qui a commencé à prendre en charge ma patiente. Donc, on a euh... On a commencé à travailler ensemble. Et après eux, ils gèrent la partie sociale. On renvoie vers des acteurs de... euh. On a pas d'AS, mais on travaille avec celle de là où ils vivent. Et moi, je trouve que c'est bien. Parce que quand nous on arrête. Y a toujours l'AS qui est là. Et ils ont une personne de référence correcte. On travaille avec les dispositifs existants.

- Selon vous, comment peut-on améliorer l'accès aux soins pour les patients en situation de précarité ?

Moi, je suis contre la PASS. Je suis pas d'accord que... euh... On... moi je trouve que c'est stigmatiser les gens que... de les faire passer par un dispositif bis pour les soigner. Je pense qu'il faut leur... euh...les... ben... grâce aux équipements mobiles,

les amener davantage vers les.... Aller vers les dispositifs déjà existants, vers les urgences psy normales, vers les soins lambda quoi. Parce que comme tu disais : quand vous étiez allé sur Rouen. Ils avaient carrément fait CMP bis pour pauvre à côté du 115. Bah, je suis désolée. C'est vraiment stigmatisé encore plus les gens. Non faut justement, qui plus en plus de gens... Ben... où que les équipes des VAD soient plus nombreuses. Et que du coup, on amène davantage les gens vers le soin qui est ouvert à tous. *Et que ce soit le simple.* Ces soins publics quoi euh. En France, on a droit aux soins pour tous quoi euh. Moi, je suis pour que le dispositif soit le même pour tout le monde quoi. Il ne doit pas être stigmatisant.

- Êtes-vous formés à l'éducation thérapeutique ?

C'est-à-dire amener les patients à connaître leurs pathologies, et leurs traitements ? Oui, on l'a fait quand on était en CMP, je pense. Justement euh, on déplore que de plus en plus, les patients ne connaissent pas, surtout sur le secteur de X. Où on leur apprend pas quel est leur traitement. On leur explique par les effets secondaires. On leur explique pas ce dont ils souffrent aussi. Parce que ça, c'est déplorable aussi. Il y a beaucoup de praticiens qui ne disent pas aux patients de quelle pathologie ils souffrent. Hein... donc euh... donc du coup pour qu'il y ait une bonne prise en charge. Sinon après à.... ils ne prennent pas systématiquement leurs médocs parce qu'ils ne savent pas pourquoi ils les prennent en fait.

- Si oui, l'utilisez-vous lors de vos interventions auprès des patients en situation de précarité ?

Ben... ça dépend si c'est des gens qui sont pas suivis. On attend déjà que le diagnostic soit posé. Mais, par contre, si c'est des patients qu'on a déjà rencontrés au préalable, oui. C'est possible qu'on travaille avec eux sur leurs patho quoi et sur leurs traitements qu'ils ont arrêtés en général. S'ils nous reviennent c'est qu'ils ont tout arrêté quoi.

- Comment faites-vous pour accompagner le patient dans l'observance thérapeutique ?

On les accompagne pour l'observance du traitement et la reprise du suivi. On fait ça en individuel. C'est au cas par cas. On n'a pas d'énormes files actives de patients. Si quand même sur l'année, on est à 200 euh... Plus de 200 nouveaux suivis, mais on n'a pas de quoi faire des ateliers qu'il y a dans les CMP. Nous... On les amène à faire des suivis CMP et faire des ateliers au sein des dispositifs existants.

- Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Les difficultés rencontrées au sein de notre dispositif ? ben euh... les mêmes soucis que tout le monde actuellement : le manque de professionnel sur le terrain ; le gros manque de prof... de médecins. Ce qui fait qu'on est bien en difficulté pour faire suivre les gens hein. Nous, dans notre équipe, notre médecin, il trouve pas de remplaçant. Il à 74 ans, donc euh... c'est complexe. Euh... Qu'est-ce qu'on a comme grosse difficulté ? La difficulté de travailler avec les secteurs. *Et puis, on en vient à la précarité. Les gens qui sont pas véhiculé, donc c'est pas forcément évident pour eux de...* d'aller vers le soin. Oui, parce qu'on est obligé de les amener pour les premier RDV.

- Quels sont les axes d'amélioration possibles ?

Ben, ce qui serait intéressant : je pense que les équipes des CMP, euh... Il y en a quand même pas mal. Il y aurait des permanences ça serait plus intéressant aussi. Moi je pense que les infirmières VAD bougent de moins en moins. Il y aurait des permanences au sein des CCAS, des choses comme ça. Ça serait intéressant en fait pour nos patients et pour l'ensemble des gens... *Pas persuadé... J'en ai fait des permanences depuis le COVID. Et je*

*me glandouillais pendant 2H dans les CCAS. Les gens... ils viennent pas. Euh, ils viennent pas au CCAS voir un infirmier psychiatrique pour que tout le monde puisse les voire entrer dans le bureau... Et ...oui après c'est gênant dans ce sens-là. Même si nous, on est planqué dans une association et c'est juste marqué le cheval bleu et que y a rien de psychiatrique... Et c'est pas de leurs maison qu'il bouge pas. C'est de leurs quartier donc euh... 2008 c'est ça hein... ça a commencé le cheval bleu hein ? le réseau 2008, le réseau 2005. **T' imagine ça fait 18 ans quoi... ça fait 18 ans que je suis là, p...je m'en vais.***

- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique professionnelle ?

*De psychiatre...de gens de bonnes volontés... De gens qui ont envie ; qui ont encore envie; qui sont motivé pour faire ce qu'on fait. **Oui des gens motivés, impliqué.** Nous, c'est peut-être notre tort. Des fois, on est un peu trop, c'est peut-être notre tort. A l'hôpital, faut voir ce qu'ils disent. On s'occupe des crados quoi, alors que c'est pas forcément des gens sales hein... Faut arrêter avec ça quoi. C'est ce qui est véhiculé au sein de notre institution, là au XXX. On s'occupe des crados. En clair, alors qu'on s'occupe pas que des crado. **Le problème est... Le problème des équipes mobiles, c'est que ça ramène du travail supplémentaire pour eux. C'est ce qu'ils vivent, alors que c'est faux. Les premiers... les premiers comités de pilotage et les psychiatres qui sont en retraite maintenant dans les.... Euh, nous disaient déjà ça. Mais, alors là vous allez nous amener les patients qu'on connaît pas. C'est tellement simple de pas les connaître. S'il y a une personne qui les ramène. Comme ça, ils sont tranquilles. On essaye de leur dire de les prendre en amont plutôt que de s'taper ...un euh mais bon. Et puis, comme on travaille sur différents secteurs. On voit les secteurs qui fonctionnent mieux que les autres, aussi. On voit ce qui fonctionne bien et ce qui fonctionne pas du tout, quoi. Et ça, c'est parce qu'ils ont une meilleure organisation.** Parce qu'au niveau médical, c'est kif kif partout quoi. C'est juste le fonctionnement, hein euh sur X... Y a pas de projet médical par exemple, donc c'est une catastrophe quoi. C'est pas qu'ils n'ont pas de personnel, c'est qu'ils sont pas organisés. Et je pense que même les équipes en souffrent. Les soignants en souffrent.*

- Participez-vous à des groupes d'analyses de pratiques en lien avec la précarité ?

