

Spécificités de la prise en charge d'un public précaire dans un service d'urgences

B. DE GOËR¹, B. GALES², A. AGNOLI³

Points essentiels

- Précarité, pauvreté, misère, exclusion recouvrent des réalités différentes auxquelles doivent faire face les urgentistes et leurs équipes.
- Beaucoup de professionnels sont mal à l'aise face à ceux qu'ils appellent souvent des « problèmes sociaux », hors de leur champ théorique d'intervention.
- Comprendre la vie des personnes concernées et leurs mécanismes de défense psychique face à un sentiment de déshumanisation est la base pour avancer dans une réflexion constructive.
- De nombreux éléments déterminent leur recours à l'urgence : les inégalités sociales de santé, l'anesthésie physique et psychique avec le retour brutal de la souffrance, la maladie comme empêchant les stratégies de survie, l'organisation des structures sanitaires...
- Cette intervention a pour objectif de définir les situations, de comprendre pourquoi ces personnes arrivent dans un lieu non prévu pour elles, et d'ouvrir des pistes pour un meilleur accompagnement. Afin d'essayer d'aboutir à diminuer les passages non justifiés par l'urgence médicale telle que définie par le modèle biomédical, mais sans exclure d'avantage.
- Avec une base incontournable, que tout professionnel peut facilement mettre en œuvre : le respect.

1. PASS Centre hospitalier – BP 1125, 73011 Chambéry cedex.

Tél. : 04 79 96 51 06. Fax : 04 79 96 51 71. E-mail : bruno.de.goer@ch-chambery.fr

2. Espace Santé Publique. Centre hospitalier – BP 1125, 73011 Chambéry cedex.

3. Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, 1, avenue de l'hôpital Metz-Tessy, BP 90074, 74374 Pringy cedex.

1. Introduction

De nombreuses personnes en situation de précarité sociale, voire de très grande pauvreté et d'exclusion, jusqu'à la clochardisation, arrivent dans les services d'urgences des Centres Hospitaliers. Or, beaucoup de professionnels sont mal à l'aise face à ceux qu'ils appellent souvent « des problèmes sociaux », dont les comportements déroutent souvent, et qui se placent hors de leur champ théorique d'intervention. Ce malaise tient aussi sa place du fait qu'il semble exister, dans certains hôpitaux, une majoration de consultations pour des motifs inappropriés (tels que des alcoolisations, une demande de douche...) (1). Certains professionnels peuvent alors avoir un sentiment d'impuissance, d'autres d'indifférence voire de rejet. Depuis la loi de 1998, le service public hospitalier a pour mission de participer à la lutte contre les exclusions (2). Il a alors, notamment, mis en place des dispositifs appelés « Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) », en règle basés proche du service des urgences, et dans tous les cas en lien étroit avec celui-ci.

Comment faire pour avancer de façon constructive face à ces réalités ? Quelques pistes sont ici proposées. Elles se déclineront de la façon suivante :

- Savoir de quoi, de qui on parle et comprendre les processus de survie.
- Comprendre pourquoi ces personnes sont surreprésentées dans les services d'urgence.
- Comprendre la question de la violence.
- Apprendre à respecter.
- Aborder des soins dans un modèle global.
- Travailler en partenariat.
- Rester humble.
- Travailler avec les personnes concernées et jamais à leur insu.

2. Savoir de quoi, de qui on parle et comprendre les processus de survie

Si la précarité renvoie à l'absence d'une ou plusieurs sécurités (logement, travail, santé, éducation, justice...), la pauvreté est définie selon un seuil de ressources. La grande pauvreté (ou misère) implique l'absence de sécurités dans plusieurs domaines de l'existence, de manière persistante, en compromettant les chances de réassumer ses responsabilités, de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible (3). Quant à l'exclusion, on peut la définir comme « la maladie du lien et de la reconnaissance sociale » (4).

Vu sous cet angle, la précarité concerne une très grande partie de la population. Le risque de perdre son travail ou son logement concerne un grand nombre de concitoyen. Néanmoins, ce n'est pas l'ensemble des personnes en situation de précarité qui vont progressivement descendre dans l'échelle sociale. Celles qui vont « lâcher » sont des personnes qui progressivement perdent confiance :

- confiance en elles. Elles se sentent donc coupables de ce qu'il leur arrive, ce que la société ne va pas manquer de leur rappeler ;
- confiance dans les autres, expliquant certains comportements visant à la rupture immédiate du lien tentés par différents intervenants ou l'adaptation du discours à l'attente des professionnels : ceux-ci parleront dans le premier cas de refus d'aide voire de violences, dans le second de mensonges ;
- enfin perte de confiance en l'avenir, imposant des difficultés de projection dans le temps, aboutissant progressivement à une vie au jour le jour, et en conséquence le recours à l'urgence.

