



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2015

Précarité, exclusion... et pourquoi pas l'ergothérapie « de rue » ?

Le modèle Kawa, une source d'évaluation pour l'implication dans le
soin.

Soutenu par : Marie VANZETTI

10805951

Maître de mémoire : Aïcha REDISSI

« Personne n'existe s'il ne dérange pas au moins quelqu'un. » Jean Furtos

Un grand merci...

A ma maître de mémoire, Aïcha Rédissi pour son accompagnement et la manière dont elle m'a incitée à me questionner encore et toujours plus,

A Loïc, qui a eu la patience de m'attendre pendant 5 ans et à ma famille pour son soutien, son aide et ses conseils avisés,

A tous les participants de cette étude avec qui j'ai eu des échanges passionnants,

A mes maîtres de stage qui m'ont soutenue et ont fait preuve d'une grande souplesse pour la réalisation de ce travail.

A mes nombreux hôtes, pour leur accueil durant ces trois ans et les belles expériences et rencontres que ce vagabondage m'aura permis de vivre.

Et pour finir, une pensée à tous ces inconnus de la rue, présents dans mon esprit durant tout le temps de cette recherche, qui m'auront permis de me questionner... et me questionnent toujours.

Table des matières

| | |
|--|----------|
| Table des matières | 1 |
| Introduction..... | 4 |
| 1. Partie théorique | 6 |
| 1. La population sans-domicile | 6 |
| 1.1 Définition | 6 |
| 1.1.1 Précarité et exclusion | 6 |
| 1.1.2 Classification et absence de consensus | 7 |
| 1.1.3 Grande exclusion et désafiliation | 8 |
| 1.2 Focus sur la population | 9 |
| 1.2.1 La divergence des pays face à la question de l'exclusion | 9 |
| 1.2.2 Les multiples visages de l'exclusion..... | 9 |
| 1.3 Spécificité des besoins de santé de cette population | 10 |
| 1.3.1 Intrication des troubles somatiques et psychiques | 10 |
| 1.3.2 Un parcours ponctué de ruptures..... | 12 |
| 2. Accompagnement médico-social des personnes sans-domicile..... | 14 |
| 2.1 De la répression à l'accompagnement..... | 14 |
| 2.1.1 Loi d'orientation du 22 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions | 14 |
| 2.1.2 Circulaire du 23 novembre 2005 | 14 |
| 2.1.3 Plans ministériels..... | 15 |
| 2.2 Equipes et services existants | 16 |
| 2.2.1 Services et équipes d'urgence | 16 |
| 2.2.2 Services médico-sociaux | 16 |
| 2.2.3 Services sociaux et associatifs..... | 17 |
| 2.3 Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité | 18 |
| 2.3.1 En France..... | 18 |
| 2.3.2 En Australie..... | 19 |
| 2.3.3 Comparaison de ces approches | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 3. Approche systémique de l’ergothérapeute, auprès des personnes exclues | 21 |
| 3.1 Mais, qu’est-ce que l’ergothérapie ? | 21 |
| 3.2 Le concept du modèle Kawa de Michel Iwama | 22 |
| 3.2.1 Origine du modèle Kawa..... | 22 |
| 3.2.2 Concept : évaluation centrée sur la personne, par l’usager lui-même..... | 23 |
| 3.2.3 Le modèle Kawa en santé mentale | 23 |
| 3.3 Cadre thérapeutique..... | 24 |
| 3.3.1 Processus de passation | 24 |
| 3.3.2 Engagement de la personne : le temps évaluatif primaire..... | 24 |
| 3.3.3 Le temps évaluatif secondaire | 25 |
| 2. Problématique & hypothèses | 27 |
| 3. Méthodologie | 29 |
| 1. Cadre méthodologique | 29 |
| 1.1. Rappels des objectifs de la recherche..... | 29 |
| 1.2 Population interrogée : les professionnels d’EMPP | 29 |
| 1.2.1 Critères d’inclusion et d’exclusion..... | 29 |
| 1.2.2 Démarche de recherche des participants auprès de l’ARS..... | 30 |
| 1.3 Outil d’investigation : l’entretien semi-directif..... | 30 |
| 1.3.1 Choix de l’outil..... | 30 |
| 1.3.2 Construction de l’outil : le guide d’entretien | 31 |
| 1.4 L’investigation | 31 |
| 1.4.1 Prise de contact avec les participants | 31 |
| 1.4.2 Lieux et déroulement de l’investigation..... | 32 |
| 1.5 Données éthiques..... | 32 |
| 2. Traitement des données | 33 |
| 2.1 Grille d’analyse | 33 |
| 2.2 Procédé d’analyse..... | 33 |
| 4. Résultats et discussion..... | 34 |
| 1. Résultats | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 1.1 Des professionnels aux parcours variés | 34 |
| 1.2 Une population précaire et sans demande | 34 |
| 1.3 Des équipes aux profils différents mais aux missions communes | 37 |
| 1.4 Une évaluation systémique confrontée à quelques difficultés | 38 |
| 1.5 Un travail d'équipe nécessaire | 42 |
| 1.6 Une connaissance restreinte de l'ergothérapie | 44 |
| 2. Discussion | 46 |
| 2.1 Des pratiques d'entretien non formalisées | 46 |
| 2.2 Des professionnels confrontés à des difficultés d'ordre culturel | 47 |
| 2.3 Des usagers qui s'impliquent encore difficilement dans le soin | 48 |
| 2.4 Des professionnels de terrain plutôt favorables à l'ergothérapie | 49 |
| 2.5 Une hypothèse qui sous-tend une pratique innovante | 50 |
| 2.6 Une expérimentation de terrain envisagée | 52 |
| Conclusion | 53 |
| Bibliographie..... | 55 |
| Glossaire | 60 |
| Table des figures | 61 |
| Table des annexes..... | 62 |

Introduction

Le point de départ de ce mémoire de fin d'étude d'ergothérapie fait suite à une interrogation lors d'un cours de première année : « Si vous deviez faire une visite à domicile mais le patient dont vous vous occupez est sans-domicile-fixe, que feriez-vous ? » Cette question est restée sans réponse mais, a persisté dans un coin de ma tête. En effet, l'ergothérapie se situe entre l'approche au plus près de l'environnement de la personne et les obligations institutionnelles. Mais qu'en est-il de la réalité ? Qu'en est-il des situations qui ne « rentrent » pas dans le cadre défini par l'Institution ? Qu'en est-il des populations les plus démunies ? Ainsi, ces très nombreux questionnements m'ont progressivement amené à m'interroger sur l'intérêt d'un ergothérapeute auprès des personnes en situation d'exclusion, nommées de manière générique « SDF » (Sans domicile Fixe). Mais qui sont réellement ces personnes masquées derrière ces trois lettres ?

Dans nos rythmes de vie afférés, passer devant une personne « faisant la manche » ne m'a jamais laissée indifférente. Un sentiment mêlé à la fois d'impuissance et d'injustice m'a habitée lorsque, pendant plusieurs mois, je croisais le même homme hagard, assis par terre pieds nus, à côté de ses chaussures et vociférant des injures à des ennemies invisibles...

Ergothérapeute, profession de santé. Santé physique, santé mentale. « Santé sociale » ?

C'est suite au visionnage d'un court-métrage réalisé lors d'un festival par l'APICIL (2011) que j'ai pris connaissance de l'existence d'équipes mobiles spécialisées en santé mentale, intervenant auprès des personnes sans-domicile et souffrant de troubles psychiques. A l'image des maraudes du SAMU Social, ces Equipes Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) vont au plus près de cette population afin de créer du lien et de lui permettre de réinvestir le soin. Cette perspective m'a de suite enchantée et naturellement une question est née : « Et les ergothérapeutes dans tout ça ? »

S'en sont suivis différents stages durant mon cursus en ergothérapie. J'ai alors questionné des professionnels concernant l'accompagnement des personnes sans-domicile fixe au sein des institutions. Les réponses restaient assez floues ; il était difficile d'identifier des personnes sans-domicile-fixe et irrémédiablement j'étais orientée vers l'assistante sociale

du service. C'est au cours d'un stage en addictologie, que j'ai eu l'occasion de rencontrer une personne « étiquetée SDF ». J'ai alors ressenti le désarroi des équipes face au comportement « inadapté » et j'ai pu constater leurs nombreux questionnements éthiques et je les ai vus désarmés à la question de « l'après-hospitalisation ».

L'atout de la profession d'ergothérapeute est de pouvoir intervenir au plus près de l'environnement de la personne. Aussi, quels moyens ce professionnel peut-il mettre en place pour intervenir auprès de cette population sans-domicile présentant des troubles psychiques ?

Dans un premier temps, à travers une partie théorique, nous approfondirons quelques données démographiques afin de mieux appréhender la spécificité des « SDF ». Comprendre qui ils sont, comment sont-ils accompagnés en terme de santé et quel est le rôle des EMPP. Puis, par le choix d'un modèle conceptuel, pour nous guider dans une pratique professionnelle établie, nous expliciterons l'application du modèle Kawa (rivière) de M. Iwama. Nous évoquerons alors la manière dont ce modèle pourrait faciliter l'implication de cette population dans le soin. Dans un second temps, nous détaillerons la méthodologie utilisée lors de ce projet de recherche afin de confronter les connaissances théoriques à des données recueillies auprès de professionnels de terrain. Nous poursuivrons par l'explicitation des résultats ainsi que par une discussion dans le but d'apporter une réflexion éclairée sur la problématique de départ. Enfin, nous conclurons ce travail d'initiation à la recherche et nous évoquerons quelques pistes de réflexions pour une éventuelle suite à ce sujet.

1. Partie théorique

1. La population sans-domicile

1.1 Définition

1.1.1 Précarité et exclusion

« Sans-domicile-fixe », « clochard », « sans-abri », « pauvres », « sans logis », « exclus », « sans chez-soi », « itinérants », « invisibles » sont autant de termes familiers à notre oreille, pourtant, il est difficile d'établir une définition simple du phénomène poussant des personnes à se retrouver à vivre dans la rue, sans-domicile. En effet, de nombreux termes existent pour qualifier cette situation mais chacun diffère subtilement. Aussi, la première étape de ce travail de recherche sera de clarifier ces termes et de définir la population d'intérêt.

La précarité est définie selon le dictionnaire Larousse comme « Etat ou caractère de ce qui est précaire¹ » à savoir « qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut être remis en cause ». Selon Jean Furtos (2009), la précarité est caractérisée plus spécifiquement pour des individus dits « sans-domicile-fixe » (SDF) par « la méfiance, la perte de confiance » (p.11). Cependant, la précarité n'est pas le seul critère de cette population. Cette dernière est définie plus particulièrement par l'exclusion décrite selon des critères d'isolement, de rejet, de besoin ou encore l'existence de phénomènes de ségrégation (Damon, 2014). Au sens strict du terme, l'exclusion² est caractérisée selon le dictionnaire Larousse comme « une action d'exclure d'un groupe, d'une action d'un lieu, de chasser, d'écarter ». De ces deux définitions nous pouvons donc comprendre que l'exclusion ne se définit pas uniquement en terme de faiblesse de revenu, comme peut l'être la pauvreté ou en terme d'instabilité, comme peut l'être la précarité. Elle implique donc réellement un critère social et communautaire.

Ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), complète la définition et caractérise

¹ Précaire (s.d) Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9caire/63295>

² Exclusion (s.d) Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exclusion/32022?q=exclusion#31947>

la précarité comme suit :

« l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même. » (Wresinski, 1987 p.6).

En France, d'un point de vue législatif, aucune définition n'existe pour définir les personnes sans-abri. Cependant, l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) propose une définition en 2001 lors d'une étude sur les personnes sans-domicile (SD2001). Elle est élaborée uniquement sur des critères d'hébergement.

Malgré la diversité de ces définitions, des tentatives de classification du phénomène de sans-abrisme ont vu le jour dans les pays industrialisés. Nous remarquons la nécessité d'une unité de temps et d'une unité de lieux concernant sa définition.

1.1.2 Classification et absence de consensus

Aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale, il existe encore aujourd'hui un manque de consensus à propos de l'établissement d'une définition précise et invariable du sans-abrisme ce qui pourtant permettrait d'évaluer l'ampleur du phénomène. Cependant quelques classifications ont émergé.

Au Canada, le sans-abrisme est qualifié d'itinérance. La recherche à ce sujet est plus développée³ qu'en France et deux types de typologies sont utilisés. La première se place du point de vue de la possibilité d'avoir un logement ; la seconde, en fonction du temps passé en situation d'itinérance (Echenberg et Jensen, 2008 ; Kuhn et Culhane, 1998, cité dans Lambert 2012). A l'échelle européenne, en 2005, une nomenclature découpée en 4 catégories et 13 sous-catégories a été entérinée par le Commission Européenne, la grille ETHOS⁴. Créée par la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA), son objectif est d'établir une classification commune des types d'exclusion liés au logement dans le but de servir de « base pour les politiques publiques » (Chambaud, 2007, p.6). Elle se décompose de la manière suivante : être « sans-abri » (sans toit au-dessus de la tête), « sans-logement » (en institution, en foyer d'hébergement), être en « logement

³ A Montréal, création du CRI en 1992: Collectif de Recherche sur l'Itinérance, associant à la fois des chercheurs et des praticiens. (Pichon, 2008)

⁴ <http://www.feantsa.org/spip.php?article121&lang=en>

précaire » (être menacé d'exclusion), ou encore être en « logement inadéquat » (« logement non prévu à cet effet ou état d'insalubrité ou de surpeuplement »).

Ces classifications apportent des terminologies plus détaillées bien que l'aspect social soit mis de côté. Nous pouvons aussi nous interroger sur une définition du sans-abrisme et de l'exclusion relative à la santé.

1.1.3 Grande exclusion et désafiliation

De nombreux sociologues et médecins ont entrepris de caractériser ce phénomène. Dès 1991, Robert Castel, décrit le « processus de désafiliation ». Celui-ci est caractérisé par la rupture du lien social des personnes les plus démunies. Le sociologue met en évidence le contexte relationnel et non pas seulement économique, qui intervient dans cette situation (Cf. Annexe 1). Le sociologue Serge Paugam, renforce cette vision et développe le concept de « disqualification sociale » basé sur le fait qu'un individu est discrédité par la société du fait qu'il ne participe pas pleinement à la vie sociale et citoyenne (Debordeaux, 1994).

Ces deux réflexions nous confirment le fait que le terme « SDF » désigne, en priorité, un statut administratif (Martin, 2011). Derrière cette « étiquette », se cache en réalité une population très diversifiée dont les préoccupations et le degré d'exclusion diffèrent. Xavier Emmanuelli (2009) complète ces abords sociologiques par une approche psychologique. Il décrit, à un ultime degré, la « grande exclusion » comme un syndrome qui se caractérise par une perte de contact avec le monde, un isolement tel que la personne en délaisse même son propre corps menant ainsi à un « délabrement » physique et psychique.

Nous constatons donc, que le phénomène de sans-abrisme est particulièrement complexe à définir. L'exclusion quant à elle dépend plus d'un processus que d'un état. Aussi, dans la suite de ce travail, nous nous focaliserons sur les personnes en situation d'exclusion afin de nous intéresser plus particulièrement à la notion de santé au sens de l'OMS, à savoir « l'état complet de bien-être physique, mentale et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »⁵.

⁵ <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

1.2 Focus sur la population

1.2.1 La divergence des pays face à la question de l'exclusion

La problématique de l'exclusion est commune aux pays industrialisés. De nombreuses études sont effectuées au sein de différents pays (Canada, Etats-Unis, France, Australie, Royaume-Uni, etc) mais deux difficultés s'imposent : le manque de consensus concernant une définition commune de l'exclusion, d'où la difficulté d'établir des comparaisons *stricto sensus* entre les données des différentes études (Pichon, Francq, Firdion, Marpsat, Roy, Soulet, 2008), et les différences de politiques de prise en charge appliquées selon les pays et ce même, au sein de l'Union Européenne (Damon, 2009). Ceci peut alors impliquer des flux migratoires conséquents et donc des variations dans l'observation de l'exclusion au sein d'un pays (Chambaud, 2007).

En France, le phénomène de l'exclusion est prégnant. L'INSEE en 2012 (Yaouancq, 2013) estime à 141 500 le nombre de personne dites « sans-domicile » dont 30 000 enfants. Ces chiffres montrent une augmentation de près de 50% en onze ans par rapport à la précédente enquête de référence SD2001. Cependant, cette prévalence est certainement bien en deçà de la réalité puisque de larges marges d'incertitude persistent. En effet, un autre phénomène est constaté dans le cadre de l'exclusion : celui de l'invisibilité. Surtout observé en milieu rural, il correspond à l'absence de données statistiques concernant une partie de la population exclue. L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion (ONPES) a mis en avant cette sous-estimation et cette hétérogénéité que nous détaillerons ci-après.

En ce qui concerne la prise en compte de l'exclusion, ce n'est que depuis les années 80 qu'un changement a été noté. Avant cette date, la répression et la pénalisation étaient de mise, soutenues par des lois anti-mendicité (Declerck, 2001). Depuis 1980, par l'action d'associations et de bonnes volontés, la tendance s'est inversée laissant la place à un réseau dense et structuré d'aide aux personnes exclues et en situation de précarité.

1.2.2 Les multiples visages de l'exclusion

La population exclue n'est pas une entité homogène. En effet, elle ne se limite pas à la vision stéréotypée que l'on peut se faire d'une personne vivant à la rue : « hommes et femmes plaqués au sol, figés sur des cartons, recouverts de duvets, parfois installés sur une bouche de

chaleur, et la bouteille d'alcool souvent proche » (Quesemand-Zucca, 2007, p.80). Bien que cette grande exclusion existe, d'autres types d'individus appartiennent à la population dite « exclue ». Nous pouvons distinguer trois critères les regroupant.

Selon des critères socio-démographiques : il y a de plus de plus de jeunes et de femmes. Ces catégories se retrouvent souvent en situation d'exclusion suite à des ruptures familiales, des situations de violence, des conduites à risque (Quesemand-Zucca, 2007). De plus en plus de personnes vieillissantes et de travailleurs pauvres sont aussi rencontrés du fait d'une précarité économique et d'un isolement social croissants (Baronnet, Fauchoux-Leroy, Kertudo, 2014). Selon le critère de logement, les individus en situation d'exclusion sont souvent des personnes désinstitutionnalisées à savoir, des adultes sortant de prison, des enfants ayant été élevés en famille d'accueil via l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou encore des personnes majeures en situation de handicap qui ne sont plus pris en charge par l'institution (Baronnet, Fauchoux-Leroy, Kertudo, 2014). Enfin, selon un critère géographique, nous pouvons distinguer au sein de la population dite « exclue » les personnes vivant en milieu rural ou les personnes immigrées. La situation d'exclusion est accentuée, dans le premier cas, par le manque d'infrastructure et l'isolement dû aux distances géographiques, dans le second cas, du fait de la barrière de la langue et de la différence culturelle (Baronnet, Fauchoux-Leroy, Kertudo, 2014).

Le visage de l'exclusion est donc multi-facettes. Il est alors difficile de n'axer nos critères que sur un seul type de population car tous peuvent être rencontrés lors d'intervention. Aussi, notre recherche s'affinera plus selon des caractéristiques de santé des personnes rencontrées dans la rue, point commun de ces divers publics.

1.3 Spécificité des besoins de santé de cette population

1.3.1 Intrication des troubles somatiques et psychiques

Les personnes en situation d'exclusion à la rue vivent dans des conditions de vie extrême. Des caractéristiques physiques et psychiques peuvent, de fait, être mises en évidence à travers de nombreuses études.

En France, avec une moyenne d'âge d'environ 45 ans, cette population présente fréquemment de nombreuses pathologies somatiques. Les plus couramment recensées sont des affections dermatologiques, de la sphère ORL, des atteintes ostéo-articulaires,

respiratoires, cardio-vasculaires ou digestives dont les proportions sont parfois jusqu'à cinq fois plus élevées que la population générale (Chambaud, 2007). Leur santé dentaire est particulièrement dégradée et la prévalence de pathologies transmissibles est élevée du fait d'un manque de sensibilisation (tuberculose, hépatite C, VIH, etc). De plus, à la rue, en permanente insécurité, leur sommeil est irrégulier et le rythme nyctéméral peut en être perturbé. Ainsi, c'est le rythme biologique tout entier qui se dérègle : cycle veille-sommeil, sensation de faim, régulation de l'humeur, ou encore production hormonale (Quesemand-Zucca, 2007). Enfin, cette population est très souvent confrontée à la douleur (froid, infection, maux de tête, maux d'estomac, etc). Celle-ci, rarement prise en charge, leur seuil de tolérance est souvent beaucoup plus élevé que celui de la population générale (Quesemand-Zucca, 2007). De ce fait, des situations médicalement aberrantes peuvent être rencontrées (ulcères, tumeurs, gangrènes) sans signe apparent d'alerte de la part du sujet (Declerck, 2001). De plus, selon le rapport SAMENTA co-édité par l'Observatoire du Samu Social de Paris et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la prévalence des troubles de santé mentale dans la population sans-domicile est très forte (Laporte, Chauvin, 2010 ; Richer et Merygold, 2008). Les plus couramment rencontrés sont de l'ordre des psychoses, des troubles dépressifs majeurs ou des troubles de la personnalité (Cf. Annexe II). Les tentatives de suicide et les problématiques d'addictologie sont aussi récurrentes (FEANTSA, 2013).

L'intrication de troubles somatiques et psychiques est courante (Laporte, Chauvin, 2010). Baronnet, Faucheux-Leroy et Kertudo (2014) ainsi que la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA, 2013) proposent l'hypothèse de l'existence d'un cercle vicieux. D'un premier point de vue, la présence de troubles psychiques peut contribuer à l'exclusion de la personne et à force de conditions de vie difficiles, induire une dégradation physique. D'un point de vue inverse, les mauvaises conditions d'habitation génèrent un stress qui peut alors impliquer un désordre psychique. En ce sens, la FEANTSA, met en évidence le fait que la gravité des problèmes de santé mentale dépend du niveau de sans-abrisme. A noter que, plus les conditions de vie sont difficiles, moins la personne sera en mesure de prendre soin d'elle (toilette, habillage, observance d'un traitement médicamenteux, estime de soi) et cela peut aboutir à une décompensation de troubles psychiques. Pour appuyer les propos du psychiatre Quesemand-Zucca (2007), Richer et Merygold (2008) proposent l'existence d'une vulnérabilité, du fait du parcours de vie, qui représente alors une « racine commune » entre la maladie mentale et la situation d'exclusion.

A l'inverse des deux hypothèses précédentes, qui suggèrent un lien de cause à effet, ces auteurs précisent que c'est le « soutien mutuel de ces deux éléments qui renforce la gravité » de la situation. Enfin, Catherine Malabou, philosophe et Xavier Emmanuelli, médecin et fondateur du Samu Social, (2009) confirment ce facteur de « vulnérabilité psychique » et suggèrent que celui-ci explique l'exclusion de la société et par voie de conséquence celle du soin.

Selon ces éléments, la population cible de ce travail de recherche s'affine. En effet, sans nous restreindre à un type de population exclue, nous nous intéresserons donc aux personnes en situation d'exclusion, vivant à la rue et présentant des troubles psychiques.

1.3.2 Un parcours ponctué de ruptures

Le parcours de vie de ces personnes est marqué de ruptures de trois sortes : dans leur histoire personnelle, au niveau sociétal et enfin avec le parcours de soins. Très souvent ces ruptures personnelles ont débuté dès l'enfance du fait d'un contexte familial défavorable (Brousse, Fridion, Marpsat, 2008). Plus de la moitié, a connu des décès, la maladie ou des difficultés économiques avant l'âge de 18 ans. Près des trois-quarts, ont été accueillis dans des foyers ou des familles d'accueil dans le cadre de placements longs (ASE). Enfin, une personne en situation d'exclusion sur cinq a quitté le domicile parental avant l'âge de 16 ans.

D'un point de vue sociétal, l'exclusion est marquée par un phénomène d'invisibilité (Baronnet, Faucheux-Leroy, Kertudo, 2014), mais bien souvent celui-ci apparaît dans le stade ultime de l'urgence (Bon, 2008). De plus, les personnes en situation d'exclusion, à force de vivre à la rue finissent par subir une « distorsion de repères aussi primaires que le temps et l'espace, la mémoire, le langage, le corps » (Quesemand-Zucca, 2007, p. 69). Aussi, leur temporalité s'en trouve modifiée. Elle finit par se déliter si aucune stimulation n'est présente durant la journée. Ou, à contrario, elle devient « obsédante » rythmée par l'ouverture des différentes structures d'accueil ou la consommation d'alcool, pour éviter les états de manque. Cette temporalité perturbée influe, de fait, sur les activités élémentaires de la vie quotidienne tels que dormir, se laver, s'habiller, se soigner. Et par voie de conséquence les codes sociaux, jusque-là acquis, peuvent finir par disparaître entraînant avec eux la notion des interdits tels que l'exhibition ou la nudité en public. De plus, la psychiatre décrit, dans les cas les plus graves, l'apparition de ce qu'elle nomme le phénomène « d'asphaltisation » à savoir la rupture complète avec la société qui engendre un « oubli » du corps. « Plus la personne est

désocialisée, plus elle prend racine à même le sol » (p. 77) à force de fixité, s'en suivent de profondes dégradations physiques et psychiques (escarre, amyotrophie, surinfection, dépression, psychoses). Le syndrome d'auto-exclusion développé par le psychiatre Jean Furtos (2009) confirme ce phénomène en mettant en évidence trois signes de disparition : « l'anesthésie du corps » (p. 29), « la capacité d'émousser ses émotions » (p. 30) et la capacité « d'inhiber en partie sa pensée » (p. 30).

Enfin, la rupture avec le parcours de soin est courante chez les personnes en situation d'exclusion. Bien que 90% bénéficient d'une couverture maladie, 1/5 n'a pas consulté de médecin depuis plus d'un an. Les cabinets de médecine privée (53%) et l'hôpital (19%) restent les lieux majoritaires de consultation médicale (Laporte, Chauvin, 2010). Cependant, deux types d'obstacles sont mis en évidence : le premier est institutionnel et se manifeste par un manque de coordination entre les services (Chambaud, 2007 ; FEANTSA 2013). Les personnes en situation d'exclusion se retrouvent alors en difficulté pour se référer au service adéquat. Le second type d'obstacle est individuel : les personnes se retrouvent en rupture avec le parcours de soin du fait d'une perte ou d'un vol de la carte donnant droit à la couverture sociale (Couverture Maladie Universelle : CMU), à cause de difficultés financière ou encore de problèmes d'accessibilité. La non compréhension ou les difficultés à gérer une maladie chronique (épilepsie, diabète, etc) peut aussi impliquer une rupture dans l'observance du traitement. Elle peut également être mise en cause par les conditions de vie difficiles, le vol des traitements pour des usages détournés ou en guise de monnaie d'échange ou encore la peur d'être stigmatisé (Chambaud, 2007). Enfin, cette rupture dans le parcours de soin peut être due à la manifestation d'une affection psychique (Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015) ou au concept de « récusation » développé par le psychiatre Jean-Pierre Martin (2011) pouvant être parfois confondu avec une sorte de déni. Il s'agit du refus en bloc de tout aide institutionnelle vécue comme humiliante ou persécutrice, et ce malgré des signes criant de nécessité de soins.

Ainsi, les situations d'exclusion engendrent des complications de santé non négligeables aussi bien en terme de santé physique que de santé mentale. La rupture avec un parcours de soin est fréquente, à savoir, selon l'Agence Régionale de Santé (ARS) la « trajectoire globale d'un patient » en terme de suivi médico-social et « l'action coordonnée des différents acteurs » professionnels. Cet élément est donc nécessairement à aborder quant à la santé des personnes en situation d'exclusion.

Au terme de ce tour d'horizon, nous ciblerons notre recherche sur les personnes en situation d'exclusion, quelle que soit leur catégorie sociale (âge, genre, nationalité, etc) ceci comprend aussi bien les personnes vivant en permanence à la rue que les personnes hébergées ponctuellement de structure en structure. Cependant, nous nous arrêterons sur deux critères : la présence de troubles psychiques et le fait d'être en situation de rupture avec le parcours de soins.

2. Accompagnement médico-social des personnes sans-domicile

2.1 De la répression à l'accompagnement

2.1.1 Loi d'orientation du 22 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

Après une politique de répression et une loi anti-mendicité, c'est le 22 juillet 1998 qu'est adoptée la loi d'orientation n° 98 – 657 relative à la lutte contre les exclusions. Le chapitre III stipule que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ». De plus, cette loi met en avant l'obligation de créer dans chaque département un dispositif de veille sociale chargé d'informer et d'orienter les personnes sans-domicile d'où la création du numéro 115, et de différents centres d'accueil et d'orientation. Cette loi offre de même, le premier cadre légal à l'existence d'équipes spécialisées « psychiatrie précarité » au sein des institutions. Selon un statut d'expérimentation et par des approches cliniques diversifiées, la finalité de ces équipes est de « sensibiliser et accompagner les équipes de secteurs psychiatrique dans le travail d'accès aux soins des précaires » (Martin, 2011 p. 94).

2.1.2 Circulaire du 23 novembre 2005

Puis, le 23 novembre 2005, suite à l'engouement et l'efficacité de ces équipes, une circulaire paraît, relative à la prise en charge des besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Ce texte réinscrit officiellement le rôle de ces équipes et fixe leurs principes d'actions prioritaires, à savoir : la proximité, la disponibilité, l'accessibilité et la continuité

des soins. Sous le nom « d'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité » (EMPP), elles ont trois types de missions :

- « Aller vers » les publics les plus démunis pour identifier les besoins, orienter et faciliter l'accès aux soins.
- Sans se substituer aux dispositifs de droits communs, faire fonction d'interface entre les secteurs sanitaires et sociaux et faciliter ainsi le travail en réseau.
- Et enfin, soutenir, sensibiliser et former les professionnels de première ligne car ceux-ci ressentent souvent un sentiment de solitude ou sont démunis face à la complexité des situations d'exclusion.

Cette circulaire, précise les lieux d'intervention des professionnelles des EMPP (lieux de vie, lieu d'hébergement, accueil de jour, hôpital, etc) ainsi que la composition minimale requise de l'équipe : un temps médical pour la coordination, un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues et un secrétaire. Elle n'exclut pas explicitement les autres professions de santé et suggère même l'intégration dans l'équipe de « compétences diversifiées pour couvrir au maximum le champ d'intervention » (p.6).

2.1.3 Plans ministériels

Afin, de redynamiser les créations et le maintien de ces EMPP, le plan psychiatrie précarité 2011-2015 est proposé en 2012. Il réaffirme des recommandations basées sur des observations de terrain telles que la nécessité d'un décloisonnement entre les champs sanitaires et sociaux, de « soins de proximités » ainsi que la nécessaire complémentarité et coopération entre les différents acteurs. Il aborde aussi clairement la problématique de l'errance et de l'exclusion. Aussi, il propose le renfort de soins de proximité en encourageant les expérimentations de programmes innovants dans une « recherche permanente d'une alliance thérapeutique, à travers une relation de confiance indispensable à l'observance du traitement et plus globalement au projet thérapeutique ». Le plan suggère que ce dernier soit « élaboré avec et pour la personne » (p. 10).

Enfin, plus récemment, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale est élaboré en 2013. Il réaffirme lui aussi la nécessité de dynamisation des structures de soins de proximité mais émet une priorité concernant la santé mentale. Il met en avant, là encore, la continuité des soins en abordant cette fois les notions de prévention des ruptures et réduction des inégalités concernant l'accès aux soins.

2.2 Equipes et services existants

Il existe aujourd'hui de nombreuses structures spécialisées pour les personnes en situation d'exclusion. Elles remplissent des fonctions diverses que ce soit en terme sanitaire, social ou médico-social. Aussi, bien que ce paragraphe ne soit pas exhaustif, nous pouvons en citer plusieurs.

2.2.1 Services et équipes d'urgence

Les premiers services rencontrés en général sont qualifiés de structures « d'urgence ». Premièrement, nous retrouvons le 115 constitué d'une plate-forme téléphonique pour l'écoute et l'orientation des appelants et d'une structure d'hébergement d'urgence ponctuelle qui fonctionnent 24h/24 et 7/7 jours (Cf. Annexe III). Cet organisme est actuellement sur-sollicité et ne peut donc pas répondre à l'intégralité de la demande (FNARS, 2013). Deuxièmement, le SAMU Social (Service d'Aide Médical d'Urgence) agit au même titre que le 115 dans des missions d'écoute, d'évaluation, d'information et d'orientation, mais a la spécificité d'agir « sur le terrain », c'est-à-dire directement dans la rue. Créé par le docteur Xavier Emmanuelli en 1993, un système de « maraude » est instauré jour et nuit permettant « d'aller-vers » les personnes les plus démunies et ainsi leur apporter l'aide médico-sociale qu'ils ne vont pas ou plus chercher. Enfin, les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) sont des structures de distribution de repas chaud et d'hébergement pour une nuit. Ils sont au nombre de 2000 répartis sur toute la France (Brousse, Firdion, Marpsat, 2008). Mais, la totalité des personnes en situation d'exclusion n'en bénéficie pas (9% seulement concernant la population francilienne selon Laporte, Chauvin 2010) car souvent évités pour des raisons d'hygiène et de sécurité.

2.2.2 Services médico-sociaux

Grâce à la loi d'orientation du 22 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont vu le jour. Les professionnels de ces équipes, effectuent une prise en charge pluridisciplinaire afin de faciliter l'accès aux consultations généralistes ou spécialisées (gynécologie, tabacologie, addictologie, dépistage, etc). Les conditions de consultations sont adaptées afin de faciliter l'accès aux soins (adaptation des horaires aux usagers, recours à des interprètes, distribution possible de médicaments). Ces PASS ont aussi un rôle de « pivot » dans la mise en réseau des personnes avec les différents acteurs de santé du secteur sanitaire ou social (hôpitaux, médecins,

associations, etc) (GRES Médiation Santé, IGAS, ANAES, 2003). Les professionnels prodiguent des soins médicaux et assurent aussi un accompagnement social tel que la régularisation des droits.

D'autres structures médico-sociales existent aussi : les Lits Halte Soins Santé (LHSS). Etablies selon le décret n°2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé »⁶, ces structures accueillent « des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation ». Il s'agit donc d'une alternative à l'hospitalisation, en cas de pathologies aiguës et ponctuelles, pour éviter la rupture avec les soins de santé. Les LHSS fonctionnent 24h/24 et 7/7 jours et assurent des soins médicaux, paramédicaux, des suivis thérapeutiques, des accompagnements sociaux, de l'éducation sanitaire ou encore de l'animation.

2.2.3 Services sociaux et associatifs

Enfin, en ce qui concerne les services orientés sur un accompagnement social, les Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) remplissent un double rôle : l'accompagnement à la réinsertion en journée et l'hébergement à moyen ou long terme la nuit. Sept-cent soixante CHRS sont répertoriés en 2001 en France (Brousse, Fridion, Marpsat, 2008). L'entrée se fait selon une sélection et une participation financière est demandée selon les revenus de la personne. Ce dispositif à la fois contenant, souple et individualisé est malheureusement lui aussi saturé et les places y sont très restreintes. D'autres types de structures sociales sont rencontrées, majoritairement concernant l'aide au logement, tels que les hôtels sociaux dont les prix sont négociés via des associations, les maisons relais (habitat à la fois autonome et collectif pour que la personne se réadapte progressivement à un logement ordinaire) ou encore les résidences sociales (alternative entre un logement ordinaire et un foyer). Des centres spéciaux existent aussi comme les CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile) ou CPH (Centre provisoire d'Hébergement) dédiés aux demandeurs d'asile et aux personnes particulièrement démunies face au logement (Brousse, Fridion, Marpsat, 2008).

Nous constatons ainsi qu'il existe de nombreux dispositifs autour des personnes en situation d'exclusion. La question de l'hébergement et du logement semble prégnante dans le

⁶ Repéré à <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006053708>

système d'accompagnement français, à travers l'instauration de nombreuses structures médico-sociales. Quant aux soins, ils sont majoritairement effectués par les hôpitaux et les cabinets médicaux. Néanmoins, la saturation des structures induit l'accompagnement « mobile » et s'oriente donc vers le concept « d'aller vers », c'est pourquoi nous allons nous intéresser au fonctionnement des Equipes Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).

2.3 Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité

2.3.1 En France

Après un développement remarquable suite à la circulaire du 23 novembre 2005, la France compte aujourd'hui 126 EMPP réparties sur l'ensemble du territoire (Mercuel et Qerimi, 2011). Chaque EMPP est rattachée à un centre hospitalier de référence (Mercuel, 2007 ; Circulaire du 23 novembre 2005). Leur appellations est variées et leur fonctionnement (composition de l'équipe, lieux d'intervention, etc), bien que répondant à une base commune, diffèrent d'un territoire à l'autre. En effet, évoqué par le Dr Martin en 2008 et confirmé par Mercuel et Qerimi en 2011, ces dispositifs sont « à géométrie variable » afin de réellement s'adapter aux populations rencontrées localement et à la politique de secteur. Mais, globalement, chaque EMPP suit le même processus d'entrée en lien avec les personnes exclues et souffrant de troubles psychiques, pour leur permettre de s'impliquer dans un parcours de soin et de s'y maintenir. Par le biais de repérage des « ressources informelles » (commerçant, entourage) et de « maraudes », les professionnels identifient le contexte de vie de la personnes et les risques de pathologies psychosociales et psychiatriques (Girard et al., 2012). Les démarches directes auprès de ce public sont basées sur la médiation du « prendre soin » tel que la distribution de cafés, de sandwiches, de sacs de couchage, par un passage régulier. Le « processus d'engagement » se crée alors progressivement à savoir : le « processus par lequel une relation de confiance mutuelle est engagée permettant d'envisager un travail commun autour d'un projet de vie. La durée du processus est en partie déterminée par la personne elle-même » (Girard et al., 2012, p.4). Les professionnels des EMPP effectuent aussi des permanences dans les lieux fréquentés par cette population. Ceci permet d'entrer en contact avec les personnes de manière informelle ou par des ateliers thérapeutiques et des groupes de parole. Ces permanences initient, à terme, un travail « pré-thérapeutique » préparant ainsi une potentielle hospitalisation (Mercuel, 2007 ; Bon, 2012).

Selon le Dr Bon, psychiatre de l'EMPP de Lyon, « l'exclu est incapable d'exposer sa

demande. Il s'abstient d'exister ». Aussi, un réel travail de mise en mot est nécessaire concernant l'histoire de la personne. Sa parole n'est pas contrainte afin que son vécu prenne sens, aussi bien pour lui-même que pour les professionnels (Martin, 2011). Ceci permet alors de mieux comprendre la situation d'exclusion, les vulnérabilités et les compétences de la personne et de l'orienter de manière adéquate vers le soin (Girard et al., 2012). La notion de temporalité est cruciale avec cette population car, les repères spatio-temporels étant altérés, il s'agit de respecter le rythme de la personne pour ne pas « amener l'objet social et la normalisation trop rapidement » ce qui impliquerait, à l'inverse, un risque de rupture dans l'engagement relationnel (Bon, 2008).

L'intervention des EMPP est aussi basée sur un principe de réseau et de partenariat c'est-à-dire une « action commune auprès du sujet en souffrance psychique dans laquelle chaque partenaire va être une ressource pour l'autre. » (Martin, 2011). Le but de ce type de travail est de permettre à la personne en situation d'exclusion d'accéder à un « mini-réseau » constitué de personnes ressources identifiables et mobilisables afin de rendre actrice de son soin la personne pour qu'elle « sorte » de sa situation de dépendance (Bon, 2008). L'EMPP joue donc un rôle de médiateur entre la personne et les institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales grâce à ses actions d'évaluation et d'orientation (Bon, 2008 ; Girard et al., 2012).

Nous constatons donc que ces équipes ont une organisation et des missions bien définies. Elles ont majoritairement une orientation sanitaire car médecins, infirmiers et psychologues sont les professionnels les plus rencontrés au sein de ces équipes. La situation des personnes exclues et souffrant de troubles psychiques est particulièrement complexe aussi bien d'un point de vue sanitaire que social. Aussi, nous pouvons nous questionner quant à la faible diversité professionnelle dans la composition de ces équipes.

2.3.2 En Australie

En Australie, ce type d'équipe existe aussi et se nomme *Homeless Health Outreach Team* (HHOT) (Cf. Annexe IV). Leur intervention s'inscrit dans le cadre d'une stratégie nationale concernant les personnes sans-domicile (National Homeless Strategy) Elle a pour but d'objectiver et de résorber le phénomène du sans-abrisme en Australie. Les australiens confirment l'observation de facteurs médico-sociaux qui impliquent la personne dans un processus d'exclusion délétère pour la santé. Les HHOT interviennent auprès de personnes dites « sans-abris primaires » ou « secondaires » respectivement, les personnes qui ne

possèdent pas d'hébergement conventionnel, qui vivent à la rue et celles qui ne possèdent pas d'hébergement fixe d'une nuit sur l'autre (Lloyd, Bassett, 2012) .