*Non, **répète un peu...Non pas des groupes d'analyses non : on échange. Il y a des partenaires qui viennent à des réunions. Et puis ,on échange sur des situations.** Une fois par an. **C'est plus des réunions cliniques. Voilà, c'est plus des réunions cliniques.** Moi, je le fais une fois par... par trimestre, mais pas que pour la précarité. Sur mon fonctionnement en général, c'est pas parce que comme j'ai à côté euh... La thérapie familiale, l'analyse de pratiques. Je le fais une fois par trimestre, mais dans la globalité de mon travail, pour moi.*

- Si oui, pouvez-vous me communiquer les propositions récurrentes qui en émanent ?

- Avez-vous des propositions, des commentaires sur ce sujet ?

*Bah non, j'ai hâte de voir ce que ça pourrait être : un IPA dans une équipe mobile, mais c'est tout. Voir ce que ça pourrait être. **En fait, si tu veux c'est parce que par ici dans notre secteur : il y a que l'équipe mobile qui... qui est interpellée pour des situations précaires... puisque les situations précaires sont... C'est des gens qui ne sont pas connus... Donc c'est nous qui sommes interpellés. C'est pas les CMP. Ben oui et non, hein... Ceux qui sont suivis sont précaires aussi. Oui ceux qui sont suivis... mais il y a...**L'ensemble du bassin X euh... Pas l'ensemble mais une partie... une grosse partie des patients des CMP est précaire. Quand tu vois le CMP d'XX : les psychiatres... Ils veulent pas rester longtemps là parce qu'ils disent ah... c'est pas de la psychiatrie de ville. Parce qu'il y a des précaires quoi.... Y repartent tous à Lille quoi. Ben merci, beaucoup.*

Présentation

- **Genre** : femme
- **profession** : infirmière
- **Depuis combien de temps exercez-vous ?** 25 ans
- **Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'un public en situation de précarité ?**
- **Autre lieu d'exercice** :
- **Formations complémentaires (addictologie, DU Précarité...)** DU Thérapie familiale

PERSONNEL SOIGNANT N° 5

- Pourquoi avoir choisi de travailler auprès d'un public précaire ?

Alors ça, c'est passé en 2012 ou 13, à l'époque où je suis arrivée au CMP. Une collègue, deux collègues qui travaillent déjà sur la précarité sur un temps très très restreint... Et qui m'ont emmené plusieurs fois pour découvrir... Et puis une de mes collègues est partie en retraite. Et m'a proposé le poste et j'ai accepté. Alors moi, j'ai effectivement un profil de population de patients, où avec une population plutôt jeune, ça passe très bien. C'était ça qui m'avait motivé et intéressé. Et puis, le côté autonomie, le côté aussi, voilà, un peu le sans filet entre guillemets qui était assez agréable.

- En quelques mots, comment définissez-vous la précarité, telle que vous la rencontrez au sein de votre dispositif ?

Soutiens. Euh soutiens : je dirai accompagnement et aussi soutiens : accompagnement et réassurance. C'est le lieu d'intervention qui détermine euh... Il y a des conventions qui sont signées entre l'hôpital et les foyers d'hébergement de notre territoire, quelques-uns qui sont bien définis. Tout est bien cadré et défini. Le fait qu'on dit qu'on travaille en précarité, c'est quand on intervient dans ces foyers-là. Ça permet d'avoir des patients, enfin des populations qui dans le même contexte, mais qui ne vit pas en foyer et qui ne sont pas comptabilisés en précarité puisqu'ils sont sur l'extérieur dans d'autres hébergements. Sachant quand même qu'ils ont des profils précaires. Mais là, pour vraiment donner la signification de précarité, c'est quand ils sont dans les foyers.

- Comment se caractérise-t-elle pour les patients que vous prenez en soin ?

Quel euh, alors, en dehors du fait, qu'en dehors des murs du foyer : on sait que c'est la précarité. Quels critères je retrouve chez les patients ? Euh... C'est, ruptures : familiales bien généralement... rupture familiale, rupture sociale, euh, traumatisme psycho traumatisme. En général, c'est les 3 grands items que je retrouve.

- À quel moment de leur parcours les rencontrez-vous ?

À tous moments ? Alors ça peut être un début de prise en charge en foyer . Où là... Euh, les équipes... les équipes éducatives repèrent des difficultés et proposent, en tout cas, mon intervention. Ça peut être sur des personnes qui sont dans le circuit depuis très longtemps et qui ponctuellement là, il y a eu nécessité.

- Pouvez-vous me citer et m'expliquer l'exemple d'un patient que vous suivez et qui est en situation de précarité ?

Un exemple, il y en a beaucoup. Un profil-type peut-être ? Un profil-type : c'est euh... C'est parcours, famille d'accueil, foyer, 18 ans, se retrouve donc sorti de la famille d'accueil avec des gros bagages. Hein de... de trauma psychologique, avec des... des difficultés, des contextes familiaux assez... assez compliqués. Euh... trouble de l'adaptation, les émotions etc. Et puis aussi, Euh comment je pourrais dire, pas forcément du trouble dépressif, voilà marqué. Mais c'est surtout... Voilà des troubles de l'adaptation, anxiété et puis aussi parfois... parfois des... des comportements à risques aussi.

- Pouvez-vous définir le fonctionnement du dispositif de prise en charge dans lequel vous exercez ?

Alors le fonctionnement, on a des jours d'intervention dans tel et tel foyer, bien précis qui sont réguliers qui donnent des repères, aux équipes et aux usagers. Donc, le mardi, c'est tel

foyer, mercredi tel foyer. On essaye de travailler alors du... comment dire, la programmation dans le sens. C'est des jeunes que je vois régulièrement et que je reprogramme et à qui je redonne des rendez-vous de façon à essayer aussi de resocialiser. Donc, comme on dit, c'est-à-dire que les... apprendre à avoir des rendez-vous, pouvoir les honorer. Voilà, c'est peut-être aussi les remettre un peu dans un contexte parfois: c'est du spontané. Ça peut arriver effectivement. Euh... C'est vraiment de redonner un petit peu des repères au maximum, être à l'écoute. Voilà assez, assez aussi, je dirais assez euh... Je m'adapte, je m'adapte beaucoup. Je leur donne, voilà. Une... une adaptabilité, puis en même temps, j'essaie de recadrer aussi, c'est vraiment voilà... Tout doucement, on peut les apprivoiser. Alors, les interventions sont prévues. En tout cas, ça c'est sûr, ils savent quand j'interviens. Il y en a qui ont des RDV et d'autres non, parce que les équipes voilà inscrivent les jeunes et leur proposent. Voilà, on leur donne des repères par rapport au mode d'intervention pour voilà qui puissent pas se positionner dedans et choisir un peu.

