

## Le staff précarité : une interface pour faciliter l'accès aux soins

S. TONNELIER<sup>1</sup>, M. BOUAKKAZ<sup>2</sup>, P. BODENEZ<sup>3</sup>

Le staff médico-social précarité est un réseau formalisé de partenaires.

Sa fonction est celle d'une interface en premier lieu au sein de l'établissement de rattachement de l'équipe, mais également formalisation de partenariat à l'extérieur de l'établissement.

Le staff précarité est une aide aux acteurs de première ligne, par un soutien aux intervenants, des échanges de pratiques et un travail pluridisciplinaire autour de situations cliniques.

Le staff réunit les différents partenaires autour de la problématique du patient selon des règles définies par une « charte du staff médico-social précarité » et un comité de pilotage.

Permettre un meilleur accès aux soins pour les personnes en difficultés est l'une des préoccupations majeures des acteurs engagés dans la lutte contre les exclusions.

Depuis plusieurs années, divers travaux ont montré les conséquences de la précarité sur l'état de santé physique et psychique des populations concernées (1, 2).

1. Service Intersectoriel d'Addictologie CHU Brest, 29820 Bohars.

2. Service Intersectoriel d'Addictologie CHU Brest, 29820 Bohars.

3. Service Intersectoriel d'Addictologie CHU Brest, 29820 Bohars.

Correspondance : Docteur Stéphanie Tonnelier – Centre d'Alcoologie Ménez, 16, rue Alexandre-Ribot, 29200 Brest. Tél. : 02 98 44 88 08. Fax : 02 98 46 92 02.

E-mail : stephanie.oudot-tonnelier@chu-brest.fr

# 1. Historique des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

## 1.1. Cadre législatif et réglementaire

Parallèlement, un arsenal législatif s'est progressivement mis en place : la circulaire du 8 janvier 1988, relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes démunies rappelait le rôle des hôpitaux dans l'accueil des plus démunis ; la circulaire du 17 septembre 1993 spécifiait à nouveau que « l'hôpital doit rester un lieu privilégié où les plus démunis peuvent faire valoir leurs droits » et recommandait l'implantation dans les locaux hospitaliers d'une cellule d'accueil spécialisée et d'aide médicale pour aider les plus défavorisés à faire valoir leurs droits et à accéder à la délivrance gratuite de médicaments ; la circulaire du 21 mars 1995 préconisait l'élaboration d'un plan départemental d'accès aux soins des plus démunis (PRAPS) et la charte du patient hospitalisé soulignait que : « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous, en particulier, aux personnes les plus démunies quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'Assurance maladie ou l'aide médicale ».

La loi relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et la circulaire du 17 décembre 1998 définissent les missions de soins sanitaires et sociaux auxquelles doivent répondre à l'échelon régional et national les PASS et la nécessité de mener des actions de soins et de prévention spécifiques centrées sur les pathologies les plus fréquentes dans les populations en situation de précarité (3, 4).

## 1.2. Les missions des PASS

Les missions des PASS sont multiples :

- faciliter l'accès aux soins, en proposant une prise en charge adaptée au plan médico- social et psychologique, en évitant toute rupture de soins, en particulier à la sortie de l'hôpital ;
- jouer un rôle de prévention ;
- accompagner les personnes pour faire valoir leurs droits ;
- permettre l'accès à une couverture sociale (CMU de base, CMU complémentaire, AME) ;
- informer et orienter vers des structures d'accueil et d'accompagnement social adaptés.

Si les missions des différentes PASS sont communes, les modes d'organisation et les moyens dédiés aux PASS peuvent être très diversifiés.

## 1.3. Le Centre Accueil Précarité

À Brest, le Centre Accueil Précarité (CAP) a été créé en juin 1999. Il fonctionne en qualité de PASS définie par les articles 73 et 76 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Il constitue une des unités fonctionnelles du Service Intersectoriel d'Addictologie du CHU de Brest.

Mise en place dans le cadre des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), la PASS est une cellule de prise en charge médico-sociale destinée à faciliter l'accès des personnes les plus démunies au système hospitalier et à les accompagner dans leurs démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux.