Ces équipes suivent une organisation comparable aux EMPP à savoir : par une approche mobile et de proximité, c'est-à-dire au plus près de l'environnement de la personne, les professionnels initient un engagement de la personne dans la relation. Elles sont spécialisées dans l'accompagnement de personnes souffrant d'addiction (drogue ou alcool) et de troubles de la santé mentale. Les HHOT sont composées de professionnels variés afin de réaliser une évaluation collaborative et bio-psycho-sociale de la personne en situation d'exclusion. Cette équipe pluridisciplinaire est composée d'un psychiatre, un psychologue, des travailleurs sociaux, une assistante sociale et un ergothérapeute. Ces équipes s'appuient sur un réseau sanitaire et social structuré et réalisent des interventions individuelles ou groupales (Lloyd et Bassett, 2010).

Le rôle plus spécifique de l'ergothérapeute au sein de cette équipe de proximité est décrit par Lloyd et Bassett en 2012. Il s'agit d'adopter une approche « centrée sur le client » afin « d'accompagner les personnes qui se sentent exclues à réinvestir une place dans la société » (p. 20). Aussi, l'ergothérapeute accompagne l'utilisateur dans le réinvestissement de ses rôles et la mise en exergue d'occupations significatives. Le développement du lien social est aussi favorisé par la reprise de contact ou la restauration des relations familiales ou amicales. L'ergothérapeute évalue de manière « écologique » (c'est-à-dire dans l'environnement de la personne) ses capacités dans les activités de la vie quotidienne à savoir : les habiletés fonctionnelles (se mouvoir, se laver, s'habiller, etc), les habiletés financières (gestion de son argent au quotidien, faire des courses, etc), l'état mental de la personne ou encore la place de la consommation de substances dans sa vie.

2.3.3 Comparaison de ces approches

Au terme de ces descriptions française (EMPP) et australienne (HHOT) nous constatons que ces équipes comportent quelques différences. En effet, la politique australienne d'accompagnement des personnes en situation d'exclusion a d'ores et déjà instauré un décloisonnement entre les différentes structures existantes. De plus, les secteurs sanitaires et sociaux semblent en relation plus étroite en Australie qu'en France, bien que cette politique de santé soit en projet actuellement dans notre pays (Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015). Nous constatons alors que la transmission des informations est plus fluide et de

ce fait, l'accompagnement des personnes semble facilité (Richer, 2008).

Malgré ces éléments, les deux points communs essentiels à ces deux types d'équipes sont : l'interdisciplinarité et le concept « d'aller vers ». L'interdisciplinarité est caractérisée par le travail en équipe constituée de plusieurs professionnels en interaction et l'intégration de l'utilisateur dans les démarches de soins. Elle permet l'enrichissement et la potentialisation des compétences de chacun. (Prévost et Bougie, 2008) L'importance du travail en réseau dans ces équipes illustre cette mise en pratique de l'interdisciplinarité. Le concept « d'aller vers » est caractérisé selon Martin (2008) par deux mouvements : d'une part, le fait de rencontrer la personne et « s'immerger » dans son contexte socio-environnemental. D'autre part, ce concept sous-tend l'adaptation des conditions d'accessibilité des usagers aux professionnels des EMPP pour faciliter la rencontre (permanence dans des lieux d'accueil, élargir les amplitudes horaires des services, instaurer des critères d'inclusion à bas seuil, etc).

Par cette comparaison, nous observons que l'intervention de proximité auprès des personnes exclues et souffrant de troubles psychiques est appliquée aussi bien en France qu'à l'étranger. Cependant, bien que s'inscrivant dans la même dynamique d'interdisciplinarité et « d'aller vers » nous percevons des disparités dans la composition des équipes. Des ergothérapeutes sont intégrés dans les équipes australiennes mais pas dans les équipes françaises. Aussi, intéressons-nous plus particulièrement à cette profession.

3. Approche systémique de l'ergothérapeute, auprès des personnes exclues

3.1 Mais, qu'est-ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapie trouve son origine au début du XVIII^{ème} siècle lorsque que Susan E. TRACY, infirmière en psychiatrie note des effets bénéfiques à la pratique d'une activité pour les patients. D'abord rééducative, la pratique de l'ergothérapie est instaurée pour les mutilés de guerre en 1945. Puis, à partir de 1990, le décret des ergothérapeutes voit le jour, plaçant cette profession à la croisée des différentes disciplines biomédicales et sociologiques. Enfin, plus récemment, en 2010, une réingénierie du diplôme d'ergothérapeute est effectuée proposant une définition du métier et son cadre d'intervention. Ainsi, l'ergothérapie est une profession de santé du secteur sanitaire et social. Elle se base sur l'interaction personne-

activité-environnement afin d'évaluer et de palier une situation de handicap. Elle s'appuie sur le postulat que la santé est en lien avec l'activité humaine. Régit par un référentiel de compétences (Arrêté du 5 juillet 2010), les missions d'un ergothérapeute sont variées. Nous détaillerons donc, ci-après, seulement les compétences d'intérêt dans le cadre de ce travail de recherche. L'ergothérapeute par une intervention médiatisée (activités projectives, mise en situation d'activités de la vie quotidienne, jeux etc) est en mesure d'évaluer les capacités de la personne et sa « restriction de participation ». En exploitant le « potentiel thérapeutique de l'activité » et son aspect significatif pour la personne, l'ergothérapeute conseille, adapte et accompagne la personne pour « développer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence » (Hernandez, 2010 p.23). Son intervention est aussi bien dans les secteurs sanitaires que médico-sociaux, dans les institutions à visée de soins somatiques et/ou psychiatriques, les lieux de vie, les associations, c'est-à-dire dans et « hors les murs » (à l'extérieur des institutions). La médiation est donc au cœur du processus ergothérapeutique. Comme le décrit l'ergothérapeute C. Bagnères (2007), ceci permet une triangulation entre le thérapeute, la personne et l'objet de médiation. Dans un cadre évaluatif, ce-dernier permet d'initier progressivement la création d'une relation thérapeutique. La personne peut alors verbaliser des éléments personnels indirectement en faisant allusion à l'objet.

Afin de mettre en application cette modalité constituant le cœur de métier des ergothérapeutes, les professionnels ont à disposition des modèles conceptuels pour les guider dans leur pratique. Nous avons choisi pour ce travail de recherche de développer le modèle Kawa ou modèle de la rivière.

3.2 Le concept du modèle Kawa de Michel Iwama

3.2.1 Origine du modèle Kawa

Michel Iwama, ergothérapeute d'origine japonaise s'est heurté à la question de la transférabilité des représentations culturelles. Il a constaté que la plupart des modèles conceptuels dits « fondamentaux » en ergothérapie, sont issus majoritairement des pays occidentaux et par conséquent sont marqués culturellement. Il s'est alors questionné sur la création d'un modèle adapté à la culture japonaise, c'est-à-dire orienté sur la nature et l'aspect plus collectif qu'individuel. De cette recherche est né le modèle Kawa qui signifie rivière en japonais (Iwama, 2006). Le but de ce modèle est de permettre, lors d'un entretien,

l'illustration du récit de vie de la personne par la métaphore d'une rivière. Il permet une mise à distance de la culture du thérapeute par rapport à celle de la personne, car il est souvent difficile, en tant que thérapeute, de se dissocier de sa propre culture (Iwama, 2007).

3.2.2 Concept : évaluation centrée sur la personne, par l'utilisateur lui-même

Confirmé par l'ergothérapeute française Marie-Chantal Morel Bracq (2011) la culture est un élément primordial dans l'intervention en ergothérapie. Wada (2011) ajoute de même qu'elle induit les perceptions qu'un individu peut se faire de sa santé et du bien-être. Dans ce modèle conceptuel, la personne est invitée à utiliser la métaphore d'une rivière pour représenter, de manière graphique, le cours de sa vie. Il en fait ainsi une description subjective et intuitive et exprime son vécu en explicitant les caractéristiques de sa vie. Les différents éléments constitutifs du graphisme seront détaillés ci-après. Par cette production et cette explicitation, ce modèle est dit « centré sur la personne » ainsi, l'ergothérapeute est présent, dans un rapport non hiérarchique, pour guider l'utilisateur lors de l'entretien. Ce travail vise à une collaboration afin de déterminer l'interaction, souvent complexe, existante entre la personne et son environnement physique ou social.

Ce modèle systémique est cependant très introspectif. Adapté à des personnes en capacité de « réfléchir à leur situation » (Morel-Bracq, 2011, p.90). Il permet d'exprimer, telle une photographie, la manière dont la personne perçoit sa condition en mettant en évidence, selon Wada (2011, p.232), son « moi intérieur ». Il identifie alors ses forces et ses faiblesses à la manière du principe de résolution de problèmes (Vallet, 2011). Ceci permet alors à l'ergothérapeute de mieux se représenter les désirs et les aspirations de l'utilisateur (Wada, 2011) pour l'orienter au mieux vers un accompagnement adéquat et personnalisé.

3.2.3 Le modèle Kawa en santé mentale

Emilie Guilbert (2012), dans son mémoire d'ergothérapie, constate que le modèle Kawa a jusqu'alors peu été utilisé dans le domaine de la santé mentale, souvent par méconnaissance de celui-ci. Elle a alors mené une étude sur des ergothérapeutes travaillant dans ce domaine. Après l'expérimentation du modèle et un entretien semi-directif, elle constate que les ergothérapeutes estiment que le modèle facilite l'évaluation car le dessin, très concret, incite à l'évocation des difficultés et la détermination d'objectifs thérapeutiques. Cependant, elle note la nécessité d'avoir, pour l'utilisateur, des capacités d'abstraction et

d'introspection pour pouvoir verbaliser et dépasser la métaphore de la rivière, ainsi que le fait d'établir un lien thérapeutique en amont de la passation du modèle. Confirmé par Paxson, Winston, Tobey, Johnston et Iwama (2012), le modèle Kawa est applicable en santé mentale. Ils précisent que ce modèle augmente l'interaction entre la personne et le thérapeute et facilite ainsi l'alliance thérapeutique.

3.3 Cadre thérapeutique

3.3.1 Processus de passation

Il n'existe pas de protocole de passation à proprement parlé. Ceci est un choix délibéré de M. Iwama afin de favoriser l'adaptabilité de ce modèle centré sur la personne. Aussi, dans ce chapitre nous parlerons plus de « processus » de passation. Celui-ci est composé de six étapes (Iwama, 2006) :

- Après avoir expliqué la métaphore et détaillé la symbolique des éléments, l'ergothérapeute invite l'utilisateur à dessiner sa rivière et à l'expliquer.
- La personne clarifie ses explications pour permettre la compréhension de son vécu par l'ergothérapeute.
- La personne priorise les axes d'accompagnement qu'elle souhaite aborder.
- L'ergothérapeute détermine des axes de travail ciblés.
- L'ergothérapeute accompagne la personne selon ces objectifs.
- La personne et l'ergothérapeute évaluent les résultats de l'intervention.

Le lieu de passation de ce processus peut être varié. Là encore rien n'est établi de manière formelle dans le modèle pour laisser une part d'adaptabilité. Le matériel reste relativement simple et économique: feuille de papier, crayon (ou crayons de couleur).

3.3.2 Engagement de la personne : le temps évaluatif primaire

L'évaluation primaire se décompose en deux temps : le temps d'élaboration graphique et le temps d'explicitation et d'analyse.

L'élaboration graphique s'effectue en deux phases, une première où la personne dessine la rivière dans son ensemble « de sa source » à sa « jetée à la mer », symboliquement de sa naissance à sa mort. Puis, la personne détermine l'endroit où il pense se situer sur sa rivière. Enfin, il dessine, une vue en coupe de la rivière de cet instant présent. (Morel-Bracq, 2011 et Vallet, 2011). Lors de la réalisation de la rivière en coupe cinq composantes doivent

apparaître (Iwama, 2006 et Morel-Bracq, 2011):

- L'eau : qui symbolise le cours de la vie et de la santé, l'énergie
- Le lit de la rivière et les rives : qui représentent les facteurs environnementaux aussi bien physiques que sociaux
- Les rochers : qui correspondent aux problèmes, aux circonstances de la vie
- Les morceaux de bois flottants : qui symbolisent les déterminants personnels. Ils peuvent avoir une influence positive, être des atouts s'ils sont représentés libres dans le flux du courant. A l'inverse, ils correspondent à une influence négative, et peuvent être considérés comme un handicap s'ils bloquent le débit du courant.

Cependant, avec l'évolution du modèle Kawa, Wada (2011) explique que les éléments d'intérêt pour un ergothérapeute (la personne, l'occupation, l'environnement) ne sont pas observables de manière figée. Par exemple, l'occupation peut être symbolisée par le flux de l'eau donc par l'espace laissé libre pour son écoulement si celle-ci est vécue comme facilitatrice. A l'inverse, elle peut être représentée par des rochers si l'occupation est vécue comme un obstacle au moment de l'évaluation. De même, le lit et les rives de la rivière, permettent à la fois d'observer si la représentation de l'environnement de la personne est facilitateur ou obstacle et à la fois de comprendre comment l'utilisateur se perçoit dans celui-ci donc indirectement dans la communauté.

Le temps d'explicitation et d'analyse fait suite au temps d'élaboration graphique. L'utilisateur explicite les éléments de sa rivière afin de mettre en mot son vécu. L'alliance thérapeutique est alors primordiale pour que la personne se sente en confiance et puisse aborder ses difficultés et ses ressentis personnels. Suivant le processus défini par Iwama (2006), elle établit une priorité de traitement aux problèmes évoqués. L'ergothérapeute s'appuie alors sur ce classement et selon le concept de résolution de problème, propose un plan d'intervention pour accompagner la personne vers ses objectifs.

3.3.3 Le temps évaluatif secondaire

Suite à l'accompagnement en ergothérapie, le même processus d'évaluation est une nouvelle fois appliqué afin de pouvoir comparer les changements. La personne redessine les éléments et verbalise les évolutions avec l'aide de l'ergothérapeute. Ceci permet de mettre en évidence les forces et les ressources que la personne a mobilisées pour obtenir ces changements.

En résumé, le modèle Kawa est un modèle récent, dit « centré sur la personne ». L'aspect graphique est novateur cependant, ce modèle comporte certaines contraintes. En effet, comme le décrit Isabelle Vallet (2011, p.19) des « capacités gestuelles » et une « coordination oculomotrice » sont nécessaires. D'autres capacités d'ordre cognitives sont requises telles que les praxies, le langage et la résolution de problème. Enfin, des critères psychologiques sont mis en avant comme des facultés d'introspection et d'engagement dans la relation.

Malgré ces contraintes, ce modèle est facile et économique à mettre en place. Il s'utilise pour un large public, en s'adaptant réellement aux différentes cultures. En impliquant activement le sujet dans son soin, ce modèle permet d'interroger le lien qui existe entre la personne et son environnement. De plus, le support graphique illustre de manière concrète le récit de vie de la personne, pouvant être confus lors des entretiens (Cf. Annexe XX)⁷. Enfin, son abord systémique autorise son application dans des situations complexes mêlant les atteintes somatiques et psychiques. Cette systémie peut impliquer alors l'intervention de plusieurs professionnels et donc la possibilité d'un travail en interdisciplinarité.

⁷ Retranscription d'un entretien réalisé dans le cadre d'une pré-enquête précédant ce mémoire. Avec l'accord de l'ergothérapeute interrogée.

2. Problématique & hypothèses

Pour clore cette partie théorique, effectuons un bref rappel concernant la population d'intérêt et son accompagnement. Nous avons pu constater que la population exclue souffrant de troubles psychiques comporte en réalité de multiples visages. Nous pouvons cependant noter qu'il s'agit majoritairement d'un public jeune et masculin tendant, ces dernières années, à se féminiser. En terme de santé, les troubles psychiques et somatiques sont souvent intriqués ainsi que le contexte social dans lequel les personnes se situent, ce qui rend complexe leur prise en charge. Cette dernière existe pourtant déjà mais l'accent est mis plus particulièrement sur l'urgence sociale et l'hébergement. La psychiatrisation est aussi forte et un manque de coordination et un cloisonnement entre les différentes structures sont souvent constatés.

En outre, la complexité de prise en charge de cette population nécessite, de fait, un accompagnement pluridisciplinaire. L'intérêt de l'engagement de la personne dans un projet de vie stable et sur le long terme, nous incite même à penser à un accompagnement interdisciplinaire. L'utilisateur peut alors être au centre du « processus de ré-affiliation » et pleinement acteur de son « projet de vie ». Celui-ci peut impliquer l'intervention de plusieurs professionnels aussi bien dans le secteur sanitaire, que social ou encore médico-social.

En France, les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité s'inscrivent dans une dynamique interdisciplinaire. Elles permettent la création de lien entre la personne « désaffiliée » et les structures de soins existantes. Réparties sur toute la France, ces équipes médico-sociales prennent leur essor depuis maintenant plus d'une dizaine d'années. Leur composition minimale formée de psychiatres, infirmiers et/ou psychologues, compte parfois des éducateurs spécialisés ou des assistantes sociales. Cependant, nous pouvons noter qu'elles ne comptent jamais d'ergothérapeute comme c'est le cas, a contrario, en Australie.

L'ergothérapeute est, par essence, un métier paramédical à la croisée des secteurs sanitaires et sociaux. Parmi ces différentes approches, il privilégie dans sa pratique professionnelle l'intervention dite « écologique » soit, au plus près de l'environnement de la personne. Ceci permet l'évaluation et/ou la compensation d'une situation de handicap survenant dans son quotidien. De ce fait, face à des problématiques de santé complexes telles

que celles rencontrées par notre population d'intérêt, des situations de handicap physique, psychique et/ou social apparaissent. Malgré des conditions de santé très dégradées, l'engagement dans un processus de soins n'existe pas toujours. Nous pouvons donc nous interroger sur le fait que l'ergothérapeute puisse avoir sa place « hors les murs » dans l'accompagnement médico-social de ces personnes. De plus, la modalité « écologique » de l'intervention de ce professionnel pourrait-elle être en accord avec un accompagnement au plus près de l'environnement des personnes exclues souffrant de troubles psychiques. De l'ensemble de ces questionnements est née la problématique de ce projet de recherche, à savoir :

Par quels moyens, l'ergothérapeute, intervenant dans une équipe interdisciplinaire de proximité, peut-il contribuer à l'implication dans un parcours de soin, des personnes en situation d'exclusion et souffrant de troubles psychiques ?

L'ergothérapeute pourtant a à sa disposition de nombreux outils dont des modèles conceptuels, qui s'avèrent créer un réel lien entre les données théoriques de la Recherche et l'expérience pratique des professionnels sur le terrain. Parmi ces modèles conceptuels, le modèle Kawa (Iwama, 2006) a été créé pour permettre une approche au plus près de la culture de la personne. Ce modèle, centré sur l'individu, permet de mettre en exergue des pistes de travail thérapeutique en se basant sur le récit de vie de la personne. Celui-ci est rendu possible par le dessin métaphorique de la personne elle-même, d'une rivière représentant sa propre vie. A la lumière de cette pratique nous pouvons supposer que **par l'utilisation du modèle Kawa, l'ergothérapeute apporte une pratique évaluative complémentaire au sein d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) afin d'impliquer activement, dans le soin, la personne en situation d'exclusion souffrant de troubles psychiques.**

Dans la suite de ce travail de recherche, nous mettrons donc en résonance ces précédentes données théoriques avec des données récoltées sur le terrain. De ce fait, dans la suite de ce travail, nous soumettrons une méthodologie d'investigation auprès des professionnels d'EMPP.

3. Méthodologie

1. Cadre méthodologique

1.1. Rappels des objectifs de la recherche

Cette recherche a été initiée par l'interrogation concernant la pertinence de l'ergothérapie auprès de personnes souffrant d'exclusion et ayant des troubles psychiques. De plus, la découverte, en Australie, d'équipes équivalentes aux EMPP françaises, a mis en évidence la présence d'ergothérapeute contrairement à notre système français. Par le biais d'une méthodologie cette recherche a pour but de connaître le fonctionnement des EMPP françaises, leurs démarches et leur vision de l'ergothérapie. A terme, cette étude questionne l'utilisation, par des ergothérapeutes, du modèle Kawa auprès des personnes en situation d'exclusion souffrant de troubles psychiques.

1.2 Population interrogée : les professionnels d'EMPP

1.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Cette recherche est basée sur des entretiens auprès de professionnels d'EMPP de la région Rhône-Alpes et d'une région limitrophe. Le nom de cette dernière ne sera pas cité dans la suite de ce travail par souci de respect de l'anonymat, du fait du peu d'équipes existantes sur cette région. La restriction d'un secteur géographique a été défini selon plusieurs raisons: la première par commodité. En effet, l'utilisation d'entretiens lors du recueil de données implique, dans certains cas, la nécessité d'aller à la rencontre des professionnels, de ce fait, j'ai choisi ma région de domiciliation. De plus, la région limitrophe a été choisie selon une opportunité de déplacement dans le cadre d'un stage.

Les participants interrogés sont des professionnels médicaux et para-médicaux des EMPP, qui interviennent le plus couramment auprès de ce public, à savoir : des médecins, des psychologues et des infirmiers. Le but est de recueillir des informations concernant leur pratique professionnelle. L'intérêt du panachage des professionnels interrogés est de mettre en évidence la spécificité de chacun au sein de l'EMPP et leur connaissance de l'ergothérapie.

En contrepartie, sont exclus de cette étude, les travailleurs sociaux (assistante sociale,

éducateur spécialisé, etc). Ils font partie intégrante de certaines EMPP et sont souvent rencontrés dans ce type d'équipe cependant, ils ne s'inscrivent pas dans une démarche de soins de santé. De plus, après la réalisation d'une pré-enquête en amont de ce travail de recherche, il a été constaté que les ergothérapeutes n'étaient pas présents au sein des EMPP. De ce fait, dans un cadre purement méthodologique, les équipes susceptibles d'en compter et les ergothérapeutes eux-mêmes, sont exclus de cette recherche. Ceci, dans le but de ne pas biaiser les réponses spontanées des membres des EMPP, puisque le sujet de cette étude porte notamment sur l'interrogation de la plus-value de cette profession au sein de l'équipe.

1.2.2 Démarche de recherche des participants auprès de l'ARS

Dans un premier temps, via le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS) la chargée de mission à la direction générale des offres de soins (DGOS), a été contactée. Elle a alors transmis les noms, téléphones et adresses postales de toutes les équipes des deux régions d'intérêt, soit au total treize équipes. Puis, par le site internet de l'association des EMPP en région Rhône-Alpes un répertoire très complet, actualisé de janvier 2015⁸, a été obtenu (noms des équipes, de tous les professionnels, téléphones et adresses mail de chacun). L'ensemble de ces démarches a permis de créer un répertoire spécifique à cette étude (Cf. Annexe VI) avec seulement cinq équipes d'intérêt, selon la proximité géographique et les critères d'inclusion cités précédemment. Il a été complété via un moteur de recherche sur internet, notamment pour les deux équipes de la région limitrophe.

1.3 Outil d'investigation : l'entretien semi-directif

1.3.1 Choix de l'outil

Pour cette méthodologie de recherche, des entretiens semi-directifs sont utilisés (Guillez et Tétreault, 2014) c'est-à-dire des entretiens pendant lesquels des questions très précises sont posées mais leur formulation reste ouverte pour permettre une discussion entre le participant et l'interviewer. Cet outil permet un champ de réponses qualitatives plus élargi qu'un questionnaire aussi, il me semble adapté à ce sujet : en effet, l'implication dans le soin reste globalement vaste et la population exclue souffrant de troubles psychiques s'avère complexe.

⁸ <http://www.appassra.org/les-pass-rhône-alpes/>

1.3.2 Construction de l'outil : le guide d'entretien

En amont de la rencontre des professionnels, un guide d'entretien est réalisé pour permettre un questionnement identique d'un participant à l'autre. Un seul et même guide d'entretien est utilisé pour tous les participants malgré leur différence de profession (Cf. Annexe X). Ceci a pour but de mettre en évidence leur regard professionnel spécifique, parfois peu marqué du fait de leur intervention conjointe. Il débute par un rappel du contexte de l'étude puis est décliné en trois grandes parties : une première sur la présentation du participant et de son équipe (4 questions), une seconde concerne la pratique évaluative des besoins de santé de la population (5 questions) et enfin une troisième aborde l'ergothérapie (2 questions). Au total ce guide est composé de onze questions ouvertes et de deux à six questions de relances pour chacune, pour permettre à la personne d'affiner sa réponse selon des éléments plus précis. La dernière question, permet au participant d'émettre librement son avis, d'évoquer d'autres pistes de recherche ou bien de questionner l'interviewer concernant le sujet de recherche. Chaque question a été élaborée en lien avec les critères de la grille d'analyse (détaillé ci-après en partie 2.1). Enfin, le guide d'entretien a été testé auprès de deux cadres de santé exerçant au sein de deux EMPP de Rhône-Alpes afin de vérifier la cohérence des questions auprès de professionnels de terrain. Seul un terme a été invalidé suite à cet entretien test : l'expression « projet de soin » a été remplacée par « projet de vie » ayant, selon les participants, plus de sens dans la pratique professionnelle des EMPP.

1.4 L'investigation

1.4.1 Prise de contact avec les participants

L'ensemble des prises des contacts s'est effectué par courrier électronique à l'aide d'un mail type rédigé par avance (Cf. Annexe VII). Ce message explique le cadre et le sujet du projet de recherche. En cas de réponse positive d'un professionnel, un second mail est envoyé proposant différentes dates de rendez-vous avec lequel est joint le formulaire de consentement. Ceci permet au sujet de prendre connaissance, avant l'entretien, des conditions éthiques de sa participation à la recherche. Il est à renvoyer signé par mail ou voie postale. Une semaine avant la date prévue, une confirmation de rendez-vous est demandée.

Sur cinq équipes contactées quatre ont répondu positivement : deux en région Rhône-Alpes et deux en région limitrophe. Au total, 7 professionnels ont participé sur la base du

volontariat à ces entretiens : trois infirmiers, un psychiatre et trois psychologues. Dans chaque EMPP, 2 professionnels par équipe ont participé à l'étude sauf pour une équipe où seul un psychologue a répondu.

1.4.2 Lieux et déroulement de l'investigation

La passation de la majorité des entretiens a été réalisée sur deux jours, la deuxième semaine du mois d'avril. Deux se sont déroulés dans les locaux de l'équipe, dans un bureau calme. Les cinq autres ont été faits par téléphone durant la journée, sur le temps de travail des professionnels pour des raisons pratiques. Ces deux conditions de passation présentent à la fois des avantages et des inconvénients mais restent équivalentes dans les résultats (Gillez et Tétréault, 2014). En effet, la voie téléphonique, ne permet pas de visualiser les mimiques, mais préserve l'anonymat physique et peut être considérée comme moins intrusive. Contrairement à l'entretien de visu, mais qui lui, peut faciliter la création d'une relation.

Chaque entretien s'est déroulé selon une modalité individuelle et a été enregistré pour permettre sa retranscription intégrale dans le but d'analyser le discours. Pour débiter, un rapide rappel du cadre éthique a été fait, avec la signature du formulaire de consentement (au début ou en amont du rendez-vous), suivi d'une présentation du cadre de l'étude et des trois parties de l'entretien. Chaque changement de partie a été signalé au participant afin que celui-ci puisse suivre l'avancement de l'entretien. Une réelle discussion a découlé de plusieurs questions aussi les entretiens ont duré de 35 minutes, pour le plus court, à une heure pour le plus long. Pour finir l'entretien, une question ouverte à des suggestions ou à des remarques, a été posée pour permettre au participant d'aborder librement d'autres champs concernant le sujet. Enfin, après chaque entretien une « fiche d'observation post-entretien » a été remplie pour garder une trace des éléments du contexte de passation de celui-ci (Cf. Annexe VIII). Suggéré par Gillez et Tétréault (2014), ceci permet d'établir des corrélations entre le contexte et les éléments de réponse lors de l'analyse des données.

1.5 Données éthiques

Afin de respecter l'anonymat des participants, un codage a été établi de la manière suivante : chaque nom d'équipe est désigné par la lettre E suivi de manière aléatoire d'un numéro (E1 à E4). Puis, pour différencier les participants des différentes équipes, suit la première lettre de leur profession, I, D, ou P, respectivement **I**nfirmier, **D**octeur (psychiatre),

et Psychologue. En cas de doublon, comme cela s'est produit pour l'équipe n°4, les chiffres 1 et 2 ont été ajoutés selon la chronologie de passation des entretiens. A titre d'exemple : le psychologue de l'équipe n°1 est nommé E1P alors que le deuxième infirmier interrogé de l'équipe n°4 est codé E4I2.

En ce qui concerne la passation des entretiens et l'exploitation des données, un formulaire de consentement a été établi (cf. Annexe IX). Un double exemplaire est signé avant chaque passation et résume le contexte éthique de cette étude, à savoir : le respect de l'anonymat, la liberté de se retirer de l'étude à tout moment avant la publication des résultats, ou encore celle de consulter les données le concernant.

2. Traitement des données

2.1 Grille d'analyse

Une grille d'analyse a été créée en parallèle à la création du guide d'entretien. Des critères primaires et secondaires ont été établis, associés à des indicateurs. Ces derniers correspondent aux éléments susceptibles d'être retrouvés dans le discours (Cf. Annexe XI). Le même guide d'entretien a été utilisé pour les sept professionnels, cependant, nous notons qu'il est moins adapté aux membres de l'équipe E4, pour la partie concernant l'interdisciplinarité, puisque cette équipe est uniquement composée d'infirmiers. Nous avons néanmoins choisi de conserver ces entretiens par la suite pour mettre en évidence d'éventuels besoins ou difficultés concernant l'interdisciplinarité.

2.2 Procédé d'analyse

L'analyse de ces entretiens se fait, après une retranscription complète de chacun d'eux. Des verbatims sont identifiés et classés dans la grille d'analyse (Cf. Annexe XII). Ceux-ci peuvent être de simples mots ou des expressions complètes. Ils permettent d'effectuer une analyse thématique à la fois lexicale et structurale. Cependant, le cadre d'analyse de ces entretiens est mixte, c'est-à-dire que les catégories de classement sont pré-établies mais la possibilité d'ajouter d'autres catégories à posteriori n'est pas exclue (Gillez et Tétreault, 2014). Cela se construira au fil de l'analyse.

4. Résultats et discussion

1. Résultats

1.1 Des professionnels aux parcours variés

Les sept participants de cette étude sont cinq femmes et deux hommes. Trois ont entre trente et quarante ans, les quatre autres ont plus de cinquante ans. Le médecin et deux infirmiers ont plus de vingt ans d'ancienneté dans leur métier, deux psychologues et une infirmière ont entre onze et vingt ans d'ancienneté. Le dernier psychologue a moins de dix ans d'ancienneté dans sa profession puisqu'il exerce depuis 6 ans. Leur expérience en EMPP est plus variable : entre deux et cinq ans pour quatre d'entre eux contre six à dix ans pour les trois infirmiers.

Leurs parcours professionnel sont variés mais, plus de la moitié d'entre eux a exercé en milieu extrahospitalier dans le domaine de la psychiatrie, que ce soit en Centre Médico-psychologique (CMP), en Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ou en activité libérale. Tous ont été, durant leur parcours professionnel, en lien avec l'exclusion : de manière directe par du bénévolat au SAMU social, pour une participante, ou de manière indirecte, pour les six autres, à travers une pratique professionnelle en service d'urgence, en milieu carcéral, en CMP ou dans le milieu humanitaire.

1.2 Une population précaire et sans demande

D'après cet histogramme nous constatons que la totalité des participants suit des personnes en situation de précarité. Cette dernière est aussi bien financière que sociale. Dans le premier cas, elle est constituée par des revenus faibles ou irréguliers. Dans le second cas, il s'agit d'un entourage peu étayé ou absent, que ce soit dans le domaine de la famille, des amis ou de relations sociales au sens plus large du terme. De même, l'absence de droit ouvert est constaté par la totalité des participants. De même, ils notent le vécu traumatique que les personnes ont subi durant leur enfance ou leur vie d'adulte (abandons, ruptures, exil, violence, carence affective, placements). Une grande majorité de participants (six sur sept) accompagne des personnes migrantes. Le septième participant (E4I2) n'intervient pas auprès de celles-ci, car son secteur d'activité est particulièrement rural. A contrario cinq participants

sur sept accompagnent aussi des personnes d'origine française (E1P, E2P, E3D, E3P, E4I2). La même proportion de participants (cinq sur sept) suit des personnes possédant un domicile et des personnes sans domicile. Enfin, une hétérogénéité est constatée au sein de cette population par plus de la moitié des professionnels interrogés (quatre sur sept) (E1P, E2I, E3D, E4I1). Une infirmière rapporte à ce titre : « il n'y a pas d'âge et il n'y a pas de sexe, donc ça peut être divers et varié » (E2I 1.157).

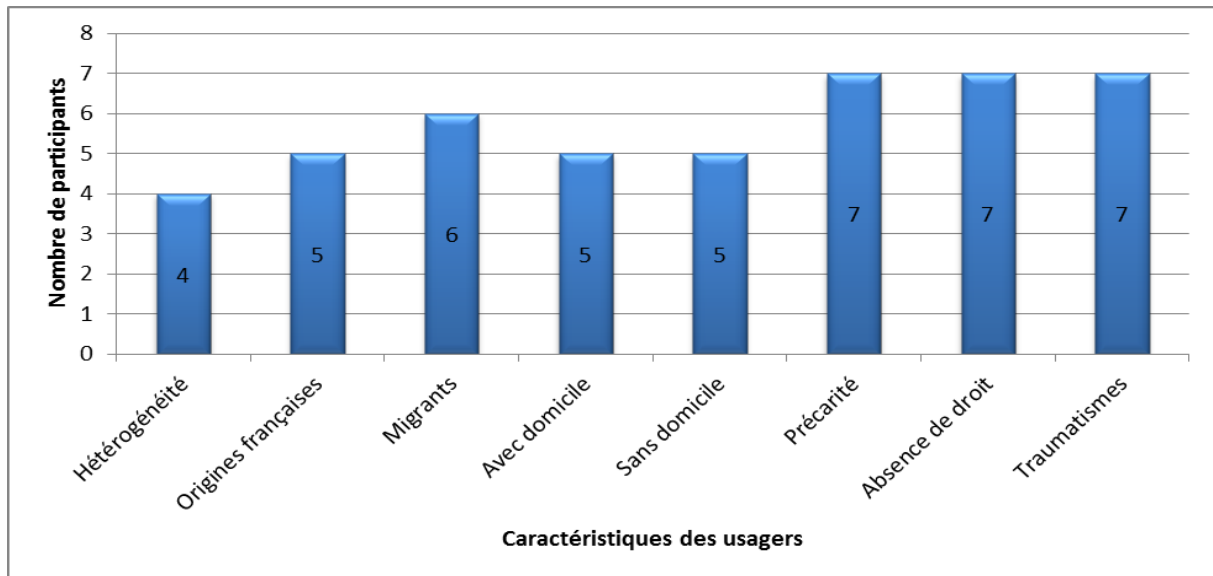


Fig. 1 : Caractéristiques socio-démographiques des populations rencontrées par les professionnels des EMPP interrogés

Concernant plus particulièrement les caractéristiques de santé de cette population, nous constatons que la présence de désordres psychiques fait consensus parmi les participants. En effet, chacun d'entre eux rapporte des problématiques de souffrances psychologiques, de troubles psychiques voire de pathologies psychiatriques avérées. Les troubles dans ces catégories peuvent être : une détresse psychologique due à la situation vécue, des « dépressions légères ou un peu plus sévères » (E4I2 l. 179), un « syndrome de Diogène » (E1P l. 110) se manifestant par une incurie extrême, du stress post-traumatique majoritairement rencontré chez les demandeurs d'asile (E1P, E3P, E2I, E3D), ou encore des psychoses type schizophrénie ou troubles maniaco-dépressifs (E1P, E2P, E2I, E3D, E3P). Malgré ces graves troubles psychiques, un seul participant évoque des tentatives de suicide (E4I2). La grande majorité des participants (six sur sept) mentionne, au sein de cette population, des problèmes d'addiction majoritairement liés à la consommation massive

d'alcool (E1P, E2P, E3D, E3P, E4I1, E4I2). Selon une des psychologues « c'est une façon de supporter la vie dans la rue. C'est une façon de s'anesthésier la tête, c'est une façon de s'anesthésier le corps et de supporter ce qui est pourrait être insupportable sans ça. » (E2P l. 284-287).

De plus, dans cette même proportion, cinq participants sur sept constatent que les personnes en situation d'exclusion présentent bien souvent des difficultés dans la réalisation d'actes élémentaires de la vie quotidienne tel que se nourrir, se laver, se vêtir, en dehors d'une cause uniquement matérielle (E1P, E2I, E3D, E4I). Cette psychologue confirme : « Ils sont dans une telle urgence de la vie du quotidien » (E3P l. 249).

En outre, plus de la moitié des participants (quatre) évoque la prise en charge de problèmes somatiques au sein de cette population. Même si cette constatation ne fait pas consensus parmi les participants, ils mettent en lumière l'existence de pathologies associées ou d'états physiques particulièrement dégradés. A ce titre, une infirmière lie ces dernières aux troubles psychiques évoqués précédemment : « la précarité, la dénutrition, la déshydratation, le manque de sommeil, la situation d'errance, peut aussi créer des troubles psychiques » (E2I, l. 255-257). Des infections, des problèmes dentaires, des cancers, des diabètes, des hépatites sont de même cités par les participants (E1P, E3D, E4I2).

Enfin, un dernier élément prégnant revient aussi dans le discours de cinq professionnels, à savoir l'absence de demande de soins chez cette population (E2P, E2I, E3P, E3D). Un des psychologues qualifie même certains individus de « passifs » (E1P l. 381).

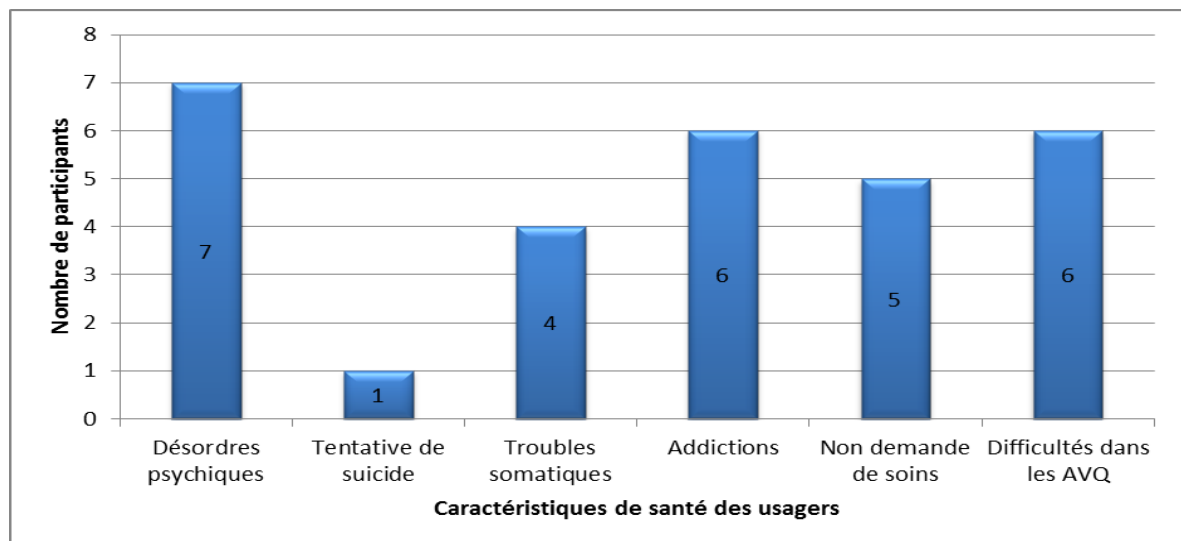


Fig. 2 : Caractéristiques de santé des populations selon les professionnels des EMPP interrogés

En outre, plus de la moitié des participants (quatre sur sept) ressent des difficultés (cf. Figure n°8 ci-après) face à cette population pouvant s'avérer violente du fait de l'alcoolisation, des troubles psychiques ou de l'accueil d'un vécu particulièrement traumatisant (E1P, E2P, E2I). De même, des difficultés de création de lien et de passation de relais dans le suivi, sont relatées pour respectivement six participants et cinq participants sur sept (E2P, E2I, E3D, E3P, E4I1, E4I2). Une des infirmières explique concernant la création de lien : « Faut du temps ! Beaucoup beaucoup de temps ! » (E4I1 l. 602) « C'est beaucoup plus dur pour eux de nous lâcher [...] sans que ce soit vécu de nouveau comme un nouvel abandon » (E4I1 l. 306-308).