- *Quelle mission exercez-vous dans le champ de la prévention ?*

Alors, la prévention, c'est vaste la prévention. Alors, moi, je dirai, la prévention quand il y a des comportements à risques : c'est essentiellement autour de ça que ça tourne. Euh... C'est les appels à l'aide hein. Comment ça fonctionne ? qui appeler ? comment ? dans quelles circonstances ? Pour qu'ils aient toujours, euh... Voilà de quoi se raccrocher quand il y a des moments beaucoup plus difficiles, des moments où il y a passage à l'acte, des choses comme ça. C'est vraiment leur donner les outils, qu'il puissent, eux, choisir à ce moment-là lequel leur conviendra. Et comment, on peut passer à côté justement d'un passage à l'acte, d'une mise en situation dangereuse. C'est essentiellement autour de ça qu'on travaille après pour la psychothérapie. Tout ça: on met... On met après tout doucement en fonction de comment il est... s'il est prêt. Voilà si c'est le moment, ou c'est pas le moment. On gère la crise et puis généralement après, on installe tout doucement les choses.

- *Comment se caractérisent vos interventions ?*

Alors, elles sont très euh... très personnelle. Je dirais c'est au cas par cas. Je pense que c'est la personne qui décide un peu. Comment elle veut instaurer l'entretien ? Moi, je pioche dedans ce que j'ai à piocher. Je laisse libre cours à ce qu'ils ont envie de me dire. Quand ils y arrivent pas. On essaye de discuter sur des choses un peu plus loin de ce que... de ce qui ressent pour pouvoir après recentrer sur euh... Mais, c'est un peu eux qui décident finalement. Je les laisse décider un peu de ce qu'ils ont envie de dire. Il n'y a pas de protocole bien précis. Je pense que l'idée : c'est qu'ils se sentent, qui se sentent pas dans un entretien trop fermé avec des questions trop... C'est voilà, c'est... C'est tranquille voilà. On se pose. On discute. On échange et après en fonction des besoins ; on précise avec le temps.

- *Pouvez-vous décrire les actions de prévention que vous proposez aux personnes en situation de précarité ?*

Des actions ? Alors, elles sont pas très... C'est pas très... C'est pas protocolisé hein... C'est vraiment au cas par cas. Ça peut être sur... sur les addictions. Alors après effectivement, on travaille en lien avec le CSAPA, hein. Euh... qui euh... souvent, on a les mêmes profils, enfin les mêmes, la même patientèle. Les actions après, c'est : prévention, c'est aussi au niveau médecin, médical, sur les soins somatiques. On travaille beaucoup avec les médecins traitants de ville puisque les foyers ont aussi des médecins traitants référents au foyer. Du coup, on travaille beaucoup avec eux, que ce soit pour du somatique ou parfois sur des angoisses ou des anxiétés, avec des traitements d'appoint qui peuvent soulager. Avoir des délais, où les RDV psychiatres sont très longs. C'est pas forcément nécessaire de voir un psychiatre dans 4 ou 5 mois, en sachant que les délais sont longs. Quand il y a une anxiété

ponctuelle ou réactionnelle à une situation. Ça peut se traiter avec un médecin traitant. Donc, en termes de prévention, on essaie de... d'installer autour, de la personne, avec les éducateurs, toujours en collaboration. C'est les... les partenaires du réseau en fait, les assistantes sociales. On a des psychologues, aussi qui sont sur le... Un en l'occurrence sur le SIAO hein... sur la plateforme logement, avec qui on travaille aussi, qui lui voit une population que nous ; on voit pas forcément. Enfin voilà, on essaie de travailler en collaboration, et ça se passe plutôt bien. On met autour de la personne, voilà, on lui donne les outils. Il sait qu'il y a telle ou telle personne qui pourrait l'aider. Je travaille également avec l'école de la 2e chance, c'est un... vous connaissez ? et du coup donc encore une fois, j'en retrouve là parce que je redis bah, allez voir là-bas. Enfin voilà, on essaie de mettre en réseau qu'il y a un maximum d'outils et ça, c'est chouette.

- Comment faites-vous pour mettre en œuvre des actions de prévention avec ce public ?

Euh... Comment je le fais ? Ben, on le fait... On fait les entretiens soit au moment des réunions synthèse avec le... le foyer, soit ponctuellement avec le patient, enfin le patient, le résident. Et puis voilà, on pose les choses vraiment, du cas par cas. On... alors y a un échange direct avec la personne ou avec l'éducateur référent et puis on fait ...

- Avec quels partenaires travaillez-vous ?

Beaucoup, il y a la X et le X, c'est le foyer d'hébergement pour les sans domicile fixe, alors, qui n'ont pas forcément de projet. Il y a un accueil de jour, accueil de nuit et le petit X qui est le CHRS. Donc, là, il y a une grosse plateforme là. Il y a les éducateurs qui sont... Il y a aussi un service de soins pour les précaires qui arrivaient là. Donc, sur le petit X, il y a : une infirmière, une aide-soignante, une éducatrice référente soin. Voilà, on euh... Il y a une équipe vraiment spécialisée pour les soins somatiques, soins psychiatriques et qui fait un peu la... la plaque tournante avec qui on bosse énormément finalement. Euh... Après... après, c'est aussi bien. Voilà, le réseau tel que la... l'école de la 2e chance. C'est aussi la plateforme logement... Euh... c'est des gens où j'ai eu l'occasion... des éducateurs, j'ai eu l'occasion de croiser en foyers qui sont arrivés à la plateforme logement. Et parfois, je leur envoie des gens que je reçois ici. Le réseau, il se fait de façon... Euh... On travaille avec énormément de monde. C'est aussi les... les tuteurs, curateurs etc. C'est aussi parfois des médecins PMI parce qu'on reçoit des mamans qui sont en difficulté avec leurs enfants. On fait parfois des synthèses avec le médecin de la PMI ou les référents sociaux, enfin c'est très large, très vaste. Donc, finalement, médecin traitant tout enfin, c'est l'avantage. C'est on connaît du monde après... ça, c'est chouette.

- Quel est votre rôle auprès des partenaires sur votre territoire ?

Moi, c'est vraiment le lien avec le soin psychiatrique ou psychologique. Et puis, et puis le... les entretiens sur site : c'est tout ce qui est voilà, psychologique, psychiatrique, infirmier. Dès qu'il y a une question qui se pose ou un souci, on essaie de mettre en place, en tout cas voilà. Ça passe toujours par un entretien avec moi et après, on filtre. Euh... voilà.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ses partenaires ?

Pas beaucoup finalement, parce que je pense que quand on s'adresse directement aux gens et qu'on essaie de mettre en place le système ; le réseau fonctionne plutôt bien. Je dirais dans l'ensemble. Je trouve dommage qu'on puisse pas l'étal... enfin comment dire, euh... l'agrandir. Parce que là, il y aura encore des besoins énormes. Mais bon, avec les moyens qu'on a et la population, on arrive quand même. Mais, euh, il faudrait une présence beaucoup plus importante. Moi, je suis obligé de restreindre et ... Après voilà je... Je restreins mes jours d'intervention où je restreins le nombre de... de résidents accueillis en entretien. Parce que moi, faire 6, 8 entretiens dans une après-midi avec des gens qui sont quand même fragiles, qui sont

quand même en grande difficulté, et pour qui... Voilà, c'est un peu l'huile sur le feu, hein. Moi faire 6 entretiens : c'est 6h d'entretien. Si on veut pour prendre le temps et... Et c'est un peu frustrant de pas pouvoir faire plus parce qu'il y a vraiment des besoins. Oui une présence plus constante et là. J'ai... J'ai... J'ai... Je suis limitée en temps malheureusement. Oui, il y a des gros besoins. C'est la difficulté que je... je...