La honte va devenir un élément central (5). Des processus de survie psychique se mettent en place, qui vont aller à l'encontre des conditions d'une bonne santé physique, mais qui vont probablement permettre d'éviter un passage à l'acte suicidaire. En effet, la personne clochardisée est celle qui n'a pas mis fin à ses jours. Les toxiques, l'alcool, l'absence de projection dans le temps... vont permettre de tenir dans une vie d'extrême souffrance et de violences. Jusqu'au syndrome d'autoexclusion décrit par le Docteur Furtos, qui notifie plusieurs symptômes :

- le corps est hypoesthésié, voire anesthésié : il existe une diminution de la perception des douleurs et un émoussement émotionnel ;
- on note une tendance générale à l'incurie, l'absence de souci de soi, une abolition de la demande d'aide ;
- sur ce fond plutôt passif, il existe des comportements paroxystiques avec un retour brutal de la souffrance. Ces comportements se manifestent plus ou moins violemment et visent souvent la rupture du lien ;
- certain objets concrets sont hyperinvestis ;
- il existe une rupture des liens transgénérationnels.

La plupart des signes vont contre l'accès aux soins tandis que le retour paroxystique conduit à l'urgence, ouvrant paradoxalement une occasion de soins.

Enfin, aider un usager ou un patient l'aggrave : les effets sont inverses à ceux attendus.

Pour le Docteur Furtos, psychiatre, forcer les défenses est dangereux. Il s'agit d'une défense ultime commune pour tout processus d'exclusion lorsqu'un être humain n'est plus reconnu (ou ne se reconnaît pas) comme digne d'exister dans une situation extrême (6). Geneviève de Gaulle Anthonioz a retrouvé dans la situation extrême des bidonvilles de la banlieue Parisienne des années 1950, de nombreuses similitudes avec ce qui se vivait dans les camps de concentration lors de la seconde guerre mondiale (7). C'est elle qui portera au parlement, la loi de lutte contre les exclusions en 1998.

L'ensemble de ces constatations démontrent la souffrance de ces personnes qui n'est globalement pas reconnue, et qui est très difficile à prendre en charge.

3. Comprendre pourquoi ces personnes sont surreprésentées dans les services d'urgence

Plusieurs éléments sont à prendre en compte :

– **Des parcours difficiles et des problèmes de santé majeurs.** La progression des risques de mauvaise santé ou de décès le long de l'échelle sociale est notifiée pour la quasi-totalité des pathologies (8). Pour les sans-abris, des antécédents de catastrophe personnelle, le manque de sommeil, l'absence d'hygiène, les consommations... expliquent en partie ce fait (9). L'âge moyen des décès des sans-abris est inférieur à 50 ans (10,11).

– **Le mode de fonctionnement des personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion sociale.** Dans le cadre d'un épuisement émotionnel et physique, les pathologies initiales ne sont pas prises en charge et se compliquent. Les alcoolisations, les prises de produits sont également des facteurs de non prise en charge hors urgences. Le retour brutal de la souffrance, qui implique le recours à l'urgence, ainsi que l'absence de possibilité de projection dans le temps. La vie au jour le jour, et pour les personnes du quart-monde, les difficultés d'analyse de la gravité des pathologies d'une part, et la priorité qui est la survie quotidienne d'autre part, impliquent de ne recourir aux soins que lorsque la santé ne permet plus les processus de survie. À l'inverse, pour cette population, la honte et la peur d'être repéré notamment vis-à-vis du potentiel d'incapacité à élever les enfants avec un risque de placement, diminuent leur recours aux soins avec, éventuellement, un recours à l'urgence en cas d'aggravation d'une pathologie.

– **L'organisation des services de santé.** La diminution de l'offre de soins en ville, l'augmentation des difficultés d'accès à la Couverture Maladie Universelle complémentaire ou à l'Aide Médicale État, les refus de soins d'un nombre croissant de professionnels auprès de ces publics, les dépassements d'honoraires, l'incompréhension du système (parcours de soins...), l'analphabétisme... Sont autant de difficultés pour l'accès aux soins (12, 13). Les services d'urgences des hôpitaux sont ouverts et accueillent sans restriction. Par ailleurs, l'hôpital « refuge », l'hôpital « dernier repère » est également un facteur, mais aussi l'ensemble de l'organisation des soins et notamment des secours d'urgence (pompiers), qui, dès le moment où il y a une prise en charge par leurs services, convergent par les urgences des centres hospitaliers.