1.3 Des équipes aux profils différents mais aux missions communes

Nous constatons que la composition des équipes diffère d'une EMPP à l'autre. Les infirmiers sont majoritairement présents (entre deux à quatre par équipe), alors que les psychologues et les médecins sont présents dans trois équipes sur quatre. Les psychologues sont la deuxième profession la plus représentée à raison de un à deux par équipe. Un psychiatre est présent dans chaque équipe sauf au sein de E4 pour laquelle le médecin chef de pôle est le référent seulement en cas de besoin et ne fait donc pas partie à part entière de l'équipe. Concernant les autres professionnels hors médicaux et para-médicaux, deux équipes sur quatre (E2 et E3) sont dotées d'une secrétaire et d'une assistante sociale, alors que la totalité des équipes compte un cadre de santé (Cf. Annexe V).

Les trois missions principales inscrites sur la circulaire du 23 novembre 2005 (citée en partie théorique) sont appliquées par les sept professionnels, dans les proportions indiquées par le graphique ci-dessous. Les missions « d'aller-vers », soit intervenir au plus près de l'environnement des usagers et le partenariat avec les professionnels extérieurs à l'équipe pour réinscrire la personne dans le soin, sont majoritairement mises en pratique. Elles sont toutes deux remplies par la totalité des participants. La mission secondairement la plus appliquée par les équipes correspond au soin, explicitée par cinq participants sur sept (E2P, E2I, E3P, E4I1). Il peut s'agir pour ces professionnels de l'accueil de la parole des usagers (E2P, E2I, E3P, E4I1), de la satisfaction des besoins essentielles de la vie quotidienne : manger, dormir, se laver (E2I) ou encore l'accompagnement dans des démarches de santé ou administratives (E3D, E3P, E4I2). Enfin, les missions de sensibilisation des partenaires et de

formation des professionnels ou des étudiants, ne sont pas majoritairement retrouvées puisque seulement trois participants sur sept les évoquent (E1P, E2I, E3D).

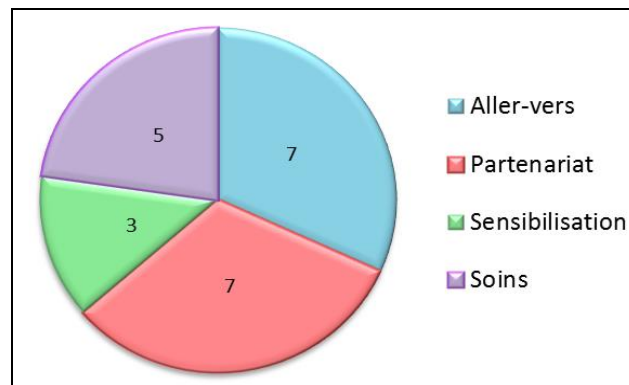


Fig. 3 : Répartition des missions principales des EMPP interrogés

1.4 Une évaluation systémique confrontée à quelques difficultés

La démarche évaluative des besoins de santé de la population exclue est relativement semblable pour toutes les équipes, mais quelques différences s'observent.

En ce qui concerne les acteurs de l'évaluation quatre participants sur sept désignent les infirmiers comme évaluateurs principaux de la situation de santé des personnes (E1P, E2I, E4I1, E4I2). Pour E3 seulement, toute l'équipe y participe. Un professionnel évaluateur dit « référent » (E3P 1.174, E3D 1.227-230) est choisi selon les besoins qui auront été décrits par le signalement du partenaire. Il s'agit d'un professionnel désigné au sein de l'équipe pour suivre plusieurs usagers en particulier, ceci afin de favoriser l'alliance thérapeutique et le relais avec les autres professionnels et les partenaires. La psychologue de l'équipe explique : « C'est chacun qui coordonne les différents interlocuteurs autour de ce patient du moment qu'il a été dit référent. » (E3P1. 207-208). En ce qui concerne les personnes exclues, le parti pris de la plupart des professionnels de ces EMPP (cinq sur sept) est de favoriser l'implication des usagers dans le soin (E1P, E2P, E3D, E4I1, E4I2). La totalité des équipes explique que la demande est essentiellement initiée par un partenaire, la plupart du temps, en accord avec la personne. Cette psychologue précise : « On peut d'ailleurs difficilement avancer sans la participation de la personne. Si elle n'est pas demandeuse d'avancer dans un projet de vie, c'est bien compliqué pour nous d'avancer sans elle. » (E2P 1. 204-205). De plus, trois sur quatre réalisent des permanences dans les lieux d'accueil des usagers (E2, E3) ou dans un

local prévu à cet effet (E4). En revanche une seule équipe (E2) réalise en plus des maraudes et va directement à la rencontre des personnes.

La méthode utilisée par la totalité des participants, pour évaluer la situation de santé de la personne, est l'entretien. Six participants sur sept détaillent explicitement que ces entretiens passent uniquement par la modalité verbale (sauf le psychiatre E3D qui n'a pas détaillé l'entretien). La passation de ces entretiens est facilitée, pour la totalité des participants, par la création d'une alliance thérapeutique. Cette infirmière explique : « si on travaille pas le lien de confiance dès le départ on pourra pas graviter ou associer une autre personne. » (E2I 1. 391-392). Pour créer cette alliance thérapeutique, quatre participants sur sept nous évoquent l'importance du temps pour la création de la relation et le respect de la temporalité des usagers (E1P, E2P, E2I, E3P). En outre, cinq professionnels sur sept appuient leurs évaluations sur des recherches dans la littérature scientifique (en lisant par exemple Jean Furtos) ou en se formant (E1P, E2I, E3P, E4I1, E4I2). Enfin, une minorité de participants (deux) font part de l'observation comme moyen d'évaluation de la situation de la personne (E2P, E2I).

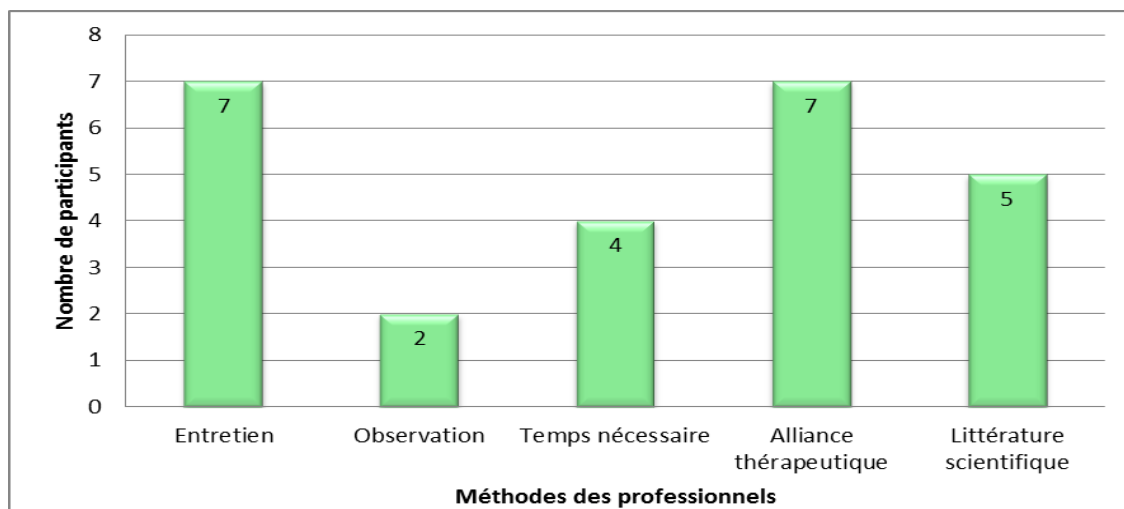


Fig. 4 : Méthodes d'évaluation utilisées par les professionnels des EMPP interrogés

Lors de la réalisation de ces entretiens, un seul participant évoque l'utilisation d'un outil d'évaluation et d'interdisciplinarité : « On a une fiche que l'on analyse en essayant d'évaluer la situation des personnes, et ensuite cette fiche, la demande est traitée en équipe. » (E1P 1.156-157). Cependant, aucun autre participant ne cite de moyens d'évaluation

spécifique pour compléter leur lecture clinique des symptômes ou des situations rencontrées. Trois professionnels confirment explicitement cette absence d'outil formalisé (E2I, E3P, E4I2). A ce titre, un infirmier déclare : « Nous c'est tout verbal [...] parce qu'on n'a pas d'autre... sur un CATTP toutes les activités de la médiation sont encore aussi importantes. Nous on n'a pas tout ça. Ça pourrait aider des fois mais on n'a pas. » (E4I2 1.365-366).

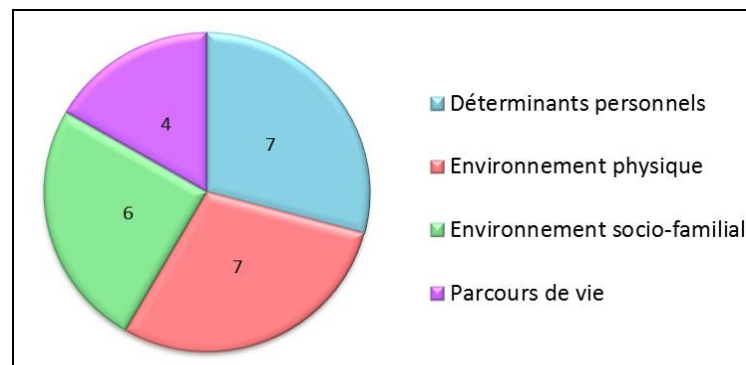


Fig. 5 : Items abordés par les professionnels lors de l'évaluation systémique de l'utilisateur

Pour la totalité des participants, les entretiens sont basés sur une approche systémique. Le diagramme ci-dessus, montre l'intérêt de la totalité des professionnels pour les déterminants personnels (identité, ressources, capacités, etc) et l'environnement physique de la personne. La majorité des participants (six sur sept) porte un intérêt à l'environnement socio-familial de l'utilisateur (E1P, E2P, E2I, E3P, E4I1, E4I2). En revanche, seulement deux psychologues et deux infirmières évoquent le parcours de vie de la personne lors des entretiens (E2P, E2I, E3P, E4I1). Les deux psychologues ont un avis opposé quant à cette question. En effet, E3P maintient que : «Ce qui est quand même important c'est d'avoir un petit peu une histoire de vie, savoir un petit peu qu'est ce qui l'a amené là dans les difficultés. » (1.235-236). A l'inverse, E1P déclare : « On essaye aussi de pas trop les ramener à leur histoire donc de ne pas trop insister lors de l'entretien sur leur parcours psy, on essaye en tout cas de suivre ce qu'elle nous amène. » (1. 206-209). Il ajoute, « ce qui nous intéresse ce n'est pas tant son histoire mais comment elle arrive à vivre actuellement et comment elle se reconstruit dans son présent. » (E1P 1. 224-226). Enfin, la nécessité de soin n'est pas abordée de manière unanime par tous les participants lors des premières évaluations : trois participants sur sept l'abordent très progressivement (E1P, E2P, E2I) contre deux sur sept (E4I1 et E4I2) qui l'abordent très précocément.

Lors de l'évaluation de la personne, de manière unanime, chaque professionnel met en

avant le choix d'une posture professionnelle de proximité et de symétrie dans la relation. La psychiatre nous illustre ceci par la remarque suivante : « On est dans une position très horizontale avec la personne. On est jamais derrière un bureau avec une blouse. » (E3D l. 188-189). Une grande majorité des participants (six sur sept) met aussi en exergue l'adaptation à l'utilisateur (son rythme, son niveau de compréhension) et le respect de ses défenses par l'écoute, l'absence de jugement et l'approche non-intrusive (E1P, E2P, E3D, E3P, E4I1, E4I2). En revanche, cinq participants sur sept soulignent l'importance du professionnalisme face à la nécessaire proximité (E2P, E2I, E3D, E4I1, E4I2).

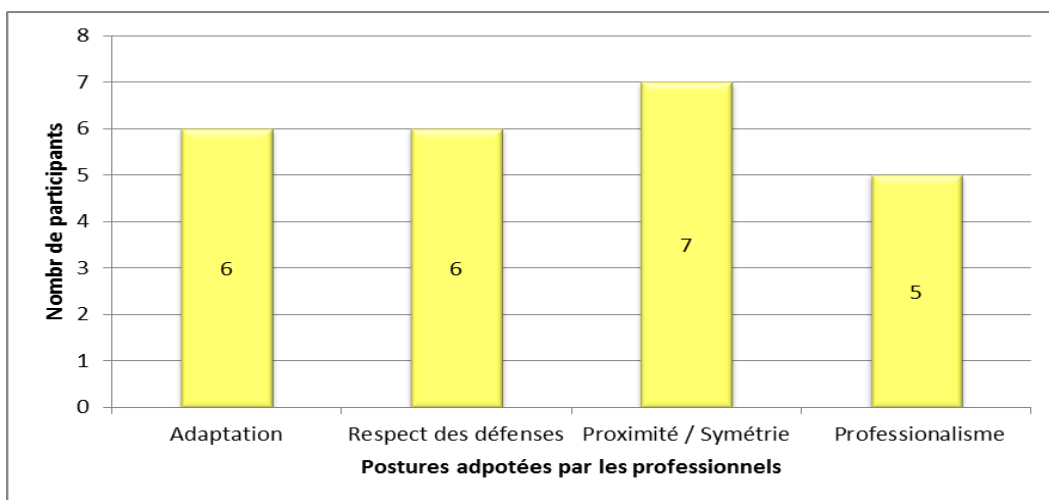


Fig. 6 : Postures professionnelles adoptées par les professionnels d'EMPP

Malgré cela, des difficultés d'ordre culturel sont constatées par six participants sur sept. En effet, selon le graphique ci-dessous, nous constatons que cinq participants ressentent une barrière de la langue avec certains usagers, ce qui nécessite le recours à des interprètes (E2P, E2I, E3D, E4I1, E4I2). Quatre professionnels reconnaissent se trouver face à des incompréhensions du fait de représentations culturelles différentes avec l'utilisateur (E1P, E2P, E2I, E3P). En effet ceci concerne la représentation de la psychiatrie, de la part de la personne, dans son pays d'origine ou bien des pratiques religieuses ou spirituelles pouvant être interprétées, par les professionnels, en France, comme des symptômes psychiatriques. Cette psychologue illustre: « Quand il y a des patients qui parlent de marabout, qui sont possédés par des djinns, ou j'sais pas quoi, bon bin on va essayer avec eux expliquez-nous c'que c'est. » (E3P l. 413-414). De même, quatre participants sur sept éprouvent le besoin de faire des recherches sur le contexte politique du pays d'origine des usagers migrants ou de se

former par rapport aux différentes cultures rencontrées sur le terrain (E1P, E2P, E2I, E3P). En revanche, une infirmière seulement (E4I1) constate des divergences de priorités entre ses attentes professionnelles et les attentes de l'utilisateur. Cela peut concerner par exemple une nécessité de soins ou une démarche administrative importante. Cette participante explique : « Les priorités sont pas les mêmes, pour nous la priorité serait d'aboutir à un dossier, machin et tout, eux si le machin il n'est pas là ou s'il a passé une mauvaise nuit bah c'est beaucoup plus important, c'est leur vie. » (E4I1 1.609-611).

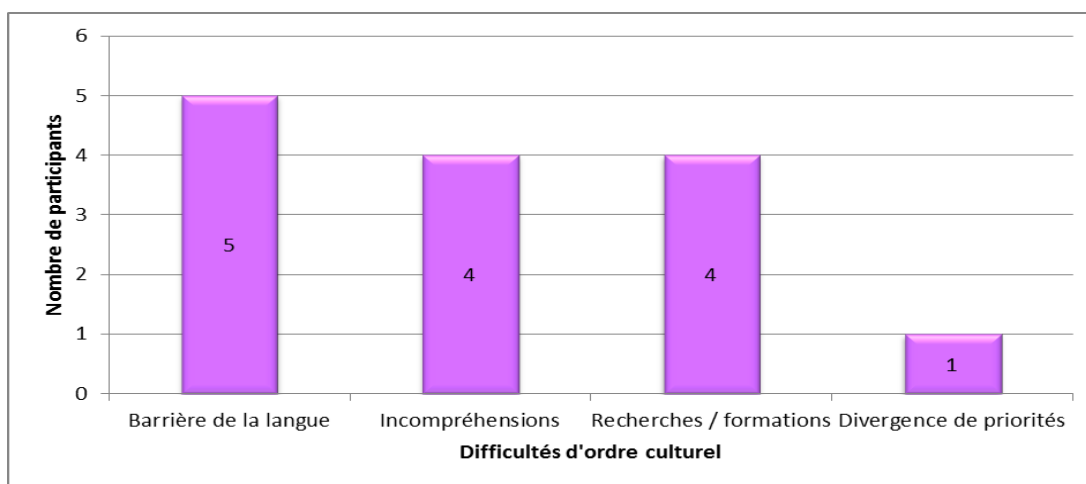


Fig. 7 : Difficultés d'ordre culturel rencontrées par les professionnels des EMPP interrogés

A la suite de cette évaluation, la majorité des professionnels oriente les usagers vers les partenaires. Ce relais n'est pas toujours facile pour la totalité des participants. En effet, cinq évoquent des difficultés de lien entre les secteurs sanitaires et sociaux, notamment pour faire hospitaliser les personnes (E1P, E2P, E2I, E3D, E4I2). De même, cinq participants sur sept constatent une difficulté de relais avec les partenaires du fait d'un manque d'infrastructure et de médecin pour la prise en charge de cette population (E1P, E2P, E2I, E4I1, E4I2) (cf. Figure n°8 ci-après).

1.5 Un travail d'équipe nécessaire

Une difficulté est mise en lumière par cinq participants sur sept : la charge de travail importante. Plusieurs raisons sont invoquées : un territoire couvert particulièrement grand (E1P, E3P), une forte augmentation de l'activité par l'augmentation croissante de la population en situation d'exclusion (E2I, E3D, E3P) ou encore une équipe pas assez étoffée (E1P, E4I1) (cf. Figure n°8 ci-après). Or, concernant ce dernier point, selon cinq

professionnels sur sept, le travail d'équipe est particulièrement important. En effet, cette infirmière confirme : « Le transfert nécessite avec les collègues de pas faire ça tout seul parce que tout seul on s'épuise. » (E2I l. 400-401). Aussi, cinq participants sur sept travaillent en collaboration permanente que ce soit par la mise en commun d'évaluation (E2P, E3P), l'échange sur des situations communes (E2I, E3P) ou, pour trois d'entre eux, par des interventions conjointes auprès d'un usager (E2I, E3D, E3P). Les cinq membres de E1, E2 et E3 estiment que chaque professionnel a une spécificité bien marquée au sein de l'équipe. De ce fait, quatre participants sur cinq constatent que ces différences professionnelles apportent une réelle complémentarité au sein de l'EMPP. Les deux infirmiers de l'équipe E4 ont un fonctionnement complètement différent des trois autres équipes. Chacun d'eux est réparti sur un secteur donné, ils n'ont donc pas de cas en commun. Néanmoins, ils sollicitent régulièrement les avis des collègues pour les situations difficiles. Enfin, seul E4 nous a fait part d'un temps mensuel dédié à l'analyse de la pratique. Pourtant, de nombreux temps de partage en équipe sont formalisés, selon un rythme hebdomadaire, bimensuel ou mensuel. Pour chacune des équipes, ces échanges professionnels permettent d'évoquer les difficultés rencontrées auprès de certains usagers (E1P, E2P, E2I E3D, E3P). Une des infirmières nous explique : « C'est primordiale, c'est vraiment avoir cet espace de parole entre nous pour pouvoir nous questionner, parler de situations et pas être dans l'agir, être dans la réflexion, prendre du recul . » (E2I l. 421-424).

Bien que ces professionnels aient tous une expérience de plusieurs années en psychiatrie ou dans le domaine de l'exclusion, quatre sur sept expriment des difficultés concernant leurs limites professionnelles. En effet, comme l'illustre l'histogramme ci-dessous, certains ressentent une forme d'impuissance face à certaines situations (E2P, E4I2), d'autres relatent le risque de dépasser ses limites professionnelles dans la relation d'aide. Cette psychologue explique :

« Il faut qu'on réfléchisse à nos propres limites, de ne pas aller trop loin parce que, bin effectivement, quand on voit les gens qui sont tellement démunis et tellement dans la précarité que parfois en tant que psychologue et même infirmière on a tendance des fois un petit peu à dépasser le rôle pour aider. » (E3P l. 377-380)

De plus, cinq participants sur sept constatent que le cadre relationnel correspondant à « l'aller vers » peut être particulièrement éprouvant (E1P, E2I, E3D). Une des infirmières illustre ceci par la phrase suivante : « Quand on va dans l'aller vers on peut ressortir au bout d'une demi-matinée épuisé mais c'est parce que notre champs relationnel est tout le temps en

questionnement. » (E2I l. 354-356). Un autre infirmier confirme ceci en précisant « On peut se faire happer par le discours. » (E4I2 l. 380). Aussi le travail d'équipe semble primordial pour prendre du recul sur certaines situations.

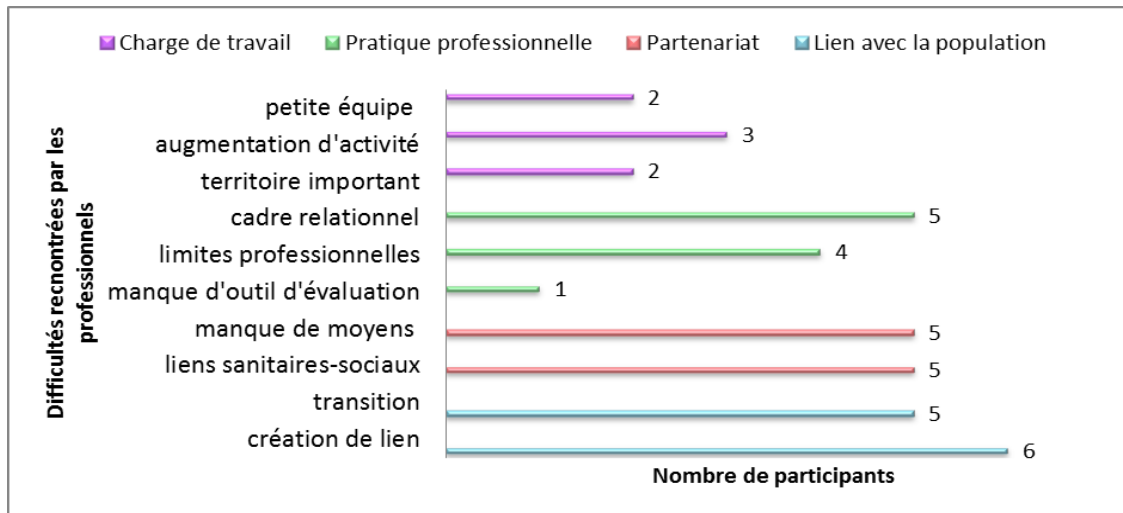


Fig. 8 : Récapitulatif des difficultés rencontrées par les professionnels des EMPP interrogés

1.6 Une connaissance restreinte de l'ergothérapie

Enfin, après avoir interrogé les participants sur leur connaissance de l'ergothérapie, cinq professionnels sur sept avouent avoir une connaissance incertaine du métier d'ergothérapeute (E2P, E2I, E3P, E4I1, E4I2). Pourtant, nous constatons que trois participants sur sept citent les termes « handicap » ou « autonomie » (E1P, E3D, E4I1) et que deux participants évoquent une prise en compte « globale » de la personne (E1P, E3D). Concernant les champs d'action ou lieux d'intervention, trois participants sur sept imaginent la fonction d'un ergothérapeute en rééducation fonctionnelle (E3D, E3P, E4I1), trois dans le domaine de la réadaptation (E1P, E2I, E3P) et deux en réhabilitation psychosociale (E4I1, E3P). De plus, bien que trois professionnels imaginent le champ d'action de l'ergothérapeute au sein de la médiation par l'activité (E2P, E3D, E4I2), mais aucun ne cite l'évaluation. Concernant la connaissance du cadre d'intervention des ergothérapeutes, deux participants sur sept imaginent rencontrer des ergothérapeutes en service de soins de suite et réadaptation (E3P, E2P), deux autres en psychiatrie (E1P, E2P) et un participant en lieux de vie (E4I1). Aucun des professionnels n'envisage la pratique de l'ergothérapie « hors les murs » (c'est-à-dire à l'extérieur des institutions). Enfin, un infirmier (E4I1) pense que l'ergothérapie n'existe pas dans les structures privées et une autre infirmière (E2I) ne sait pas où les ergothérapeutes

interviennent.

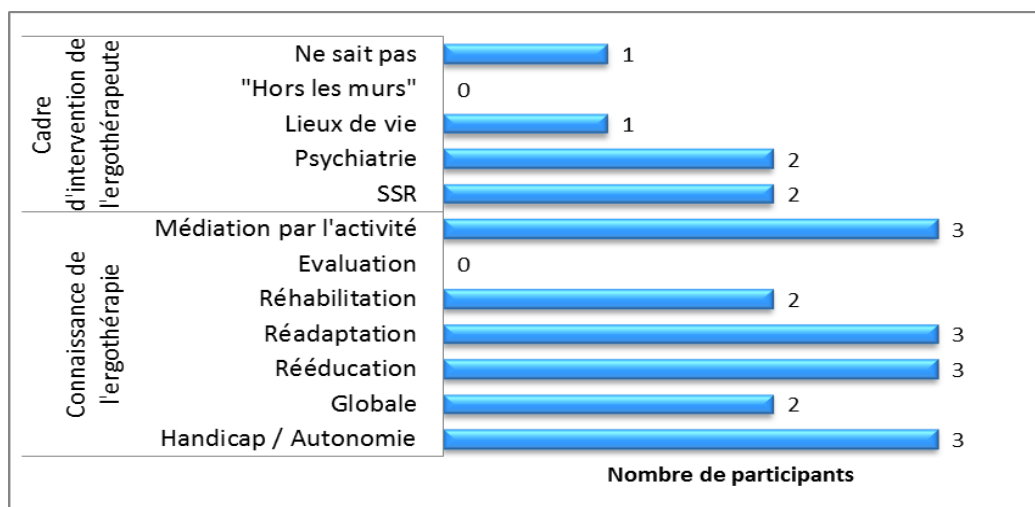


Fig. 9 : Représentation de l'ergothérapie par les professionnels des EMPP interrogés

Puis après réflexion sur l'intérêt de l'intervention d'un ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion, trois participants sur sept confirment spontanément qu'il n'y a pas d'ergothérapeute en EMPP (E1P, E2P, E3D). Tous semblent penser que l'ergothérapie serait pertinente auprès de la population exclue et cinq professionnels ne sont pas réfractaires à l'idée de l'intégration d'un ergothérapeute au sein d'une EMPP (E1P, E2P, E2I, E3P, E4I1). Cependant, trois questionnent le cadre d'intervention notamment où et comment l'ergothérapeute pourrait intervenir auprès de cette population (E2P, E3D, E4I2). Quatre participants estiment que l'ergothérapie pourrait être complémentaire pour les usagers ou permettrait de diversifier les compétences (E1P, E2I, E3D, E4I1).

Bien qu'il n'y ait pas de consensus, trois psychologues et une infirmière envisageraient principalement le rôle d'un ergothérapeute pour accompagner au réinvestissement des actes de la vie quotidienne (E1P, E2P, E3P, E4I1). Au même titre deux psychologues et deux infirmières percevraient plus son rôle en réhabilitation psycho-sociale (E1P, E2I, E3P, E4I1). Le psychiatre et deux infirmiers l'envisageraient pour effectuer des activités médiatisées à visée créative (E3D, E4I1, E4I2). En outre, la rééducation est envisagée par deux professionnels, orientée sur du réentraînement cognitif et de la réappropriation des sensations corporelles (E3P, E4I1). En revanche, une psychologue émet l'hypothèse de l'intervention d'un ergothérapeute auprès de cette population dans un but occupationnel (E3P) et verrait donc plus la place d'un ergothérapeute au sein d'une structure telle qu'un accueil de jour pour

réaliser des permanences, avis que partage une autre psychologue (E2P). Enfin, l'évaluation et les actes de sensibilisation sont minoritairement proposés puisque seul un participant les évoque (E1P).

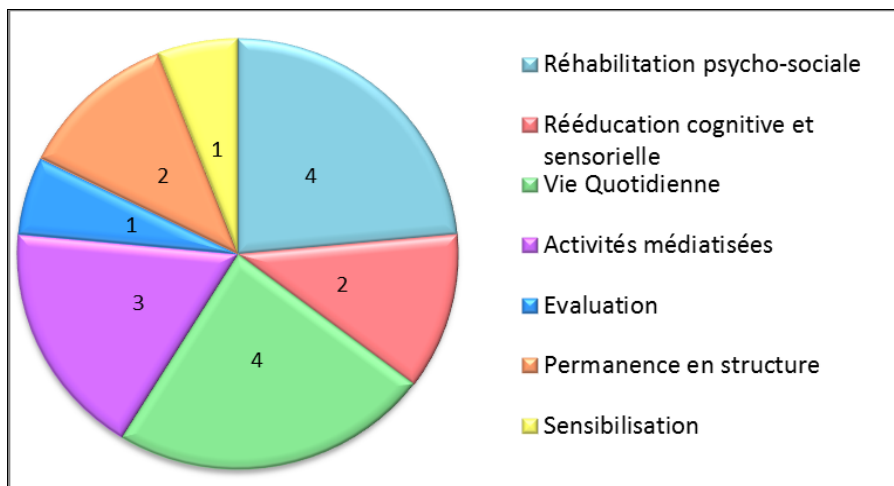


Fig. 10 : Répartition des domaines dans lesquels les professionnels envisageraient la place d'un ergothérapeute dans le milieu de l'exclusion

2. Discussion

2.1 Des pratiques d'entretien non formalisées

A l'issue de l'analyse de ces résultats, nous constatons que les données récoltées auprès des professionnels, concernant l'organisation des EMPP et la population, sont corrélés avec la littérature scientifique. De plus, nous constatons que la démarche d'évaluation des usagers par les professionnels de ces EMPP, est systématique pour répondre à leurs besoins d'orientation, comme le préconise la circulaire du 23 novembre 2005. La démarche « d'aller-vers » fait consensus parmi les sept participants, en accord avec les principes de proximité décrits dans la littérature. Se rendre au plus près de l'environnement de la personne, permet aux professionnels d'effectuer une évaluation systémique, en prenant en compte aussi bien les déterminants personnels que l'environnement physique de celle-ci.

Cependant, les méthodes d'évaluation, appliquées sur le terrain par ces quatre EMPP, présentent quelques différences avec les descriptions faites par les auteurs de référence (Bon, Martin, Mercuel, Girard et al.). En effet, ces chercheurs nous détaillent des techniques d'observation, des phases de permanence dans les lieux fréquentés par cette population et des

rencontres informelles avec les usagers. En revanche, sur le terrain, peu de professionnels citent l'observation comme méthode d'évaluation première. Nous pouvons supposer que celle-ci est tacite, aussi certains n'ont-ils pas ressenti le besoin de l'exprimer lors des entretiens. En revanche, les permanences citées, dans les lieux d'accueils, sont une réalité prégnante sur le terrain puisque la totalité des équipes interrogées en effectuent. De plus, les méthodes de rencontre informelles citées dans la littérature restent peu explicitées. Aussi, la méthodologie employée a pu éclairer cette pratique. Des entretiens sont majoritairement utilisés, de manière consensuelle, uniquement par la modalité verbale. L'évaluation de la situation d'une personne s'effectue alors seulement par la lecture clinique d'un ou plusieurs professionnels. La sensibilité liée à leur pratique spécifique est donc prépondérante. Cependant, quel que soit leur profession, l'alliance thérapeutique est citée, par tous, comme un pré-requis à la collaboration entre l'utilisateur, les professionnels et les partenaires. Ce dernier élément se retrouve dans la littérature scientifique nommé sous le nom de « processus d'engagement » (Girard et al. 2012). Il est primordial et particulièrement fragile, du fait de la complexité de la population suivie, comme le confirme les professionnels sur le terrain.

La plupart des participants ne manifeste aucune difficulté concernant les méthodes d'évaluation qu'ils utilisent auprès de la population exclue. Pourtant, un infirmier met en exergue le possible avantage de faire appel à des activités médiatisées pour faciliter le lien avec la personne. En effet, nous constatons que la mise en place d'ateliers thérapeutiques est citée dans la littérature mais qu'aucun participant ne semble en utiliser dans sa pratique quotidienne. La littérature est fondée pourtant sur la pratique de professionnels expérimentés dans le domaine de l'exclusion et en particulier en EMPP. Aussi, nous pouvons penser que cette différence entre la théorie et le terrain peut être due à une divergence de pratique, spécifique à ces quatre équipes et que ce type d'atelier n'est pas instauré systématiquement en EMPP à l'échelle nationale.

2.2 Des professionnels confrontés à des difficultés d'ordre culturel

Les professionnels de terrain n'expriment pas un manque d'outil d'évaluation mais relèvent néanmoins des difficultés d'ordre culturel avec la population. En effet, la grande majorité des participants est confrontée à la barrière de la langue ou à des interprétations

douteuses des symptômes psychiatriques en réalité dus à la culture. Ces difficultés n'apparaissent pas dans la littérature, aussi nous pouvons nous interroger sur cette absence. Toutes les EMPP françaises rencontrent-elles ces obstacles ? La méthodologie utilisée et les entretiens passés ne nous permettent pas de répondre à cette question puisque le secteur d'intérêt reste limité localement à deux équipes sur deux régions.

2.3 Des usagers qui s'impliquent encore difficilement dans le soin

En outre, la passation de ces entretiens, révèle une démarche d'incitation à l'implication des usagers dans le soin, par les professionnels d'EMPP. En effet, la démarche d'aller vers citée précédemment permet, selon les participants, d'être plus accessible et disponible pour les personnes. Ceci correspond dans la littérature aux notions de proximité et d'accessibilité décrite à la fois dans la circulaire du 23 novembre 2005 et par les auteurs de références. Les participants complètent cette description par l'application d'une posture professionnelle basée sur la symétrie de la relation et l'adaptation au niveau de compréhension de la personne. Ceci dans le but qu'elle puisse s'emparer de la relation et des explications données. Enfin, la totalité des professionnels confirme le nécessaire travail de partenariat évoqué dans les textes de lois. La vision complémentaire des participants permet d'illustrer l'implication de la personne exclue. En effet, les professionnels d'EMPP instaurent un réseau autour de celle-ci pour lui permettre plus facilement de le solliciter de manière autonome, en cas de besoin.

Cependant, malgré les efforts des participants, l'implication dans le soin reste difficile pour cette population. Deux critères sont mis en valeur par la grande majorité des participants: la fragilité du lien thérapeutique et la difficulté de lien entre le secteur sanitaire et le secteur social. Le premier cas est confirmé dans la littérature par le vécu de rupture à répétition rencontré par les personnes et le concept de « récusation », c'est-à-dire, du refus d'aide évoqué par J-P Martin (2011). Nous pouvons nous demander si la modalité uniquement verbale lors de la création de lien peut expliquer en partie cette fragilité. Pour le second critère, la difficulté de lien entre les secteurs sanitaires et sociaux, rencontrée sur le terrain par la grande majorité des participants, confirme les objectifs avancés dans le Plan psychiatrie précarité 2011-2015 à savoir la nécessité d'un décroisement entre ces deux champs.

2.4 Des professionnels de terrain plutôt favorables à l'ergothérapie

Enfin, le recueil des connaissances des professionnels de terrain concernant l'ergothérapie et ses champs d'action nous permet de constater qu'une petite majorité connaît peu ou de manière incertaine le panel d'action de cette profession. La plupart de leur vision reste restrictive et peu d'entre eux, évoquent une collaboration avec des ergothérapeutes au cours de leur carrière : deux participants seulement, un psychologue dans le milieu de l'humanitaire et une psychiatre en foyer de vie auprès de personnes âgées dépendantes. Or, les textes régissant le cadre légal d'intervention des ergothérapeutes stipulent l'exercice, aussi bien en soins somatiques qu'en soins psychiques. Ainsi, bien que la grande majorité des participants à cette étude ait eu une carrière majoritairement en psychiatrie, nous pouvons nous questionner sur la faible interaction que ceux-ci ont rencontrée avec les ergothérapeutes durant leur parcours.

De plus, le questionnement sur la pertinence de l'intervention d'un ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion et en particulier au sein d'une EMPP met en évidence que les professionnels sont tous assez favorables à cette idée. Les modalités d'intervention restent, en revanche, à déterminer. Cependant, nous sommes dans l'obligation de nuancer ces résultats par la présence d'un biais de désirabilité sociale qui a pu s'instaurer au cours des entretiens. En effet, chaque participant avait notion, lors de ses réponses, que cette recherche était faite dans le cadre d'une filière d'ergothérapie. Pourtant, bien qu'elles ne fassent pas consensus, de nombreuses pistes d'intervention ont émergé de cette dernière question. Or, elles entrent, pour certaines, en corrélation avec la pratique australienne des HHOT, détaillée dans la littérature. Celle-ci évoque l'évaluation, le lien avec les activités de la vie quotidienne ou encore, la réhabilitation psycho-sociale exprimée, en Australie, en terme de réinvestissement des rôles et développement du lien social. Par ailleurs, nous remarquons un lien franc entre le parcours d'un professionnel en particulier et sa connaissance de l'ergothérapie. Le psychologue de E1 nous informe de son parcours en humanitaire, à l'étranger et de sa collaboration avec des ergothérapeutes canadiens. Or, il correspond au participant connaissant le mieux l'ergothérapie et par voie de conséquence, à celui le plus favorable à leur intervention en EMPP. De même, les suggestions d'interventions qu'il propose, se rapprochent le plus de la pratique des HHOT australiennes.

2.5 Une hypothèse qui sous-tend une pratique innovante

Par la mise en lien des données théoriques avec les données recueillies sur le terrain, nous constatons qu'une relation existe entre l'image envisagée de la pratique de l'ergothérapie, par les professionnels et la pratique australienne. Bien que quelques réticences persistent, les participants à cette étude, se sont montrés globalement favorables à l'intervention d'un ergothérapeute au sein d'une EMPP. Certains restent dans l'incertitude quant aux modalités d'intervention, alors que d'autres ont un avis déjà très élaboré sur la place de cette profession :

« Moi là où je vois l'ergothérapie c'est dans cette approche écologique, c'est cette approche qui est centrale dans notre travail, donc l'ergothérapeute peut nous aider à faire ça, en articulant les différents domaines de la vie de la personne et puis pour l'évaluer. Par exemple nous on est en train de mettre en place un outil d'évaluation d'impact de notre intervention et donc du coup j'ai un psychologue qui travaille sur ça et très fréquemment ce vers quoi il est renvoyé c'est les mesures de l'activité de vie et du bien-être et effectivement je pense que vous les ergothérapeutes vous êtes formés pour avoir ce type d'évaluation, donc ça pourrait nous aider. » (E1P1. 459-467)

Au regard des résultats de cette étude et conforté par l'opinion de ce psychologue, la confirmation de notre hypothèse se profile. Aussi, envisageons une réflexion sur la pertinence du modèle Kawa.

Ce modèle conceptuel, spécifique à la pratique en ergothérapie, pourrait permettre une complémentarité auprès des professionnels d'EMPP et des usagers. En effet, comme décrite précédemment, l'évaluation est d'ores et déjà systématisée au sein des EMPP. Cependant, les outils des participants ne semblent pas formalisés. Les entretiens, passant uniquement par la modalité verbale, sont un des seuls moyens d'évaluation de la situation des personnes exclues souffrant de troubles psychiques. Aussi, la médiation graphique du modèle Kawa pourrait être une réelle plus-value dans ces entretiens d'évaluation. Elle permettrait de conserver une trace écrite des échanges entre le professionnel et l'utilisateur, cela pourrait palier l'irrégularité du suivi évoqué par les professionnels de terrain. Son cadre d'application formel reste néanmoins souple pour s'adapter à l'utilisateur et à son environnement. De plus, l'amenuisement de l'aspect culturel, étant un des principes d'action de ce modèle, il pourrait répondre aux difficultés de cet ordre rencontrées par les professionnels de terrain. Ses valeurs, à savoir, la symétrie de la relation, l'approche centrée sur la personne, serait en accord avec les principes d'action des EMPP : proximité, disponibilité, accessibilité. Enfin, ce modèle axé sur une approche par

résolution de problème permettrait de faciliter l'identification des partenaires nécessaires et donc le travail en réseau.