- Comment évaluez-vous l'État de santé psychique des personnes en situation de précarité ?

On l'évalue par un entretien de première... Comme on fait ici, un entretien de première intention comme on dit. C'est un entretien d'évaluation. On fait une évaluation sur le... sur toute la... l'état clinique, hein. Si on repère des troubles de comportement, si on repère un trouble délirant, un trouble dépressif, un risque suicidaire. Ça c'est évalué à chaque entretien, en tout cas dans le premier. On fait un peu les antécédents. C'est vraiment un entretien très, très complet qui permet d'avoir un maximum d'éléments sur les antécédents et sur l'entretien au jour J voilà. Et l'orientation, Est-ce qu'on en fait aujourd'hui ? Est-ce que ça peut attendre 2ème entretien ? Est-ce que ça nécessite un passage aux urgences ? Est-ce que ça nécessite juste ? Voilà euh... une mise à dispo. Enfin voilà, c'est très vaste. Mais, en tout cas, l'entretien d'évaluation de premier entretien est très, très riche. C'est pour ça que ça prend du temps parce qu'on doit faire les choses correctement, parce que derrière, il faut savoir aussi proposer un soin qui soit adapté. C'est pas anodin. C'est pas : « salut ça va ? Euh... Oh ben t'a des idées suicidaires... Et ben, on se revoit dans 2 jours ». Non, non, c'est... On creuse et qu'est-ce qu'on fait ? C'est comme aux urgences, je travaillais en psychiatrie de liaison aux urgences psy. Voilà, on reçoit quelqu'un qu'on connaît pas et hop premier entretien, faut y aller quoi... qu'est-ce qu'on recherche ? Il nous faut des éléments, voilà, on ne laisse pas au hasard les choses. Et là euh, on a quand même un profil de population qui est quand même à risque. On a quand même de gros passage de scarification, alcoolisation ou prise de médicaments et tout le tralala... Faut y aller quoi. Oui, c'est prenant.

- Selon vous, comment peut-on améliorer l'accès aux soins pour les patients en situation de précarités ?

Alors l'accès aux soins, après bon, c'est mon domaine sans l'être, on travaille avec la PASS effectivement pour tout ce qui est gens qui n'ont pas de papiers. Donc, on remet dans les mains de l'éducateur qui lui met en lien de la PASS aux urgences et qui amène le patient, donc on met en lien automatiquement, c'est connu, mais dans, dans le réseau en fait, pour qu'ils aient les médicaments qu'ils aient hein une consultation.

- Êtes-vous formés à l'éducation thérapeutique ?

Former non, c'est sur mon expérience, hein, en tout cas, je l'ai appris à l'école, après, j'ai appris depuis plus de 20 ans que je pratique de l'éducation à la santé.

- Si oui, l'utilisez-vous lors de vos interventions auprès des patients en situation de précarités ?

En fonction des pathologies, j'ai... j'ai leurs antécédents. J'ai leur euh... Leurs maladies chroniques, etc. C'est soit référé au médecin traitant avec qui on bosse énormément. Et, on a toujours un œil, en fait, sur ce qui se passe au niveau somatique quand on est la psychiatrie. Mais bon, ça va avec, et on sait, voilà, j'avais une patiente épileptique qui fait des crises d'angoisse et des crises d'épilepsie. Voilà, on fait le lien. Je sais qu'elle a des RDV réguliers. J'ai toujours un œil sur son suivi. Je sais qu'elle va voir le médecin. Elle a un nouveau médecin sur X. Voilà que, que tout est bien dans les clous pour qu'ils... Voilà quelque chose de cohérent au niveau de la prise en charge. Parce qu'il y a effectivement le côté psy, mais le côté somatique qui prend une ampleur énorme sur les crises d'angoisse. On veille à ce que... Il y ait une

continuité de soins en fait, toujours, après la prise en charge. On sait qu'il y a infirmière qui passe dans les foyers, une infirmière libérale pour préparer les piluliers pour la semaine. Enfin voilà, il y a vraiment un lien qui est fait, qui est bien cohérent.

- Comment faites-vous pour accompagner le patient dans l'observance thérapeutique ?

L'observance thérapeutique, après tout dépend hein... Parce qu'ils ont pas tous des traitements une fois, c'est juste une anxiolyse ponctuelle, après, si c'est un traitement de fond pour une maladie chronique. On s'assure avec les éducateurs que la continuité des soins est bien effective. C'est pris, c'est les éducateurs généralement qui donnent les traitements et c'est notifié. Si c'est pris moi, je sais que je peux savoir si dans la semaine le traitement a bien pris. Dans la continuité des soins, moi je sais, quand ils sont suivis ici par les psychiatres qu'on connaît. Donc, je sais que les rendez-vous sont honorés. Donc, moi, je gère aussi des fiches où c'est fluoté. Quand ils sont suivis par un psychiatre ici, si les traitements sont bien renouvelés. Mais, il y a aussi un gros travail qui est fait au niveau des éducateurs où qui... qui appelle pour faire renouveler les ordonnances. Euh, on... on sait si les traitements sont pris ou pas pris et après... auprès du patient bien évidemment que... On travaille sur l'observance du traitement et c'est pourquoi c'est pas pris ? Pour quelle raison ? On rediscute de ça avec le psychiatre. On sait que parfois si on lui explique pas. Il sait pas pourquoi. Il le prend pas pour quelle raison ? On creuse en entretien.

je les vois dans les foyers et les éducateurs ont... On veille au grain sur l'observance. Si... Il y a pas d'observance thérapeutique, le psychiatre est informé que voilà, c'est... C'est pas terrible au niveau de la prise de médicaments. Il refuse ou prend un sur 2. Ça permet aussi aux psychiatres d'évaluer. Après, la personne quand je la vois parce que vous savez les schizophrènes chroniques qui sont suivies, qui sont dans la rue, qui sont suivis par le psychiatre. On va se l'avouer, les 3/4 du temps quand on intervient le mardi matin, ils sont pas toujours là hein. Ils m'attendent pas hein. Ils viennent voir le psychiatre. On sait que ça se tient parce que les éducateurs disent que ça se tient. J'ai pas d'entretien. Je les connais de loin. Je sais, mais on a... C'est pour ça qu'on a un lien assez fort avec... entre le psychiatre, les éducateurs et... Ouais, c'est vraiment un travail en collaboration. Je sais comment, « ha tien un tel euh ça fait un moment que je ne l'ai pas croisé. Oh ben non, c'est bon il passe prendre son traitement. Y a pas de souci, de toute façon, Bah tiens... On te rappelle lui qu'il a RDV avec le psychiatre à telle date d'accord. Je redonne des convocs. » En fait, il y a un lien qui est fait, mais j'ai pas d'entretien. Vous voyez bien cadré. En fait, on tchèque tout, tout le temps.