Le CAP de Brest s'est donné comme objectif d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de grande précarité par une meilleure prise en compte des difficultés spécifiques présentées par ces patients : difficultés quant à l'accès aux soins, à l'acceptation de ceux-ci et à leur poursuite. L'intervention du CAP a été plus particulièrement orientée vers les personnes sans domicile fixe, c'est-à-dire sans logement, en squat, en hôtel, hébergé provisoirement par des relations ou, en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Au moment de la création de la PASS, il existait déjà un dispensaire extérieur : le Point H. L'enjeu était d'assurer la coordination entre l'intra et l'extrahospitalier et entre les différents services de soins au CHU.

Le CAP est constitué d'un emploi de praticien hospitalier, d'un mi-temps d'assistante de service social et d'un mi-temps infirmier créé en 2006 dans le cadre du plan de santé mentale, bénéficiant alors du statut d'Équipe Mobile en Psychiatrie.

Toutefois, les missions de la ville de Brest et du CHU, dans ce domaine, ne peuvent aboutir pleinement sans un partenariat dont les modalités ont été formalisées dans une convention d'objectifs. Cette convention prévoit la mise en place d'un Comité de Pilotage du CAP.

Cette équipe du CAP intervient à la fois en interne et en externe :

- En interne :

L'équipe du CAP intervient dès l'accueil aux urgences, se déplace auprès du malade dans les différents services d'hospitalisation de MCO et de SSR. Elle rencontre les équipes soignantes afin de les aider à mettre en place les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation sociale des patients, à exercer leurs compétences avec une efficacité meilleure et ce, de l'admission à la préparation de la sortie du patient. Le médecin de la précarité ne se substitue en aucun cas au médecin du service de soins en terme de prescription médicale.

L'infirmier de l'Équipe Mobile de Psychiatrie, quant à lui, est en contact avec les équipes soignantes de psychiatrie et effectue auprès d'elles un travail de sensibilisation sur la nécessité de partenariat avec les services sociaux extérieurs intervenant auprès des SDF.

- En extrahospitalier :

L'équipe du CAP s'appuie, dans son action, sur un travail en partenariat avec la ville de Brest, en particulier le Centre Communal d'Action Social (CCAS), intervenant pour le public concerné sur délégation du Conseil Général, au sein d'un réseau de prise en charge des personnes sans résidence stable : Point H (dispensaire géré par une association sous convention avec la CPAM et le CHU), Caisse

Régionale d'Assurance Maladie de Bretagne, Conseil Général, services de tutelles, établissements sanitaires et sociaux du secteur...

Plus généralement, dans la globalité de la mission sociale du CHU, le CAP joue le rôle d'*interface* interne (avec les équipes soignantes et les assistants de service social de psychiatrie et des autres services de soins) et externe (en relation avec les autres organismes sociaux).

Le fonctionnement de ce réseau est formalisé par la mise en place d'un « **staff médico-social** » mensuel.

La PASS doit répondre de manière spécifique à un problème spécifique : celui de la précarité ; elle doit développer des outils particuliers mais en aucun cas se substituer à l'hôpital.

Au-delà des services proposés, il est fondamental de concevoir la PASS comme un lieu où l'intrication des problématiques sociales, médicales et psychologiques doit mener naturellement à une prise en charge largement pluridisciplinaire. D'où la nécessité de rencontres régulières entre les différents partenaires permettant de faire le point sur les situations les plus difficiles afin d'améliorer la coordination des interventions par le partage des analyses et une meilleure articulation entre les interventions sanitaires et sociales.

## 2. Le staff précarité : une expérience particulière

Ce staff mensuel réunit les différents partenaires autour de la problématique du patient selon des règles définies par la « charte du staff médico-social précarité ».

### 2.1. Objectifs

Ces temps de rencontre permettent d'améliorer la synergie et la coordination des actions par le partage de l'analyse et une meilleure articulation entre les projets sociaux et les projets thérapeutiques concernant les personnes.

Le staff est un lieu de ressource contribuant à l'élaboration de pratiques professionnelles, ainsi qu'à une meilleure perception des rôles et limites de chaque intervenant.

Le staff ne peut-être un lieu de prise de décision engageant une ou plusieurs institutions, ou le patient lui-même. Il est indépendant des synthèses pouvant être organisées par ailleurs.