En ce qui concerne plus directement l'utilisateur, le modèle Kawa, par la médiation graphique, pourrait permettre la facilitation de la relation thérapeutique. En outre, ce modèle participerait à l'implication active de l'utilisateur dans la démarche de soin, puisqu'il serait acteur de l'entretien, par le graphisme, l'explicitation et l'échange avec le soignant. De même, il l'inciterait à s'inscrire dans le présent, contrainte mise en exergue lors des entretiens des professionnels. De fait, il pourrait faciliter l'élaboration d'une demande de soins tout en respectant la temporalité du sujet. Les deux parties d'élaboration graphique étant indépendantes (rivière complète pour se projeter sur sa vie entière et section de la rivière pour ne se focaliser que sur l'instant présent), il est possible de s'adapter au désir de la personne d'évoquer ou non son parcours de vie. Enfin, cette implication active de l'utilisateur pourrait aussi être initiée par l'approche, par résolution de problème, lors de la recherche de solutions avec le professionnel.

Ces propositions tendent à confirmer l'hypothèse de départ. Cependant, celle-ci reste à nuancer. En effet, l'ergothérapeute pourrait se retrouver confronté aux mêmes limites que les professionnels d'EMPP actuellement. En effet, malgré l'amenuisement des différences culturelles entre l'utilisateur et le thérapeute, la barrière de la langue reste problématique. Le support graphique permet de faciliter la compréhension mais, un interprète peut toujours être nécessaire. De plus, l'alliance thérapeutique est toujours un pré-requis à la collaboration entre le professionnel et la personne. Aussi, bien que le modèle Kawa tende à faciliter la création de celle-ci, aucun travail ne peut se faire sans elle.

Cette étude comporte deux intérêts principaux mais aussi quelques limites. Tout d'abord la population d'intérêt s'inscrit dans l'actualité. Le sujet des personnes exclues est récurrent dans les médias, de manière saisonnière et par ailleurs, nous assistons, dans l'actualité à une recrudescence de flux migratoire à l'échelle européenne. Ils concernent en particulier les populations migrantes en détresse humanitaire : présence de population Rom, de ressortissants de pays en état de guerre, etc. Ainsi, des solutions sont nécessairement à réfléchir. De plus, à l'échelle nationale, l'exclusion, la précarité et les troubles psychiques sont particulièrement mis en avant avec la création de plans récents (Plan contre la pauvreté et pour l'inclusion

sociale (2013) et Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015). La santé mentale s'inscrit aujourd'hui dans les priorités de soins par le nombre grandissant de personnes en situation de fragilité. En outre, ce sujet trouve son intérêt dans son aspect novateur déduit de la littérature et confirmé par les participants. En effet, des écrits ont été produits concernant la pratique des ergothérapeutes dans le domaine de l'exclusion mais ceux-ci sont canadiens et décrivent l'intervention en refuge. A contrario, peu d'écrits français ont été produits sur la pratique ergothérapique dans ce domaine, et aucun au sein d'EMPP, à l'heure actuelle.

En revanche, cette étude comporte des limites notamment méthodologiques. D'une part, le nombre de participants reste trop peu élevé pour que ces résultats soient considérés comme significatifs. En effet, la sollicitation des EMPP à l'échelle nationale, plutôt que locale, pourrait récolter l'opinion plus large des professionnels et ainsi apporter un autre éclairage à l'hypothèse. D'autre part, le guide d'entretien utilisé s'est avéré complexe car de nombreux items ont été abordés. Aussi, il aurait pu être intéressant de ne sélectionner que quelques critères mais, de les approfondir plus amplement, notamment ceux portant sur les techniques et les outils d'évaluation.

2.6 Une expérimentation de terrain envisagée

Afin de vérifier la pertinence de cette hypothèse sur le terrain, un profil de poste pourrait être élaboré et l'intervention d'ergothérapeutes, envisagée à titre expérimental, sur une durée déterminée. Plusieurs professionnels pourraient être répartis dans des équipes au profil varié, à l'échelle nationale. Puis, par la création de questionnaires anonymes de satisfaction, l'opinion des professionnels des équipes, des partenaires sur le terrain et des usagers pourrait être récoltée afin de mesurer la pertinence de leur intervention.

Par l'analyse de terrain, nous notons que les participants, pour certains, ont une connaissance approximative du métier d'ergothérapeute. Or les actions, les plus en accord avec la pratique australienne, qu'ils envisagent, sont corrélées à ce niveau de connaissance. Nous pouvons donc nous demander, si une meilleure représentation des champs d'action des ergothérapeutes pourrait contribuer à la facilitation de leur insertion au sein des EMPP. Aussi, des actions de communication pourraient être entreprises, afin de promouvoir ce métier, prioritairement auprès des professionnels de santé, ainsi qu'au sein du milieu étudiant, correspondant à la source des professionnels de demain.

Conclusion

Au terme de ce travail d'initiation à la recherche, nous constatons que la population exclue souffrant de troubles psychiques reste particulièrement complexe. Ses besoins de santé sont réels mais cette population n'est majoritairement pas en demande d'aide, aussi son implication dans un parcours de soin est rendue difficile. De plus, son accessibilité et la création d'une relation thérapeutique s'avère, encore aujourd'hui, délicate malgré l'instauration du concept « d'aller vers » par les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité. La nécessité d'une approche systémique est mise en valeur par les professionnels de terrain interrogés. A travers la littérature et les avis de ces derniers nous constatons que les EMPP restent des équipes récentes, dont le développement est encore en cours. La pratique des professionnels confrontée à la population exclue semble en perpétuel questionnement et remise en question. En outre, les participants à cette étude ont fait preuve d'une curiosité et d'un certain intérêt pour le sujet. Aussi la possibilité d'élargir le champ de compétences pluridisciplinaires, au sein des équipes, pourrait être envisagé. Néanmoins, elle se heurte à une méconnaissance du métier d'ergothérapeute, d'où le sentiment d'une réticence à leur intégration, comme l'illustre cette psychologue : « Mais après tout voilà, on s'fait des idées... que ça serait aussi tout à fait intéressant. » (E3P l. 553-554).

De ma question de départ : « Si vous deviez faire une visite à domicile mais le patient dont vous vous occupez est sans-domicile-fixe, que feriez-vous ? », un réel cheminement de pensée a émergé. J'ai, au cours de ce travail d'initiation à la recherche, pu me questionner sur la pratique de l'ergothérapie et en particulier sur une approche en dehors des institutions classiques. Je n'ai pas trouvé de réponse tranchée à cette question mais, cette démarche de recherche m'a permis de mieux connaître cette population complexe et diversifiée. Elle a aussi nourri de nombreuses pistes de réflexion et me conforte dans l'idée que l'ergothérapeute a une place à part entière dans le domaine de la réadaptation et de la réhabilitation psychosociale. Son approche systémique à la croisée des domaines sanitaires et sociaux me pousse à penser que sa place ne peut pas être uniquement en milieu intra-hospitalier et que l'intervention centrée sur la personne, au plus près de son environnement complète les mises en situation simulées en institution.

En outre, ce travail de recherche m'aura fait prendre conscience de l'intérêt de se référer à des sources bibliographiques vérifiées afin d'asseoir la pertinence et la fiabilité de son travail. De plus, cette démarche m'aura permis d'acquérir une rigueur méthodologique qui, je pense, pourra être transposée dans une pratique professionnelle à venir, notamment en ce qui concerne le positionnement éthique.

Enfin, concernant le modèle Kawa, cet outil éveille toujours en moi une certaine curiosité. D'une part, ce travail de recherche m'a incitée à approfondir mes connaissances concernant cet outil et certainement de l'adopter, selon les situations, dans ma pratique future. D'autre part, il m'encouragera à continuer mes recherches sur ce modèle qui me semble particulièrement riche. En effet, sa souplesse de passation et le fait qu'il puisse cibler un large public autorise son utilisation dans divers milieux. En revanche, une juste compréhension du Kawa sera affinée avec le temps et l'expérience.

Bibliographie

- Bagnères C. (2007) La relation avec l'objet. Dans Hernandez H. (dir) Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation. (p. 93-102) France : De Boeck
- Baronnet J., Faucheux-Leroy S., Kertudo P., et ONPES - FORS Recherches sociales (2014) *Etude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couvert par la statistique publique.*
- Bon M., (2008) Le psychiatre errant, les errances de la psychiatrie. Dans Furtos J. (dir) *Les cliniques de la précarité, Contexte social psychopathologie et dispositifs.* (p. 247-259) France : Elsevier Masson
- Bon M. (2012) Sans toits ni lois. Dans Sassolas M. (dir) *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* (p. 97-114) France : Erès
- Brousse C., Firdion J-M., Marpsat M. (2008) *Les sans-domicile.* La découverte
- Chambaud L. (2007) *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri.* Rapport public. Inspection Générale des affaires sociales, Repéré à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000606/>
- Circulaire ministérielle DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, Bulletin officiel (publication n°2006 – 1), repéré à : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>
- Comité interministériel de lutte contre les exclusions (2013) *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale,* repéré à : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP-PAUVRETE.pdf>
- Damon, J. (2014) *L'exclusion.* (coll. Que sais-je ?) Puf
- Damon J., et Ministère du logement (2009) *Les politiques de prise en charge des sans-*

- abri dans l'Union européenne*. Rapport public. Ministère du logement, repéré à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000158/>
- Declerck P. (2001) *Les naufragés : avec les clochards de Paris*. Plon.
- Emmanuelli, X., Malabou C. (2009) *La grande exclusion : l'urgence sociale, symptômes et thérapeutiques*. France: Bayard
- FEANTSA (2013) *Le sans-abrisme et la santé mentale*, Sans-abri en Europe, repéré à : <http://feantsa.org/spip.php?article1814&lang=fr>
- FNARS (2013) *Baromètre 115* repéré à <http://www.fnars.org/publications-fnars/barometre-115>
- Furtos, J. (2008) *Les cliniques de la précarité, Contexte social psychopathologie et dispositifs*. France : Elsevier Masson
- Furtos, J. (2009) *De la précarité à l'auto-exclusion*. Paris : Editions Rue d'Ulm
- Girard V., Sarradon-Eck A., Payan N., Bonin JP., Perrot S., Vialars V., ..., Simeoni MC., (2012), Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP): des urgences médicopsychiatriques dans la rue à la pratique d'hospitalisation à domicile pour les personnes sans domicile. *La presse médicale*, 41(5), 226-237
- Guillez, P., & Tétreault, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve: Solal Editeurs
- Grès Médiation Santé, IGAS, ANAES (2003) Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé, repéré à <http://www.sante.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass.html>
- Hernandez H. (2010) L'ergothérapie, une profession de réadaptation, *Journal de réadaptation médicale* (30), 194-197
- Iwama M. (2006) *The kawa model : culturally relevant occupational therapy*. Philadelphie: Elsevier
- Iwama M. (2007) Embracing diversity : explaining the cultural dimensions of our occupational therapeutic selves. *New Zealand Journal of Occupational*

Therapy, 54, 16-23

Iwama M. (mars 2014) *Kawa Model*. Communication présentée à la conférence à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE à Créteil (France)

Lambert E. (2012) *Besoins occupationnels des personnes vivant une situation d'itinérance cyclique et relative*. 64 p., Mémoire de maîtrise d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Laporte A., Chauvin P. (2010) *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'île de France*, Rapport SAMENTA. Repéré sur le site de l'Observatoire du Samu Social de Paris : <http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf>

Loi d'orientation n°98 - 657 du 22 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions repéré à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>

Lloyd C., Bassett H., (2010), The role of an Australian homeless health outreach team. Part 1: background, *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17 (7), 376-379

Lloyd C., Bassett H., (2012), The role of occupational therapy in working with the homeless population: an assertive outreach approach. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 18-23

Martin, J.-P. (2008) Pratiques psychiatriques et précarités : quels dispositifs ? Dans Furtos J. (dir) *Les cliniques de la précarité, Contexte social psychopathologie et dispositifs*. (p.223-242) France : Elsevier Masson

Martin, J.-P. (2011) *La rue des précaires, Soins psychiques et précarité*. Erès

Mercuel A. (2007) Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives, *Pluriels* (67), 1-7

Mercuel A. (2007) Carte de France des EMPP, *Journal des équipes mobiles psychiatrie précarité*. (0), 2-3

Mercuel A., Qerimi A. (2011, mars) *Etat des lieux des EMPP 5 ans après la*
57

circulaire. IV^{ème} journée nationale des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité,
CH Sainte Anne

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative (2008)
Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS, Recommandation
et indicateurs, repéré à
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf

Ministère de la santé et des sports (2010) *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme
d'état d'ergothérapeute*. BO santé – protection sociale – solidarité n°2010/7
repéré à
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00002244
7668&dateTexte=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&dateTexte=&categorieLien=id)

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la
cohésion sociale (2012) *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015* repéré à :
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-
2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)

Morel-Bracq M.-C. (2009) Le modèle Kawa (rivière) de Michael IWAMA. Dans
Morel-Bracq M.-C.(dir) *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction
aux concepts fondamentaux*. (p. 89-96) France : Solal

Paxson D., Winston K., Tobey T., Johnston S, Iwama M., (2012) The Kawa Model:
Therapists' Experiences in Mental Health Practice. *Occupational Therapy in
Mentale Health*. 28(4)

Pichon P., Francq B., Firdion J-M., Marpsat M., Roy S., et Soulet M-H (2008) *SDF,
sans-abri, itinérant. Oser la comparaison*. UCL Presses universitaires de
Louvain.

Prevost A., Bougie C. (2008) Equipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire, qui fait
quoi ? *Le médecin du Québec*. 43(11) 43-48

Quesemand Zucca S. (2007) *Je vous salis ma rue, clinique de la désocialisation*.
Stock

Richer S. (2008) Introduction aux situations de précarité en Australie méridionale.

- Dans Furtos J. (dir), *Les cliniques de la précarité, Contexte social psychopathologie et dispositifs*. (p.248-259) France : Elsevier Masson
- Richer S., Merygold N. (2008) Données épidémiologiques psychiatriques concernant les sans domicile. Dans Furtos J. (dir), *Les cliniques de la précarité, Contexte social psychopathologie et dispositifs*. (p.260-277) France : Elsevier Masson
- Vallet I. (2011) *Le modèle Kawa, son expérimentation : une espace d'échanges entre l'ergothérapeute et la personne âgée*. (Mémoire de diplôme d'état en ergothérapie) Université Lyon 1
- Yaouancq, F. (2013) *Enquête sans-domicile : quelques résultats*, diffusion, SD2012. Repéré sur le site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/connaitre/colloques/sms/sms-051213-yaouancq-2.pdf>
- Wada M. (2011) Strengthening the Kawa model : Japanese perspectives on person, occupation and environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 229-236
- Wresinski, J. (1987) *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social, Journal Officiel (6). Repéré à : <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE: Aide Sociale à l'Enfance

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CILE : Comité Interministériel de Lutte Contre les Exclusions

CNLE : Conseil National des Politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale

CPH : Centre provisoire d'Hébergement

CRI: Comité de Recherche pour l'Itinérance

DREES : Direction de la Recherche de l'Evaluation et des Etudes Statistiques

ETHOS: European Typology on Homelessness and housing exclusion

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

FEANTSA: Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

FNARS : Fédération Nationale des associations de réinsertion sociale

HHOT : Homeless Health Outreach Team

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etude Démographique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LHSS : Lit Halte Soins Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED: Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SDF : Sans domicile Fixe

Table des figures

| | |
|---|-----------|
| Fig. 1 : Caractéristiques socio-démographiques des populations rencontrées par les professionnels des EMPP interrogés..... | 35 |
| Fig. 2 : Caractéristiques de santé des populations selon les professionnels des EMPP interrogés..... | 36 |
| Fig. 3 : Répartition des missions principales des EMPP interrogées | 38 |
| Fig. 4 : Méthodes d'évaluation utilisées par les professionnels des EMPP interrogés..... | 39 |
| Fig. 5 : Items abordés par les professionnels lors de l'évaluation systématique de l'utilisateur..... | 40 |
| Fig. 6 : Postures professionnelles adoptées par les professionnels d'EMPP .. | 41 |
| Fig. 7 : Difficultés d'ordre culturel rencontrées par les professionnels des EMPP interrogés..... | 42 |
| Fig. 8 : Récapitulatif des difficultés rencontrées par les professionnels des EMPP interrogés..... | 44 |
| Fig. 9 : Représentation de l'ergothérapie par les professionnels des EMPP interrogés..... | 45 |
| Fig. 10 : Répartition des domaines dans lesquels les professionnels envisageraient la place d'un ergothérapeute dans le milieu de l'exclusion..... | 46 |

Table des annexes

| | |
|--|-----------------|
| Annexe I: Modélisation du concept de désaffiliation sociale | LXIV |
| Annexe II : Compléments de données épidémiologiques..... | LXV |
| Annexe III : Compléments concernant les services existants pour les personnes en situation d'exclusion..... | LXV |
| Annexe IV : Complément concernant les HHOT en Australie..... | LXVI |
| Annexe V : Complément de résultats, composition professionnelle des équipes interrogées..... | LXVI |
| Annexe VI : Trame du répertoire créé pour le recueil des coordonnées des EMPP | LXVII |
| Annexe VII : E-mails envoyé aux professionnels | LXVIII |
| Annexe VIII : Trame de la fiche d'observation post-entretien..... | LXX |
| Annexe IX : Formulaire de consentement | LXXI |
| Annexe X : Guide d'entretien..... | LXXIV |
| Annexe XI : Grille d'analyse et indicateurs attendus | LXXVI |
| Annexe XII : Grille d'analyse et résultats intermédiaires | LXXX |
| Annexe XIII : Retranscriptions intégrale de l'entretien E1P | CLXXXV |
| Annexe XIV : Retranscriptions intégrale de l'entretien E2P | CXCVIII |
| Annexe XV : Retranscriptions intégrale de l'entretien E2I..... | CCX |
| Annexe XVI : Retranscriptions intégrale de l'entretien E3D | CCXXIV |
| Annexe XVII : Retranscriptions intégrale de l'entretien E3P | CCXXXIII |

Annexe XVIII : Retranscriptions intégrale de l'entretien E4I1 CCXLVII

Annexe XIX : Retranscriptions intégrale de l'entretien E4I2.....CCLXIII

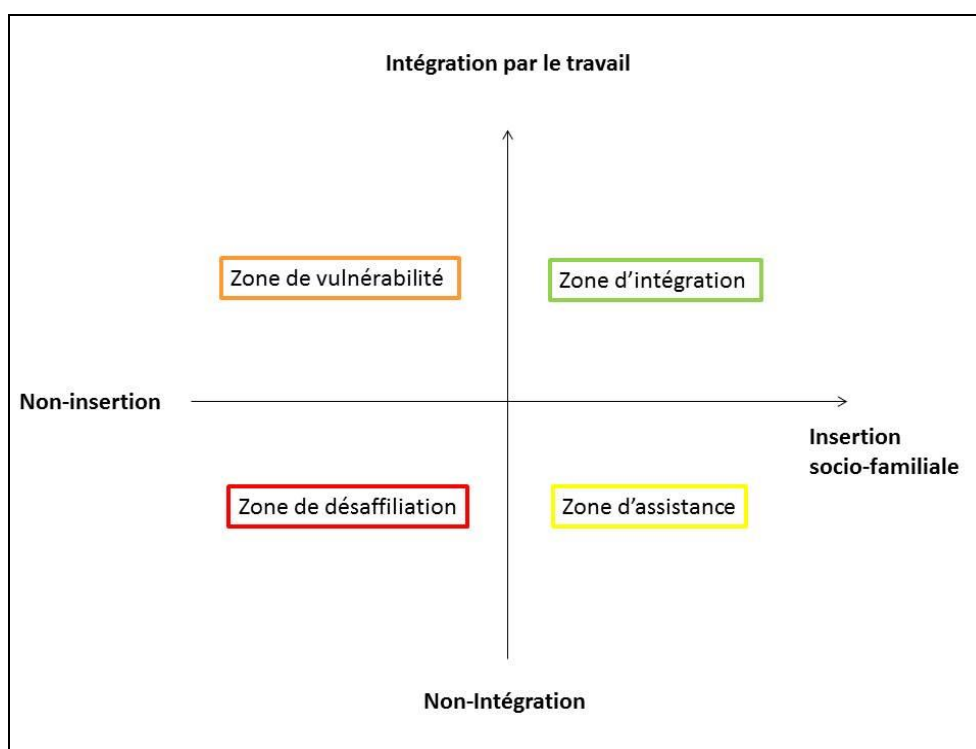
**Annexe XX : Retranscription d'un entretien de pré-enquête auprès d'une
ergothérapeute travaillant en centre médical, auprès de personnes exclues
..... CCLXXIX**

Annexe I: Modélisation du concept de désaffiliation sociale

Robert Castel (1991) définit le concept de désaffiliation sociale selon deux facteurs (cf modélisation personnelle ci-dessous) : l'intégration par le travail et l'insertion socio-familiale. La vulnérabilité apparaît lorsque ces deux facteurs se trouvent fragilisés, ce qui peut laisser très vite place à la désaffiliation sociale caractérisée par « l'absence de travail et l'isolement social » (Debordeaux, 1994).

Il situe la personne dans une des quatre zones définies par l'axe d'intégration par le travail et l'axe d'insertion socio-familiale :

- La zone d'intégration où la personne peut compter sur un travail stable et un réseau socio-familial solide
- La zone d'assistance où le travail de la personne est relativement précaire mais elle peut compter sur une aide relationnelle
- La zone de vulnérabilité où la personne peut être en situation de travail précaire et ne peut guère trouver du soutien dans ses relations socio-familiales.
- La zone de désaffiliation où la personne souffre à la fois « d'une absence de travail et d'un isolement social » (Debordeaux, 1994)



Annexe II : Compléments de données épidémiologiques

Les proportions suivantes sont observées : 42,3% des personnes à la rue souffrent de troubles psychotiques, 40,9% de troubles dépressifs majeurs et 71% de troubles de la personnalité, à des prévalences souvent quatre fois plus élevées qu'au sein de la population générale. De plus, les risques suicidaires sont fréquents et 21,8% des personnes en situation d'exclusion vivant à la rue déclarent avoir déjà attenté à leur vie. Enfin, la problématique de la dépendance à l'alcool, bien qu'assez élevée dans la population générale (37,9%) l'est d'autant plus chez les personnes en situation d'exclusion (58,1%) très souvent pour faire face aux événements de vie parfois insoutenables (traumatismes, ruptures, problèmes sociaux, etc)

Annexe III : Compléments concernant les services existants pour les personnes en situation d'exclusion

Les missions du **115** sont l'écoute des personnes isolées ou en détresse psychologique, l'hébergement d'urgence, l'évaluation d'une situation d'exclusion suite au signalement par une tierce personne, l'information aux appelants et l'orientation vers des structures d'accueil ou de distribution de repas chauds. Le 115 agit selon des principes d'immédiateté et d'inconditionnalité cependant, cet organisme est actuellement sur-sollicité (31% d'augmentation du nombre de demandes d'hébergement entre septembre 2012 et septembre 2013) et ne peut pas répondre à l'intégrité de la demande (FNARS, 2013).

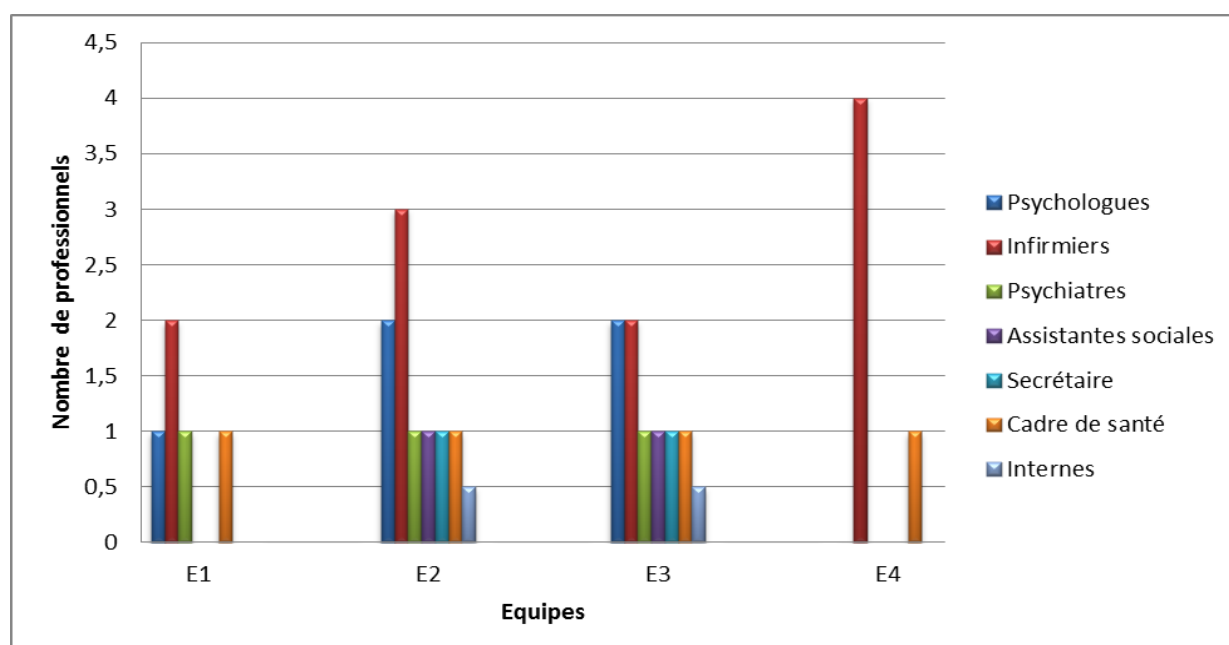
Concernant les Permanence d'Accès aux Soins de Santé (**PASS**), en 2008, selon le Ministère de la santé de la jeunesse, des sports et de la vie associative 400 se répartissent sur tout le territoire français et constitue un véritable maillage, aussi bien en milieu urbain que rural et quatre PASS mobile sont en cours d'expérimentation. Suivant un protocole de repérage et l'instauration de fiche de liaison les professionnels des PASS participent à la mise en réseau des personnes en situation d'exclusion avec les différents acteurs de santé du secteur sanitaire ou social : hôpitaux (75%), médecins ou dentistes libéraux (25%), associations ou encore structures d'hébergement et d'insertion. Un référent est désigné pour faire le lien entre les différents partenaires. L'accompagnement social mis en place par les PASS concerne la régularisation des droits (54%), l'aide pour des démarches juridiques ou administratives (26%), une aide à l'insertion professionnelle (21%) ou encore une recherche

d'hébergement, de placement en établissement ou l'aide au maintien à domicile.

Annexe IV : Complément concernant les HHOT en Australie

Les approches australiennes et françaises diffèrent quelque peu (Richer, 2008). En effet, le mouvement « housing first »⁹, basé sur la recherche d'un logement comme prérequis à l'accompagnement, est beaucoup plus développé qu'en France. L'approche est de ce fait orientée sur l'aspect social. De plus, les concepts « d'empowerment »¹⁰ et de résolution de problème sont majoritairement utilisés. Les professionnels considèrent donc que la personne, accompagnée, est en capacité de « reprendre en main » son parcours de vie et de trouver elle-même des solutions à la situation complexe dans laquelle elle se trouve. Elle possède le statut « d'expert » de sa situation (Lloyd, Bassett, 2012). Les HHOT sont composées de professionnels variés. A noter que chaque professionnel a aussi la fonction de « gestionnaire de cas ». Ceci implique qu'il est référent de plusieurs usagers en particulier et qu'il les accompagne progressivement et indépendamment vers les services de droits communs adaptés à leur situation.

Annexe V : Complément de résultats, composition professionnelle des équipes interrogées



⁹ « housing first » : un chez soi d'abord (traduction libre)

¹⁰ « empowerment » : prise en main de son existence, responsabilisation (traduction libre)

Annexe VI : Trame du répertoire créé pour le recueil des coordonnées des EMPP

| Ville | Nom | CH de rattachement | Département | Professionnels | Mail | Téléphone | Commentaires | Adresse | contacté le : | Entretien le : | Codage | Veut mémoire | Consentement |
|-------------|-----|--------------------|-------------|------------------|------|-----------|--------------|---------|---------------|-------------------------|--------|--------------|--------------|
| Ville 1 | E1 | | | Dr NOMS | | | | | Date | | | | |
| | | | | psy: NOMS | | | | | | Date | E1P | OUI | OK |
| | | | | IDE : NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | secrétaire: NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | Cadre: NOMS | | | | | | Date | E1C | NON | OK |
| Ville 2 | E2 | | | Dr NOMS | | | | | Date | | | | |
| | | | | psy: NOMS | | | | | | Date | E2P | OUI | OK |
| | | | | IDE : NOMS | | | | | | Date | E2I | OUI | OK |
| | | | | secrétaire: NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | Cadre: NOMS | | | | | | Date | E2C | | OK |
| Ville 3 | E3 | | | Dr NOMS | | | | | Date | Date | E3D | OUI | OK |
| | | | | psy: NOMS | | | | | | Date | E3P | NON | OK |
| | | | | IDE : NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | secrétaire: NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | Cadre: NOMS | | | | | | | | | |
| Ville 4 | E4 | | | Dr NOMS | | | | | Date | | | | |
| | | | | psy: NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | IDE : NOMS | | | | | | Date | E4I1 | OUI | OK |
| | | | | IDE : NOMS | | | | | | Date | E4I2 | OUI | OK |
| | | | | secrétaire: NOMS | | | | | | | | | |
| Cadre: NOMS | | | | | | | | | | | | | |
| Ville 5 | E5 | | | Dr NOMS | | | | | Date | Refus de toute l'équipe | | | |
| | | | | psy: NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | IDE : NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | secrétaire: NOMS | | | | | | | | | |
| | | | | Cadre: NOMS | | | | | | | | | |

Annexe VII : E-mails envoyé aux professionnels

Premier mail, A l'intention des professionnels des EMPP :

Bonjour,

Je suis étudiante en 3^o année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon et je réalise actuellement mon **mémoire de fin d'étude**. Je m'intéresse plus particulièrement aux personnes **en situation d'exclusion et présentant des troubles psychiques**. Dans le cadre de ce travail, j'ai pris connaissance de vos missions spécifiques auprès de cette population aussi, je souhaiterais interroger plusieurs professionnels travaillant au sein d'**Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité** telle que la vôtre. Je m'intéresse aux différentes pratiques que ce soit celles des **médecins**, des **infirmiers**, et/ ou des **psychologues**. Pour diversifier les regards je souhaiterais *idéalement* pouvoir m'entretenir avec deux professionnels différents.

Aussi, seriez-vous disponible, entre début mars et mi-avril, pour m'accorder un ou **deux entretiens** d'une quarantaine de minutes afin de répondre à mes questions ? Ceci pourrait se faire selon vos préférences et votre disponibilité de visu, par téléphone ou par vidéo-conférence (type Skype) ?

En vous remerciant par avance pour votre aide dans ce projet de recherche.

Marie Vanzetti

Etudiante en 3^o année d'ergothérapie - IFE de Lyon

marie.vanzetti@gmail.com

06.xx.xx.xx.xx

2° MAIL en réponse au premier mail, à l'intention des professionnels des EMPP

Bonjour,

Merci beaucoup pour votre réponse.

Je serai en stage à partir de début mars et je ne serai libre que les soirs ou les mercredis après-midi (les week-ends éventuellement selon votre disponibilité). Est-ce que les dates suivantes vous conviendraient?

- xx/xx/xx à partir de xxh
- xx/xx/xx à partir de xxh

En ce qui concerne l'entretien à proprement parlé: il devrait durer une trentaine de minutes, 45 min au maximum et porter globalement sur la population en situation d'exclusion et la pratique des professionnels en EMPP.

Je vous enverrai un formulaire de consentement à signer et à me renvoyer afin que vous puissiez être informé du cadre éthique dans lequel s'inscrit ce projet de recherche. Si vous acceptez, cet entretien sera enregistré afin que je puisse garder une trace complète de cet échange.

Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas.

En vous souhaitant une bonne journée,

Marie Vanzetti

Etudiante en 3° année d'ergothérapie - IFE de Lyon

marie.vanzetti@gmail.com

06.xx.xx.xx.x

Annexe VIII : Trame de la fiche d'observation post-entretien

Fiche d'observation post-entretien

Identification de l'entretien

Date de l'entretien : xx/xx/2015,

Fonction du participant :

Ville de rattachement de l'équipe :

Nom du fichier : Entretien_xx_Exx

Codage (anonymat) : Exx

Contexte de l'entretien

Lieu :

Installation :

Durée :

Éléments perturbateurs

Éléments observés

Comportements :

Regard / Expressions :

Sensations / impression

Annexe IX : Formulaire de consentement



Université CLAUDE BERNARD LYON1
INSTITUT DES SCIENCES et TECHNIQUES DE READAPTATION

Formulaire de consentement

Contexte de la recherche et objectifs

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude. Il permettra en plus d'une initiation à la recherche, de valider un diplôme d'état en ergothérapie.

Cette étude s'intéresse aux personnes en situation d'exclusion présentant des troubles psychiques et plus particulièrement à leur implication dans les soins de santé. Les « équipes mobiles psychiatrie précarité » (EMPP), dont vous faites partie, remplissent ces missions auprès de cette population. Aussi cette recherche a pour objectif de connaître l'avis des professionnels de ces équipes, à ce sujet.

Méthodologie d'investigation

Déroulement de l'entretien

L'entretien se déroulera (cocher la situation correspondante) :

- en face à face
- par téléphone
- par vidéo-conférence

J'aborderai différentes questions auxquelles vous pourrez répondre. Celles-ci porteront sur la population que vous rencontrez au sein des EMPP, votre pratique professionnelle et enfin, sur des données évaluatives. L'entretien sera enregistré (audio uniquement) et ne devrait pas excéder 45 minutes.

Confidentialité et respect de l'anonymat

Tout au long de cette recherche, votre identité sera rendue anonyme aussi bien votre nom que l'équipe dans laquelle vous exercez. Un fichier seulement, contiendra vos coordonnées et le codage correspondant à votre identité. Il sera stocké de manière informatique et utilisé uniquement dans le but de cette recherche. Sa finalité sera la même que l'ensemble des données récoltées (Cf. paragraphe *conservation et finalité des données*, ci-après)

Utilisation des données

Les données récoltées lors de l'ensemble de cette recherche ne seront utilisées qu'à des fins pédagogiques dans le cadre de ce travail de mémoire. L'entretien sera analysé et comparé à d'autres.

Conservation et finalité des données

L'ensemble des données récoltées sera conservé de manière numérique.

Suite à leur utilisation, elles seront sauvegardées un an après la date de la soutenance de ce projet de recherche puis elles seront détruites.

Avantages et inconvénients de l'étude

Non rémunération et investissement personnel

Votre participation à cette étude, à travers un entretien, ne sera pas rémunérée. Cependant, il vous sera demandé un investissement de votre temps, qui ne dépassera pas 45 min.

Participation à l'évolution de la Recherche dans le domaine de la santé

En contrepartie, votre participation vous permettra de contribuer à l'avancée de la Recherche dans le domaine de la Santé. Vous pourrez, si vous le désirez, avoir accès aux résultats de cette enquête une fois la soutenance de ce mémoire passée soit, à partir du 24 juin 2015.

Consentement éclairé

Droit d'accès au dossier d'usage

Vous serez en droit de consulter les données relatives à votre personne et à votre entretien sur simple demande orale ou écrite, à l'adresse mail suivant : marie.vanzetti@gmail.com

Droit de retrait

A tout moment de l'étude, vous êtes en droit de vous retirer de ce projet sans justification. Vos données personnelles seront alors supprimées du répertoire des participants, ainsi que l'entretien s'il a déjà été effectué.

Signature

Je soussigné(e)
déclare accepter participer à la recherche de Marie VANZETTI, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon, sous la direction de Aïcha REDISSI, ergothérapeute cadre de santé à St Foy l'Argentière et tutrice de mémoire.

J'ai lu et compris les informations qui m'ont été données et expliquées. Mes questionnements ont été pris en compte et éclaircis.

J'accepte que cette interview soit enregistrée, retranscrite intégralement et utilisée à des fins de recherche en ergothérapie.

Il m'a été précisé que :

- Je suis libre d'accepter ou de refuser ainsi que d'arrêter à tout moment ma participation.
- Les données me concernant resteront confidentielles et anonymes.
- Les résultats de la recherche ne comporteront aucun résultat individuel identifiant.
- Je ne toucherai pas d'indemnité financière pour ma participation.
- Je peux demander les résultats de cette recherche une fois la soutenance effectuée (24 juin 2015)

Fait en double exemplaire à, le/ 2015

Nom et prénom du participant :

Signature :

Nom et prénom de l'investigateur :

Signature :

Annexe X : Guide d'entretien

Mémoire - Guide d'entretien

Je suis étudiante en 3^e année d'ergothérapie. Cette interview s'inscrit dans le cadre d'une initiation à la recherche. Mon sujet concerne les personnes en situation d'exclusion et souffrant de troubles psychiques et plus particulièrement l'intervention des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité. Cet entretien va se dérouler en plusieurs parties ...

Avez-vous des questions ? (Déroulement de l'entretien, fiche de consentement)

PRESENTATION DU PARTICIPANT ET DE L'EMPP

1. Pouvez-vous vous présentez en quelques phrases ?

- Quel est votre métier / votre fonction ?
 - O Médecin / psychiatre
 - O Infirmier
 - O Psychologue
- Genre
- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (20-30; 31-40 ; 41-50 ; + de 50 ans)
- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce métier ?
- Durant votre parcours professionnel, avez-vous toujours travaillé dans le domaine de l'exclusion ?
- Depuis combien de temps exercez-vous au sein de cette EMPP ?

2. Pouvez-vous me parler de votre équipe?

- Quelles sont les missions principales de l'équipe ?
- Quelle est la composition de l'équipe ?

3. Pouvez-vous m'expliquer votre pratique professionnelle en particulier au sein d'une EMPP auprès des personnes en situation d'exclusion? (réponse spontanées)

4. Quelles sont les caractéristiques essentielles de la population dont vous vous occupez en EMPP ?

- Quelles sont les caractéristiques socio-démographiques ?
- Pourriez-vous hiérarchiser les différentes problématiques de santé rencontrées le plus couramment ?
- Qu'est-ce qui le plus souvent initie votre intervention ?

DEMARCHE EVALUATIVE DES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION

5. Qui sont les acteurs de la démarche évaluative des besoins de santé de l'usager ?

- Y a-t-il un professionnel de votre équipe dédié à cette démarche évaluative ?
- Le terme projet de vie fait-il partie de votre vocabulaire ?
- Le patient est-il intégré dans son « projet de vie » ? Si oui, comment ?

6. Pouvez-vous me parler plus précisément de l'évaluation que vous réalisez, de la situation de santé de la personne ?

LXXIV

- Avez-vous des outils ou des techniques spécifiques pour cette évaluation?
- Quelle méthode d'intervention adoptez-vous pour aborder une situation d'exclusion ? (*Signalement, observation, renseignements*)
- Quels éléments prenez-vous en compte lors de l'évaluation d'une personne ?
- Comment abordez-vous le sujet de la nécessité de soins avec la personne?
- Existents-ils des codes à respecter lorsqu'on aborde la situation du patient avec celui-ci ?

7. Que pouvez-vous me dire de la pratique professionnelle des autres membres de l'EMPP ?

- Selon vous, quelles sont les compétences spécifiques nécessaires pour intervenir auprès de ce public ?
- Quelle collaboration entretenez-vous avec les autres professionnels de l'équipe ? (*Type, fréquence*)
- Comment communiquez-vous avec les autres membres de l'équipe ? (*Formel / informel*)

8. Quelle difficultés ou limites rencontrez-vous dans vos interventions en EMPP ?

- Des critères logistiques vous limitent-ils dans votre pratique en EMPP ?
- Rencontrez-vous des difficultés dans votre pratique professionnelle personnelle ?
- Pensez-vous que certains besoins de santé de la population ne sont pas couverts lors de vos interventions? Si oui, lesquelles et pourquoi ?
- La différence culturelle a-t-elle déjà été un frein dans votre pratique en EMPP ?

9. Quelle est la suite de votre travail après l'évaluation de la situation d'exclusion ?

- Quelles sont les actions mise en œuvre ?
- Entretenez-vous un lien ou un suivi avec l'utilisateur par la suite ? Et si oui jusqu'à quand ?
- La prise en charge des personnes en situation d'exclusion et souffrant de troubles psychiques vous semble-t-elle aujourd'hui satisfaisante ? Et auquel cas, pourquoi ?