Tous les mardis, il y a une synthèse avec l'équipe entière. On y va. Tiens... Tu as un tel, un tel à voir. Ben lui, il est pas là parce qu'il a rendez-vous justement avec le docteur X ce matin. Mais, c'est ok pour le traitement, et donc ça va. On est déjà en réseau au niveau du X et après au niveau du foyer aussi. Tout est lié d'ici, ils savent. En fait, on est effectivement bah... On est présent toutes les semaines dans chaque établissement, c'est-à-dire chaque foyer. Je suis là tel jour toutes les semaines. Quand je suis pas là, le lien est fait. Ils connaissent mes collègues. Il y a vraiment le réseau est établi. On pourra l'agrandir, ça fait 10 ans maintenant, voire plus. Mais, on a affiné... On a affiné. Et puis, tout le monde finalement, euh, si si... Ils sont euh... On les tchèques. Parce qu'on sait que le moindre problème ou faut pas ou de trouble délirant, enfin recrudescence de troubles délirants d'emblée. On est informé. On sait et des fois, c'est nous qui appelons les urgences, en disant, il va passer. Il faut l'hospitaliser.

- Quelles sont les difficultés rencontrées ?

C'est alors, je dirais, c'est être plus malléable au niveau des temps donnés. Alors moi, je suis restreint. J'ai une restriction parce que j'ai pas de véhicule spécialisé. Donc, j'attends d'avoir un véhicule dispo le mardi. Si je voulais y aller par exemple, mardi après-midi, j'ai pas de véhicule. Je peux pas. J'ai pas de véhicule propre à la précarité. Ce qui veut dire que je prends un véhicule

du CMP. On me la octroyée pour mes interventions par exemple tel jour, tel jour. Entre deux, je ne peux pas. Si par exemple, il y a un jeune qui n'est dispo le jour où j'interviens parce que... Il est en formation, parce que machin... Si je dis Ben moi j'aimerais bien pouvoir dire: bah je passe jeudi le voir. Je voudrais passer mon nez dans les foyers plus... Comme ça de façon spontanée, je peux pas. Je suis obligée d'organiser. Donc euh, j'aimerais bien parce que je connais les éducateurs, un peu, passer du temps avec eux. Et puis, voir un jeune passé qui va me voir parce que ça, c'est que c'est seulement le mardi à telle heure. Mais, de temps en temps, voilà par-ci par-là dire bah tiens. Je l'ai repéré. Je vais... Je vais aller lui parler. Du coup, on a... On a quand même élargi un travail avec les éducateurs, de maraude entre guillemets. C'est-à-dire qu'ils repèrent. Ils travaillent un peu le truc Et puis, après, ils me le présentent. Ils font déjà un travail en amont, un super travail. Ça a un avantage aussi de ne pas baigner dans l'équipe du foyer. Je ne fais pas partie du foyer. Je viens... Mais je fais pas partie du foyer. Donc, ce qui se passe mal au foyer, parfois, je reste le petit bonus qui arrive et qui fait du bien parce qu'on peut parler. Et donc, il y a deux positions différentes. Mais, d'y aller de façon, plus flexible et plus, plus souvent, j'aimerais bien. Mais je peux pas. Je suis coincée parce que j'ai pas les moyens d'y aller. J'ai pas les moyens d'être flexible. J'en fais venir quelques-uns au CMP. Mais, ils sont pas prêts à tous venir au CMP. Il y en a quelques-uns parce que j'arrive. Ils viennent me voir au CMP parce que le mardi où j'interviens. J'ai toujours mardi. Ils sont pas là. Ils sont jamais là. Ils sont dispo le mercredi. Bon bah... viens me voir au CMP.

- Quels sont les axes d'amélioration possibles ?

Du temps, donner un temps de 20% supplémentaire. Et, un véhicule aussi. Et puis... Et puis peut-être avoir, euh... parce que j'ai 2 collègues, il y en a un qui est avec moi sur le CHRS masculin un lundi après-midi, et sur 2 donc X intervient avec moi sur le CHRS et le mardi matin au petit X, donc foyer d'hébergement. Enfin, c'est l'accueil de jour, etc. J'y vais avec un collègue, le mardi matin automatiquement. On est 2 parce qu'on a quand même une population quand même qui est assez particulière, assez à risque. Donc on y va, on fait nos évaluations à 2, etc. Sinon tout le reste du temps, je suis toute seule. Et X la psychologue, elle est à mi-temps sur la précarité. Donc, une fois par mois, elle essaie de venir sur site avec moi. Et on organise ça... comme ça... Et puis, le reste du temps, on les reçoit ici. Il y a une adhésion aux soins. On a travaillé l'adhésion hop. Il bascule sur la psychologue au CMP. Il y en a quelques-uns pour qui ça marche très très bien. Et c'est une bonne chose. Après voilà, ça serait vraiment ça qui pourrait aider, c'est... d'avoir le... Et d'être une 2e personne. Parce que moi quand je suis absente, il y a personne. Quand je suis en congé 15 jours, il y a personne qui va au foyer. Alors, je leur dis d'appeler au CMP, si ... Ils ont des difficultés avec un patient. Mes collègues connaissent bien le système. Ils peuvent appeler et puis éventuellement avoir un conseil par téléphone, etc. Après, on travaille avec la psychiatrie de liaison. Enfin, voilà, on essaye. Alors X (psychologue) qui est là maintenant, elle peut aussi prendre des appels. Et puis, c'est différé si besoin ou intervenir. Mais, d'intervention sur place, des fois en quinze jours il y a personne. Et je trouve dommage parce que j'aimerais bien que ça soit une équipe qui commence à se... s'étoffer et qu'on puisse avoir euh...

- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique professionnelle ?

Des moyens humains c'est essentiellement ça.

- Participez-vous à des groupes d'analyses de pratiques en lien avec la précarité ?

Alors oui, on en faisait avant le COVID avec tous les partenaires du territoire qui soient... qui soient de la communauté urbaine X, les partenaires sociaux, les assistantes sociales, les éducateurs, les directeurs de foyer. On se réunissait. On était très nombreux, une fois par an.

C'était top et on avait des axes de travail sur des prises en charge. Mais, on a plus, c'était chouette. On avait... On avait les référents.... Les référents logements de la ville X . On avait le comité local de... Je sais plus quoi enfin technique. Enfin bref, vous avez un truc énorme. On était une trentaine et on faisait des cas concrets tous ensemble. C'était avec les partenaires, enfin, la vie active etc., tout ce qui est associative. Et tout ça c'était pas mal. Mais c'est fini.

- Si oui, pouvez-vous me communiquer les propositions récurrentes qui en émanent ?