4. Comprendre la question de la violence

Des professionnels de services d'urgence expriment la violence de certains patients en situation de précarité ou d'exclusion. Elle est souvent en toile de fond de leur travail.

Il convient d'en comprendre la genèse et d'y répondre au mieux. JM Petitclerc, éducateur, qui a beaucoup travaillé sur la violence dans les quartiers difficiles

(14), notifie schématiquement 3 raisons à la violence que l'on peut très probablement appliquer aux personnes en situation de grande précarité et d'exclusion sociale. Pour lui, la violence est une intrusion dans l'univers personnel de l'autre sans respecter son intimité, à différencier de l'agressivité (processus dans une dynamique de vie). Le but de l'éducation est d'apprendre à ne pas transformer son agressivité en violence.

Il y a la violence expression de la souffrance : Il faut que les personnes puissent exprimer ce qu'elles ressentent autrement que par un passage à l'acte. Il convient de savoir écouter.

Le deuxième type est la violence « provocation » : elle s'exprime contre ceux qui représentent quelque chose d'important pour soi. Il convient de savoir réagir au mieux pour qu'elle ne dégénère pas. Il convient d'abord de maîtriser sa peur. Un médiateur peut être utile.

Il existe enfin la violence utilisée comme mode d'action : il s'agit d'une violence utilitaire pour en tirer profit. Il convient de l'interdire dès la première tentative.

Bien évidemment, ces 3 types peuvent être plus ou moins présents lors d'une réaction violente.

Il ne faut pas oublier que les personnes en situation d'exclusion sont les premières victimes de la violence. De plus, la corrélation entre violence subies et état de santé mentale et physique des personnes a été mise en évidence (15). Il a été montré par ailleurs qu'être victime de violence accroît le risque d'être violent envers d'autres personnes (16).

Mais il ne faut pas penser que la violence est toujours le fait de l'autre. Il convient de prendre conscience de nos propres violences. La violence institutionnelle est parfois imposée aux personnes : une personne en situation de précarité arrivant aux urgences se trouve dans un univers qu'elle ne comprend pas et qu'elle ne maîtrise pas. « Pourquoi est-ce que j'attends si longtemps alors que je les vois parler entre-eux ? » ; « Pourquoi me demande t'on où j'habite ? ». « Pourquoi veut-on mes papiers ? ». « Pourquoi me déshabillent-ils alors que j'ai une plaie à la tête ? ». Nombreux sont les exemples où nous produisons de la violence : temps d'attentes non explicités, et pas toujours réduits au minimum lorsque cela est possible, reprocher la perte de papiers administratifs, ne pas prendre en compte des difficultés environnementales, donner des éléments incomplets pour permettre la poursuite des soins, parler de « cas social », en des termes parfois même moins élogieux, sous estimer la souffrance, donner une position de non recevoir sans ouvrir la moindre porte (ne serait-ce qu'une orientation respectueuse), orienter sans vérifier qu'une réponse peut effectivement être donnée dans cet autre lieu... Si la violence n'est pas l'apanage des personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion, elle s'exprime souvent plus ouvertement dans ces publics. Elle signifie néanmoins que la personne réagit, et elle est donc encore dans une dynamique de vie à l'inverse de celui qui ne demande plus rien. Comme lors d'un accident sur la voie publique, ce n'est pas le plus agité qui a

forcément les lésions les plus graves. Au contraire, c'est celui qui ne dit plus rien qui est souvent dans la situation la plus dramatique. Une exclusion réussie est une exclusion qui ne se voit pas. Pour le D^r Maisondieu, psychiatre, la violence d'un exclu n'est pas nécessairement le témoin d'une « personnalité antisociale », elle peut être la seule possibilité d'expression soit parce qu'il n'a pas appris à se faire entendre autrement, ou parce qu'il s'adresse à des sourds. Notre rôle est d'abord de vérifier que nous ne soyons pas sourds (5).

L'ensemble est bien sûr beaucoup plus complexe, avec la structure psychologique ou psychopathologique sous-jacente de la personne, des décompensations psychiatriques, des désinhibitions liées à la prise d'alcool ou d'autres toxiques... Mais se poser la question du sens de la violence, dans une situation donnée, permet de réaffirmer son rôle de soignant. Il s'agit souvent alors de cadrer, de rassurer, et de réévaluer quelques heures plus tard, même si c'est parfois difficile au milieu de multiples urgences.