L'ERGOTHERAPIE

10. Quelle est votre représentation de l'ergothérapie ?

- Selon vous, quelles sont les missions et les champs d'actions d'un ergothérapeute ?
- Dans quel cadre pensez-vous rencontrer un ergothérapeute ?

11. Selon vous, est-ce que l'intervention d'un ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion pourrait être pertinente ? Si oui comment, si non pourquoi ?

- Quel pourrait-être l'intérêt pour l'utilisateur de la complémentarité d'une intervention en ergothérapie ?

12. Avez-vous des suggestions ou y a-t-il des points, concernant la problématique de santé des personnes exclues, que nous n'avons pas abordés dans cet entretien et dont vous voudriez parler?

Annexe XI : Grille d'analyse et indicateurs attendus

| Critères I | Critères II | Indicateurs |
|---|---|---|
| PRESENTATION DU PARTICIPANT ET DE L'EMPP | | |
| Profil du participant | Tranche d'âge | [20-30] ; [31-40] ; [41-50] ; [+ de 50 ans] |
| | Genre | - Féminin - Masculin |
| | Métier | - Médecin - Infirmier - Psychologue |
| | Temps d'exercice | [- de 5 ans] ; [5-10 ans] ; [+ de 10 ans] |
| | Parcours professionnel | - Parcours majoritairement dans le domaine de l'exclusion - Parcours varié |
| | Temps d'exercice en EMPP | [- de 2 ans] ; [2-5 ans] ; [6-10 ans] ; [+de 10 ans] |
| Caractéristiques de l'EMPP | Missions | - Concept « d'aller vers » - Sensibilisation et formation des professionnels - Interface entre secteurs sanitaire et social |
| | Composition | - Médecin - Secrétaire - Psychologue - Infirmier - Educateurs spécialisé - + / - cadre |
| Pratique professionnelle | Aspect évaluatif | - Observation - entretien - soins médicaux |
| | Compétences spécifiques | - Ecoute - Disponibilité - Formation / information / sensibilisation |
| Caractéristiques de santé de la population | Caractéristique socio-démographiques | - Genre - Age - Catégorie socio-professionnel - Pauvreté - Précarité - Situations de ruptures - désaffiliation |
| | Hiérarchisation des problématiques de santé | - Prévalence des troubles somatique supérieure à celle des troubles psychiques |

| | | |
|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence des troubles psychiques supérieure à celle des troubles somatiques - Intrication des troubles psychiques et somatiques - Diversité des troubles - Addiction - Risque suicidaire - « récusation » |
| | Initiation de l'intervention | <ul style="list-style-type: none"> - Spontanée - Suite à une observation - A la demande de professionnels - A la demande de la personne |
| DEMARCHE EVALUATIVE | | |
| Acteurs de l'évaluation | Professionnel | <ul style="list-style-type: none"> - Un professionnel en particulier - Plusieurs professionnels - Concept de « référent » |
| | Usager | <ul style="list-style-type: none"> - Entièrement impliqué dans son projet de vie (actif) - Modérément impliqué - Exclu de son projet de vie (passif) |
| Evaluation de la problématique de santé | Outils / techniques | <ul style="list-style-type: none"> - Temps nécessaire - Bilans standardisés / diagnostic différentiel - Evaluation directe / indirecte - graphique / verbale - métaphore - nécessité de soins |
| | Méthodes | <ul style="list-style-type: none"> - Observation - Entretien - Alliance thérapeutique - Partenariat / réseau |
| | Approche systémique | <ul style="list-style-type: none"> - Déterminants personnels - Environnement physique - Environnement socio-familial - Parcours de vie |
| | Codes | <ul style="list-style-type: none"> - Temps - Obligations - Interdits - adaptation |
| Interdisciplinarité | Connaissance des autres professions de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> - compétences - champs d'intervention - limites par rapport à sa propre profession |
| | Collaboration | <ul style="list-style-type: none"> - type (de fait, formalisé) - fréquence (ponctuelle, fréquente, permanente) |

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - partenariats / réseau - interventions conjointes |
| | Communication interprofessionnelle | <ul style="list-style-type: none"> - Formel - Informel - Fréquence des réunions d'équipe (hebdomadaire, mensuel) - Mise en commun des évaluations |
| Difficultés/ limites | Logistiques et institutionnelles | <ul style="list-style-type: none"> - Temps - Budget - Reconnaissance des institutions ou services |
| | Pratique professionnelle personnelle | <ul style="list-style-type: none"> - Outil - Limites professionnelles - Cadre d'intervention - Avec l'équipe |
| | Type de population | <ul style="list-style-type: none"> - Comportement - relationnel |
| | Différences culturelles | <ul style="list-style-type: none"> - incompréhension soignant-bénéficiaire - priorité divergente |
| Après l'évaluation initiale | Actions | <ul style="list-style-type: none"> - suivi / soins - Visite dans les structures - Sollicitation du réseau |
| | Lien et terme du suivi | <ul style="list-style-type: none"> - relais / interface - Suivi maintenu même durant une hospitalisation - Accompagnement à court terme - Accompagnement à long terme |
| | Satisfaction des besoins de santé | <ul style="list-style-type: none"> - mesure - temps accordé à l'utilisateur - diversité des compétences au sein de l'EMPP - autre |
| L'ERGOTHERAPIE | | |
| Représentation de l'ergothérapie | Missions et champs d'action | <ul style="list-style-type: none"> - évaluation - rééducation fonctionnelle (physique et cognitive) - réadaptation - réinsertion - réhabilitation psycho-sociale - médiation par l'activité - ne connaît pas |
| | Cadre d'intervention | <ul style="list-style-type: none"> - SSR - Lieux de vie - Psychiatrie - Pratique « hors les murs » - Ne connaît pas |

| | | |
|--|----------------------------|--|
| Intervention de l'ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion | Intérêt pour l'utilisateur | <ul style="list-style-type: none"> - Activité médiatisée - Evaluation - Rééducation fonctionnelle - Réhabilitation psycho-sociale - Sans intérêt |
| | Intérêt pour l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> - Complémentarité - Diversifier les compétences / les regards professionnels - Sensibilisation des acteurs sanitaires et sociaux - Sans intérêt |
| Questions d'ouverture | | |
| Tribune libre | Remarques / suggestions | |
| | Autres éléments non abordé | |

Annexe XII : Grille d'analyse et résultats intermédiaires

| Critères I | Critères II | participants | Résultats par participant | Résultat par critère II | Indicateurs |
|---|--|---|--|--|---|
| PRESENTATION DU PARTICIPANT ET DE L'EMPP | | | | | |
| Profil du participant | Tranche d'âge et genre | E1P | H. [31-40] | 2 Hommes / 5 Femmes 2 de [31-40] 1 de [41-50] 4 de [+ de 50 ans] | H. 37 ans (l. 74) |
| | | E2P | F. [+ de 50 ans] | | F. + de 50 ans (l.20) |
| | | E2I | F. [31-40] | | F. 33 ans (l. 23) |
| | | E3D | F. [+ de 50 ans] | | F. 56 ans (l. 14) |
| | | E3P | F. [+ de 50 ans] | | F. + de 50 ans |
| | | E4I1 | F. [41-50] | | F. [41-50] ans (l. 101) |
| | | E4I2 | H. [+ de 50 ans] | | H. + de 50 ans (l. 20) |
| | Temps d'exercice dans le métier et en EMPP | E1P | Métier : [5-10 ans] En EMPP : [2-5 ans] | <u>Dans le métier :</u> | psychologue clinicien à 40% et donc à 60% je suis responsable du dispositif (l. 46-47) ; => 5 ans en EMPP |
| | | E2P | Métier : [+ de 10 ans] En EMPP : [2-5 ans] | 3 [+ de 20 ans] 3 [11-20 ans] | « Depuis 15 ans » (l.23) en tant que psychologue et 5° année en EMPP (l.15) |
| | | E2I | Métier : [+ de 10 ans] En EMPP : [6-10 ans] | 1 [5-10 ans] | je suis IDE depuis 2004 (l. 17) => 11 ans ; Je travaille en EMPP depuis 7 ans (l. 18) ; |
| E3D | | Métier : [+ de 10 ans] En EMPP : [2-5 ans] | <u>En EMPP :</u> 4 [2-5 ans] | Depuis 1987 (l. 16) => 28 ans ; créer l'équipe mobile en 2011 (l. 19) => 4 ans | |

LXXX

| | | | | | |
|------------------------|--|------|--|--|--|
| | | E3P | Métier : [+ de 10 ans] En EMPP : [2-5 ans] | 3[6-10 ans] | Psychologue depuis 2001. (l. 37) => 14 ans ; depuis deux ans (l. 26) |
| | | E4I1 | Métier : [+ de 10 ans] En EMPP : [6-10 ans] | | [en tant qu'IDE psychiatrique] ça fait 25 ans (l. 117) ; je suis infirmière de l'équipe mobile depuis 2007 (l. 45) => 8 ans ; |
| | | E4I2 | Métier : [+ de 10 ans] En EMPP : [6-10 ans] | | je suis infirmier psy depuis 33 ans ; ça fait donc 6 ans que je suis sur l'EMPP (l. 14) ; |
| Parcours professionnel | | E1P | - ONG humanitaire - Sociologie - Activité libérale - Recherche clinique | - 2 Psychiatrie intra-hospitalière - 4 Extra-hospitalier (CMP / CATTP / libérale) | responsable des programmes de santé mentale [...] <i>en ONG</i> ; parcours dans l'humanitaire ; sociologue (l. 58) ; activité libérale (l. 59) ; la santé mentale que ce soit dans le recherche, la clinique |
| | | E2P | - CMP - Activité libérale - 5 ans dans le domaine de l'exclusion | - 1 Service d'urgence - 1 en milieu carcéral - 1 Bénévolat | Avant en Centre médico-psychologique + activité libéral en parallèle de l'EMPP (l.29) Ça fait 5 ans que je travaille dans le domaine de l'exclusion (l.26) |
| | | E2I | - bénévole au SAMU Social (13 ans) - 7 ans dans le domaine de l'exclusion | - 1 en lien direct avec le domaine de l'exclusion (7 ans) | j'ai été bénévole au SAMU Social pendant 13 ans (l. 27-28) ; j'ai travaillé en tout 7 ans dans le domaine de l'exclusion (l. 29) ; |
| | | E3D | - milieu carcéral | - 6/7 en lien indirect avec l'exclusion (par | j'ai travaillé pendant 11 ans en milieu carcéral (l. 19) |
| | | E3P | - service d'urgence - coordinatrice de cellule médico-psychologique | humanitaire, urgence, CMP, milieu carcéral, etc) | je travaillais sur l'accueil des urgences adultes au CHU (l. 27) ; sur mon autre mi-temps je travaille comme coordinatrice d'une cellule d'urgence médico-psychologique (l. 27-28) ; |
| | | E4I1 | - psychiatrie intra- | | j'ai toujours travaillé dans le domaine de la psychiatrie (l. |
| | | | | | |

LXXXI

| | | | | | |
|---------------------------|----------|------|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - hospitalière - CMP | | 106) ; j'ai travaillé au sein même de l'hôpital puis après j'ai intégré l'équipe du CMP (l. 112-115) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - psychiatrie en intra-hospitaliers - CMP - CATTP | | j'ai travaillé 8 ans en intra-hospitalier, j'ai travaillé 20 ans sur les structures extra-hospitalières, donc CMP et CATTP (l. 12-14) ; |
| Caractéristique de l'EMPP | Missions | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins - Prévention - Soins - Aide aux aidants - Liens avec partenaires sociaux - Intervention à domicile - Interface entre travail social et psychiatrie - formation | <ul style="list-style-type: none"> - 3/7 accès aux soins - 4/7 faire du soin - 5/7 aller-vers - 7/7 intervention sur le lieux de vie (domicile / rue/ accueil de jour) | c'est l'interaction entre le travail social et de la psychiatrie (l. 13) ; sur le papier, la mission principale et de faciliter l'accès à la prévention et aux soins pour des personnes en situation de précarité, et aux soins de santé mentale. Donc voilà, ça c'est sur le papier et donc en vrai, on fait du soin (l. 79-81) ; l'aide au aidant, où on est en lien avec les partenaires sociaux, on fait de la formation (l. 97) ; intervenir à domicile (l. 116) ; |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - aller-vers - prendre en charge - accompagner - maraudes - intervention sur le terrain - accueil - soins - espace de transition - ouverture des droits - relais - PASS | <ul style="list-style-type: none"> - 3/7 évaluer - 2/7 orienter - 2/7 accompagner - 7/7 partenariat / relais - 3/7 interface - 4/7 aide aux aidants/ sensibilisation / formation | missions de prendre en charge, d'accompagner (l.45) des missions de maraudes (l.47) ; l'EMPP c'est l'aller vers (l.69) ; comme on intervient sur le terrain, comme on a une mission d'accueil (l.154) ; on accompagne tout ce qui peut être compliqué, soit sur le plan psychiatrique, s'il s'avère que le patient souffre de troubles psychiatriques, soit sur le plan psychologique (l.89-90) ; partenariat avec des associations (l.193) maillage partenarial (l.198) ; le fait d'être sur place ça permet aussi, à la fois qu'ils restent insérés dans la société, |

| | | | | |
|--|--|-----|--|---|
| | | | | <p>mais aussi éventuellement de pouvoir aussi rétablir du soin. (1.227-228) ; Notre structure elle a pour vocation de s'occuper de l'ouverture des droits... On est un peu comme un espace de transition (l. 355-357) ; on a pour mission de réinscrire la personne et dans le droit et dans le soin et une fois que tout ça est mis en place, normalement on est sensé faire un relais vers nos collègues de CMP. (l. 358-359)</p> <p>deuxième type de mission qui sont les missions de PASS Psy donc Permanence d'Accès aux Soins de Santé Psychiatriques (1.52-53)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - PASS - Aide aux aidants - Aller-vers - Maraudes - Permanences dans les accueils de jour - Régularité de la présence - Tisser du lien - Evaluation - Réorienter vers le droit commun - Partenaires - Accès aux soins de santé - Amener la personne aux soins | <p>on a trois missions. On a une mission d'équipe mobile psychiatrie précarité, une mission de permanence d'accès aux soins psychiatriques et une mission d'aide aux aidants (l. 38-39) ; on est dans la démarche de l'aller-vers (l. 44-45) ; l'aller-vers c'est qu'on va au contact du public précaire donc par le biais de maraude. (l. 46-47) ; on va à des permanences dans des accueils de jour (l. 50) ; Le but c'est la régularité de nos présences (l. 50-51) ; c'est que la psychiatrie s'intègre dans les accueils de jour, s'intègre à la précarité et donc dans la régularité et dans le temps (l. 51-52) ; tisser du lien et d'aller vers eux (l. 53) ; dans les missions de la PASS [...]On fait</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|--|---|
| | | | | <p>l'évaluation, donc on est une équipe de soins psychiatriques donc le but c'est d'évaluer déjà si la personne n'est pas domiciliée ou si sa situation de domiciliation est précaire (l. 54 et 61-63) ; le but ultérieur sera de réorienter la personne vers le droit commun (l. 72-73) ; la mission d'aide aux aidants. (l. 80) ; le but de favoriser [...] que les gens souffrant de problèmes psychiques, de précarité puissent être acceptés au niveau des différents partenaires (l. 84-86) ; le but c'est d'arriver à amener la personne aux soins, (l. 115-117) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - aller-vers - aide aux professionnels de première ligne - formation information mobile - accueil de jour - consultation sur les lieux de leur parcours de vie - au domicile - sur demande - relation de confiance - partenaires | <p>d'aller vers les publics en situation de précarité qui présente troubles psychiques (l. 28-29) ; d'aider les acteurs, les professionnels de terrain de première ligne avec ce groupe (l. 29-30) ; mission de formation et d'information dans le domaine de la psychiatrie et de la précarité [...] auprès d'un public d'étudiants en médecine, ça peut être dans des écoles d'infirmier, d'assistants sociaux, d'éducateurs, auprès d'équipes qui travaillent déjà dans la précarité pour lesquelles on fait des formations un peu ciblées [...] qui sont en formation et qui pourraient être amenés à les rencontrer dans leur profession. (l. 32-40) ; On a fait le choix d'être complètement mobile (l. 43) ; pas de lieu dédié où nous</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|--|---|
| | | | | <p>intervenons (l. 44) ; Nous intervenons directement sur les lieux de leurs parcours de vie (l. 45-46) ; je reste à disposition des partenaires extérieurs, des professionnels (l.49) ; on consulte assez souvent dans des lieux publics (l. 55) ; directement dans la rue, dans des parcs ou sinon on va au café (l. 56) ; on fait souvent des consultations dans un accueil de jour, dans un accueil médical qui est un centre de santé à bas seuil [...] au domicile des patients, dans les lits haltes soins de santé, dans les CADA [...] c'est très variable (l. 57-60) ; on intervient que sur demande (l. 106) ; Oui, c'est aussi notre travail [d'établir une relation de confiance] (l. 184) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - aller vers - réintégrer le circuit de soins habituels - interface - hors du cadre habituel - là où la personne est - accompagner - partenaires | <p>aller vers les personnes qui sont sorties des circuits habituels de soins (l. 57) ; les aider à regagner, si vous voulez, les secteurs de soins habituels, les soins plus classiques (l. 59-60) ; on sert d'interface (l. 60) ; toutes les consultations se font là où sont les patients (l. 70-71) ; C'est tout des rencontres, des consultations qui se font un petit peu hors du cadre habituel. (l.86-87) ; on essaye de les accompagner jusqu'à ce qu'on puisse les faire réintégrer des circuits de soin habituels c'est à dire qu'ils puissent avoir un médecin généraliste un médecin psychiatre s'il y a besoin, qu'ils puissent avoir un traitement,</p> |

| | | | | | |
|--|-------------|------|---|-------------------------------------|--|
| | | | | | un domicile (l.97-99 ; avec les partenaires et après qu'ils puissent avoir un traitement, être suivis comme il faut, et puis aller mieux (l. 218-221) ; |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - lien - partenaires - soin - évaluation - orientation - stopper le processus [de désocialisation] - appui aux professionnels | | on est vraiment dans le lien entre les partenaires, la personne concernée et nous (l. 156-157) ; [on est] Uniquement dans le soin (l. 159) ; on sert beaucoup d'appui aux professionnels (l. 243-244) ; on est vraiment dans l'évaluation de l'orientation (l. 425-426) ; notre but quand même à un moment donné, c'est d'enrayer ça [le processus de désocialisation] [...]c'est vraiment d'intervenir pour stopper le processus (l. 592-595) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - évaluation - rencontrer - partenariat - aller à domicile | | on a le rôle de... c'est un peu en amont [...] nous c'est de rencontrer [...] des gens qui sont pas connus des services de psy (l. 60-62) ; faire un premier entretien d'évaluation [...] pour déceler s'il y a des troubles psy dessous ou pas (l. 63-64) ; Et le deuxième rôle, et bin c'est effectivement tout ce travail de partenariat (l. 82-83) ; on est électrons libres (l. 57-58) ; l'avantage qu'on a, c'est qu'on peut aller à domicile (l. 77-78) ; |
| | Composition | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - 2 IDE - 1 Psychiatre - 1 psychologue | Attention 4 équipes => résultats /4 | deux infirmières à temps plein, d'un médecin psychiatre à 0,4 ETP et d'un psychologue à 0,4 ETP (l. 76-76) ; |

| | | | | | |
|--|------|--|---|---|---|
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - 1Dr - Internes en psychiatrie - 3 IDE - 1 AS - 2 psychologues - 1 secrétaire - 1 cadre de santé | <ul style="list-style-type: none"> - 4/4 IDE - 3/4 Psychologue - 3/4 Médecin - 2/4 Secrétaire - 2/4 AS - 3/4 Cadre de santé | Equipe pluridisciplinaire ; une dizaine de personnes ; chapeautés par un médecin (l.35-36) ; des internes en psychiatries qui viennent pour une durée de 6 mois (l.37) ; 3 infirmières psychiatriques, 1 assistante sociale, 1 cadre de santé, 1 secrétaire et 2 psychologues (l.38-40) |
| | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - 3 IDE - 1 AS - 1 psychiatre - 2 psychologues - 1 secrétaire - internes en psychiatrie | 3 infirmières, 2 à 80% et moi qui suis à 90%, une assistante sociale qui est à temps plein, un psychiatre qui est à temps plein, 2 psychologues qui sont à mi-temps, et une secrétaire (l. 32-34) ; régulièrement des internes en psychiatrie pour une période de 6 mois (l. 34-35) | | |
| | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - 2 IDE - 2 psychologues - 1 cadre de santé - 1 secrétaire - 1 psychiatre (ne s'est pas cité) - internes - 1 AS (de la PASS) | 2 infirmières plein temps, deux psychologues mi-temps : 5 demi-journées de cadre de santé, 5 demi-journées de secrétariat. Selon les trimestres un, petit temps d'interne (l. 23-25) ; Accolé à l'équipe, il y a une PASS Psy qui est constituée d'un assistant social (l. 25-26) ; | | |
| | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - 2 psychologues - 2 IDE - 1 AS - 1 secrétaire - 1 cadre de santé | c'est une équipe qui doit avoir cinq ans d'ancienneté (l. 46) ; 2 psychologues à mi-temps [...] 2 infirmières à temps plein, [...] 1 assistante sociale à temps plein, [...] , 1 mi-temps secrétariat et puis 40% de cadre [...] un interne à mi-temps (l.47-52) | | |
| | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - 4 IDE | il n'y a pas de médecin attiré à l'équipe (l. 2) ; on a juste un | | |

LXXXVII

| | | | | | |
|--------------------------|------------------|------|---|---|---|
| | | | - 1 cadre de santé | | médecin, un chef de pôle qui chapote (l. 1) ; nos médecins référents, c'est vraiment les médecins de chaque CMP (l. 21) ; (l. 120-121) ; tous les quatre à temps plein (l. 137) ; |
| | | E4I2 | - 4 IDE | | l'équipe elle est composée [...] de 4 infirmiers, donc un par bassin géographique. (l. 44-45) ; on a un médecin référent qui est le médecin chef de pôle, mais, on est seul. On n'a pas de psycho, on n'a pas d'AS (l. 45-46) ; |
| Pratique professionnelle | Aspect évaluatif | E1P | - accompagnement de l'équipe - formation | - 3/7 observation - 4/7 évaluation - 5/7 soins - 4/7 se former - 3/7 faire du lien Analyser par profession <u>IDE</u> : | j'ai un temps d'accompagnement de l'équipe (l. 89) ; un temps de consultation [...] entre d'une demi-journée à une journée par semaine (l. 95-96) ; un temps de coordination ou on fait de l'aide au aidant, (l. 96-97) ; on fait de la formation (l. 97) ; on essaye vachement de destigmatiser notre étiquette de psy parce que sinon les gens ne veulent pas nous voir tout simplement (l. 280-281) ; |
| | | E2P | - rencontre - travail de mise en lien - établir un contact - être présente - rester disponible - mise à disposition - permanence - faire émerger une demande de soin - évaluation - parler | - 2/3 accompagnements - 2/3 parler - 2/3 évaluer <u>PSY</u> : | Je me déplace dans les centres d'accueil de jour deux fois par semaine. Mon travail consiste à aller à la rencontre d'un public (l.74-75) ; le travail est vraiment un travail de lien, de rencontre et de mise en lien (l.84) ; en allant à leur rencontre et en créant ce lien et ce climat de confiance (l.90) ; faire émerger une demande de soin (l. 92) ; on va dans ces lieux qu'ils fréquentent pour disposer d'un espace de rencontre où |

| | | | | | |
|--|--|-----|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - présent pour les bénévoles - regarder | <u>Dr :</u> <ul style="list-style-type: none"> - administratif - consultation - partenariat - choix du traitement | <p>progressivement on va établir un contact et puis un lien et puis éventuellement déboucher sur un soin. (l. 94-96) ; mon rôle n'est pas d'intervenir (l.123) ; Ma mission c'est d'être présente sur place, d'être disponible (l.124) ; je reste disponible,. (l.128-132) ; j'interviens dans les projets d'évaluation, je vais juste évoquer la situation de la personne, où est-ce qu'elle en est quand on l'a reçu, où est-ce qu'elle en est aujourd'hui... (l. 212-213) ; Donc je serai plus auprès des bénévoles (l. 309-311) ; ça m'empêche pas de regarder ce qu'il se passe dans la salle (l. 311) ; Une demande juste de parler des fois, alors on va parler de la pluie et du beau temps, hein. Ça m'est arrivé de partager des fois l'horoscope sur le journal (l. 321-322)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - étayer les signes symptomatologiques - aller au contact - soins médicamenteux - être en lien - parole - observation clinique - s'adapter - se former (lire) | | <p>l'infirmière peut étayer sur les signes symptomatologiques d'une clinique psychiatriques (l. 64) ; d'aller au contact des gens précaires par le biais des maraude ou par les accueils de jour (l.108) ; apporter une solution de soins médicamenteuses si la personne en a besoin (l. 118-119) ; être en relation avec la personne et d'être en lien avec la personne c'est déjà un premier pas vers le soin. Les actes de parole apportent déjà du soin (l. 120-121) ; on fait vraiment un travail relationnel, d'observation clinique et de spécificité de la connaissance de la</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|---|---|
| | | | | <p>précarité et après d'orientation vers tous les partenaires qu'on peut avoir (l. 121-123) ; on se présente comme infirmière psychiatrique et on abordera ce sujet peut-être dans un second temps. On s'adapte vraiment aux demandes et aux besoins de la personne (l. 131-133) ; on aborde la personne juste par notre présence [...]et puis la demande se fera ou pas dans un prochain temps. (l. 133-135) ; on lit beaucoup (l. 285) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - rédiger des courriers des certificats - à disposition des partenaires - sur le terrain - consultations - prise de parole - rencontre des professionnels - choix du traitement | <p>Je suis sur le terrain toute la semaine sauf 3 demi-journées. Je reste 3 demi-journées là à l'hôpital pour la synthèse clinique pour rédiger des courriers, des certificats, des choses comme ça. Il y a aussi une matinée où je reste à disposition des partenaires extérieurs, des professionnels, donc tout le reste du temps, je suis sur le terrain (l. 46-50) ; Sur le terrain, ça consiste la plupart du temps des consultations, des prises de parole, des rencontres avec les professionnels (l. 50-51) ; moi je vais être là plus pour le choix du traitement médicamenteux, l'EMDR (l. 208) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - travail psycho-social - soutien - parler - se former - connaître la situation de la personne - être observateur | <p>ma pratique professionnelle, bin c'est un petit peu particulier par rapport à un travail de psychologue habituel (l.65-66) ; toutes les consultations se font là où sont les patients (l. 70-71) ; c'est un peu particulier au sens où parfois ce travail est</p> |

XC

| | | | | |
|--|--|------|--|--|
| | | | | <p>plus de l'ordre du psycho-social que du véritablement psychologique (l. 85-86) ; la personne exprime vraiment le besoin d'un soutien et de pouvoir parler, et bien à ce moment là, ça va être la psychologue qui ira d'emblée (l. 192-193) ; Il faut qu'on s'habitue à travailler dans toutes les conditions (l. 281-282) ; il y a des collègues de l'équipe qui sont en train de se former en ethno. Moi je vais me former aussi (l. 410-411) ; savoir qu'est-ce qui a pu se passer sans être trop intrusif (l. 237) ; il faut être quand même très observateur (l. 320-321) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - pas d'injection - soin psychique - faire du lien - accompagnement - permanence - amener aux soins | <p>Non pas d'injections, pas de choses comme ça (l. 168) ; nous on s'occupe surtout beaucoup du psychisme, et si on a une difficulté autre de santé on va pas les laisser comme ça avec cette difficulté, donc on fait du lien (l. 174-176) ; nous on fait l'accompagnement de ce public-là vers des professionnels, on fait du lien, ça c'est clair (l. 178) ; j'ai une permanence dans ce foyer qui est établi [...] quasiment, pas tous les jours mais pas loin (l. 233-236) ; je suis identifiée (l. 236) ; tout type de démarche de soin psychique mais aussi en appui aux équipes qui peuvent être rencontrées, difficultés avec un de leur usager (l. 237-238) ; on sert beaucoup d'appui aux professionnels (l. 243-244) ; faut être au bon endroit au bon moment (l. 587) ;</p> |

| | | | | |
|--|--|------|---|---|
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic infirmier - permanence - accompagner - soutien aux professionnels - se former - déverser (dans le sens de parler) | <p>à nous de poser un diagnostic infirmier, de voir s'il faut adresser en consult' psy (l. 68-69); nous on peut aller n'importe où, n'importe quand (l. 81-82); C'est beaucoup avec les partenaires pour leur expliquer [...] les pathologies [...] des conduites à tenir, des attitudes, des postures par rapport à certaines situations pour pas qu'elles se mettent en danger (l. 84-88); on reste quand même discrets sur le diagnostic qu'on va poser, nous, mais leur expliquer quand même des choses (l. 93-94); la première chose à ne pas loupé [...] c'est le premier entretien. Si le premier entretien est loupé, ces gens ils accrochent plus. C'est un entretien d'accueil (l. 115-117); je pense que le premier entretien c'est celui qui va déclencher le ... la entre guillemets, la réussite du suivi ou pas (l. 123-124); je fais une permanence dans les différents villages (l. 130-131); j'ai une permanence sur une Maison Médicale, sur les centres sociaux [...] j'ai une permanence à la Communauté de Communes (l. 133-134); plus les visites à domicile (l. 139); Il faut avoir une lecture très claire au moins des principales pathologies parce que pour poser un diagnostic infirmier (l. 146-147); , l'important c'est l'instant T et pouvoir déverser pffff voilà. Donc moi le projet de vie j'en parle pas</p> |
|--|--|------|---|---|

| | | | | | |
|-------------------------|-----|--|--|--|---|
| | | | | | trop, je parle d'un projet... nous c'est des projets à court terme, si vous voulez, c'est amener les gens au soin pour pouvoir effectivement, eux après, faire des projets un peu plus... un peu plus importants (l. 289-293) ; on laisse nos coordonnées aux partenaires sociaux, aux gens (l. 399-400) ; je me suis formé (l. 480) ; Bien souvent, j'accompagne au CMP pour prendre ce rendez-vous (l. 540-541) ; |
| Compétences spécifiques | E1P | - être engagé - militant - solide - diplomatie - négociation - traduction | 4/7 Patience 3/7 Tolérance / ouverture / écoute 5/7 Qualité humaine | | il faut être militant, ça c'est une vraie compétence qu'il faut avoir, très engagé dans sa pratique militant du social (l. 313-314) ; il faut des gens qui soient un petit peu solides quand même pour tenir sur la durée (l. 319- 320) ; des compétences de diplomatie, de négociation, de traduction entre différents univers (l. 323-324) ; il faut avoir des talents de négociateur (l. 331) ; |
| | E2P | - patience - disponibilité | | | C'est la patience, la disponibilité (l. 238) |
| | E2I | - habitude du terrain - complémentarité | | | notre habitude de terrain (l. 336) ; on en apprend tout le temps (l. 365) ; moi j'ai besoin de la complémentarité, je suis pas assistante sociale (l. 369) ; |
| | E3D | - être prudent | | | nous sommes prudents (l. 142) ; |
| | E3P | - daptation - | | | la caractéristique de notre travail, c'est avoir des grandes capacités d'adaptation parce que jamais c'est comme |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|------|---|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - tre observateur - tre patient - tre tolérant - tre ouvert | | <p>d'habitude (l. 279 – 280) ; il faut être quand même très observateur (l. 320-321) ; il faut être patient (l. 322-323) ; on est aussi extrêmement tolérant (l. 392-393) ; surtout ce qu'il y a c'est d'être ouvert [...]ouvert à la différence (l. 411 et 416) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - patience - persévérance | | <p>Et puis de la patience parce qu'on réussit pas du premier coup... (l. 602-603) ; Il faut parfois beaucoup de persévérance (l. 603-604) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - être à l'écoute - être humble - être franc | | <p>faut rester à l'écoute, faut rester humble (l. 118) ; il y a une chose qui est importante, c'est d'être franc (l. 360-361) ;</p> |
| Caractéristiques de santé de la population | Caractéristiques socio-démographiques | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - hyper-diversifiée - migrants - français - difficultés d'hébergement - domicile - difficultés économiques - insalubrité, incurie - au chômage - au RSA - en rupture de lien social ou familiale - victime de violences - personnes recluses chez elles - passifs | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 hétérogénéité (E1P, E2I, E3D, E4I1) - 5/7 origines françaises (E1P, E2P, E3D, E3P, E4I2) - 6/7 migrants / demandeurs d'asile (E4I2 non concerné) - 5/7 avec domicile (E2 non concerné) - 5/7 sans domicile (E4 non concerné) - 7/7 précarité (financière, sociale) - 7/7 absence de droits | <p>notre population elle est hyper diversifiée. On a à peu près la moitié de la file active c'est des migrants : albanais, kosovares, arméniens pour l'essentiel. Et l'autre moitié c'est des français qui ont soit des difficultés d'hébergement [...] et pour l'autre moitié c'est des personnes qui sont recluses chez elles (l. 105-108) ; qui ont un domicile oui, soit qui sont propriétaires, soit qui sont locataires (l. 112) ; on a pas mal de serbes ou des agriculteurs qui ont des difficultés économiques (l. 113) ; qui vivent dans des situations d'insalubrité, d'incurie (l. 115) ; c'est des personnes qui sont en rupture de lien donc qui sont soit au chômage, soit au RSA, soit en rupture de lien social ou familial (l.128-130) ; [pour les 30%] ont été victimes de</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - 7/7 parcours de vie traumatiques (abandons, ruptures, violences, placements, carences affectives, etc) - 5/7 difficultés dans les démarches - 4/7 difficultés dans le lien | <p>violence, torture, mafia, en Albanie, Kosovo tout ça (l. 134) ;</p> <p>On a beaucoup de personnes qui sont recluses chez elle donc qui ne voit personnes pendant plusieurs mois voir plusieurs années (l. 145-146) ; c'est des personnes qui sont en rupture de lien, en fait les institutions, en voulant les faire rentrer dans une logique de projet rejouent un peu des ruptures parce qu'en fait il faut considérer que se sont des personnes qui sont un peu allergiques aux projets (l. 215-218) ; les gens parfois sont passifs (l. 381) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - sans domicile fixe - en très grande précarité - demandeur d'asile (pas majoritairement) - d'origine française - pas de droits ouverts - pas de couverture sociale - pas de demande - en rupture familiale - passé douloureux - enfance carencée affectivement - rupture / abandons - placement - maltraitance - difficultés à entreprendre des démarches | <ul style="list-style-type: none"> - cas particulier pour E4I2 public très rural | <p>un public généralement sans domicile fixe, ou en très grande précarité mais qui n'est pas majoritairement un public demandeur d'asile. (l. 75-77) ; un public bien souvent d'origine française et qui vit en situation de très grande précarité, avec ou sans logement, avec ou pas de droits ouverts, avec une couverture sociale ou pas (l.80-82) ; ce qui caractérise globalement ce public c'est qu'il n'a pas de demande (l. 89-90) ; bien souvent en rupture familiale (l. 103) ; souvent un passé assez douloureux, une enfance souvent carencée en terme affectif, souvent parsemé de ruptures, d'abandon, de placement voire de maltraitance (l. 104-106) ; sur le plan administratif il y a bien souvent des droits qui ne</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|--|--|
| | | | | <p>sont pas ouverts ou qui ont été rompus et qui restent latents. Avec une difficulté aussi à entreprendre des démarches par eux-mêmes pour rouvrir des droits, (l. 110-113) ; le parcours souvent entaché de rupture et de carence qui fait que voilà, c'est souvent compliqué pour ces personnes-là d'être dans une démarche et de lien et de soins. (l. 223-225) ; Il y a des personnes qu'on côtoie très régulièrement avec qui on arrive à établir un lien mais dès lors où on aborde les questions de l'histoire ou du parcours de l'enfance, bah c'est même pas abordable. Il y a certains aspects de leur vie dont il se préserve et donc c'est très difficile d'aller chercher ce qu'ils ne veulent pas donner, ce dont ils se protègent (l. 251-255) ;</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - non domiciliées - non sectorisables - sans droits ouverts - (population) multiple et variée - pas d'âge - pas de sexe - jeunes ados / femmes / anciens patients de psychiatrie / marginaux - précarité sociale - précarité financière - demandeur d'asile | <p>toutes les personnes non domiciliées, c'est-à-dire non sectorisées sans droits ouverts ou avec des droits ouverts (l. 57-58) ; elle est vraiment multiple et variée [...] il n'y a pas d'âge (l. 147) ; jeunes ados un peu marginaux, on va dire, punk à chien (l. 149) ; des femmes à la rue (l. 150) ; des gens suivis de psychiatrie qui sont dans la rue, ou même en appartement mais qui fréquentent encore des accueils de jour (l. 150-151) ; des grands marginaux (l. 152) ; des gens en [...] en demande d'asile (l. 153) ; le précaire on va dire qu'il peut être précaire</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|---|---|
| | | | | <p>par sa précarité sociale c'est-à-dire financière, par ses relation sociales s'il fréquent des accueils de jour pour avoir des relations sociales (l. 153-155) ; il n'y a pas d'âge et il n'y a pas de sexe donc ça peut être divers et varié (l.157) ; la précarité elle a plusieurs niveaux en fait (l. 158) ; les jeunes qui se désinsèrent socialement et économiquement, on va dire le jeunes punk à chiens, polito-psycho qui sont dans une exclusion sociale et dans un rejet de la société avec une polito-psychomanie (l. 161-163) ; le demandeur d'asile qui lui est dans une exclusion plutôt sociale et financière et qui fréquente les accueils de jour plutôt par nécessité (l. 167-169) ; des fois la précarité elle peut avoir différent liens(l. 165-166) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - très hétérogène - exilés / migrants - précarité locale (français) - jeune - rupture - après passage dans des institutions - vécus infantiles difficiles - patients psychiatriques - voyageurs pathologiques - sortent de prisons | <p>C'est une population très hétérogène. 50% des patients sont des patients exilés, des migrants (l. 62-63) ; 50% du public est constitué par la précarité locale. Avec un public très très hétérogène : des jeunes 18-25 ans qui sont en rupture de tout, soit auprès le passage dans des institutions, soit auprès des vécus infantiles difficiles (l. 64-67) ; des patients psychiatriques qui ont déjà connu l'institution psychiatrique et qui ne veulent plus en entendre parler et qui sont également en rupture de soins ou d'assistance (l. 68-70) ; des voyageurs</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|--|---|
| | | | - domicile | | pathologiques, des personnes qui sont itinérantes depuis longtemps. Euh... des personnes qui sortent de prisons (l. 71-73) ; 4% [de personnes ayant un domicile] (l. 76) ; des personnes que l'on a suivies avant et pour lesquels on poursuit les soins parce qu'ils ne sont pas prêts à nous laisser (l. 76-78) ; |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - non domiciliés - démunies sur le plan social - en rupture de famille, de liens, de travail - parcours de vie extrêmement compliqués - plus de couverture sociale - plus de ressources - domicile précaire - demandeurs d'asile - familles d'accueil - échec scolaire - difficile de respecter les consignes | | <p>[des personnes] qui sont non domiciliées (l. 58) ; des personnes qui sont tellement démunies sur le plan social et toutes en rupture souvent de famille de liens de travail (l. 81-82) ; c'est des personnes qui ont des parcours de vie extrêmement compliqués et qui sont sans domicile fixe, qui ont cassé ou rompu tous les liens classiques, qui n'ont plus de médecin, de couverture sociale, pas de ressource, qui sont dans la rue. Ou alors qui sont dans des domiciles précaires, des hébergements d'urgence (l. 92-95) ; on a à peu près 60% de demandeurs d'asile ou qui ont été déboutés de leur demande d'asile. Donc qui n'ont plus de ressource, voilà donc qui ne souhaitent pas retourner au pays (l. 101-102) ; des gens qui ont été dans des parcours de familles d'accueil en familles d'accueil, des ruptures familiales, d'échecs scolaires (l. 107-109) ; les gens qui n'ont pas travaillé depuis des années et pour</p> |