Fluidifier, c'est fluidifier le réseau. C'est porter connaissance de... Euh des associations qui existent, des partenaires qui existent, qui pourraient faciliter les prises en charge, etc. C'était compliqué de se mettre en lien avec tout le monde. Il y a du monde qui travaille. On travaille trop encore dans notre coin. C'est pas encore assez en réseau parce que... Il y a trop de monde. Donc du coup, porter connaissance... C'est pour ça, tout ça nous permettait de porter connaissance. On sortait avec des fiches. On savait qu'il y avait une association, tel machin, tel machin et du coup nous ça nous permettait de diffuser. Et c'est ça qui en ressortait... c'est qu'il fallait fluidifier notre réseau en fait parce qu'il y a... Mais pas, on ne connaît pas encore bien.

- Avez-vous des propositions, des commentaires sur ce sujet ?

Ben, ce que je disais hein... C'est de peut-être d'homogénéiser le type d'intervention. Mais chaque hôpital a ses contraintes. Chaque hôpital a ses moyens. Et du coup, je pense que c'est vraiment sur le terrain hé qu'il faut qu'on fasse un maximum de... de choses cohérentes pour faciliter l'accès aux soins aux usagers. Et puis, essayez d'absorber un maximum de... Voilà pour amener aux soins et puis faire de la prévention un max.

Présentation

- **Genre** : femme

- **profession** : infirmière

- **Depuis combien de temps exercez-vous ?** 26 ans

- **Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'un public en situation de précarité ?** 11 ans

- **Autre lieu d'exercice** : 20 % sur le CMP

- **Formations complémentaires (addictologie, DU Précarité...)** : aucune

PERSONNEL SOIGNANT N° 6

- Pourquoi avoir choisi de travailler auprès d'un public précaire ?

Alors, à la base dans ma formation, j'ai fait plusieurs stages en détention et du coup euh... J'ai une première approche de la précarité là-bas. Euh... Je me suis rendu compte que c'est un public qui du coup, d'un point de vue psychiatrique, avait des problématiques qui pouvaient être différentes. En tout cas, qui nécessitait une approche différente, de celle qu'on peut rencontrer en population tout venant. Du coup, ça nécessitait aussi d'être plus flexible, du coup de... par... euh... nos consultations. Par exemple, proposer une première approche des soins qui soit différente puisqu'il y avait beaucoup de réticences, surtout, sur le point de vue psychologie, avec beaucoup de... d'appréhension et d'idée reçue.

- En quelques mots, comment définissez-vous la précarité, telle que vous la rencontrez au sein de votre dispositif ?

Alors du coup, nous c'est la précarité en santé mentale. Du coup pour nous, c'est surtout un environnement familial déficient avec beaucoup de dysfonctionnements et une instabilité sur plusieurs domaines et plusieurs plans.

- Comment se caractérise-t-elle pour les patients que vous prenez en soin ?

Alors du coup, vous voulez dire au niveau des manifestations ? Du coup, d'un point de vue psychiatrique, toujours, on va rester là-dessus. Du coup, pour nous, ça se manifeste avec beaucoup de carences, au niveau affectif, au niveau psychique, au niveau éducatif, de la méfiance, surtout. On retrouve beaucoup de troubles de la personnalité avec des mécanismes de défense qui sont très ancrés et utiles pour la personne. Donc, on travaille avec une approche un peu différente.

- À quel moment de leur parcours les rencontrez-vous ?

Alors du coup nous, on intervient dans les foyers d'hébergement d'urgence notamment et à l'école de la deuxième chance. Du coup, euh... On les rencontre au moment où ils viennent d'arriver dans ces structures. Du coup, c'est des personnes qui sont SDF, peu importe leur âge et du coup qui se retrouve là. Nous, on propose des permanences, on va dire avec ma collègue infirmière, en binôme. Elle... Elle y va toutes les semaines, moi tous les mois. Et du coup, on propose de rencontrer à ce moment-là quand eux sont prêts, quand eux le veulent ou sur signalement de l'équipe éducative.

- Pouvez-vous me citer et m'expliquer l'exemple d'un patient que vous suivez et qui est en situation de précarité ?

Ouf, il y en a beaucoup du coup. Euh... Du coup, récemment, je suis un jeune homme transgenre. Euh...Et, du coup lui, il était allé. Il avait demandé lui-même être placé, donc à être dans un hébergement d'urgence, un foyer. Euh... parce que du coup, ses parents étaient maltraitants envers lui, vis-à-vis de sa transidentité. Et du coup, il s'est retrouvé coupé de sa famille, de son environnement, l'école le suivait pas non plus dans ce processus-là. Et du coup, il s'est trouvé très isolé, et pour lui la précarité, du coup, elle s'est instaurée à ce moment-là, alors qu'avant, il n'y avait pas forcément de notion de précarité.

- Pouvez-vous définir le fonctionnement du dispositif de prise en charge dans lequel vous exercez ?

Oui, du coup, nous Ben... Encore une fois, on est... euh... le dispositif de précarité en santé mentale qui dépend de l'hôpital. Alors du coup, euh... Nous... On fonctionne euh... On est du

coup... moi qui suis psychologue, j'y suis à mi-temps et il y a... Et il y a aussi ma collègue infirmière qui est censée y être à temps plein sur la précarité. On a aussi 2 infirmiers qui dépendent tous : on dépend tous du CMP qui est, du coup... Jo, il est à euh 30 %, je pense sur la précarité et Gaël aussi 30 %. Du coup, ce qu'on propose, c'est, euh... De faire des permanences dans les structures d'hébergement d'urgence et l'école de la 2^e chance, ça tant à se développer. On va proposer aussi plus tard, une permanence à l'IFSI et à la fac et du coup l'idée : c'est de pouvoir rencontrer le public précaire sans avoir toutes les contraintes du dispositif de soins classiques, qui serait plus contraignant pour eux, qui répondraient pas forcément à leurs demandes.

- Quelle mission exercez-vous dans le champ de la prévention ?

Euh... la prévention, alors du coup, est-ce qu'on peut dire que c'est quand même la prévention ? Euh du coup, nos permanences, elles permettent déjà dans un premier temps : de prendre un contact avec les personnes, avec les résidents des foyers, qui ne sont pas encore forcément nos patients d'ailleurs. Ils viennent rencontrer ma collègue ou ma collègue et moi et du coup, cela permet d'avoir une première approche de psychiatrie, sans forcément être dans une... dans un moment où il y en a besoin. Ça permet du coup, à ce public où il y a beaucoup de représentations sur là, sur le soin, sur la psychiatrie encore plus, de pouvoir dédramatiser la chose. Et au moment, où il y a éventuellement une crise ou un besoin ou une demande. Du coup, ils nous ont déjà identifiés et ça permet d'intervenir en amont sans avoir besoin d'avoir un passage à l'acte et du coup qu'on les retrouve aux urgences.

- Comment se caractérisent vos interventions ?

Alors du coup, on propose des consultations, à peu près libres, c'est-à-dire que la personne vient : on la rencontre. On est souvent en binôme. Et du coup, on propose, soit une consultation, un peu... un peu en one shot, où elle peut venir, on va compter un peu ce qui lui pose problème actuellement. On y répond. On fait un entretien, un peu comme on ferait. On fait aussi surtout de l'évaluation : évaluation du risque suicidaire, évaluation éventuellement d'un potentiel trouble de la personnalité. On voit si euh... S'il y a des potentiels critères de gravité. On entend insomnie, trauma, trouble de l'appétit, ce genre de chose. Et du coup, on propose à la personne à la fin de revenir nous voir si elle est ok, dans un délai qui lui va à elle.