Le travail avec les partenaires du tissu social et associatif, réunit les membres de l'équipe et des différentes structures dans un « groupe d'analyses des pratiques », terme consacré mais stérilisant légèrement l'activité qui s'y dissimule... il faudrait plutôt parler de supervision (bien que ce ne se soit pas dans les objectifs fixés), tant il est vrai qu'à parler des « cas » que l'on prend en charge, nous parlons toujours de soi, de sa pratique...

Le travail de « tiers » consiste alors à aider à une prise de distance propice à l'élaboration et à la vie d'un « discours contre-transférentiel » commun à l'équipe, discours collectif dans lequel le sujet puisse ensuite s'inscrire, s'y prendre et s'en dépendre, reprenant ainsi pied dans une temporalité et une historicité, redevenant un temps sujet de son histoire, capable de faire une demande et de la supporter, d'effectuer le cas échéant une démarche de soin, de concert avec l'équipe (5).

## 2.2. Règles de fonctionnement

Chaque institution participant au staff garde l'entière responsabilité de ses interventions. Les échanges sur nos pratiques se font dans le respect mutuel des champs d'action et des compétences.

Chaque patient concerné doit être informé du passage de sa situation au staff. Aucun échange d'informations ne peut avoir lieu si le patient s'y oppose.

Le respect des règles déontologiques propre à chaque profession (secret professionnel et confidentialité) s'impose à chaque participant. Toute information échangée au cours du staff est soumise aux mêmes règles. Une grande vigilance éthique où le respect de la personne et du secret médical, comme préservation de l'intimité, est alors essentielle (6).

Le respect des droits citoyens est l'objet de chartes éthiques entre intervenants, entre tiers. C'est la première condition pour qu'un réseau d'aide se constitue auprès du sujet en errance. La seconde est le refus de la confusion des rôles de chacun : chacun intervient dans ses compétences, et c'est l'articulation de celles-ci qui fait réseau de soin éventuel (5).

Par ailleurs, les référents sociaux peuvent prendre contact avec l'équipe du CAP au sujet de situations particulièrement délicates en dehors du staff. Tout comme pendant le staff, il peut leur être donné des indications à caractère pratique. En revanche, nous ne donnons pas de renseignements à caractère plus personnels qui pourraient porter atteinte au secret professionnel.

En effet, cela peut « faire peur » et surprendre de mettre en commun des éléments du sanitaire et du social. Ouvrir cet espace, c'est donc, quelque part, prendre le risque de s'exposer, sur le plan personnel et professionnel. Ce choix s'est imposé parce qu'une des missions importantes de la PASS et du staff précarité est de « se situer à l'interface du dispositif de soins "de droit commun", et du dispositif social afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés. » (7)

## 3. Discussion

Nous avons pour mission de favoriser l'accès aux soins spécialisés, d'orienter les personnes vers les droits communs, tâche particulièrement difficile, et de se situer à l'interface (5) !

Le Petit Larousse définit l'interface comme « limite commune à 2 systèmes, permettant des échanges entre ceux-ci ». En informatique, on précise qu'il « s'agit de la frontière conventionnelle entre 2 unités d'un système, permettant des échanges d'informations ».

La notion d'interface est paradoxale puisqu'elle « est le lieu de l'interférence, de la superposition et de l'interpénétration de 2 ou plusieurs univers disjoints et réputés distincts et incompatibles ». Le paradoxe de l'interface est dans la conjonction et la disjonction, dans la double appartenance à ces univers réputés mutuellement exclusifs (...) Dans l'interface, un côté est tourné vers « A », tandis que l'autre est tourné vers « B » ; cette interface est la partie commune de « A » et « B ». Le paradoxe surgit du fait que cette interface est à la fois « l'un » et « l'autre ».

« Mission d'interface » par le Ministère de la Santé et des Solidarités, « servir d'interface » pour notre établissement... D'une certaine manière, notre équipe est devenue une partie de ses missions. Alors que nous devions favoriser l'articulation entre les champs du sanitaire et du social, nous avons été perçus par les uns et les autres comme étant cette articulation, comme un tiers (à qui on s'adresse et vers qui on s'adresse).

L'interface renvoie à la question du « dedans », du « dehors » et du « commun » qui conditionne la position tierce de la PASS.