| | | | | | |
|--|--|------|---|--|---|
| | | | | | eux c'est difficile de respecter des consignes, d'être au travail à l'heure (l. 226-227) ; |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - n'arrive pas à aller au bout des démarches - précaire - chômage - précaire sédentarisé (domicilié) - public invisible - dénuement - isolement - exclusion depuis des années - enfermé chez eux - RSA - Pas de revenus - Problèmes abandonniques - Dégringolade - Incapable de reconstruire - En grande difficulté (pour la réinsertion professionnelle) - Multiculturelle - Demandeurs d'asile - Annihilés - Dépréciation - Désocialisation complète | | <p>[les personnes] n'arrivaient pas à aller dans... au bout de leurs démarches, au bout de leurs projets (l. 63-64) ; population assez précaire, avec... touchée beaucoup par le chômage (l. 72-73) ; un public précaire sédentarisé, c'est à dire qu'on gère quasiment très peu de précaires à la rue (l. 196-197) ; Qui ont un logement ou qui sont logés en foyer, voir en squats (l. 199) ; Mais le public à la rue [...] nous on n'y a très peu accès parce que nous on est dans des secteurs géographiques où il n'y en a pas tant que ça. Il y en a, mais le peu qu'il y a vraiment on a du mal à accéder à eux, (l. 199-203) ; un public qui est essentiellement sédentarisé et donc invisible (l. 207) ; on peut se retrouver face à des situations d'une extrême précarité, qui vivent dans un extrême dénuement, isolement, exclusion depuis des années voir des mois, des années sans que personne ne s'en soit inquiété (l. 208-210) ; C'est cette population [...] qui est dans une grande grande précarité et donc pas visible de l'extérieur (l. 210-211) ; les gens qui sont enfermés chez eux avec un RSA ou peu ou pas de revenus pour certains même des fois sans eau, sans électricité, on y est confronté à ces gens là,</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>mais ils ont pas fait de vague, ils ont pas fait de bruit (l. 212-214) ; la majorité c'est des problèmes abandonniques, liés aux abandons, hein, depuis jeunes, des choses qui ont été détruites dès le plus jeune âge avec une situation abandonnique de relation, de famille, de travail, de couple, voilà, qui a amené petit à petit à cette dégringolade, à cet anéantissement quasiment de la personne, qui est incapable de reconstruire des choses parce que plus de base, plus rien quoi (l. 249-253) ; parce que ce gens n'ont rien à faire dans le RSA, parce que la réinsertion professionnelle elle est absolument pas envisageable sans les mettre en grande difficulté (l. 342-343) ; j'ai une population effectivement multiculturelle [...] beaucoup avec des demandeurs d'asile (l. 455-456) ; ils sont complètement annihilés, ils existent plus, il y a une dépréciation énorme, de toute façon ils ont aucune... ils ont plus conscience de la moindre petite capacité à faire quoi, ils se traitent comme des merdes, ils se considèrent comme ça, quand on gratte bien, alors que pour certains c'est des gens qui étaient... Il y a une désocialisation complète, un écroulement total de, voilà, des gens qui ont pu avoir une vie sociale, des places importantes, voilà, et petit à petit cet écroulement, cette</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|------------------------------------|-----|--|--|---|
| | | | | dépersonnalisation qui font que, on en arrive à la clochardisation (l. 577-584) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - domiciliés - rural - paysans / ouvriers - femmes - conjugopathies - moyenne d'âge 40 ans - précarité - personnes âgées - problèmes financiers - abandonnés - pas de couverture sociale - besoins au niveau social | ils sont tous quasiment domiciliés [...] j'ai un secteur géographique qui est plus...rural (l. 33-34) ; c'est une population qui a sa fierté, qui accepte pas euh...voilà. Les paysans, c'est une population qui est très difficile à accrocher (l. 38-39) ; c'est une population plus ouvrière (l. 41-42) ; une majorité de femmes, beaucoup euh... de problèmes de conjugopathie (l. 156) ; moyenne d'âge, je dirais 40 ans [...] je suis les personnes âgées aussi et puis euh les plus jeunes que je vois ont 25-30 ans (l. 169-170) ; c'est plus une précarité (l. 184) ; il y a pas mal de personnes âgées (l. 186) ; problème financier (l. 193) ; ils sont déjà abandonnés de tous les côtés... (l. 201) ; ces gens là n'ont pas de couverture sociale depuis deux ans, n'ont pas de médecin généraliste depuis cinq ou six ans (l. 491-492) ; c'est pas qu'au niveau santé qu'il y a des besoins, c'est au niveau social, c'est au niveau aide (l ; 541-542) ; |
| Hiérarchisation des problématiques | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - incurie - syndrome de Diogène - pas en demande de soins / d'aide - souffrance psychique | <ul style="list-style-type: none"> - 7/7 problématiques psychologiques / psychiques / psychiatrique (détresse, souffrance, | [personnes] qui vivent dans des situations d'incurie, syndrome de Diogène (l. 110) ; la particularité clinique du public qu'on accompagne, c'est qu'ils ne sont pas en demande de soins, ils |

| | | | | | |
|--|---------------|--|--|--|---|
| | ques de santé | | <ul style="list-style-type: none"> - troubles mentaux modérés (troubles anxio-dépressif) - détresse psychologique - troubles mentaux sévère (schizophrénie, psychose, dépression, etc) - syndrome post-traumatique - pathologies associées - diabète / cancer / hépatites / migraine / infections / furoncles - psychosomatisation - problème pour dormir, s'alimenter - alcoolique - toxicomane | <p>dépression, psychoses, stress post-traumatique) -> mais évoqué dans 4/4 équipes</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 problématiques somatiques (incurie, dénutrition, déshydratation, manque de sommeil, infections, diabète, cancer, hépatites - 6/7 addictions - 5/7 absence de demande / rupture avec le soin (aide / soins) - 6/7 difficultés dans les activités élémentaires de la vie quotidienne - 1/7 Tentative de Suicide (E4I2) | <p>ne sont pas en demande d'aide (l. 120-121) ; ils n'identifient pas forcément leur problématique comme étant une problématique de santé mentale (l. 122-123) ; 60% des personnes qu'on rencontre ont une souffrance psychique avec des troubles mentaux modérés, donc type troubles anxio-dépressifs modérés, une détresse psychologique souvent d'origine sociale (l. 126-128) ; [pour les 60%] elles ont pas de troubles mentaux sévères comme schizophrénie, phase manico-dépressive, phase de dépression sévère (l. 130-131) ; 30% du public sont des personnes qui ont un syndrome post-traumatique (l. 133) ; les 10% restant c'est justement les troubles mentaux sévères où là on a des personnes qui ont des psychoses ou des dépressions sévères qui vont vers une situation de précarité. (l. 135-137) ; Souvent les personnes en situation de précarité ont des pathologies associées, donc diabète, cancer, hépatites (l. 140-141) ; Beaucoup de problématiques de psychosomatisation donc migraine (l. 142) ; toute la symptomatologie psy qui est physique donc problèmes pour dormir, problèmes pour s'alimenter [...] Il peut y avoir des personnes qui ne prennent pas soin d'elles donc des infections (l. 144-145) ; il peut y avoir des furoncles (l. 147) ;</p> |
|--|---------------|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|--|-----|--|--|---|
| | | | | | <p>c'est gens sont pris dans le présent (l. 232) ; souvent c'est des personnes qui ont eu des parcours chaotiques, qui ont déjà été dans le soin, alcoolique, toxicomane, ou des pathologies cliniques, ou alors des personnes qui on une schizophrénie et qui on eu déjà des phases de crises et qui ont déjà été hospitalisé parfois avec violence (l. 272-275) ; nous dans 60% de nos personnes c'est des personnes qui ont une détresse psychologique en lien avec une problématique sociale. En fait c'est pas que social, c'est social, culturel, politique (l. 457-459) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - parcours psychiatrique difficile - pas de demande - fragile sur le plan psychique - difficulté à être en lien (avec l'autre / par rapport au vécu) - pathologies psychotiques - rupture de soins - symptomatologie psychiatrique - traumatisme psychologique - déstructuré - addictologie, alcool | | <p>ces personnes-là qui sont, qui ont parfois eu un parcours psychiatrique un peu difficile et qui sont parfois un peu méfiantes ou qui tout simplement des fois n'ont pas de demande (l. 87-88) ; sur le plan psychique, ils ont une structure fragile, d'où la difficulté d'être en lien avec l'autre par rapport à tout ce vécu de l'enfance qui n'a peut-être pas permis de développer une sécurité intérieure suffisamment stable pour ensuite permettre d'aborder la vie d'une manière plus stable aussi (l. 106-110) ; il y a quelques patients qui souffrent de pathologies plus graves, de type psychotiques, donc qui sont en rupture de soin aussi (l. 225-226) ; une certaine</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - éparpillé psychiquement | <p>symptomatologie qui pourrait s'apparenter à de la pathologie psychiatrie mais qui est en fait que la symptomatologie d'un traumatisme psychologique. (l. 267- 268) ; ce n'est pas de la psychose c'est une symptomatologie qui parait déstructurée mais qui n'est que le reflet du traumatisme vécu, mais qui ne correspond pas à la structure du sujet en tant que tel (l. 270-272) ; il y a beaucoup de personnes qui ont des problèmes d'addictologie, par exemple d'alcool (l. 283) ; C'est une façon de supporter la vie dans la rue. C'est une façon de s'anesthésier la tête, c'est une façon de s'anesthésier le corps et de supporter ce qui est pourrait être insupportable sans ça (l. 284-287) ; un public un petit peu, si ce n'est déstructuré, au moins éparpillé, psychiquement parlant (l.330-331)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - aucune demande - souffrance psychique - troubles psychiatriques - apparence physique qui se dégrade (corps qui pourri) - dénutrition / déshydratation / manque de sommeil - troubles psychiques - post-trauma | <p>parfois la personne n'a aucune demande (l. 133) ; des gens en souffrance psychique (l. 153) ; Il peut être aussi précaire par sa souffrance psychique, c'est-à-dire une exclusion parce qu'il souffre psychiquement ou mentalement (l. 155-157) ; le grand exclu qui généralement à des troubles psychiatriques qui est généralement en demande de rien, qui ne fréquente pas les accueils de jour et qui est on va dire le grand clochard (l. 164-166) ; le patient psychiatrique qui généralement est encore en</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|--|---|
| | | | | soin mais qui fréquente les accueils de jour et qui lui est connu de tous les réseaux (l. 166-167) ; c'est un caractère physique quelque chose qui nous alerte, une précarité. Donc ça peut-être une précarité de par l'apparence physique, c'est-à-dire une apparence physique qui se dégrade (l. 175-177) ; la précarité, la dénutrition, la déshydratation, le manque de sommeil, la situation d'errance, peut aussi créer des troubles psychiques, c'est pour ça que la souffrance psychique peut se différencier avec des troubles psychiatriques (l. 255-258) ; un corps sale, un corps abîmé, un corps qui pourri (l. 320-321) ; on va parler de troubles psychiatriques type psychose ou de de troubles, alors la différence avec le post-trauma (l. 234-235) ; |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - stress post-traumatique - psychotiques - réticents aux soins - schizophrènes - problèmes d'addictions - santé somatique | problèmes de stress post-traumatiques (l. 64) ; des jeunes psychotiques qui sont réticents aux soins, des jeunes schizophrènes, sinon... des patients psychiatriques (l. 67-68) ; Des personnes qui présentent des problèmes d'addictions importants ou qui ne sont pas ou plus dans les structures parce qu'elles en ont été exclues (l. 70-71) ; mais très très souvent on fait beaucoup d'accompagnement pour la santé somatique (l. 119-120) ; les problèmes dentaires sont souvent très difficiles à solutionner, les problèmes de lunettes (l. 253-254) ; |

| | | | | | |
|--|--|------|--|--|--|
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - pas de réelle demande - hors du soin / en rupture de soins - problème d'alcool / toxicomanie - troubles du comportement - pathologies psychiatriques - psychoses - dépression - agitation - agressivité - urgence de la vie du quotidien - perturbé dans le temps et dans l'espace | | <p>[des personnes] qui ont des problèmes psy évidents (l. 59) ; c'est quand même assez fréquent que les personnes n'ont pas de réelles demandes (l. 77-78) ; la caractéristique c'est que c'est des gens qu'ils sont hors des soins (l. 90) ; qui n'ont jamais eu accès aux soins., par exemple pour les migrants en France (l. 91-92) ; y a des problèmes d'alcool de toxicomanie, des troubles du comportement (l. 105) ; c'est des gens aussi qui peuvent avoir des pathologies psychiatriques comme des psychoses mais qui ne sont plus traités, qui sont en ruptures de soins donc qui peuvent être complètement délirants et puis qui sont dans la rue comme ça (l. 107-109) ; y a des problèmes d'ordre psy qui sont assez importants (l. 134-135) ; dépression (l. 136) ; de l'agitation, de l'agressivité (l. 136) ; pour les migrants [...] c'est souvent des choses très traumatiques (l. 237-238) ; ils sont dans une telle urgence de la vie du quotidien (l. 249) ; ils sont perturbés dans le temps et dans l'espace (l. 393-394) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - pathologie psychiatrique - absence de confiance en eux - fragilité / détresse - perte de confiance et des capacités à faire - prise d'alcool et de | | <p>soit une pathologie franche, avérée, psychiatrique, soit quand même une grosse détresse psychologique derrière qui faisait que les personnes étaient quasiment aliénées (l. 61-63) ; cette caractéristique d'absence de confiance en eux quoi, c'est</p> |

| | | | | | |
|--|--|------|---|--|--|
| | | | toxiques | | <p>vraiment un public entre guillemets fracassés, hein, ou qui n'arrive pas à se projeter dans rien parce que trop de détresse, trop de fragilité, trop de... c'est un public qui souvent a été cassé depuis très très longtemps et qui a à rétablir un petit peu la confiance et les capacités à faire aussi (l. 189-193) ; il y a une petite marge où on est dans la psychiatrie pure et dure avec des pathologies psychiatriques avérées, dures, j'allais dire c'est pas ce qu'on rencontre le plus mais on en a (l. 254-256) ; elle est dure d'accès parce que comme souvent associé à ça il y a une prise d'alcool de toxiques et de choses comme ça (l. 586-587) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - alcoolisation massive - dépressions - schizo / psychoses / démences - besoin de ré-assurance - problèmes physiques / diabètes | | <p>avec bien souvent alcoolisation massive (l. 157) ; d'alcoolisme (l. 161) ; des dépressions légères ou un peu plus sévères (l. 179) ; après les grosses pathologies comme on va partir dans la schizo, les psychoses pas tant que ça (l. 183-184) ; les TS... pas beaucoup (l. 186) ; est ce que c'est des entrées dans la démence ? Est-ce que c'est l'Alzheimer ? Est-ce que c'est juste des problèmes de solitude ? beaucoup de problèmes de solitude parce qu'en général, ils se retrouvent tout seuls donc il y a la solitude qui pèse et qui entraîne effectivement des troubles... mais voilà... plus besoin de ré-assurance que de traitement (l.</p> |

| | | | | | |
|------------------------------|-----|---|---|--|---|
| | | | | | 187-191) ; ils sont pas armés psychiquement pour le faire seul (l. 276) ; ils en ont pas de projets eux le seul projet qu'ils ont c'est de vivre... de vivre au jour le jour et de se dire est-ce qu'on sera encore là demain (l. 286-287) ; après on ramasse tous les problèmes physiques qu'il y a en plus, des diabètes qui font décartonner, des gens qui ont des taux d'urée complètement je sais pas quoi, alors on dit ils sont délirants (l. 548-550) ; |
| Initiation de l'intervention | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - Assistantes sociales - Travailleurs sociaux - Services sociaux - famille | <ul style="list-style-type: none"> - 7/7 par les partenaires sociaux (professionnels médico-sociaux, bénévoles d'association, entourage) - 1/7 spontanément (maraude) | on est appelé par des assistantes sociales soit du conseil général soit de la MSA pour intervenir à domicile (l. 115-116) ; c'est plus particulièrement les travailleurs sociaux qui nous appellent (l. 118) ; c'est les services sociaux ou la famille qui nous appellent (l.154-155) ; | |
| | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - partenariat | | c'est généralement un public qui spontanément ne vient pas à notre rencontre (l. 82-83) ; on fonctionne beaucoup en relais, en partenariat dans les missions d'EMPP (l. 196) | |
| | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - au devant du public (spontanément) - maraudes - par les partenaires | | dans le rue, on va au-devant de la personne sans qu'elle suscite la demande (l. 173-174) ; quelqu'un qui fait la manche donc il y a une demande implicite (l. 177) ; on peut être interpellé par les partenaires (l. 182) ; les partenaires nous contacte et là c'est vraiment pour une problématique psychiatrique (l.183) ; Ça | |

| | | | | |
|--|--|-----|---------------------------------------|---|
| | | | | <p>peut être des CHRS, ça peut être des accueils de jour, ça peut le conseil général, les assistantes sociales, des centres de toxicomanie, des centres de prostitution (l. 183-185) ; ça peut être aussi les urgences(l. 192) ; spontanément c'est nous qui allons vers les gens par les maraudes ou l'observation mais ça peut aussi être les partenaires qui nous sollicite pour des évaluations (l. 190-191) ; Du moment que la personne est en précarité sociale ou psychique, on peut être interpellés (l. 193-194) ;</p> |
| | | E3D | - appel d'un professionnel | <p>dans 95% des cas c'est l'appel d'un professionnel (l. 92) ; associations d'aide aux sans-papiers, des bénévoles (l. 94) ; plateforme d'accueil des demandeurs d'asile (l. 96) ; les services d'urgence famille des personnes seules (l. 97) ; l'hébergement d'urgence, [...] l'accueil de jour [...] la PASS et puis des CADA (l. 99-100) ; deux éducatrices qui font les maraude auprès des sans domiciles (l. 101-102) ;</p> |
| | | E3P | - orienté par les partenaires sociaux | <p>ils sont orientés par des partenaires travailleurs sociaux, éduc de rues (l. 78-79) ; ils nous sont signalés par des partenaires (l. 96) ; c'est plus les partenaires. Ça va être les éducateurs de rues, ça va être le SAMU social avec les maraudes, ça va être l'abri de nuit (l. 115-16) les hébergements d'urgence (l. 123) ;</p> |

| | | | | |
|--|--|------|---|---|
| | | | | ça va être ce partenaire qui va nous présenter la personne (l. 128); ça peut être les squats (l. 132-133) ; les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (l. 133-134) ; le bouche à oreille (l. 138) ; des médecins, les urgences (l. 143) ; la PASS (l. 144) ; on fait pas les maraudes (l. 154) ; on travaille toujours par le biais de partenaires qui nous introduisent (166) ; |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - par des professionnels - spontanément (rare) | c'est un public qui nous est adressé par des professionnels ou des bénévoles (l. 141) ; il leur est proposé de nous rencontrer, donc ils acceptent où ils acceptent pas (l. 145-156) ; on intervient s'il y a une demande en fait (l. 217) ; c'est compliqué pour moi, surtout quand on est seul sur le terrain d'aller aborder ces gens... (l. 218-219) ; Très très souvent, ou ça leur a été transmis (l. 223) ; c'est rare hein qu'ils puissent faire la démarche d'eux même c'est très très rare (l. 225) ; [concernant les personnes de la rue] au moins un petit bonjour, un premier contact (l. 229) ; on me met en contact (l. 237) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - à la demande des partenaires sociaux | à la demande des différents partenaires sociaux (l. 62-63) ; bien souvent ça peut être l'assistante sociale, ça peut être Pôle Emploi, ça peut être les mairies, ça peut être les médecins généralistes, tous les partenaires avec qui on bosse qui nous adresse ces gens-là (l. 64-67) ; C'est compliqué d'intervenir de |

CX

| | | | | | |
|----------------------------|---------------|-----|--|--|--|
| | | | | | <p>manière spontanée dans le sens où bien souvent il faut aller chez les gens pour voir comment ça se passe (l. 209-210) ; C'est compliqué d'intervenir de manière spontanée dans le sens où bien souvent il faut aller chez les gens pour voir comment ça se passe (l. 212) ; c'est un médecin traitant qui alerte les services sociaux (l. 238-239) ; ou le voisinage qui s'inquiète parce qu'il y a des cris dans une famille ou... y a des choses qui ont pas l'air bien normales (l. 240-241) ; ça peut être le maire (l. 242) ; c'est quand il y a des enfants. Bien souvent quand les gens sentent les enfants en danger, là il y a un signalement qui est fait, des courriers qui sont faits aux assistantes sociales et elles interviennent donc euh... mais autrement y a les médecins généralistes les trois quarts du temps qui nous, enfin qui me contactent (l. 249-252) ;</p> |
| DEMARCHE EVALUATIVE | | | | | |
| Acteurs de l'évaluation | professionnel | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - Situation par les infirmières - Orientation décidée en équipe | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 professionnel en particulier => IDE - 2/7 toute l'équipe - 2/7 concept de référent (dans la même équipe E3) | <p>on a une réunion clinique où on analyse toutes les nouvelles demandes de prise en charge (l. 91) ; la demande est traitée en équipe (l. 157) ; nous on travaille vraiment en équipe là dessus (l. 170) ; Les infirmières nous exposent leur situation et on se met d'accord sur leur orientation. (l. 176-177) ;</p> |
| | | E2P | - toute l'équipe | | [pas de professionnel dédiés] (l. 153) |

| | | | | | |
|--|--|------|--|--|--|
| | | E2I | - évaluation par les infirmières | | généralement c'est les infirmières qui se déplacent pour l'évaluation des troubles psychiatriques (l. 202-203) ; l'évaluation se fait par l'infirmière (l. 209) ; C'est le lien qui crée le projet (l. 227) ; |
| | | E3D | - répartition selon la spécificité de chacun (=> référent) | | L'évaluation pour la santé psychique ça on le fait tous (l. 118) ; non c'est pas aléatoire, il y a des personnes d'emblée qui demande à voir un psycho [...] s'il y a un signalement avec d'énorme troubles du sommeil, dans ces cas là c'est plutôt moi qui vais y aller [...] quand c'est purement un problème social, c'est l'assistante sociale (l. 227-230) ; |
| | | E3P | - référent choisi selon le besoin | | C'est en fonction de ce que nous aura évoqué le partenaire (l. 173) ; un de l'équipe sera référent [...] de ce patient (l. 174-175) ; on a chacun une liste de patients où on est référent (l. 196) ; c'est chacun qui coordonne les différents interlocuteurs autour de ce patient du moment qu'il a été dit référent (l. 207-208) |
| | | E4I1 | - évaluation par les infirmiers | | les travailleurs sociaux, hein, qui font appel à nous, c'est eux qui détectent une première difficulté sans pouvoir y mettre de nom (l. 275-276) ; c'est nous [...] qui évaluons le besoin (l. 281) ; |
| | | E4I2 | - diagnostic infirmier | | les gens qui sont en première ligne pour le coup, c'est souvent |

| | | | | | |
|---------|-----|--|--|--|---|
| | | | | | l'assistante sociale (l. 99-100) ; les acteurs... [...] j'ai envie de dire...que bien souvent c'est les médecins traitants (l ; 235-236) ; on nous demande de poser un diagnostic infirmier, donc d'évaluer, de mettre un code diagnostic (l. 297-298) |
| usagers | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - n'arrive pas à se projeter => non - suivre où elle veut nous embarquer | | | aujourd'hui tout est organisé par projet dans la vie de tout le monde et que justement la grosse problématique des personnes en situation de précarité c'est justement qu'il n'arrive pas à se projeter. (l. 181-183) ; la suivre là où elle veut nous embarquer. (l. 196-197) ; |
| | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - projet de soin plutôt que projet de vie => oui - rien n'est fait sans son consentement - demandeuse d'avancer dans un projet de vie | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 utilisation de la notion de « projet » (de vie ou de soin) - 5/7 implication de l'utilisateur | | Projet de soin plutôt que projet de vie (l. 174) ; Après le projet de vie ne dépend pas de nous, il dépend de ce que l'OFPPRA [...] nous on a pas vraiment de maîtrise sur cette question-là. Ça c'est une question purement administrative avec l'Etat français (l. 175 et 182) ; on peut probablement davantage s'impliquer dans le projet de vie (l. 192-193) ; on participe, à notre niveau, au projet de vie de la personne (l. 199) ; rien n'est fait sans son consentement (l. 203) ; On peut d'ailleurs difficilement avancer sans la participation de la personne. Si elle n'est pas demandeuse d'avancer dans un projet de vie, c'est bien compliqué pour nous d'avancer sans lui. (l. 204-205) |
| | E2I | - projet : restrictif => non | | | [concernant l'utilisation du terme projet de vie] Alors nous |

| | | | | |
|--|--|------|---|--|
| | | | | non, mais les patients qu'on fréquente oui ! (l. 214) ; . Nous on parle pas de projet de vie, ça fait pas partie de notre vocabulaire mais eux l'ont tellement entendu dans [...] les parcours qu'ils ont pu avoir (l. 216-218) ; en marquant un projet, on est déjà dans quelque chose de restrictif donc on limite déjà les possibles (l. 220-221) ; |
| | | E3D | - projet oui, projet de vie non => oui - implication | « Projet » oui, « projet de vie » non (l. 130) ; On travaille autour de l'implication (l. 192-193) ; |
| | | E3P | - étape ultérieure => non | [à propose du projet de vie] C'est pas un terme qu'on utilise vraiment (l. 211) ; Le projet de vie [...] je le verrais plutôt comme une étape ultérieure (l. 223-224) |
| | | E4I1 | - projet de vie évoqué => oui - « réfléchissez à ce qu'on pourrait mettre en place » | ce projet de vie, [...] on peut l'évoquer au cours de nos entretiens, « quels sont vos projets, qu'est-ce que vous aimeriez (l. 328-329) ; petit à petit arriver à faire mûrir aussi en eux leurs grosses difficultés à intégrer un milieu ordinaire et ça ça peut faire partie du projet de vie et travailler avec eux (l. 334-336) ; faut peut être bien prévoir un autre projet justement de vie, ça se travaille avec eux, avec l'assistante sociale, avec tout un réseau quoi, un micro réseau (l. 343-345) ; [la personne est intégrée dans l'élaboration de son projet de vie] Tout à fait (l. 347) ; je pense que peut être ce serait intéressant que vous |

| | | | | | |
|---|---------------------|------|--|--|--|
| | | | | | réfléchissiez déjà depuis maintenant à qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour vous aider au mieux (l. 368-370) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - projet de soin => oui - les gens acceptent de nous recevoir | | si les gens sont d'accord (l. 63-64) ; les gens viennent ou acceptent de vous recevoir à domicile (l. 118-119) ; Projet de vie euh...Moi j'ai envie de dire « maintien de vie ». Non mais, voilà, j'veux dire... c'est difficile de parler de projet de vie à des gens qui sont dans un état de... qui sont dans un état de stupeur complètement... qui sont éclatés, qui sont cassés, qui ont plus aucun... (l. 261-264) ; ça fait des années qu'ils sont dans cette situation là et les projets ils en ont plus un (l. 268-269) ; c'est un projet de soins euh... bon qu'ils se raccrochent un petit peu à la vie (l. 273-274) ; |
| Evaluation de la problématique de santé | Outils / techniques | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - fiche - pas trop d'outils concrets - très très progressivement - Furtos | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 temps nécessaire - 4/7 diagnostic (DSMIV, lecture clinique des symptômes) - 6/7 recueil verbal d'informations (le Dr n'a pas détaillé la consultation) | on a une fiche que l'on analyse en essayant d'évaluer la situation des personnes. Et ensuite cette fiche, la demande est traitée en équipe (l. 156-157) ; on essaye de pas avoir trop d'outils concrets (l. 201) ; vraiment très très progressivement (l. 222) ; il y a Jean Furtos qui a pas mal théorisé là dessus (l. 250-251) ; |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - la parole - approche très progressive - ne pas forcer une rencontre | <ul style="list-style-type: none"> - 3/7 nécessité de soins abordé progressivement | Nous c'est la parole. Je travaille avec la parole (l. 231) ; je suis d'obédience psychanalytique, donc mon outil c'est la parole. (l. 233-234) ; que ce soit du côté des demandeurs d'asile ou du |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - laisser venir | <p>(=> E1, E2, E3 public non domicilié)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2/7 nécessité de soins abordé rapidement (E4 : intervention rural et à domicile) - 5/7 recherche dans la littérature scientifique (Jean Furtos) / formation | <p>côté des personnes sans domicile fixe qui sont dans la rue depuis très longtemps, qui vivent dans une forme de précarité depuis très longtemps, la question de l'approche elle est très progressive. (l. 273-276) ; Moi je veille toujours à ne pas forcer une rencontre si, ce jour-là, la personne ne veut pas. Je dirais que c'est ça mon code principal (l. 303-304) laisser venir (l. 305) ; pas être trop directif avec des questions qui peuvent être là aussi trop intrusives par exemple. C'est sentir, c'est sentir ce qu'il se passe là aujourd'hui dans la rencontre (l. 305-307)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - lecture des symptômes / DSMIV - diagnostic - se laisser le temps - diagnostic différentiel - lecture (Furtos) - verbal - non-verbal | | <p>lecture des symptômes psychiatriques qui se base sur le DSMIV et sur notre pratique professionnelles en service d'intra et en CMP et notre relation au sujet psychiatrique (l. 102-104) ; dans les accueils de jour et bien c'est le lieu qui s'y prête. On se dit que c'est le lieux qui facilite la demande (l. 181-182) ; évaluation de psychiatrie (l. 186) ; l'évaluation elle se fait sur des symptômes, donc le DSMIV (l. 233-234) ; On ne fait pas d'évaluation ou de diagnostic précis (l. 237) ; on se laisse le temps de poser un diagnostic (l. 245-246) ; faire un diagnostic différentiel (l. 252) ; y a pas de protocole ou d'outils particulier (l. 274) ; On lit Furtos, enfin d'autres outils qui nous</p> |

| | | | | |
|--|--|------|---|---|
| | | | | <p>aide à travailler sur la clinique de la précarité (l. 287-288) ; c'est le lien qui va permettre à la personne de l'amener à la psychiatrie (l. 376- 377) ; si on travaille pas le lien de confiance dès le départ on pourra pas graviter ou associer une autre personne (l. 391-392) ; on peut être aussi sur une approche dans le non-verbal et parfois le non-verbal nous apporte beaucoup plus que la langue (l. 451-452) ;</p> |
| | | E3D | X | - |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic - récit de vie - parler - se former en « ethno » | <p>techniques d'entretiens classiques de psychologues (l. 259) ; récit de vie (l. 261) ; on n'a pas de grille spécifique (l. 261-262) ; faire des hypothèses diagnostiques (l. 293) ; il y a des collègues de l'équipe qui sont en train de se former en ethno. Moi je vais me former aussi (l. 410-411) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic - nécessité de soin abordé très rapidement - Lecture (Furtos) - exprime | <p>la personne [...] exprime des désirs, des difficultés (l. 314-315) ; notre évaluation de besoin de soins elle repose vraiment sur notre lecture (l. 316-317) ; [concernant l'abord de la nécessité de soins] quasiment très rapidement (l. 365) ; Mais ils savent aussi que quand ils nous consultent quand on va les voir...c'est un peu cette démarche évaluative et ça, ils ont déjà fait j'allais dire dans 90% des cas, le soin est quand même déjà pensé quelque part, les difficultés ont déjà été pensées (l. 370-</p> |

| | | | | | |
|--|----------|------|--|--|--|
| | | | | 373); Furtos, qui a bien décrit ce processus de dépersonnalisation complète, de désocialisation, (réfléchi), d'anéantissement de la personne (l. 590-591) ; | |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic - parler - reformulation - transfert / contre-transfert - écoute - formé | il y a une question de confiance, [...] il faut qu'il y ait une relation de confiance qui s'établisse (l ; 120-121) ; on nous demande de poser un diagnostic infirmier, donc d'évaluer, de mettre un code diagnostique (l. 297-298) ; l'évaluation elle se cantonne à... à des questions simples (l. 317) ; qu'est-ce qui se passe ? (l. 319) ; Qu'est-ce qui vous arrive ? Est ce que vous avez envie d'en parler ? Est ce que vous avez pas envie d'en parler mais, on va essayer qu'en même (l. 320-321) ; la reformulation (l. 341) ; tout ce qui est reformulation tout... alors le transfert contre le transfert machin... (l. 344-345) ; l'écoute (l. 354) ; Alors je pose une question toute simple, hein... « moi je vous propose de vous aider... est-ce que vous êtes d'accord ou pas ? » Je m'arrête là (l. 395-396) ; je me suis formé (l. 480) ; | |
| | Méthodes | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - rencontre avec l'aidant - créer un lien de confiance - travailleurs sociaux | <ul style="list-style-type: none"> - 2/7 Observation - 7/7 Entretien - 7/7 création d'une | on rencontre une première fois la personne avec l'aidant et puis on en reparle en équipe donc la semaine d'après et puis là on décide qu'est ce qu'on fait (l. 163-165) ; nous on essaye de créer un lien de confiance avec la personne et la suivre là où |

| | | | | |
|--|--|-----|---|--|
| | | | alliance thérapeutique | elle veut nous embarquer. (l. 195-196) ; maintenant on a beaucoup de méthodes (l. 201-202) ; La première qu'on utilise c'est déjà de se déplacer sur les lieux de vie des personnes (l. 202-203) ; notre priorité, c'est de créer un lien de confiance avec eux (l. 214-215) ; on demande aux travailleurs sociaux de nous présenter (l. 276) ; |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - la parole - l'échange - observation - créer du lien - lien de confiance - maillage partenarial | je ne vais pas m'imposer à la personne si elle n'est pas disposée à être dans une rencontre avec moi. (l. 133-134) ; maillage partenarial (l. 198) ; si mon outil de travail c'est la parole, c'est l'accueil d'une parole, donc c'est-à-dire qu'être trop directif c'est intrusif donc on ne peut pas anticiper des questions si le patient n'a pas envie de les aborder (l. 249-251) ; regarder ce qu'il se passe dans la salle (l. 311) ; être plus dans l'observation que dans l'échange (l. 312; on va créer du lien qui peut déboucher sur un lien de confiance (l. 319-320) ; |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - observation - créer une relation de confiance - l'entretien - réseau | Dans notre pratique de tous les jours on est dans de l'observation (l. 109) ; créer une relation de confiance (l. 122) ; on a toute une connaissance du réseau de soin qui existe (l. 124) ; c'est vraiment une relation qui se fait à deux (l. 113-114) ; c'est vraiment un approche relationnelle je dirais, et d'évaluation et d'orientation (l. 136) ; nous on est vraiment |
| | | | - 7/7 implication du partenariat / réseau | |

| | | | | |
|--|--|-----|--|---|
| | | | | <p>dans une création du lien (l. 219-220) ; Le lien ça peut mettre 2 jours, 6 mois, 2 ans [...] je pense que ça se créer ensemble et sans créer de lien on peut pas en créer ensemble (l. 225-226) ; Il y a un gros travail de recherche (l. 303) ; l'entretien (l. 310) ; il y a un gros travail d'enquête sur ce que la personne va nous dire (l. 315-316) ; on peut être aussi sur une approche dans le non-verbal et parfois le non-verbal nous apporte beaucoup plus que la langue (l. 451-452) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - l'entretien - partenaires - lien thérapeutique | <p>partenaires (l. 97) ; l'entretien (l. 154) ; le lien thérapeutique avec nous (l. 79)</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - des entretiens - lien - accrocher - partenaires | <p>il faut qu'on puisse, nous, les accrocher (l. 79-80) ; on travaille régulièrement avec tout un tas de partenaires qui vont travailler plus eux sur l'hébergement, sur l'éducatif (l. 99-100) ; tout doucement le lien se fait entre nous (l. 128) ; au fil des entretiens (l. 247) ; techniques d'entretiens classiques de psychologues (l. 259) ; le cadre, il est dans notre tête (l. 265-266) ; il faut quand même nous, qu'on ait le cadre dans notre tête pour pouvoir respecter une distance suffisante et suffisamment assez efficace pour une prise en charge psychologique donc c'est à nous à poser les choses. (l. 270-272) ; c'est répondre aussi en priorité à ses besoins essentiels</p> |