- Pouvez-vous décrire les actions de prévention que vous proposez aux personnes en situation de précarité ?

Alors du coup, comme on a déjà dit, nos permanences, ça permet de rencontrer les personnes, de faire de l'évaluation. Quand elles sont prêtes, on les reçoit ici sur le CMP. Donc c'est moi qui les prends en charge ou ma collègue infirmière. Et du coup pour nous, la prévention ça passe aussi par le fait de pouvoir les réorienter vers d'autres dispositifs de soins et/ou social. Par exemple, les associations d'aide aux victimes, leur proposer le numéro du 3114 pour les risques suicidaires imminents. Euh... ça peut aussi passer par, leur proposer l'école de la deuxième chance, du coup, dans l'idée que la personne puisse avoir un maximum de ressources pour pouvoir ensuite poursuivre euh...

Comment faites-vous pour mettre en œuvre des actions de prévention avec ce public ?

Alors du coup, c'était pas moi. Je suis toute nouvelle sur le dispositif. Ma collègue pourra mieux vous répondre que moi, mais c'était pas facile dès le départ. Et en fait, ça passe aussi et presque surtout par la psychoéducation que l'on fait auprès des équipes éducatives. Par exemple, comment repérer un geste suicidaire ? Comment repérer des risques de passage à l'acte ? Comment y faire face ? Vers qui on envoie ? Comment pouvoir, par exemple, pour le patient dont... Dont je vous ai parlé : comment parler de la transidentité ? Comment l'accepter

aussi même si c'est contraire à nos valeurs personnelles ? On permet aussi... On fait des réunions une fois tous les trois mois avec les équipes. Ça permet, aussi en temps, d'échanger, de remettre du sens... sur ce qui a pu se passer, et là où eux ont été en difficulté. Parce que du coup, les équipes éducatives, c'est les premiers interlocuteurs de nos patients.

- Avec quels partenaires travaillez-vous ?

Du coup, on travaille avec les quatre AJ, c'est les quatre hébergements d'urgence dont je vous ai parlé. On travaille avec les CHRS, on travaille avec l'école de la deuxième chance. Dans les partenaires, on a du coup tous les partenaires du CMP et de l'hôpital, c'est-à-dire assistante sociale, on travaille aussi avec le SIAO. On travaille avec toutes les associations du coup du territoire, notamment avec « fiertés Nord-Pas-de-Calais » pour les personnalités transgenres ou LGBTQ+.

- Quel est votre rôle auprès des partenaires sur votre territoire ?

Alors du coup, nous... On vient mettre du sens sur les difficultés psychiques qui pourraient être rencontrées par nos patients et/ou psychiatrique. On travaille comme je vous ai dit surtout avec les éducateurs, les équipes éducatives. On permet aussi de faire du... de la liaison. On va dire, entre par exemple, un résident et un résident qui va en hospice. Du coup, nous... On a les informations et cela permet aussi de pouvoir mieux préparer un retour au foyer, ou anticiper les choses. Ça vient aussi là-dessus.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec ces partenaires ?

C'est pas toujours facile de pouvoir cadrer nos interventions auprès des équipes. C'est-à-dire, que... eux sont souvent en difficulté face à des problématiques qui les dépassent ou ils n'ont pas eu de formations. Et du coup, ils ont tendance à nous sursolliciter pour des problématiques qui ne seraient pas forcément de l'ordre de la psychiatrie ou pour des choses qui n'auraient pas de sens. Par exemple, on a eu tout récemment un directeur de foyer qui nous a demandé, enfin qui a mis dans son contrat avec une jeune, en gros pour pouvoir rester au foyer. Il fallait venir me voir toutes les semaines. ça : c'est pas possible. Ce n'est pas du tout, comme ça, que ça fonctionne. Et du coup souvent, on a besoin de recadrer les choses et de remettre du sens sur nos interventions.

- Comment évaluez-vous l'État de santé psychique des personnes en situation de précarité ?

Bah, du coup nous, vu que c'est notre mission principale, ben... Moi, je suis psychologue et j'interviens tous les mois sur les foyers sachant que je reçois ici. Du coup, pour les personnes qui ont une bonne adhérence au soin, je les reçois presque tout de suite sur le CMP. Du coup, ils viennent se confondre dans ma patientèle habituelle. Ma collègue, Nathalie qui est formée. Elle... elle est infirmière. Et du coup, elle est formée à l'évaluation du risque suicidaire, à l'évaluation des risques de potentiel, risque de gravité, enfin de signes cliniques qui pourraient être interpellant pour nous. Du coup, une fois qu'il y a ça. Elle me transmet à moi, puis on évalue ensemble. Et, on fait l'intermédiaire avec les psychiatres. S'il y a besoin, par exemple : de poser un diagnostic et/ou un traitement, ou une hospitalisation.

- Selon vous, comment peut-on améliorer l'accès aux soins pour les patients en situation de précarités ?

Et ben... Déjà plus de ressources humaines, évidemment plus de soignants formés. C'est un public particulier et ça demande une certaine forme de flexibilité. Vraiment, je pense que ça, c'est le maître mot là-dedans. Parce qu'ils nous posent souvent des lapins, parce qu'ils ne viennent pas, parce qu'ils viennent provoquer le cadre, parce qu'il y a plein de choses qui ne fonctionnent pas avec eux. Mais, si on prend le temps d'expliquer les choses et que l'on peut

remettre du sens avec eux et leur expliquer, voilà. Au final, ça se passe très bien. Mais, c'est vrai qu'on manque de temps. Parce que l'on n'est pas beaucoup sur le dispositif, et du coup, on a tendance à... Ben, pas pouvoir recevoir tout le monde dans les délais qu'ils veulent ou devoir un peu par être moins flexible. Et, par exemple : proposer que quatre créneaux par semaine parce que... En deux heures, on ne peut pas non plus voir 25 personnes.

- Êtes-vous formés à l'éducation thérapeutique ?

Ben du oui, de par ma formation, de mon master.

- Si oui, l'utilisez-vous lors de vos interventions auprès des patients en situation de précarités ?

On fait plus de la psychoéducation dans le cadre, enfin en entretien individuel. Ça, on a plus tendance à le faire. C'est souvent arrivé que, en sortie d'hospit, ils se retrouvent avec des courriers où on pose un diagnostic comme ça, sans avoir une explication derrière. « Tu vois, je ne suis pas folle, le trouble de la personnalité grave, qu'est-ce que ça veut dire ? ». Et, du coup, y remettre du sens. Du sens pour eux et aussi du sens pour un potentiel mieux être. Et, du coup, on se retrouve à faire ça ou de la psychoéducation dans la crise suicidaire surtout pour que les personnes. Enfin, les jeunes ou les moins jeunes puissent savoir quand interpellé, quand ce n'est pas trop tard. On fait plutôt ça, ça tient mieux. Quelque chose de très cadré, ça ne prend pas.