Ce tiers, comme le dit René Clément « c'est à la fois celui qui, selon le cas, fait le lien et/ou coupure, celui qui relie et sépare, celui qui articule et différencie, qui "renégocie" le lien (8). Mais ce tiers est aussi celui qui doit permettre petit à petit le "vis-à-vis", qui doit à un moment pouvoir s'effacer afin de permettre une communication plus directe et qui doit permettre de trouver la bonne distance. Car il ne s'agit pas de faire "à la place de..." . Toute la difficulté réside dans le fait de trouver la suffisante et nécessaire implication, comme "la mère suffisamment bonne" au sens winnicottien ».

Ce travail de lien, cette transmission reposent sur un principe éthique fondamental : la mise en place d'équipes précarité ne peut s'inscrire que dans le soin de droit commun et ne peut être une psychiatrie spécifique pour les pauvres.

Le staff se pose en « articulation », en médiateur, interprète, entre le sujet et les espaces sociaux porteurs de fonction identifiée... pour éviter que l'exclu ne soit qu'un objet social et médical, facilement manipulable/manipulé en situation de dépendance totale.

La coordination entre équipes du sanitaire et social doit être vigilante à ne pas s'inscrire dans les violences faites au sujet errant au nom de l'urgence et de la morale, celui-ci étant déjà discriminé administrativement par le terme *sans domicile fixe* (SDF).

Les besoins d'articulation entre les interventions et les dispositifs sont confrontés à leur hétérogénéité, car si les pratiques éthiques sont communes, les difficultés

cliniques et institutionnelles, ainsi que les logiques entre le sanitaire et le social, ne sont pas les mêmes : selon que le sujet est à la rue où tous les liens sont à reconstruire ; selon qu'il est déjà dans un cadre associatif ou un hébergement d'urgence où la question est celle d'un début de travail d'insertion ; selon qu'il est pris en charge dans un dispositif de soins psychiatriques où l'insertion accompagne le traitement.

### 3.1. Que peut ce travail partenarial pour les sujets précaires ?

Le staff n'a pas pour but de délivrer des solutions. Il vise davantage à traiter les problèmes. Il s'agit plutôt de trouver au cœur de ce qui fait problème, l'arête d'une solution. Ou bien encore, il convient de se servir de ce qui fait problème pour le retourner en solution, non de le rejeter ou de l'éradiquer. Il en va de la position fondamentale de la psychanalyse envers le symptôme, contrairement aux méthodes comportementalistes qui ont pour objet de le supprimer à tout prix.

Le staff, par le cadre qu'il apporte, peut être un lieu qui devient « un espace à penser », un espace transitionnel. En créant du lien, en mettant en scène des liens c'est ainsi qu'il constitue un dispositif thérapeutique, car il entre en résonance avec les difficultés de nos sujets présentant souvent une pathologie du lien, soit du lien social, soit du lien familial.

Ce temps de rencontre permet que les intervenants puissent travailler sur leurs éprouvés et leurs ressentis. L'aménagement de cet « espace à penser » nous a semblé indispensable pour ne pas fonctionner dans un interventionnisme qui serait en miroir des pathologies de l'agir de bon nombre de nos patients.

## 4. Conclusion

Le staff précarité constitue donc actuellement un outil d'articulation aux confluences de plusieurs champs de compétences, destiné, au coup par coup, à travailler une demande, à aider à la susciter quand il n'y en a pas et ainsi, à rétablir l'inscription d'individus dans une dimension du « prendre soin de soi », qui peut éventuellement aboutir à une prise en charge spécialisée plus conventionnelle à plus ou moins long terme.

L'urgence est d'être disponible et non d'être dans la réponse à donner à la souffrance psychique. Un tel réseau n'est pas une filière de soins.

## Références

1. Lazarus A, Strohl H. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. La documentation Française, 1995.
2. Parquet P. Souffrance psychique et exclusion sociale : rapport. Secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion auprès du Ministre des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, septembre 2003.

3. Loi n° 98 657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (articles 67 à 77), JO du 31/ 07/1998.
4. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3/ n° 736 du 17/12/1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
5. Furtos J. Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Masson, 2008.
6. Maisondieu J. La fabrique des exclus : Bayard Éditions, 1997.
7. Ministère de la Santé et de la Solidarité. Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Précarité. Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 521 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, 2005.
8. Clément R. Le psychologue praticien du psychique. Bulletin de Psychologie 1990 ;53 :194-203.