CXX

| | | | | |
|--|--|------|---|---|
| | | | | de vie et puis après on évalue les troubles psychologiques. (l. 300-301) ; essayer quand même d'avoir des renseignements si possible pour savoir si cette personne peut être agressive (l. 321-322) ; C'est pas au premier entretien qu'on va commencer d'aborder vraiment les choses (l. 326-327) ; il faut pas vouloir tout savoir à tout prix en un ou deux entretiens (l.333) ; |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - entretiens - lien / confiance - tripartite (=> partenariat) | on fait souvent une première rencontre en tripartite (l. 146) ; on fait des entretiens (l. 148) ; on évalue avec eux les besoins et on essaye de mettre en place ce qu'il faut pour pouvoir améliorer leur psychisme (l. 151-152) ; il y a un lien qui s'établi, une certaine confiance (l. 300-301) ; cette évaluation de besoin de soins elle se fait au cours de nos entretiens (l. 313) ; la personne [...] exprime des désirs, des difficultés, à nous de tisser justement ce lien entre leurs désirs et leurs difficultés et les capacités à essayer de les résoudre, c'est ça notre travail principal (l. 314-316) ; C'est de l'entretien infirmier (l. 315) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - entretiens - relation de confiance - tripartite (=> partenariat) | le premier entretien, on le fait en tripartite avec la personne qui nous l'adresse (l. 67-68) ; il faut qu'il y ait une relation de confiance qui s'établisse (l. 120-121) ; les entretiens (l. 306) ; L'entretien, de toute façon, nous on n'a que ça (l. 343) ; On a |

| | | | | | |
|--|---------------------|-----|---|--|--|
| | | | | | que les entretiens on a nous quoi (l. 344) ; l'important c'est d'arriver à ce qu'on veut faire (l. 349) ; y a un cadre au niveau du temps, au niveau du lieu, au niveau des prises de rendez-vous (l. 350) ; nous c'est tout verbal parce que y a pas, parce qu'on n'a pas d'autre... (l. 363-364) |
| | Approche systémique | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - les choses qui peuvent compter pour elle - comment elle arrive à vivre actuellement - présent - objets sociaux - statut - créativité à agir - quotidien - relations sociales - se raconter - capacité à parler en son propre nom | <ul style="list-style-type: none"> - 7/7 déterminants personnels - 7/7 environnement physique - 6/7 environnement socio-familiale (sauf E3D) - 4/7 parcours de vie - histoire de vie prise en compte par : Psy : 2/3 (sauf E1P) IDE : 2/3 | On essaye aussi de pas trop les ramener à leur histoire donc de ne pas trop insister lors de l'entretien sur leur parcours psy, on essaye en tout cas de suivre ce qu'elle nous amène (l. 206-209) ; essayer de valoriser les choses qui nous semblent positives ou les choses qui semblent compter pour elle (l. 210-211) ; [à propos de l'abord du parcours de vie] c'est pas tellement un point d'ancrage [...] on a pas ça comme objectif (l. 222-223) ; On ne cherche pas de causalité, on cherche à savoir comment ça se passe aujourd'hui plutôt que chercher des causes dans l'histoire, voilà. On travaille sur le présent parce que c'est gens sont pris dans le présent (l. 230-232) ; on se base vraiment sur ce que la personne amène plutôt sur ce que nous on voudrait voir ou pouvoir piloter (l. 238-239) ; relation d'objet donc des relations avec tout ce que la personne peut posséder ou s'approprier [...] tout ce qui permet de donner un statut à la personne donc on appelle ça les objets |

| | | | | |
|--|--|-----|--|--|
| | | | | <p>sociaux (l. 247-250) ; la créativité à agir des personnes (l. 254) ; on va essayer de voir un terme de ressource de créativité que les personnes ont. (l. 261-262) ; les capacités que les personnes ont à pouvoir parler d'elles et justement décrire leur quotidien, décrire leurs relations sociales. On va se fixer sur leurs capacités à pouvoir se raconter ou pas et on va essayer à les amener à se raconter justement (l. 264-267) ; c'est un peu ça les théories de l'action pour nous : les objets sociaux, la créativité et la capacité à parler en son nom propre (l. 268-269) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - façon dont il parle de lui - son histoire - sa relation à l'autre - addictologie - quitter le pays | <p>On prend en compte la façon dont il parle de lui, la façon dont il parle de son histoire, la façon dont il parle de sa relation à l'autre, la façon dont il parle de son addictologie ou pas, s'il y en a (l. 242- 244) ; Alors on le prend en compte dans ce qu'il veut bien nous en dire (l. 248) ; Donc on fait avec ce qu'ils veulent bien échanger avec nous et c'est pour ça que ça peut prendre beaucoup beaucoup de temps (l. 255-256) ; les raisons qui les ont poussé à quitter leur pays (l. 258) ; des raisons politiques (l. 261) ; le traumatisme de la migration (l. 262-263) ; pour l'aborder [la nécessité de soin], il faut que la personne en ait conscience et qu'elle soit aussi prête à</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|--|---|
| | | | | <p>entreprendre les démarches qui iraient avec (l. 279-280) ; on va parler de la pluie et du beau temps. Ça m'est arrivé de partager des fois l'horoscope sur le journal, c'est un moyen d'entrer en relation, voyez, tout se joue dans des petites choses comme ça, où il faut créer du lien (l. 323-324)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - physique - troubles - désocialisation - consommation de toxique - somatique - dénutrition, déshydratation (=> vie quotidienne) - environnement social, familial, réseau - ressources financières - bilan global - antécédents psychiatriques | <p>une évaluation physique et de présentation (l. 180-181) ; est-ce qu'il y a urgence (l. 231) ; qu'on évalue, les troubles du sommeil, l'aboulie [...] la persécution, la désocialisation, la clinique de la précarité, la grande exclusion, la marginalisation, ça peut être l'hypomanie, une humeur excessive, après la toxicomanie s'associe (l. 238-243) ; Nous on va voir des symptômes ou des traits (l. 246-247) ; on interroge bien la personne sur la consommation de toxique mais aussi sur ce qui est de l'ordre du somatique, parce que la dénutrition, la déshydratation peut aussi faire un diagnostic différentiel (l. 250-252) ; l'environnement social, les ressources financières de la personne. Est-ce qu'elle a des ressources familiales, l'isolement social. Quelles sont les ressources de la personne au moment où on la rencontre. Est-ce qu'il y a un médecin traitant, des amis, de la famille, un réseau social, c'est-à-dire est-ce qu'elle a un réseau associatif. Est-ce qu'elle a des</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|---|--|
| | | | | antécédents de suivi antérieur, en psychiatrie, en CMP. (l. 299-303) ; Est-ce qu'elle a des ressources financières, l'AAH, le RSA, est-ce qu'elle a rien. Sa situation somatique aussi (l.304-305) ; on fait un bilan on va dire global de la personne, autant sur le point de vue financier, somatique, que les antécédents psychiatriques (l. 306-307) ; est-ce qu'il est jeune, comment est-ce qu'il va se présenter à nous, est-ce qu'il va être dans quelque chose de défensif ou de provocateur, est-ce qu'il va être dans la demande, est-ce qu'il va avoir du mal à nous laisser partir, est-ce qu'il va être dans un refus (l. 361-364) ; |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - multiples éléments - qualité de vie - sommeil - symptôme dépressif, de dissociation de confiance, psychique - objets sociaux fondamentaux | ils nous disent tous où ils veulent aller, ce qu'ils aimeraient quitter et ce qu'ils veulent plus, où ils voudraient sortir (l. 154-155) ; C'est pas un élément c'est de multiples. [...] la qualité de vie, du sommeil, le symptôme dépressif ou pas, le symptôme de dissociation de confiance ou pas, les symptômes de souffrance psychique, ça va être... et puis avant tous ça va être aussi s'ils ont des objets sociaux fondamentaux. Déjà est-ce qu'ils ont à mangé, est-ce qu'ils ont là où dormir (l. 165-169) ; les symptômes (l. 171) ; |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - traitement - histoire de vie | voir avec le psychiatre s'il y a besoin de traitement les |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - accès aux soins - besoins essentiels, vitaux - symptomatologie - plaintes somatiques - souffrance psychologique - liens familiaux, - lien social | | <p>accompagner (l. 80-81) ; ce qui est quand même important c'est d'avoir un petit peu une histoire de vie, savoir un petit peu qu'est ce qui l'a amené là dans les difficultés (l. 235-236) ; quels sont leurs besoins essentiels, [...] est-ce qu'ils peuvent se faire soigner est ce qu'ils ont accès aux soins [...] de quoi ils souffrent. (l. 239-241) ; Toute la symptomatologie, [...] psychologique, des plaintes somatiques, [...] est-ce que vous avez un médecin, [...] est ce qu'ils ont tout ce qu'il faut pour voilà manger dormir euh... est-ce qu'ils ont des vêtements (l. 241-244) ; qu'est-ce qu'ils attendent, de quoi ils ont besoin (l. 245-246) ; la souffrance psychologique (l. 248) ; souvent pendant un moment, notre première préoccupation c'est bin qu'ils puissent avoir un toit, avoir à manger avoir des vêtements, à être soignés (l.249-251) ; est-ce qu'ils ont des liens familiaux, est-ce qu'il y a toujours les liens, est-ce qu'il y a des amis est-ce qu'ils sont entourés soutenus (l. 252-253) ; on va explorer un peu tous les domaines de la vie (l. 253-254) ; les antécédents familiaux, le récit de vie est ce qu'il y a du lien social (l. 261) ; savoir si ya des troubles psy ou pas [...] parce que si c'est uniquement du social [...]on va pas forcément suivre les personnes (l. 286-289) ; c'est des troubles</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|------|---|--|
| | | | | psychologiques psychiques voire psychiatriques donc nous c'est important d'évaluer (L. 291- 292) ; évaluer s'il y a besoin d'un traitement, d'arriver à faire accepter le traitement (l. 293-294) ; les besoins vitaux (l. 299) ; |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - difficultés - désirs - éléments socio-démographiques - situation géographique | cerner la personne voir quelles sont les difficultés qu'elle peut rencontrer, si ça relève de la prise en charge psychiatrique ou psychologique ou non (l. 148-150) ; du coup on cible un peu aussi parfois toutes les difficultés de la personne (l. 330) ; les éléments, bah, principaux, leurs désirs, leurs envies, ce qu'il souhaite, et remettre face à leurs difficultés (l. 349-350) ; C'est vraiment eux en priorité, leurs désirs à eux et faire face après aux difficultés qu'on peut rencontrer (l. 353-354) ; les éléments sociodémographiques, la situation géographique aussi qui est importante (l. 356-357) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - ce que le patient a à dire - toute la vie de la personne - vécu - antécédents familiaux - situation actuelle - sentiments - globalité - la famille | où on veut aller, ce que le patient nous [...] je crois que ce qui est important aussi c'est d'entendre ce que le patient a à dire, peu importe si c'est la réalité ou pas la réalité, il faut qu'il puisse le dire et l'exprimer (l. 303-305) ; L'évaluation ça englobe un petit peu toute la vie de la personne (l. 307-308) ; je me base sur son vécu sur les antécédents familiaux, sur la situation actuelle, sur euh... bin les sentiments, sur plein de |

| | | | | | |
|-------|-----|--|--|---|--|
| | | | | | <p>choses quoi... (l. 308-309) ; sur le ressenti (l. 310) ; déjà une chose importante c'est de voir s'il y a encore des sentiments si l'histoire des sentiments n'est pas complètement écrasée, s'il y a plus de colère, s'il y a plus de tristesse s'il y a plus de joie, là je m'inquiète un peu. Tant que les gens sont en colère et qu'ils l'expriment, je pense que c'est important (l. 311-315) ; moi j'évalue l'être dans sa totalité, [...] je vais pas évaluer sur une patho (l. 327-328) ; Evaluer c'est savoir une globalité et puis après, arriver à tirer les petits traits pour voir où on s'oriente (l. 335-336) ; la personne [...] le mal-être (l. 370) ; la personne c'est important, s'il y a de la famille, c'est important [...] Par contre je prends aucun autre élément c'est à dire que je veux pas savoir s'il a déjà été hospitalisé en psy (l. 380-382) ; quand j'ai fait la première évaluation, je vais [...] si les patients ont été hospitalisés mais je leur demande pas (l. 383-384) ; entendre ce que la personne a à dire, c'est important (l. 386) ;</p> |
| Codes | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - pas de relation asymétrique - pas de blouse blanche - se mettre au niveau des gens (vocabulaire, vestimentaire) - relation de proximité | <ul style="list-style-type: none"> - 6/7 adaptation - 7/7 relationnel (proximité, symétrie, horizontalité) - 6/7 respect des défenses | <p>ne pas mettre en place de relation asymétrique ou dissymétrique avec les personnes, c'est-à-dire que du coup les infirmières n'ont pas de blouse blanche (l. 203-204) ; On essaye de se mettre au niveau des gens [...] dans le vocabulaire (l.205-206) ; on se base vraiment sur ce que la personne amène</p> | |

| | | | | |
|--|--|-----|---|---|
| | | | <p>(pas intrusif, pas de jugement</p> <p>- 5/7 posture professionnelle malgré la proximité</p> | <p>plutôt sur ce que nous on voudrait voir ou pouvoir piloter (l. 238-239) ; au niveau vestimentaire c'est de ne pas être trop décalé à la personne qu'on va voir (l. 287-288) ; Essayer d'avoir une relation de proximité [...] ne pas se mettre derrière un bureau mais plutôt en face à face (l. 289-291) ; , on essaye d'avoir un discours assez clair et simple, d'être intelligible [...] ne pas jargonner sur des problèmes addictifs, ne pas utiliser des termes médicaux (l. 291-293) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - ne pas être dans l'intrusion - subtilité - être attentif - disposition différente (=> adaptation) - adaptabilité | <p>forcément pour créer du lien, il ne faut pas être dans l'intrusion parce que justement, c'est ce qui fait blocage le sentiment d'intrusion (l. 126-127) ; faire preuve de beaucoup de subtilité pour qu'on en arrive là, (l.282) ; je suis toujours très attentive quand j'aborde une personne que je ne connais pas, mais même quand je l'a connais mieux parce que d'une fois sur l'autre la personne peut être dans des dispositions différente parce qu'elle a vécu un évènement qui l'a fragilisé (l. 296-299) ; il y a une forme d'adaptabilité et il y a comment, dans la manière dont on rentre en contact avec cette personne, la manière dont on peut favoriser une ouverture (l. 316-317)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - bienveillance - à l'écoute (de la personne, de soi-même) - pas de distance physique | <p>Bienveillance (l. 61) ; on s'adapte à la personne avec qui on est (l. 110) ; il faut s'écouter soi-même (l. 329) ; . On est à</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - cadre relationnel en permutation (=> adaptation) - adaptation | | <p>l'écoute de la personne mais on est aussi à l'écoute de soi donc on va dire qu'il n'y a pas de codes, c'est vraiment propice à la situation (l. 336-338) ; Y a pas de distance du côté physique, on va sentir ces choses là (l. 340-341) ; il n'y a pas de règle (l. 344) ; notre champs d'action et notre cadre relationnel est tout le temps en permutation (l. 348-349) ; tout ça ça demande une adaptation (l. 360) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - explicite - proximité - posture - position horizontale - jamais derrière un bureau - jamais de blouse - d'accord - s'adapter à la temporalité | | <p>c'est toujours explicite (l. 177) ; on a une posture de proximité avec eux (l. 179) ; un choix de posture (l. 187) ; On va travailler vraiment en proximité. On est dans une position très horizontale avec la personne. On est jamais derrière un bureau avec une blouse (l. 188-189) ; On ne cache jamais notre identité (l. 189-190) ; on s'assure toujours qu'ils soient d'accord (l. 192) ; Donc on essaye de s'adapter à la temporalité des gens (l. 140) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - attentif - pas trop proche - aller doucement - solliciter - pas d'interrogatoire - pas derrière un bureau | | <p>on n'est pas derrière un bureau (l. 266) ; toujours être un petit peu attentif [...] c'est-à-dire ne pas être trop proche (l. 318-319) ; qu'il faut être vraiment [...] y aller doucement (l. 326) ; apprivoiser un petit peu tout doucement (l. 328) ; il faut vraiment être patients (l. 336) ; solliciter pour parler mais pas obliger pas faire comme un interrogatoire et ci et ça, les</p> |

CXXX

| | | | | |
|--|--|------|--|--|
| | | | | questions les unes derrière les autres (l. 336-337) ; |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - instinctif - rétablir une chronologie - pas trop familier - on s'adapte - proche et rassurant - neutre (genre) - professionnel | <p>Oui sûrement [...] c'est très instinctif, les entretiens (l. 378-379) ; on essaye de rétablir une chronologie...bah l'anamnèse de la personne et puis petit à petit les difficultés et puis petit à petit les réponses à ses difficultés, des choses comme ça et des propositions (l. 381-383) ; Des codes il y en a forcément...qu'on a acquis au fil du temps de nos entretiens (l. 383-384) ; pas trop familier (l. 387) ; on s'adapte à la personne (l. 387) ; on n'est pas des copains (l. 388) ; on reste dans notre position infirmier et tout en pouvant être proche et rassurant (l. 389) ; quand on est une femme voilà, faut être quand même assez neutre [...] faut pas être provocante (l. 393-394) ; la séduction ça existe et il faut rester très... [...] Neutre ouais. Très professionnel (l. 395-397) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - empathie - respect - pas de conseil à donner - rester professionnel - écouter - ne pas juger | <p>il y a l'empathie (l. 347) ; entendre ce que la personne a à dire, c'est important (l. 386) ; faut arriver à pas se faire manger (l. 355-356) ; le respect de l'autre [...], l'empathie, la tenue, la posture (l. 413-414) ; ne prenez pas les gens de haut parce que vous êtes infirmier (l. 418) ; ils sont pas là pour entendre « vous devriez faire ci vous devriez faire ça ». On n'a pas à donner des conseils concernant la vie privée (l. 419-420) ;</p> |

| | | | | | |
|--------------------------|--|-----|--|---|--|
| | | | | | rester dans le vouvoiement (l. 424) ; laisser sa vie privée bien derrière (l. 429-430) ; et puis c'est pas des copains [...] rester professionnel, écouter, ne pas juger (l. 434-435) ; |
| Interdiscipli- narité | Connaissanc es des autres professions de l'équipe | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - IDE : pas un travail d'infirmières, pas d'actes techniques - IDE : travail social | <p>Cas particulier de E4 => pas d'équipe pluridisciplinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4/5 complémentarité - 5/5 spécificité de chacun / démarcation des champs d'intervention | Et bien les infirmières de l'équipe ne font pas un travail d'infirmières. C'est pour moi du travail social, c'est-à-dire qu'elles ne font pas d'actes techniques (l. 299-300) ; Elles font beaucoup d'entretiens infirmiers et donc aussi beaucoup de mises en lien avec les autres professionnels, coordination de prise en charge (l. 302-304) ; certains ergothérapeutes qui ont travaillé dans le champs de la santé mentale ont pour moi les mêmes pratiques que celles qu'ont a au niveau des infirmières (l. 307-309) ; |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - chacun sa casquette - pas les mêmes besoins - extrêmement complémentaire - différentes missions | | Je dis bien nos métiers parce que on a chacun la casquette et on a pas les mêmes besoins selon si on est infirmier, psychologue ou assistante sociale (l. 168-169) ; on a un travail quand même extrêmement complémentaire et de par nos différentes casquettes professionnelles et de par nos différentes missions (l. 336-338) ; |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - chacun sa spécificité - travail d'équipe - complémentaire - champ relationnel très similaire | | une assistante sociale, elle peut étayer sur des antécédents de suivi en psychiatrie (l. 65) ; chacun avec sa spécificité on fait le point (l. 66) ; si c'est plutôt d'ordre social, elle orientera vers |

| | | | | |
|--|--|-----|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Psy : espace de parole - AS : problème d'ordre social - Psychiatre : problème psychiatrique | <p>l'assistante sociale (l. 204) ; si c'est un problème psychiatrique elle orientera vers une consultation auprès du psychiatre (l. 205-206) ; si c'est un post-trauma et qu'il y a besoin aussi d'un espace de parole, elle orientera aussi vers ses collègues psychologue (l. 208) ; c'est vraiment un travail d'équipe qui va être complémentaire (l. 267) ; je pense qu'on fait tous un peu, qu'elles font tous un peu comme nous (l. 368-369) ; Je pense qu'on est tous dans un champs relationnel très similaire (l. 371-372) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - chacun a un rôle spécifique - IDE : accompagnement pour des soins, traitement - Psy : Histoire de vie | <p>les infirmières sont plus particulièrement vigilantes à tout ce qui est plaintes somatiques (l. 117-118) ; les accompagnements physiques directes, c'est beaucoup les infirmières qui les font. C'est-à-dire accompagner auprès d'un généraliste, accompagner dans une antenne médicale, accompagner aux urgences (l. 123-125) ; l'assistant social de la PASS Psy lui qui passe une grande partie de son temps à essayer de rétablir les droits (l. 126-127) ; chacun a un rôle assez spécifique (l. 201-202) ; les infirmières qui vont plus s'occuper par exemple de l'observance du traitement, et puis déjà trouver les médicaments [...] l'accompagnement pour des soins somatiques, aider aussi à l'obtention des objets fondamentaux</p> |

| | | | | |
|--|--|------|---|--|
| | | | | de survie (l. 202-207) ; les psychologues qui vont travailler sur l'histoire de vie, la relation psychothérapique (l. 206-207) ; |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - travailleur social : problèmes sociaux, de ressources - Psychiatre : délire, besoin d'un traitement - IDE : santé psychique et psychologique, accompagnement à des rdv - Psy : suivi plus ponctuel | il y a de gros problèmes sociaux de ressources [...] ça va être par exemple le travailleur social qui va aller faire une sorte d'évaluation (l. 176-178) ; on sait que la personne est complètement délirante et on sait qu'il va y avoir besoin d'un traitement et à ce moment là, ça va être soit le psychiatre (l. 183-185) ; des problèmes de santé physique et psychologique, bin on va parfois... ça va être une infirmière qui va déjà aller évaluer pour la part de somatique de psychologique (l. 183-185) ; l'emmener aussi chez un médecin généraliste (l. 185) ; instaurer des piluliers (L ; 187) ; les emmener chercher des habits, aller s'inscrire pour avoir à manger (l. 189-190) ; les infirmières elles font quand même beaucoup plus d'accompagnement que les psychologues (l. 341-342) ; elles peuvent les accompagner, elles font les entretiens, voilà. Elles peuvent suivre des personnes de manière encore plus rapprochée que nous (l. 347-349) ; |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - expériences différentes - super richesse | dans les CMP et là après c'est le psychiatre [...] qui certifie la pathologie [...] et qui met en place son traitement (l. 285-286) ; on a tous le même métier, on a tous aussi une expérience |

| | | | | |
|---------------|-----|--|---|--|
| | | | | complètement différente des uns des autres (l. 400-401) ; c'est une super richesse (l. 401) ; |
| | | E4I2 | - pas tous pareils | il y a pas une pratique professionnelle (l. 114) ; Bon au niveau de la pratique, de l'organisation, on n'est pas tous pareils (l. 127-128) ; |
| Collaboration | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - faire le point (en équipe) - ouvert aux autres unités - travailleurs sociaux | <p>Cas particulier de E4 => travaillent indépendamment par secteur</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5/7 collaboration permanente - 3/7 intervention conjointe (=> E2 et E3) - 7/7 partenariat / réseau | tous les jeudi matin, on se voit, on fait le point sur les nouvelles demandes et on essaye de voir si on peut répondre à son attente, à la personne qui nous signale la situation (l. 157-159) ; les travailleurs sociaux ont des incertitudes ou on besoin d'un conseil (l. 160-161) ; on demande aux travailleurs sociaux de nous présenter (l. 276) ; temps de réunion clinique qui dure trois heures tous les jeudis matins. (l. 339) ; une réunion de coordination d'équipe qui dure deux heures, un jeudi sur deux (l. 340) ; l'espace de ressources, il est aussi ouvert aux autres unités du service, c'est-à-dire que l'équipe mobile y va, donc ça c'est une réunion qui dure une heure et demi, une fois par mois (l. 341-343) ; les gens de la PASS, des psychologues d'insertion [...] des professionnels de l'hôpital qui travaillent soit dans les services intra-hospitaliers soit dans les services extra-hospitaliers (l. 344-346) ; |
| | | | | E2P |

CXXXV

| | | | | | |
|--|--|-----|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - chaque semaine - incontournable | | <p>terrain (l. 199-200) ; qu'on est complémentaires les uns avec les autres (l. 329) ; les temps de réunion sont indispensables (l. 343) ; Très formel , c'est un temps consacré à ça, qui a lieu chaque semaine, même jour, même heure. C'est un incontournable (l. 349-350) ;</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - réseau de soin - travail en collaboration - transmettre - associer - même bureaux - maraudes ensemble - entretiens conjoints | | <p>on a toute une connaissance du réseau de soin qui existe (l. 124) ; orientation vers tous les différents partenaires de connaissance de tout le réseau qu'on peut avoir (l. 136-137) ; on a un réseau qui est divers et varié (l. 140) ; On travaille aussi avec des interprètes (l. 140) ; on a vraiment un réseau de soins qui est pluridisciplinaire (l. 141-142) ; c'est vraiment, je dirais le travail en collaboration (l. 274-275) ; on travaille avec la PASS somatique ou avec médecin du monde ou avec les centres de santé aussi (l. 305-306) ; je m'appuie sur leurs compétences professionnelles (l. 370-371) ; « un moment donné j'arrive à mes limite mais par contre t'as confiance en moi et je vais t'amener vers une personne de confiance qui va t'aider et on va travailler ensemble » (l. 386-388) ; transmettre à une autre personne de confiance (l. 390) ; après on peut associer qui on veut du moment que le lien de confiance il est là (l. 392-393) ; notre équipe on travaille dans les mêmes</p> |

| | | | | |
|--|--|------|---|---|
| | | | | bureaux, on fait les maraudes ensemble, on travaille souvent ensemble donc on fait souvent des entretiens conjoints (l. 406-407) ; |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - beaucoup en binôme - partenaires | relation d'équipe (l. 212) ; On travaille beaucoup en binôme (l. 215) ; on peut continuer à deux (l. 235) ; partenaires (l. 97) ; |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - régulièrement avec les partenaires - deux ou trois sur une même situation - soutien | on travaille régulièrement avec tout un tas de partenaires qui vont travailler plus eux sur l'hébergement, sur l'éducatif (l. 99-100) ; chacun de nous peut introduire les autres de l'équipe (l. 199) ; Parfois, on est deux ou trois sur la même situation [...] et puis on communique (l. 349-351) ; quand elles se sentent un petit peu en difficulté [...]elles nous appellent et c'est nous qui faisons les entretiens, par exemple plus approfondis. (l. 353-356) ; soutien de l'équipe (l. 372) |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - chacun de notre côté - très indépendants - très individuel - partenaires sociaux - on n'intervient pas sur le secteur de l'autre - réseau - on s'appuie les uns sur les autres - jamais intervenu à deux | Chacun de notre côté (l. 284) ; un premier temps ça a été plutôt de la présentation auprès des partenaires sociaux qui touchaient aux publics précaires [...] les maisons départementales et de solidarité, les structures bénévoles, les associations caritatives, les CHRS, les mairies, certains médecins généralistes (l. 53-56) ; On est très indépendants les uns des autres, c'est-à-dire que chacun à son secteur à gérer, on n'intervient pas sur le secteur de l'autre puisqu'on est désigné au niveau, tant au |

| | | | | |
|--|--|------|---|---|
| | | | | <p>niveau des partenaires qu'au niveau du public (l. 121-123) ; on est très individuels (l. 123-124) ; on fait souvent une première rencontre en tripartite (l. 146) ; un bailleur, pôle emploi (l. 161) ; on travaille en lien avec les agents de santé [...] qui sont des infirmiers qui s'occupent du public uniquement au RSA (l. 170-172) ; les médecins traitant ou l'agent de santé ou l'infirmier [...] un kiné (l. 176-177) ; on a un réseau autour de nous (l. 185) ; Certains psychiatres des CMP attendent à ce qu'on reste un peu dans le circuit pas trop loin [...] pour garder ce lien qui s'est établi (l. 296-299) ; on travaille en lien effectivement avec d'autres, avec les travailleurs sociaux (l. 340-341) ; on s'appuie les uns sur les autres (l. 411) ; ça nous aide à comprendre (l. 418) ; on est jamais intervenus encore à deux sur une situation, c'est pas exclu (l. 421-422) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - tripartite - adresser - partenaires | <p>le premier entretien, on le fait en tripartite avec la personne qui nous l'adresse (l. 67-68) ; nous ce qu'on leur demande, c'est de nous alerter dès le départ, si elles sentent qu'il y a quelque chose qui ne va pas, de ne pas attendre que ça dure (l. 100-102) ; dès qu'elles ont le moindre doute, elles nous appellent (l. 105) ; ça a été un travail à mettre en place au départ avec les mairies, qu'ils nous accordent gracieusement un bureau (l.</p> |

| | | | | | |
|------------------------------------|-----|--|--|---|--|
| | | | | | 135-136) ; quand je pense pouvoir gérer, je l’ fais ; quand je peux pas qui faut adresser (l. 194-195) ; assistantes sociales, médecins, mairie, Pôle Emploi, les assoc’ (l. 213) ; soit j’y vais avec le partenaire qui m’a fait la demande, soit le médecin généraliste (l. 228-229) ; on est pas une équipe d’urgence donc si y a urgence, je suis très clair avec les partenaires, c’est le 15, c’est la gendarmerie, je veux dire c’est pas nous (l. 471-472) ; tout ce qui est paperasse, ça je laisse à l’AS parce que je ne connais pas (l. 495-496) ; |
| Communication interprofessionnelle | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - réunion pour cas difficile / situations qui posent question - communication formelle - venir discuter (=> informelle) - réunion tous les jeudis - réunion de coordination un jeudi sur deux | <ul style="list-style-type: none"> - 7/7 communication formelle - 5/7 communication informelle - 7/7 réunions d’équipe régulières (hebdomadaires, bimensuelles, mensuelles) | <p>une réunion on revoit un peu les cas difficiles, [...] des situations qui posent question et on les partage en équipe (l. 92-94) ; on organise une rencontre avec la personne qui nous a signalé le problème (l. 162) ; [communications formelles] (l. 335) ; moi ma porte elle est tout le temps ouverte pour que n’importe qui puisse venir discuter (l. 338-339) ; temps de réunion clinique qui dure trois heures tous les jeudis matins. (l. 339) ; une réunion de coordination d’équipe qui dure deux heures, un jeudi sur deux (l. 340) ;</p> | |
| | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - se réunir chaque semaine - on met en commun nos observations - temps de réunion | <ul style="list-style-type: none"> - 5/7 mise en commun des évaluations (cas particulier de E4 => secteur) | <p>on a une équipe qui prend soin de se réunir chaque semaine pour parler des différentes situations que l’on rencontre (l. 154-155) ; on met en commun nos observations divers et variées (l.</p> | |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|---|---|
| | | | clinique | <ul style="list-style-type: none"> - 2//7 analyse de la pratique (E4) - 5/7 soutien d'équipe (E2P et E3D) | <p>157) ; échanger sur les temps de réunion clinique au sujet d'une personne, ce que un tel a vu dans une association et ce que une telle à vue dans telle autre association et que le médecin a vue par ailleurs en entretien par exemple. Ça permet de rassembler un peu la personne dans ce qu'elle vit, dans ce qu'elle est, dans la façon dont elle réagit aussi (l. 322-336) ; [permet] d'avoir une lecture clinique un petit peu plus affinée (l. 339-340) ; [à propose des temps de réunion] ce qui permet de partager nos observations (l. 344) ;</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - réunions cliniques - prendre du recul sur les situations - intervisions - une fois par semaine | | <p>on en parle en réunion clinique (l. 67) ; le partenariat avec les collègues et les réunions d'équipe pour prendre du recul sur les situation (l. 276-277) ; le travail d'équipe, et le dialogue et la réflexion (l. 283) ; on travaille avec des intervisions, avec d'autres collègues qui peuvent nous étayer sur la clinique de la précarité pour prendre du recul sur ce qu'on fait (l. 285-287) ; des réunions cliniques [...] une fois par semaine (l. 409 et 412) ; c'est primordiale, c'est vraiment avoir cet espace de parole entre nous pour pouvoir nous questionner, parler de situations et pas être dans l'agir, être dans la réflexion, prendre du recul (l. 421-424) ;</p> |
| | | E3D | - synthèse tous les mercredis | | <p>une synthèse tous les mercredis pendant 2h30 à 3h. On en</p> |

CXL

| | | | | | |
|--|--|------|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - échanges tous au long de la semaine (=> informel) - échanges formels | | <p>profite pour faire le point sur les nouvelles demandes qui sont arrivées, choisir qui va aller en première intention auprès d'un patient (l. 212-214) ; on échange très souvent tout au long de la semaine parce qu'on travaille ensemble. L'équipe est réunie 2 demi-journées par semaine (l. 216-217) ; oui [échanges formels] (l. 224) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - oralement - téléphone / texto - dossier informatiques - compte-rendu - réunion de synthèse - une fois par semaine - échange sur les situations difficiles | | <p>oralement, (l. 359) ; téléphones (l. 360) ; on s'envoie un texto (l. 361) ; Informelle (l. 364) ; on a aussi évidemment des dossiers informatiques où on met des petits comptes-rendus de nos entretiens (l. 364-365) ; on a accès sur ce dossier des derniers rendez-vous des collègues (l. 366-367) ; On a aussi des réunions de synthèses (l. 367) ; On est tous présents une fois par semaine presque trois heures et à ce moment là, on échange sur les situations difficiles (l. 367-368) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - un petit peu tous les matin (=> informel) - situation qui nous interpelle - tous les jeudis - une fois par mois avec une psychologue - téléphone, messages | | <p>on a un temps d'échange un petit peu tous les matins où on se retrouve au bureau [...] ou on peut évoquer une situation qui nous interpelle en demandant l'avis de l'autre (l. 124-126) ; tous les jeudi matins, on a un petit temps un peu plus long où on se retrouve avec notre cadre où on évoque bah voilà, le fonctionnement (l. 126-128) ; une fois par mois on a une reprise par une psychologue qui vient sur un temps d'échange</p> |

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|------|--|--|--|
| | | | | | pour voir nos difficultés, où on évoque certaines situations qui nous pose problème [...]deux heures (l. 128-131); on se téléphone, on s'envoie des messages [...] nous communiquons assez, quand même beaucoup au sein de cette équipe (l. 133-135); |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - le matin (=> informel) - formelle - reprise mensuellement avec une psycho | | on se voit le matin avant de partir ou le soir quand euh... pour exposer un peu les situations qui nous posent un petit peu souci (l. 50-51); de manière informelle (l. 53); on a une psycho qui nous fait des reprises mensuellement (l. 55-56); pour effectivement arriver à débriefer (l. 451); |
| Difficultés / limites | Logistiques et institutionnelles | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - grand territoire d'intervention - toute petite équipe - institution qui ne fonctionnent que par projet - pas beaucoup de professionnels - 130-150 personnes par professionnel - pas d'analyse de pratique - liens compliqués avec les services intra-hospitaliers - manque de psychiatres - souffrance psychique | <ul style="list-style-type: none"> - 2/7 difficultés financières - 0/7 reconnaissance de l'EMPP par les institutions ou les services - 7/7 Difficulté dans lien / relais avec les partenaires - dont 4/ 7 difficultés d'hospitalisation - dont 3/7 difficulté de lien entre le sanitaire et le social - 5/7 importante charge de travail | on est départemental, dans le département de XX il n'y a qu'une seule EMPP, donc on intervient sur tout le territoire de XX qui est assez conséquent. (l. 100-102); c'est une toute petite équipe pour un grand territoire ce qui fait qu'on a énormément de temps de trajet (l. 104-105); le gros problème des institutions actuelles c'est qu'elles ne fonctionnent que par projet (l. 185-186); la principale difficulté c'est qu'on a une mission qui est assez lourde pour pas beaucoup de professionnels. Donc chaque professionnel suit entre 130 et 150 personnes quand même (l. 353-355); ça fait quand même beaucoup (l. 357); on pas d'analyse de la pratique donc ça |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|---|---|
| | | | <p>d'origine sociale ne relève pas de la psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> - turn-over des partenaires - énormément sollicité - pas de coordination dans les partenaires sociaux | <ul style="list-style-type: none"> - 5/7 manque d'infrastructures ou de professionnels (Psychiatre, médecin traitant, CMP saturés) | <p>c'est une vrai problème (l. 357-358) ; dans les liens avec les service intra-hospitaliers, donc nous même, c'est compliqué parce qu'en fait aujourd'hui il manque beaucoup de psychiatres et du coup les centres médico-psychologiques (l. 359-361) ; tout ce qui est souffrance psychique d'origine sociale, il ne considère pas que ça relève de la psychiatrie publique [...] du coup ça met un gros frein à notre mission puisque notre mission c'est de faciliter l'accès aux soins (l. 362-366) ; Après une autre grosse difficulté c'est qu'il y a beaucoup de turn-over auprès de nos partenaires sociaux [...]au bout d'un moment ils ne se connaissent plus (l. 368-371) ; on est énormément sollicité sur des réseaux locaux, partout et dans tous les sens et qu'il n'y a pas de coordination de ce truc là et que c'est assez compliqué pour nous. (l. 371-373) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - difficulté de relais - saturation des CMP - public que certains CMP ne connaissent pas bien - difficulté pour les hospitalisations - pas de médecin | | <p>la difficulté c'est peut-être plus par rapport à la question du relais (l.354) ; la saturation des CMP (l. 360) ; c'est aussi un public que certains CMP connaissent pas bien (l.361) ; Parfois au niveau des hospitalisations. Quand on est une structure public, quels moyens on a, parce qu'on est pas médecin, de signaler une personne qui semble être en danger pour elle-</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|--|---|
| | | | | | même ou pour les autres (l. 367-369) ; |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - limites avec le sociale - réexpliquer la psychiatrie dans le social - nouvelles lois, protocolisations des hospitalisations - du mal à faire notre travail - qui fait quoi - difficultés liées à l'hébergement, de moins en moins - manque de moyens - on fait rien - arrivée aux soins par les urgences - difficultés juridiques qui dévie la problématique (troubles du comportement => prison) | | <p>les limites qu'on a c'est aussi avec le social, on est tout le temps en train de réexpliquer que la psychiatrie elle fait pas tout, enfin réexpliquer la dimension de la psychiatrie dans le social. (l. 427-429) ; Après les limites qu'on a aussi c'est avec les nouvelles lois où on a tout une protocolisation des hospitalisations (l. 429-430) ; qu'on a du mal à faire notre travail. Du coup qui fait quoi, bah du coup on fait rien, et du coup ça ça devient questionnant et difficile (l. 433-435) ; toutes les difficultés liées à l'hébergement. Y a de moins en moins d'hébergement, de plus en plus de gens à la rue (l. 435-436) ; on va dire que c'est toutes les difficultés sociales de la France actuelle et le manque de moyens (l. 436-437) ; il y a plein de difficultés comme je vous parle, au niveau juridique au niveau des nouvelles lois qui sont mis en place, des protocole d'hospitalisation, des juges des libertés (l. 469-470) ; quand la personne à un problème de psychiatrie et qu'elle a des troubles du comportements et qu'on arrive pas à la faire hospitaliser parce que la police peut pas venir la chercher, parce que nous c'est pas dans nos missions d'aller prendre quelqu'un dans la rue, et bin qui fait quoi ? Personne. Et bin la personne elle reste</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|--|---|
| | | | | <p>dans la rue et un moment donné elle peut mourir dans la rue alors qu'elle a besoin de soins (l. 472-476) ; c'est quelque chose qu'on est en train de travailler pour trouver des solutions parce qu'on se rend compte concrètement que pour certaines personnes on fait rien et que personne fait rien (l. 477-479) ; Après bien sûr un moment donné la personne arrivera aux soins mais il faut qu'elle passe par les urgences, c'est-à-dire une urgence vitale ou un troubles du comportement grave et quand le trouble du comportement il est grave, il peut passer par la case prison alors qu'au départ, elle aurait juste pu aller en hôpital psychiatrique parce que la personne à des problèmes psychiatriques. Donc du coup ça dévie la problématique du départ et ça c'est du à des difficultés, on va dire, juridiques, des instances au-dessus. (l. 480-486) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - limites institutionnelles - limites financières - plaintes en hébergement d'urgence - grosse augmentation d'activité - services de santé français de droit commun qui ne s'adaptent pas du tout à cette population | <p>Surtout des limites institutionnelles, financières. Après des limites... des voilà... de plaintes en hébergement d'urgence (l. 238-239) ; on a une grosse grosse augmentation de notre activité (l. 244) ; Et puis tout simplement les services de santé de droit commun qui s'adaptent pas du tout facilement à ce type de public. Donc on rencontre des obstacles fréquemment, pour faire hospitaliser etc. On sent que le système français est</p> |

| | | | | | |
|--|--|------|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - obstacles pour faire hospitaliser | | <p>pas du tout adapté à ce type de population (l. 254-257) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - seule équipe - submergée - archi-débordé - CMP n'ont pas de souplesse - Effort à faire pour travailler les orientations | | <p>on est la seule petite équipe comme ça sur <i>Ville 3</i>, (l. 429) ; on est relativement submergés (l.430-431) ; on est pas du tout disponibles pour le reste du département ou les autres petites villes du département et que... on est... archi débordés(l.431-432) ; [concernant les CMP] ces structures n'ont pas une souplesse comme nous on a pu avoir et les habituer entre guillemets alors c'est sûr que s'ils ratent un rendez-vous ça passe s'ils en ratent deux ça passe aussi mais s'ils en ratent trois bin c'est fini quoi (l. 441-443) ; on a probablement des efforts à faire pour travailler ces orientations (l. 444) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - manque d'un médecin dans l'équipe - on nous a donné la circulaire, « débrouillez-vous » - demandes de plus plus importantes - de moins en moins de possibilités d'intervention - pas de médecin traitant - nécessité de soins (=> mais pas infrastructure) - manque de psychiatres, de médecins | | <p>ça manque quand même d'avoir un médecin (l. 13) ; cette lecture psy qu'on n'a pas, enfin, réel... du psychiatre qu'on n'a pas... l'avis qui nous manque (l. 16-17) ; Au départ de cette création, on savait pas bien grand chose des équipes mobiles, on nous a demandé de monter ça, donc on nous a donné la circulaire de 2005 et puis ma foi, débrouillez-vous avec (l. 50-52) ; avec des demandes, voilà, de plus en plus importantes, des interventions de plus en plus [...] avec moins [...] de possibilités d'interventions (l. 84-85) ; il y a en plus une désertification médicale importante (l. 90-91) ; tout n'est pas</p> |

| | | | |
|--|------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - CMP débordés - Difficulté à aller jusqu'au bout du soin | <p>psychatrisable (l. 150-151) ; c'est plus compliqué à mettre en place parce que pas de médecin traitant (l. 265) ; pas de médecin qui intervient pour la mise en place de l'hospitalisation et là c'est beaucoup plus compliqué (l. 266-267) ; On en a quelques uns, et là ça prend plus de temps, au départ de nos missions ça n'avait pas forcément été recensé au sein même de la circulaire, [...] mais on a mis le doigt sur une difficulté, [...] c'est ce qui est remonté à la surface (l. 336-339) ; pas de moyen de locomotion, oui voilà vous avez évalué, oui vous avez regardé... oui vous avez vu la nécessité du soin. Comment on fait maintenant ? (l. 470-471) ; L'offre de soin elle est pas suffisante parce qu'il manque de psychiatres, il manque de médecins (l. 498-499) ; on peut plus les orienter parce qu'ils peuvent plus nous prendre les médecins en CMP parce qu'ils sont débordés (l. 502-503) ; l'important c'est, voilà, c'est ces difficultés qu'on a à aller jusqu'au bout du soin, on a repéré, on a évalué, voilà et la difficulté (l. 539-540) ;</p> |
| | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - partenariat long à mettre en place - de moins en moins de médecin traitant - délais des CMP | <p>c'est effectivement tout ce travail de partenariat, qui est long à mettre en place parce que c'est pas vieux les EMPP (l. 82-83) ; C'est long... parce que les gens ont des habitudes, nous</p> |

| | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - manque de structures de transition hospitalisation – domicile - surbooké - lien somatique et psychiatrique | | <p>aussi... et...pendant des années il y a eu un pseudo secret médical (l. 92-93) ; quand il y a médecin traitant... il y en a de moins en moins donc c'est de moins en moins facile (l. 237-238) ; On n'a pas les moyens et on n'a pas le temps, surtout... (l. 366-367) ; mes collègues, s'ils veulent un médecin sur le CMP, ils auront trois mois, six mois (l. 470) ; le gros manque il est là. Et peut-être aussi de structures, mais ça ça fait des années qu'on le dit. Des structures permettant un passage à peu près correcte entre une hospit' et un retour à domicile (l. 496-498) ; Après il faut pouvoir l'arrêter le suivi. Je sais que c'est pas toujours facile [...] si on arrête pas certains suivis on va se retrouver surbookés très vite (l. 517-519) ; on m'a fait pendant des années à se battre entre le somatique et psychiatrique machin, on s'est rendu compte que si on bosse pas ensemble (l. 612-613) ;</p> |
| | Pratique professionnelle | E1P | - temps de trajet | <ul style="list-style-type: none"> - 1/7 manque d'outil | <p>c'est une toute petite équipe pour un grand territoire ce qui fait qu'on a énormément de temps de trajet (l. 104-105) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - identifié comme professionnel de la psychiatrie - nécessité de formation pour avancer sur des questions théoriques - impuissance | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 limites professionnelles - 5/7 cadre d'intervention - 0/7 avec l'équipe | <p>puisque déjà on est identifié comme étant des professionnels de la psychiatrie. Donc c'est pas forcément très simple, d'entrée de jeux, d'entrer en contact (l.85-86) ; on va régulièrement en formation ou assister à des rencontres, à des</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - on ne peut pas guérir tout le monde | | <p>séminaires, à des conférences, à des formations sur un ou deux jours pour avancer sur la question théorique. (l. 158-160) ; [l'exil et le traumatisme de l'exil] c'est différentes thématiques auxquelles on s'intéresse parce que ça fait partie de notre quotidien et qui nous permet au fur et à mesure d'avancer sur les difficultés et les besoins de nos métiers (l. 166-168) ; dans la pratique psychiatrique on est toujours confronté à des limites, à une certaine forme d'impuissance parfois, mais ça ça fait partir de notre métier (l. 373-375) ; on sait qu'on va pas guérir tout le monde et sauver tout le monde. (l. 375-376) ;</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - cadre de la rue - pas de protocole, pas de règles - épuisant - aller vers : en permanence en train de requestionner notre cadre relationnel - patience, patience, patience - tout seul on s'épuise | | <p>on est dans le cadre de la rue bah il y a toute la dimension de l'alcoolisation, du cadre, si on est sur un trottoir, si c'est bruyant, si y a des chiens, tous ces éléments mettent la relation dans une certaine singularité (l.333-335) ; il n'y a pas de protocole, de règle et c'est ça qui est très épuisant (l. 349-350) ; dans le cadre des maraudes ou des accueils de jour [...] on est en permanence en train de re-questionner notre cadre relationnel. Donc c'est tout le temps, tout le temps, tout le temps, chaque lieu, chaque endroit, chaque relation, chaque personne on est vraiment, c'est ce qui peut être épuisant. (l. 350-354) ; Quand on va dans l'aller vers on peut ressortir au</p> |

| | | | | |
|--|--|------|--|--|
| | | | | <p>bout d'une demi-matinée épuisé mais c'est parce que notre champs relationnel est tout le temps en questionnement (l. 354-356) ; comme on dit dans le PPP, on dit patience, patience, patience, pour psychiatrie précarité (l. 395-396) ; le transfert nécessite avec les collègues de pas faire ça tout seul parce que tout seul on s'épuise (l. 400-401) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - projet malléables et réorientables - fatigue - beaucoup de travail | <p>on ne se fixe pas trop à l'avance là dessus parce qu'en général ces projets sont très malléables et réorientables aux fils des semaines (l. 136-137) ; la limite de notre fatigue, beaucoup de travail (l. 242) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - propres limites - dépasser le rôle pour les aider (=> limites professionnelles - pas de suivi régulier - s'adapter aux problématiques des patients | <p>il faut que chacun on réfléchisse à nos propres limites, de ne pas aller trop loin parce que, bin effectivement, quand on voit les gens qui sont tellement démunis et tellement dans la précarité que parfois en tant que psychologue et même infirmière on a tendance à des fois un petit peu dépasser le rôle pour aider (l. 377-380) ; ne pas se laisser embarquer et submerger par les situations et puis euh dépasser un peu les limites de nos missions (l. 384-385) ; c'est difficile d'avoir un suivi vraiment cadré, régulier (l. 400-401) ; c'est à nous à nous adapter aux problématiques de ces patients (l. 404) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - beaucoup de kilomètres - difficile de lâcher | <p>beaucoup de kilomètres. C'est quand même très éloigné du</p> |