5. Apprendre à respecter

Contrairement à une idée répandue, des auteurs canadiens ont montré dans une étude publiée en 1995, qu'accueillir une personne sans-abris aux urgences avec humanité, diminuerait la fréquence du passage dans les services d'urgences gratuits les mois suivants (17).

De fait, le respect des personnes concernées, sans préjugé, est le seul antidote au sentiment de n'être rien, d'être inutile, ce qui est le propre des personnes en exclusion sociale. Le respect n'est pas de la pitié, qui risque d'accentuer le sentiment d'exclusion. Ainsi, les personnes peuvent commencer à imaginer qu'elles valent quelque chose et reprendre confiance en elles.

Il convient surtout d'éviter, et si possible de faire éviter, les mots et les attitudes à « effets secondaires graves ». Par exemple, montrer qu'un clochard est indésirable le renforce dans sa certitude de l'être et aggrave sa situation, donc son retour dans un état encore plus complexe à court terme.

6. Aborder des soins dans un modèle global

Dans ce cadre, le modèle biomédical (effectuer un diagnostic, proposer – voire imposer – un traitement qui abouti à la guérison) est en règle inapproprié. Le modèle global, qui prend en compte les facteurs comportementaux et environnementaux, est le seul qui puisse ici permettre des soins. Il convient d'éviter la confusion entre soigner et guérir. Si l'enjeu est de guérir, beaucoup de gens sont exclus du soin. L'enjeu du soin est ce qui fait de chacun des humains : il s'agit de permettre le développement de l'humanité de l'autre. Le guérir en fait partie, mais est insuffisant.

7. Travailler en partenariat

Les problématiques sont tellement complexes que l'on ne peut pas travailler seul : développer des partenariats tant dans le champ social que dans le champ psychologique et psychiatrique est indispensable. Il est clair que dans les services d'urgences, ni le temps, ni les compétences ne peuvent être réunis pour effectuer un travail global en lien avec de nombreux partenaires. Mais les services d'urgences peuvent être une porte d'entrée. L'accueil est la première étape qui permet d'orienter, mais cette orientation doit être effectuée en vérifiant qu'elle soit faisable : rien de pire que la « patate chaude ». Des Permanences d'accès aux Soins de Santé (PASS) ont ce rôle, et quand elles sont fonctionnelles il ne faut pas hésiter à les solliciter. Ce sont des unités médico-sociales issues de la loi relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998 (2, 18). Environ 450 sont répertoriées sur le territoire, majoritairement rattachées aux services des urgences, elles sont très hétérogènes ne permettant pas ici d'en décrire un service type. Il est néanmoins possible d'en définir les objectifs : effectuer ou orienter vers des soins en médecine générale pour des personnes ne pouvant consulter dans le droit commun, ouvrir des droits, accéder au plateau technique hospitalier, accompagner et réorienter dans le droit commun, travailler en réseau notamment avec le secteur associatif, former les professionnels à l'accueil de ces publics... Les PASS essayent donc de travailler en amont et en aval de l'hôpital pour éviter autant que possible le recours itératif aux services des urgences. Certaines vont à la rencontre des patients à l'extérieur des murs des hôpitaux.

8. Rester humble

Il est hors de question de penser que l'on va pouvoir régler l'ensemble des difficultés des personnes. Dans ce cadre, il s'agirait d'un sentiment de toute puissance aboutissant soit à de multiples effets pervers en étant persuadé de sauver les gens, soit à abandonner les personnes en exprimant que l'on ne peut rien faire pour elles, et qu'elles sont responsables de leur situation : le propre de l'exclusion c'est que la victime devienne coupable aux yeux de la société, et le comble, c'est que ces personnes finissent par en être persuadées (5).

9. Travailler avec les personnes concernées et jamais à leur insu

Dans ce cadre, nous soignants, sommes des aveugles qui tentons de guider des boîteux. Or, l'aveugle a besoin du boîteux pour avancer. Si l'autre fait partie du problème, il fait aussi partie de la solution. Plusieurs expériences de formations croisées, incluant des professionnels de santé et des personnes en situation de grande exclusion sociale, ont été expérimentées ces dernières années (19). Elles démontrent que les personnes en situation d'exclusion sont capables, si les

conditions sont réunies, non seulement de s'exprimer, mais aussi d'analyser les différentes situations qui les concernent et le monde qui les environne. Dans ces formations, il est possible de travailler sur les représentations de chacun. On constate que les personnes en situation d'exclusion ont une grande confiance dans la technicité des soins, mais l'incompréhension et le sentiment d'un manque d'humanité sont très présents. Il existe également des particularités en fonction des origines des personnes, par exemple les gens du voyage dont la présence du groupe est très forte, l'ensemble des membres de la communauté ayant le sentiment de souffrir avec le malade ; la peur très présente de la mort, ainsi que la très grande difficulté à distinguer l'immédiateté de l'urgence (20).