- Comment faites-vous pour accompagner le patient dans l'observance thérapeutique ?

Ben du coup, le fait que Nathalie, y aille toutes les semaines. Ça aide beaucoup parce qu'elle... Elle voit les personnes souvent, et du coup, comme elle a créé une bonne alliance. Et puis, vous allez voir, elle a un côté très rassurant aussi. Et du coup, comme, elle a créé une bonne alliance, ça passe mieux. Si c'est elle qui dit : « Ben, il faudrait vraiment prendre ce traitement-là... Bon là, ton... si besoin, si tu ne le prends pas tout de suite, ce n'est pas grave, mais par contre le traitement de fond, c'est important." Et, elle réexplique la différence entre chaque traitement, par exemple. Parce que souvent, il y a cette idée aussi de vouloir ne pas observer le cadre, et ne pas observer les règles dans cette population-là et du coup y remettre du sens.

- Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Ben du coup, pouvoir recruter quelqu'un, ce serait chouette. Mais, je pense que ce n'est pas encore dans les enveloppes, voilà. Mais, déjà, par exemple : avoir recruté une psychologue sur le dispositif, c'est tout nouveau. Moi, je viens juste d'arriver, avant ça le poste n'était pas proposé du tout. Du coup, c'est déjà pas mal. On travaille avec, du coup, nous les psychiatres du CMP donc pour ça. On a de la chance. Mais c'est vrai qu'avoir plus de temps dédié à la précarité et/ou avoir des locaux pour pouvoir, par exemple : proposer des groupes ouverts ou ce genre de choses, ça... ça pourrait vraiment être chouette.

- Quels sont les axes d'amélioration possibles ?

Ben du coup ça. Recruter quelqu'un.

- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique professionnelle ?

On a eu très peu de formation spécifique à la précarité du coup. Enfin moi, j'avais été formé de par mes stages. Mais je veux dire, en tant que dispositif, on a eu très peu de formation. Et ça, ce serait chouette de pouvoir être plus formé. Mais j'entends sur le plan théorique au niveau des outils que l'on peut proposer à ce public spécifiquement. Parce qu'on se rencontre, qu'il y a plein de nos outils qui ne fonctionnent pas avec le public précaire.

- Participez-vous à des groupes d'analyses de pratiques en lien avec la précarité ?

Alors oui, je fais de l'intervision de mon côté. En tant qu'équipe, non. Mais par contre, on fait partie du réseau des EMPP haut de France et du coup, une fois tous les six mois ou tous les ans, je ne sais plus. On les rencontre, et on fait des groupes, et on échange.

- Si oui, pouvez-vous me communiquer les propositions récurrentes qui en émanent ?

C'est difficile parce que du coup, on n'a pas tous les mêmes moyens du tout... Du tout... Du tout, ni les mêmes missions, de façon générale, ce serait plutôt au niveau des logiciels pour les dossiers médicaux. Ben, en fait, souvent, c'est encore très normalisé. Et, on a du mal à faire rentrer nos patients dans les cases ou même nos actes. Les actes qu'on propose ne sont pas toujours dans les... C'est difficile de codifier nos interventions, mais on arrive à se dépatouiller comme on peut, mais ce n'est pas toujours possible, du coup peut-être, ce qui en émane souvent, c'est ça plutôt une prise en charge globale qui soit aussi adaptée, proposée aussi cette flexibilité à un niveau plus institutionnel.

- Avez-vous des propositions, des commentaires sur ce sujet ?

Non, je pense qu'on a fait le tour. Enfin, il n'y a rien qui me vient maintenant.

Présentation

- ***Genre*** : femme ;

- ***profession*** : psychologue ;

- ***Depuis combien de temps exercez-vous ?*** 10 mois

- ***Depuis combien de temps exercez-vous auprès d'un public en situation de précarité ?*** 10 mois

- ***Autre lieu d'exercice*** : autre temps de travail sur le CMP à 50 %

- ***Formations complémentaires (addictologie, DU Précarité...)*** : Hypnothérapie, une formation dans l'approche systémique, qui me permet de proposer, par exemple, des thérapies familiale et/ou de couple, j'ai aussi fait une formation en thérapie pleine conscience.

AUTEUR : KSIBI

Amed

Date de soutenance : le lundi 3 juillet 2023

Titre du mémoire : Le parcours de soins des patients en situation de précarité suivis par les EMPP : étude qualitative sur le territoire du PTSM de l'Artois-audomarois.

Mots-clés libres : Précarité, renoncement au soin, parcours de soins, PTSM Artois-Audomarois, Infirmier en Pratique Avancée

Objectif : *Ce travail vise à étudier le fonctionnement des dispositifs de soins du PTSM Artois-Audomarois prenant en charge les patients en situation de précarité afin d'identifier et de dégager des champs d'action permettant d'appréhender et de prévenir le renoncement aux soins.*

Méthode : *étude qualitative auprès de six soignants exerçant dans les trois EMPP du PTSM Artois-Audomarois. Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien. Après leur transcription, les verbatims ont été traités par une analyse thématique inductive.*

Résultats : *Cette analyse a permis d'identifier des axes permettant d'appréhender et de prévenir le renoncement aux soins. Elle révèle également un contraste entre chaque EMPP du PTSM, ainsi que des obstacles dans le parcours de soin du patient en situation de précarité qui demeurent. En effet, cette recherche a révélé certains dysfonctionnements ne garantissant pas une prise en soin optimale et ne facilitant pas, par ailleurs, la prévention du renoncement aux soins du patient en situation de précarité.*

Conclusion : *Face aux besoins en soins et à une pénurie médicale, l'implantation de l'Infirmier de Pratique Avancée représente un véritable enjeu de santé publique pour les patients en situation de précarité. En effet, en mettant à profit ses différentes compétences, l'Infirmier de Pratique Avancée pourra contribuer à l'amélioration du parcours de soins, en interface avec les différents acteurs du territoire.*

Abstract:

Objective: *This work aims to study the functioning of the care systems of the PTSM Artois-Audomarois taking care of patients in precarious situations in order to identify and identify fields of action to apprehend and prevent the renunciation of care.*

Method: *qualitative study of six care workers in the three EMPPs of the PTSM Artois-Audomarois. The data was collected during semi-structured interviews using an interview guide. After transcription, the verbatims were processed using an inductive thematic analysis.*

Results: *This analysis enabled us to identify areas where we could understand and prevent people from giving up healthcare. It also revealed contrasts between each of the EMPPs in the PTSM, as well as remaining obstacles in the care pathway for patients in precarious situations.*

This research has revealed a number of dysfunctions that do not guarantee optimal care and do not make it any easier to prevent patients in precarious situations from giving up care.

Conclusion: *Given the need for care and the shortage of doctors, the introduction of the Advanced Practice Nurse represents a real public health challenge for patients in precarious situations. By making the most of their various skills, Advanced Practice Nurses can help to improve the care pathway, working at the interface with the various players in the area.*

Directrices de mémoire : Madame Eliane BOURGEOIS

Madame Sabrina CELEJ