10. Conclusion

Quelques outils simples pour avancer dans la problématique de la santé et de l'exclusion : comprendre les processus de survie, agir avec humanité, c'est-à-dire respecter l'intimité et la dignité des personnes, ne pas réduire la personne à ce qu'elle montre d'elle à un moment donné dans un lieu donné, refuser toute violence (physique comme institutionnelle), mettre en place un cadre structurant : il ne s'agit pas de tout accepter, mais de toujours laisser une possible ouverture. Dans les services d'urgence, le manque de temps, les heures non ouvrées, la rotation des équipes et parfois leur épuisement ne permettent pas toujours la prise en compte globale de la situation, le travail en partenariat, l'introduction d'un tiers social de confiance dans la relation. Les permanences d'accès aux soins de santé, mais aussi d'autres structures peuvent prendre le relais avec du recul, la connaissance des acteurs sociaux, parfois des liens avec des antennes de psychiatrie... L'enjeu d'un passage inadapté aux urgences est l'orientation qui se doit valide et cohérente.

Références

1. Vigneau JF, Bernas F., Kierzek G., Pourriat JL. Évolution de 3 motifs d'admission aux urgences (infections, alcool, demandes sociales) des personnes sans abris entre 2003 et 2007. *Journal européen des urgences*, 2009, 22 (supplément 2), A189.
2. République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. *Journal Officiel* du 31 juillet 1998 : 175.
3. République Française. *Journal Officiel*. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport du Conseil économique et social 1987 ;6 (28 février) :104 p.
4. Marc G. santé et Exclusion. In : groupe « éthique et santé » 1995 : 3-9.
5. Maisondieu. *La fabrique des exclus*. Bayard 1997 : 265 p.
6. Furtos J. Le syndrome d'auto-exclusion. *Rhizome* 2002 ; N° 9 ; 15.
7. De Gaulle-Anthonioz Geneviève. *Le secret de l'espérance*. Fayard, Éditions Quart Monde ; 2001 : 195 p.
8. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. *Rapport 2003-2004*. Paris ; La Documentation française 2004 : 168 p.

9. Schaetzel F et Querouil O. « Un groupe social particulier : les Sans Domicile Fixe (SDF). In : Fatras JY et coll. « RMI et santé ». Paris, éditions CFES 1993 : 106-108.
10. Plumb JD. Homelessness: Care, Prevention, and Public Policy. Ann Intern Med 1997; 127 : 973-5.
11. Hirsch M. La réduction des inégalités sociales de santé est au cœur de la cohésion sociale. BEH 2007 ;(2-3) :9-10.
12. De Goër B. L'application de la CMU vue par le système hospitalier. In : Les dix ans de la CMU (1999-2009). Actes du colloque Fond CMU – Chaire Santé. Paris, Eds Santé/presses science Po 2009 : 17-22.
13. Boissonnat Pelsy H, Sibue de Caigny C, Picard M, lung M. Mouvement ATD Quart Monde. Et... si nous parlions de notre santé. Recherche action politique de la ville, Nancy 2009 : 42 p.
14. Peticlerc JM. Et si on parlait... de la violence ? Paris, presse de la Renaissance 2002 : 110 p.
15. DRESS. Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population. Résultats de l'enquête Événements de Vie et Santé. Études et résultats, 2009 (705) : 8 p.
16. Tursz A. Violence et santé. Rapport préparatoire au plan national, Paris, la documentation française 2006 : 256 p.
17. Redelmeier DA et coll. « A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency departement. Lancet 1995 ;345 :1131-1134
18. Rivollier E, de Goër B. 10 ans après la loi de lutte contre les exclusions. Le rôle des permanences d'accès aux soins de santé dans les textes officiels. Gestions Hospitalières ; 2009 :76-80.
19. de Goër B, Ferrand C, Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. Santé publique 2008, n° 20 (2), pp. 163-175.
20. Delahaye C. Santé des gens du voyage. Formation croisée au CH de Chambéry. Le Quotidien du médecin ; 2009 ; N° 8535, p. 6.