CL

| | | | | | |
|--|--|------|---|--|---|
| | | | <p>(limites professionnelles)</p> <ul style="list-style-type: none"> - notre propre histoire - attention où on met les pieds - seule | | <p>CHS donc il faut déjà aller sur le terrain avant de repartir plus loin (l. 69-70) ; [concernant le fait qu'il est difficile de les lâcher] Et même je pense aussi parfois pour nous (l. 309) ; elle, est ce qu'elle est avec nos propres difficultés à nous, notre propre histoire, notre propre lecture, on n'a pas la science infuse, alors peut être on peut parfois passer à côté de réel besoin, d'un réel, enfin d'un bon discernement de la situation (l. 317-320) ; s'il y a une grosse grosse difficulté voilà...on va pas y aller tout seul je veux dire, on n'est pas des cow-boys, je veux dire, on fait attention quand même où on met les pieds (l. 426-428) ; je me suis déjà retrouvée confrontée à des difficultés... le fait d'intervenir seule en tant que femme (l. 428-429) ; le fait qu'on intervienne seule au domicile de la personne (l. 433) ; Ça m'est déjà arrivé de dire « moi je n'irai pas à domicile » parce qu'on sent le danger, parce que voilà. Alors après, ça peut arriver aussi qu'on voit pas arriver, forcément (l. 438-440) ; on peut faire d'énormes kilomètres pour aller voir une personne, [...] dispatchés sur tout le département (l. 473-475) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - on pas tout résoudre (=> limites professionnelles) - être seul - compliqué d'évaluer | | <p>On peut pas tout résoudre, on n'est qu'infirmiers (l. 56-57) ; je pense que c'est un poste qui est compliqué parce qu'on est seul</p> |

CLI

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - on est humain quand même / on est pas des sur-hommes - arrêter le suivi sans être trop abandonnique - (activité à médiation) <p>Ça pourrait aider des fois, mais on a pas</p> | | <p>(l. 145) ; il faut avoir été confronté à des pathologies marquées (l. 147-148) ; il faut accepter d'être seul et de pouvoir gérer les situations d'urgence, de pouvoir prendre des décisions quand il faut les prendre, et c'est pas si facile que ça (l. 150-151) ; c'est bien compliqué d'évaluer ! (l. 296) ; je peux pas évaluer quelqu'un en trois quarts d'heure ou une heure. C'est hyper compliqué ou alors je risque de me planter (l. 324-325) ; c'est bien d'être empathique mais faut pas non plus euh... faut pas basculer de l'autre côté (l. 356-357) ; sur un CATTP toutes les activités de la médiation sont encore aussi importantes. Nous on n'a pas tout ça. Ça pourrait aider des fois mais on n'a pas (l. 365-366) ; Après c'est pas facile des fois parce qu'on est des humains quand même (l. 437-438) ; le plus lourd, c'est de tout prendre sur nous. Et puis on est pas non plus des sur-hommes (l. 452-453) ; on peut pas tout voir et on sait pas tout. (l. 495) ; Alors c'est arrêter le suivi sans être encore trop abandonnique (l. 519-520) ; on est qu'infirmier, donc si les gens n'accrochent pas ou on pas envie... (l. 533-534) ; donc je pense qu'il y a des situations qui nous remue, face auquel on se sent, je dis pas qu'on est mais, on se sent impuissant (l. 453-454) ; Moi le plus difficile c'est les situations où il y a des enfants (l. 463-464) ;</p> |
|--|--|---|--|---|

| | | | | | |
|--------------------|-----|---|--|--|--|
| | | | | | quand il y a une situation qui concerne des enfants, voilà c'est ce qui me remue un peu plus les tripes (l. 474-475) ; |
| Type de population | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - n'arrive pas à se projeter - allergique aux projets - violence - pas envie - invisibles - mafia => méfiance | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 comportement (violence, alcoolisation) - 2/7 difficultés dans les codes sociaux (ponctualité, irrégularité des rendez-vous) - 5/7 Difficulté à arrêter le suivi / à se projeter - 6/7 difficulté de mise en lien (temps, méfiance, disparition soudaine, invisible) | <p>Il n'arrive pas à se projeter dans l'avenir, ils sont dans une logique de survie bien souvent (l. 183-184) ; si on vit un petit peu le parcours des personnes en situation de précarité on se rend compte [...] tout est organisé par projet (l. 190-191) ; il faut considérer que se sont des personnes qui sont un peu allergiques aux projets (l. 217-218) ; On rencontre quand même beaucoup de violence dans notre travail (l. 316-317) ; on sent qu'il n'y a pas prise, ils ont pas envie, donc du coup il peut y avoir des problématiques autour de l'alcoolisme qui ne sont pas prise en charge (l. 382-383) ; c'est pas forcément pris en charge, mais ça c'est parce que c'est gens là sont invisibles (l. 387-388) ; dans les centres d'hébergement où ils sont, en fait ils ne savent jamais si les personnes qui sont là ne sont pas des personnes qui rendent compte à la mafia, donc mettre en place en groupe de parole dans ces cas là c'est impossible (l. 410-413) ;</p> | |
| | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - mise en lien prend beaucoup de temps - accueillir la personne, son histoire | | <p>mise en lien qui peut prendre beaucoup de temps, (l. 84-85) ; en créant ce lien et ce climat de confiance [...] au bout d'un</p> | |

CLIII

| | | | | | |
|--|--|-----|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - clinique complexe - trop intrusif, la personne va fuir - beaucoup de temps - difficulté de ponctualité | | <p>certain temps, mais qu'on peut pas quantifier. On ne sait pas si ça aura lieu ni quand, (l. 90-92) ; Ma mission c'est d'être présente sur place, d'être disponible (l.124) ; travailler en présence d'un interprète, auprès de personnes en situation de migration (l.161-162) ; on est confronté aux mêmes difficultés d'accueil, c'est-à-dire qu'est-ce qu'on doit accueillir de la personne, de son histoire et comment on peut en faire quelque chose. (l. 170-172) ; c'est une clinique du coup qui est complexe parce qu'elle demande là aussi beaucoup de temps (l. 272-273) ; Si on est trop intrusif la personne va nous fuir (l. 318) ; C'est là la grande difficulté, c'est créer du lien, à partir du moment où le lien est créé, voilà quelque chose est peut-être possible mais ça prendra encore beaucoup de temps. (l. 324-326) ; c'est pas toujours simple de les accueillir. Je pense à surtout à la difficulté qu'il y a autour de la ponctualité des rendez-vous (l. 361-362) ;</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - prend plus ou moins de temps - ce qui est de l'ordre de la consommation de toxique ou de l'ordre de la psychiatrie - tout est immuable | | <p>ça peut prendre plus ou moins de temps en fonction de l'accès aux droits et selon la situation et psychique et sociale de la personne (l. 73-74) ; faut faire gaffe parce qu'avec la consommation de toxique qu'est ce qui est de l'ordre de la consommation de toxique ou de l'ordre de la psychiatrie (l.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - mutique - on ne peut pas imposer - s'adapter à la personne - faire attention avec soi et avec l'autre - énormément de temps - le lien c'est le transfert, fragile - on peut pas faire sans la personne | <p>243-245) ; tout est immuable (l. 313) ; on se fie à ce qu'elle nous dit, donc parfois les choses peuvent changer (l. 314-315) ; Mais parfois la personne elle va rien nous dire, elle peut être mutique aussi. On peut travailler aussi avec une personne sous X qui nous donnera jamais son identité (l. 316-317) ; Parfois les gens vont vous donner à voir que le corps [...]bon bah y aura que ça a travailler (l. 320-321) ; On ne peut pas imposer à la personne sauf s'il y a un péril imminent. On fait avec ce que la personne à envie de nous donner. (l. 323-324) ; il faut vraiment s'adapter aux lieux, au bruit, à la personne et à son cadre (l. 358-361) ; Est-ce qu'il va être au sol, en hauteur, est-ce qu'il va être agité ou calme, est-ce qu'il va être drogué (l. 359-361) ; il faut faire attention avec soi et avec l'autre (l. 360-361) ; je pense que c'est le public qui nous demande à s'adapter (l. 374) ; [le lien de confiance] et ça ça demande énormément de temps [...] ça c'est des choses qui se contrôlent pas (l. 393-395) ; Le lien c'est le transfert mais un même temps c'est vachement fragile (l. 398) ; Je vais dire que c'est l'autre quoi (sourire) on peut pas faire sans la personne (l. 426-427) ; dans le champs relationnel, bah c'est l'autre, si le lien se fait pas (l. 439-440) ;</p> |
|--|--|--|--|

CLV

| | | | | | |
|--|--|-----|--|--|--|
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - pas prêt à arrêter le lien thérapeutique | | <p>des personnes qui ont quitté la rue pour être domiciliées, mais c'est pareil, ils ne sont pas prêts à arrêter le lien thérapeutique avec nous et qui sont pas encore prêt à aller dans les CMP par exemple ou qui s'adapteront pas à la prise en charge d'un CMP (l. 78-81) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - difficultés de revenir vers des circuits de soins normaux - parcours d'accompagnement assez long - le psycho et le social intriqué - patient alcoolisé, redonner un rendez-vous - irrégularité des rendez-vous | | <p>il faut qu'ils puissent ré-accepter d'avoir un traitement, un suivi (l. 110) ; c'est toujours des parcours d'accompagnements assez longs (l. 111) ; Les difficultés c'est que souvent tout est tellement intriqué entre le psycho et le social (l. 376) ; Si j'ai rendez-vous avec un patient qui est alcoolisé et bin voilà, ce jour là, l'entretien sera pas très productif (l. 390) ; on leur a donné rendez-vous et ils ne viennent pas, [...] ils arrivent en retard (l. 392-394) ; il faut savoir s'adapter à l'irrégularité des rendez-vous (l. 398) ; ce qui est aussi extrêmement difficile, c'est pouvoir les réorienter justement, quand on a un petit peu remis en route les soins, qu'ils ont un traitement ils adhèrent maintenant au suivi bin nous, pour nous, il serait question de pouvoir qu'ils ont un hébergement stable des choses comme ça ce serait question pour nous de pouvoir les réorienter hein, puisque ils peuvent revenir vers les circuits normaux mais là, c'est toujours très compliqué. (l. 433-438) ;</p> |

CLVI

| | | | | |
|--|--|------|--|---|
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - population qui nous glisse des doigts - compliqué de re-basculer vers une nouvelle équipe - plus dur de nous lâcher, sans que ce soit vécu comme un abandon - se faire happer par le discours - pathologie paranoïa, perverses, dangereuses - liées à l'alcool, la violence - menacé verbalement - personnes isolées, difficile d'amener aux soins, très rural - ne peuvent pas envisager d'avoir deux projets en même temps | <p>de temps en temps cette population qui nous glisse des doigts et qui du coup on l'a cernée, on va pour... et hop ! s'en va et on n'a plus accès à eux quoi (l. 267-269) ; c'est un peu plus compliqué pour eux de re-basculer sur une nouvelle équipe (l. 301-302) ; quand on a mis du temps à faire accepter une consultation psychologique psychiatrique, et bin là c'est beaucoup plus dur pour eux de nous lâcher [...] déjà de les lâcher sans que ce soit vécu de nouveau comme un nouvel abandon (l. 306-308) ; on peut se faire happer par le discours (l. 380) ; de grosses pathologies paranoïaques, perverses, dangereuses, liées à l'alcool, la violence (l. 443-444) ; ça m'est déjà arrivé par deux fois [d'être] menacée verbalement (l. 449-450) ; les distances géographiques [...] les plus grosses difficultés d'amener aux soins, c'est les gens qui sont isolés, loin de tout centre de consultation sans moyen de locomotion (l. 465-467) ; c'est très très rural son secteur donc des gens très très isolés qui ont accès à rien, pas accès aux soins (l. 477-478) ; de temps en temps ça nous file entre les doigts, et puis la réponse on l'a pas quoi (l. 541-542) ; faut du temps ! Beaucoup beaucoup de temps ! (l. 602) ; c'est compliqué (l. 603) ; qu'on va au rendez-vous ils y sont pas, on croit qu'on a accroché et</p> |
|--|--|------|--|---|

| | | | | |
|--|-----------------------|------|---|--|
| | | | | <p> finalement ils sont pas là... Comme on a l'habitude de dire : du lapin on en mange souvent. Des entretiens qui n'aboutissent pas parce que vous y allez ils sont pas là (l. 604-606) ; qu'ils peuvent pas envisager d'avoir deux projets en même temps dans la même journée voire même dans la même semaine, deux rendez-vous c'est très angoissant pour eux, de passer de rien à des choses (l. 607-609) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - amener les gens aux soins - les lâcher - un certains temps pour rentrer en confiance - sans couverture sociale c'est compliqué | <p> les pathologies au jour d'aujourd'hui sont pas si nettes qu'il y a 30 ans de par un repérage un peu plus précoce (l. 85-86) ; Alors après ce qui est compliqué dans ce poste-là, c'est d'amener les gens aux soins à un niveau psy et de les lâcher une fois qu'on les a amenés (l. 196-197) ; on met quand même un certain temps pour rentrer en confiance et quand il faut lâcher « bin oui mais vous m'abandonnez aussi » (l. 199-201) ; C'est là où c'est plus compliqué, parce que sans couverture sociale, c'est pas la peine de l'envoyer voir un médecin, il pourra pas acheter ses traitements (l. 492-493) ;</p> |
| | Différence culturelle | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - apprentissage de la culture pour comprendre ce qu'il se passe - être en face à face renvoie à un | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 incompréhension soignant-soigné (représentation de la psychiatrie selon les pays, interprétation d'une culture comme un <p> oui ça c'est sûr que c'est un frein (l. 392) ; il y a tout un apprentissage sur la culture pour comprendre ce qu'il se passe (l. 395) ; par exemple pour une albanais, mais c'est pareil pour quelqu'un qui vient de RDC, être en face à face part rapport à</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - interrogatoire de police ils ne voient pas ce que c'est la psy - c'est pour les fous, ils ne vont pas parler librement - gestion des affects n'est pas du tout la même en fonction des pays - construction entre le je et le nous, l'individuel et le collectif | <p>symptôme psychiatrique)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/7 priorités divergentes - 4/7 nécessité de formation / de recherche (E1, E2, E3) - 5/7 barrière de la langue, interprètes (sauf E1P et E3P) - 6/7 frein de la différence culturelle : OUI - 1/7 frein de la différence culturelle : NE SAIT PAS (une interrogation) | <p>un soignant, ça renvoi en fait à soit un interrogatoire de police, soit un moment où la personne était en face d'un bourreau (l. 396-398) ; souvent quand je me retrouvais avec des albanais ou des kosovars en face de moi, j'avais l'impression d'être un inspecteur de police (l. 400-402) ; Ils ont pas de l'aide comme en France, ils ne voient pas ce que c'est que la psy, ils pensent que c'est pour les fous et donc du coup ils ne vont pas parler librement d'eux même (l. 402-404) ; la gestion des affects n'est pas du tout la même en fonction des pays (l. 405-406) La construction entre le je et le nous, donc le rapport entre l'individuel et le collectif ou la communauté varie énormément (l. 406-407) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - NE SAIT PAS - On n'aborde pas la psychiatrie de la même manière - Face à un délire mais en fait face à une culture - S'intéresser à la culture et à la géopolitique - Question de la langue - Travailler avec des interprètes | | <p>Alors un frein... Dans tous les cas... euh... une interrogation (l. 379) ; la culture fait qu'on n'aborde pas la question de la psychiatrie de la même façon (l. 379-380) ; on peut penser qu'on est face à un délire mais en fait on est face à une culture (l. 383-384) ; travailler avec un public demandeur d'asile nécessite aussi de s'intéresser à la culture et à la géopolitique du pays d'origine, pour comprendre. (l. 384-386) ; il y a la question aussi de la langue, mais on apprend à travailler avec des interprètes (l. 389) ; si on a pas d'interprète on peut pas</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|---|--|
| | | | | faire d'entretien (l. 390) ; on apprend à travailler comme ça, avec une tierce personne qui fera le lien entre le patient et le professionnel (l. 393-394) ; |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - barrière de la langue - barrière de la culture - ça peut être un frein comme ça peut être une richesse - effort de nous poser la question - représentation de la psychiatrie qu'à la personne dans sa culture - s'adapter | il y a une barrière de la langue (l. 141) ; Un frein oui et non, ça peut être un frein comme ça peut être une richesse (l. 442) ; Ça nous demande un effort de nous poser la question, déjà de quel pays est la personne. Déjà il y a la barrière de la langue mais y a la barrière de la culture. Quelle représentation à la personne de la psychiatrie dans sa culture ? (l. 442-445) ; Et puis il y a toute la représentation de la psychiatrie qu'à la personne dans sa culture et au niveau aussi religieux donc ça demande de s'adapter aussi à ça et de se questionner là-dessus (l. 447-449) ; |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - Interprètes - Grande diversité culturelle | Ça rend les choses parfois compliquées, quand il faut des interprètes (l. 247-248) ; on a une grande diversité culturelle, donc oui ça représente un frein (l. 248-249) ; |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - Ça veut dire quoi pour vous - Avoir des connaissances supplémentaires | demander aux personnes ça veut dire quoi pour vous parce que voilà pour moi ça je comprends pas (l. 412-413) ; Quand il y a des patients qui parlent de marabout, qui sont possédés par des djinns, ou j'sais pas quoi, bon bin on va essayer avec eux expliquez-nous c'que c'est (l. 413-414) ; Ça empêche pas de |

CLX

| | | | | | |
|-----------------------------|---------|------|--|---|--|
| | | | | | travailler mais c'est sûr que des fois, avoir des connaissances supplémentaires ça nous permet de mieux saisir certaines choses, bien sûr. (l. 416-418) ; |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - Liées à la langue - Interprète - Difficultés liées au pays - Les priorités ne sont pas les mêmes | | c'est forcément à prendre en compte (l. 454) ; les difficultés ne sont pas que culturelles, elles sont aussi liées à la langue et je ne peux pas travailler avec eux si je n'ai pas un interprète (l. 456-458) ; dès l'instant où il n'y a plus de prise en charge [du CADA] où ils sont ce qu'on appelle déboutés [...] j'ai plus d'interprétariat téléphonique, et donc là c'est plus, j'ai beaucoup de difficultés (l. 460-462) ; il y a la culture à prendre en compte c'est indéniable, les difficultés liées au pays (l. 462-463) ; les priorités sont pas les mêmes, pour nous la priorité serait d'aboutir à un dossier, machin et tout, euh si le machin il n'est pas là ou s'il a passé une mauvaise nuit bah c'est beaucoup plus important, c'est leur vie (l. 609-611) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - barrière de la langue | | les difficultés ça peut être aussi la barrière de la langue (l. 466) ; y a pas de barrière de langue, pas sur le secteur où je suis moi (l. 483-484) ; |
| Après l'évaluation initiale | Actions | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - soin - orientation vers un professionnel - prend en charge - aide aux aidant | <ul style="list-style-type: none"> - 7/7 suivi / soins - 7/7 sollicitation du réseau / orientation vers les partenaires | on fait du soin. (l. 81) ; on fait l'orientation vers un professionnel en interne dans un CMP c'est sur prescription médicale (l. 171-172) ; on la prend en charge. On l'oriente ou |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|--|--|
| | | | | | on fait de l'aide aux aidants (l. 425) ; |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - orientation médicale - orientation vers un autre partenaire - projet de soin - orientation vers un collègue de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> - 3/7 accompagnement administratif - 0/7 visite dans les structures | je fais une orientation médicale (l. 396) ; la personne ne dépend pas de notre structure, donc dans ce cas on fait une orientation vers un autre partenaire (l. 397-398) ; je considère qu'un espace de parole est préconisé et auquel cas j'en informe mes collègues lors de la présentation clinique et on met en place un projet de soin (399-400) |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - oriente sur une consultation avec le médecin - réorientation vers le droit commun - soulager les besoins vitaux - apporter un confort - soulager la détresse psychique - l'amener aux soins - soin (parole) | | on oriente la personne sur une consultation avec le médecin et si la personne n'a pas de droit, un rendez-vous avec l'assistante sociale sera proposé à la personne pour lui faire l'ouverture de droit (l. 67-69) ; la réorientation vers le droit commun sera soit vers un psychiatre en libéral, soit un médecin traitant, soit vers un CMP quand la personne sera sectorisée et accédera à un logement, donc ça peut prendre plus ou moins de temps (l. 74-77) ; on essaye d'apporter à la personne en fonction de ses demandes et de ces besoins tout d'abord vitaux. On va d'abord soulager les besoins vitaux de la personne c'est-à-dire de quoi se doucher, de quoi manger pour lui apporter un confort, de la soulager de sa détresse psychique (l. 125-128) ; on va répondre à ses demandes, selon si c'est de l'ordre de la santé somatique, [...] et après si c'est d'ordre psychiatrique (l. 129-131) ; Ça |

| | | | | |
|--|--|-----|---|--|
| | | | | <p>peut être de l'addictologie, ça peut être social, ça peut être le soin (l. 137) ; arriver à l'amener aux soins (l. 459-460) ; la parole c'est déjà du soin donc moi quand je suis en relation c'est déjà du soin. Après c'est pas amener la personne aux soins et qu'elle soit plus dans la rue, c'est arriver à ce que le fou ou le précaire, enfin le fou puisse être dans la cité aussi. (l. 460-463) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - soin - but d'insertion et de ré-insertion - amener une qualité de vie et de santé meilleure - accompagnement administratif (hébergement, ressources, papiers) - oriente | <p>du soin (l. 260) ; on a toujours un but d'insertion, de ré-insertion [...] amener une qualité de vie et de santé meilleure, sinon c'est aller vers de l'hébergement, retrouver des ressources, retrouver un statut, retrouver des papiers (l. 261-264) ; on oriente très souvent dans un centre d'activités thérapeutiques où il y a, entre autre, des ergothérapeutes (l. 288-289) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - poser des liens / des piliers autour de la personne (=> orienter) - prise de conscience des troubles - suivi psychologique - soutien - réassurance - accompagner aux démarches d'arrêt d'alcool | <p>j'essaie de poser un peu des liens enfin comment dire, des piliers autour de cette personne, que cette personne le plus vite possible puisse avoir son médecin généraliste, puisse avoir un travailleur social, puisse avoir une structure d'hébergement donc essayer de caler un petit peu des choses autour de lui pour qu'il puisse un petit peu se poser. (l. 294-298) ; qu'on va tout doucement faire comprendre à la personne qu'il pourra être</p> |

| | | | | |
|--|--|------|---|--|
| | | | | <p>mieux s'il avait un traitement (l. 303-304) ; lui faire prendre conscience (l.307) ; lui montrer l'intérêt de la prise en charge (l. 310) ; de faire une sorte de prise de conscience de troubles et puis après d'emmener tout doucement à l'idée qu'un traitement pourrait l'aider et un suivi également. (l. 312-314) ; C'est du suivi psychologique du type de soutien de ré-accompagnement de ré-assurance pour qu'il reprenne confiance en eux. Le fait de les accompagner dans des démarches d'arrêt d'alcool, (l. 421-423) ; on va pas faire une analyse de type psychanalytique (l. 426) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - restaurer l'image qu'ils ont d'eux - restaurer les capacités - ricochet (=> orientation) - remettre avec eux dans la réalité des choses - aider à faire les démarches - orientation | <p>ça peut passer par une consultation psychiatrique, psychologique, ça peut juste être un contact avec un médecin traitant pour mettre un traitement anxiolytique, antidépresseur (l. 152-154) ; C'est un peu notre but aussi dans nos entretiens, c'est restaurer un petit peu l'image qu'ils ont d'eux et restaurer les capacités qu'ils ont quoi (l. 193-194) ; après ça, par ricochet ça redescend aux consultations CMP (l. 284) ; on va pas laisser les personnes avec rien (l. 339-340) ; remettre avec eux dans la réalité des choses (l. 352) ; es aider à faire une démarche quand ils sont pas bien dans un logement dans un quartier, [...] leur faire mûrir le projet de s'établir dans un</p> |

| | | | | | |
|-------------------|-----|-------------------------|---|-----------------------------|---|
| | | | | | meilleur environnement aussi, pour pouvoir accéder aussi à un mieux être (l. 359-362) ; après l'évaluation, l'orientation (l. 482) ; avec un traitement, d'enlever ses angoisses et d'anti-dépresseurs tout ça, pouvoir remonter des choses, pouvoir remettre des droits qu'ils avaient, parce qu'ils avaient plus rien [...] pour certains de retrouver un logement (l. 599-601) ; |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - adresser - redonner l'envie de vivre - relais - travail avec la personne (=> soins) | | soit adresser à un médecin généraliste et mettre un traitement [...], soit, carrément des fois, être obligé de faire hospitaliser (l. 70-72) ; si on déjà on arrive à leur redonner l'envie de vivre plutôt que de se projeter (l. 267-268) ; puis le moyen terme [...] ça passe au CMP, dans la possibilité des choses (l. 281-282) ; Moi j'essaye de passer au CMP quand vraiment je sais que ça sera un travail sur des années.[...] Après le CMP prend le relais et eux effectivement pourront mettre en place un projet un peu plus élaboré (l. 282-285) ; Une fois que l'évaluation est fait alors il y a deux solutions. Soit il y a nécessité de diriger vers un médecin psy, donc là il faut faire un travail avec la personne pour essayer de la convaincre. (l. 505-506) ; |
| Liens et terme du | E1P | X | | - 2/7 relais / interface | - |
| | E2P | - pas sur le long terme | | - 0/7 suivi maintenu durant | nous on a pas vocation à faire du suivi sur du long terme (l. |

| | | | | | |
|--|-------|------|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| | suivi | | | les hospitalisations | 355) |
| | | E2I | X | - 3/7 accompagnement à court terme | - |
| | | E3D | X | | - |
| | | E3P | | | on sert d'interface (l. 60) ; |
| | | E4I1 | - relais - rapidement | | dès l'instant où la prise en charge est faite en CMP et le lien est fait en CMP, les consultations, le psychiatrique, nous on se retire de cette prise en charge (l. 287-288) ; ça peut être en doublon pendant quelques temps et après on fait du relais et voilà. J'allais dire plus le lien est fait rapidement avec le CMP et plus c'est facile (l. 304-305) ; C'est pas parce que les personnes sont orientées qu'on les lâche non plus, on peut continuer des entretiens quelques temps(l. 483) ; « vous gardez bien nos coordonnées et tout ça, n'hésitez pas à nous recontacter s'il y a un souci » (l. 487-488) ; des fois ça s'arrête sans qu'on puisse savoir pourquoi,[...] ils sont passés à autre chose (l. 488-489) ; |
| | | E4I2 | - court terme (6-8 mois) - relais | | y passer une fois par semaine trois quarts d'heure (l. 192) ; Alors le court terme chez nous ça peut vouloir dire six mois à huit mois, en fonction des pathologies qu'on rencontre (l. 281-282) ; On continue les entretiens infirmiers quand il y a un traitement mis en place[...] c'est les entretiens de suite(l. 510- |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|------|--|--|--|---|
| | | | | | 512) ; on suit jusqu'à ce qu'il y ait un rendez-vous psycho (l. 514-515) ; et puis il y a les gens pour lesquels au bout de deux mois, suite à je-sais-pas-quoi, ils nous disent « merci, la mauvaise période est passée » et on arrête le suivi (l. 515-517) ; |
| Satisfaction des besoins de santé | E1P | X | | | - |
| | E2P | - OUI - On peut toujours faire mieux - Venir déposer leur lourd bagage de vie - C'est déjà bien | | - Satisfaction 1/7 OUI 5/7 NON 1/7 Ne s'est pas exprimé | on peut toujours faire mieux, ça s'est sûr. Mais, je pense que nous, ce qu'on peut faire avec les moyens qu'on a, on permet quand même à un certain nombre de personne de venir déposer leur... je dirais leur lourd bagage de vie, d'avoir un espace de parole, de soins où ils peuvent s'apaiser. (l.403-406) ; déjà ça en soit c'est déjà bien. (l. 408-409) |
| | E2I | - NON - Non-assistance à personne en danger - inefficace | | - 0/7 mesure - 0/7 temps accordé à l'utilisateur - 0/7 diversité des compétences au sein de l'EMPP | Non (l. 466) ; je me pose la question de la non-assistance à personne en danger (l. 467-468) ; Après sur certaines situations oui (l. 469) ; la personne elle reste dans la rue et un moment donné elle peut mourir dans la rue alors qu'elle a besoin de soins. Et là je trouve qu'on est inefficace (l. 476-477) ; |
| | E3D | - NON - Toutes petites avancées dans le domaine | | | Oui [besoins non couverts), même si y a des toutes petites avancées dans le domaine, (l. 252) ; |
| | E3P | - NON | | | Non (l. 429) ; |
| | E4I1 | - NON - Pas assez d'offre de soin | | | Bah j'allais dire que non parce que y a pas assez d'offre de |

CLXVII

| | | | | | |
|-----------------------|----------|------|---|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Évalue, Qu'est-ce qu'on fait après ? | | <p>soin. Non elle est pas satisfaisante parce qu'on évalue, on prend en compte [...] mais c'est bien beau, qu'est-ce qu'on fait après ? (l. 496-498) ; [concernant des résultats visibles] Pour certains oui, ouais. Pour d'autres c'est plus long (l. 597) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - NON - Manque évident de prise en charge - Tant que le matériel ne suivra pas | | <p>Il y a un manque évident de médecin généraliste, il y a un manque évident de prise en charge (l. 489-490) ; Non [concernant la satisfactions des besoins de santé] (l. 527) ; Pour moi c'est pas satisfaisant dans le sens où, ouai on va résoudre certains problèmes au niveau souffrance psychique mais tant que le matériel ne suivra pas (l. 543-544) ; mais pour tout ça il faut un médecin traitant pour être hospitalisé, il faut une carte vitale... Je crois qu'il y a tout un système qui fait que, je crois qu'il faut mieux être riche et en bonne santé que pauvre et malade, hein. Donc voilà, c'est mon point de vue. (l. 550-553) ;</p> |
| L'ERGOTHERAPIE | | | | | |
| Représentation | Missions | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - appréhender la personne dans sa dimension globale - adéquation entre environnement et incapacités, déficiences - adaptation entre l'environnement et le | <ul style="list-style-type: none"> - 0/7 Ne connaît pas - 5/7 Connaissance incertaine - 0/7 Evaluation | <p>je trouve que c'est une super métier (l. 431-432) ; j'ai un peu une représentation de l'ergothérapie canadienne là puisque j'avais des collègues là-bas [...] je trouve que c'est vraiment un métier qui permet d'appréhender la personne dans sa dimension globale (l. 432-434) ; c'est travailler l'adéquation</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - problème individuel - dimension écologique | <ul style="list-style-type: none"> - 3/7 Rééducation fonctionnelle - 3/7 Réadaptation - 2/7 Réhabilitation psycho-sociale | <p>entre l'environnement et les incapacités et déficiences que peut avoir une personne et travailler l'adaptation entre l'environnement et le problème individuel. Il n'y a pas beaucoup de métier qui ont cette dimension un peu écologique de la personne (l. 442-445) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - Je ne maîtrise pas la question - Atelier - Plusieurs thématiques - temps de médiation avec le soin - très peu eu à faire aux espaces d'ergothérapie | <ul style="list-style-type: none"> - 3/7 Médiation par l'activité - 3/7 Handicap / autonomie - 2/7 Globalité (de la personne EIP ; du geste E3D) | <p>Alors franchement, pour être très honnête avec vous... je ne maîtrise pas la question (l. 412) ; des ateliers qui peuvent être mis en place, alors je suppose qu'il y a plusieurs thématiques possibles qui sont un peu des temps de médiation avec le soin. (l. 413-415) ; j'ai très peu eu à faire aux espaces d'ergothérapie dans ma petite pratique hospitalière. (l. 416-417)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - redéfinissez l'ergothérapie - j'ai pas beaucoup travaillé avec les ergothérapeutes - trouver des solutions pour apporter du confort - trouver un outil - je n'en ai pas assez une représentation | | <p>Alors il faut que vous me redéfinissiez l'ergothérapie parce que je n'ai pas beaucoup travaillé avec des ergothérapeutes (l. 489-490) ; pour moi une ergothérapeute c'est trouver des solutions pour apporter du confort à une personne. Alors soit elle a un handicap physique, trouver un outil à cette personne pour qu'elle puisse être dans un confort (l. 493-495) ; Après je n'en ai pas assez une représentation pour me dire, enfin il faudrait... (l. 513-514) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - représentation large - en psychiatrie - globalité de la notion de geste | | <p>Ma représentation de l'ergothérapie... Elle est large parce que ayant travaillé en psychiatrie, j'ai rencontré beaucoup</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - émotionnel - psychomoteur - créatif - posture - garder une autonomie - créativité - autonomie fonctionnelle | <p>d'ergothérapeutes. Ma représentation de l'ergothérapie... c'est un professionnel... qui euh... qui est susceptible de travailler autour de la notion de geste, dans la globalité de la notion de geste, à la fois émotionnel, psychomoteur etc, à la fois créatif... et être vigilant à la relation entre le geste et le psychique. En tout cas en psychiatrie (l. 269-274) ; je travaille aussi dans un long séjour où il y a des ergothérapeutes qui travaillent auprès de personnes âgées, donc là elles travaillent elles beaucoup plus autour de la posture, de la possibilité de garder une autonomie, enfin bref. Voilà, mais ceux que j'ai vu travailler en psychiatrie c'était beaucoup plus orienté vers la créativité, voilà, plus que vers l'autonomie fonctionnelle (l. 276-280) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - gestes, mouvements du quotidien - stratégies de compensation - rééducation - troubles psychiques - cognitif - pas exhaustive - définition bien particulière | <p>moi l'ergothérapie voilà c'était bin heu... elle faisait... comment dire... surtout au niveau des gestes... des mouvements surtout au niveau du quotidien (l. 450-452) ; permettre de refaire des gestes ou des choses comme ça qu'ils avaient du mal à faire par exemple après un accident vasculaire ou des choses comme ça ou un traumatisme crânien (l. 453-454) ; les aider aussi si y a pas moyen de récupérer, qu'elles puissent avoir des stratégies de compensation (l. 455-456) ;</p> |

CLXX

| | | | | |
|--|--|------|--|---|
| | | | | <p>c'est quelqu'un qui fait partie d'une équipe pluri disciplinaire qui travaille à mon sens dans les milieux de rééducation, après accident (l. 456-458) ; je pense qu'il peut y avoir aussi probablement des personnes qui sont... qui ont des troubles psychiques ou des déficiences ou des choses comme ça pour pouvoir les faire manipuler ou associer des choses pour faire travailler également sur le plan cognitif. (l.458-461) ; j'ai une définition bien particulière de l'ergothérapie et je pense qui n'est sûrement pas exhaustive (l. 466-467)</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - j'y connais pas grand chose - difficultés liées au handicap - rééducation - très vaste - réhabilitation - thérapeutique - restauration de l'image qu'on a de soi | <p>Bah en fait j'y connais pas bien grand chose, moi je connais l'ergothérapie comme ça à travers plus des difficultés liées à un handicap (l. 507-508) ; je connais pas tellement l'ergothérapie en fait, à part dans la rééducation (l. 518) ; je connais plus ça, je vois plus ça comme ça, j'imagine que c'est très vaste (l. 520-521) ; ça doit s'adapter en fonction de l'établissement, en fonction de la structure (l. 548-549) ; si c'est dans un foyer de réhabilitation c'est mettre en place des choses pour aider (l. 556-557) ; Mais après ça peut être aussi très thérapeutique dans le sens, de la restauration de soi, dans l'image qu'on a de soi et tout ça (l. 560-561) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - j'ai pas beaucoup de | <p>j'ai pas beaucoup de notions d'ergothérapie, j'ai surtout des</p> |

| | | | | | |
|--|----------------------|-----|---|--|--|
| | | | <p>notion d'ergothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - activité à médiation - je connais pas trop - atelier bois, atelier fer, - c'est pas occupationnel - activité thérapeutique | | <p>notions de... d'activité à médiation, donc ça ressemble un petit peu, mais on est pas ergothérapeute. [...], l'ergothérapie ça reste un soin effectivement (l. 556-559) ; tout dépend quelle activité en ergothérapie... C'est vrai qu'entre la musicothérapie, les ergothérapeutes et après je connais pas trop. Je connais uniquement ce qui se fait sur le CHS et je pense que les prises en charge ne sont pas les mêmes pour les gens qui sont hospitalisés en ergothérapie au CHS par exemple, l'atelier bois, l'atelier fer, au niveau du temps. Ça reste une médiation (l. 560-564) ; est-ce que c'est occupationnel est-ce que c'est... C'est quand même une activité à médiation, pour moi ce n'est pas de l'occupationnel. Si c'est de l'occupationnel, il n'y a pas besoin d'un ergothérapeute (l. 580-582) ; s'il y a pas besoin de soins c'est pas la peine d'envoyer les gens en activité thérapeutique voir même en ergo (l. 588-589) ;</p> |
| | Cadre d'intervention | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - pas dans les EMPP - pas beaucoup en hôpital psy | <ul style="list-style-type: none"> - 2/7 SSR - 1/7 Lieux de vie - 2/7 Psychiatrie | <p>bin dans les équipes mobiles il n'y en a pas (l. 448) ; il y a pas beaucoup d'ergothérapeutes dans un hôpital psy (l. 451-452) ; je croise très rarement d'ergothérapeutes dans ma pratique professionnelle en France (l. 452-453) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - Je ne vois pas (en EMPP) | | <ul style="list-style-type: none"> - 0/7 « hors les murs » |

| | | | | | |
|---|----------------------------|--|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - En hôpital psychiatrique - En centres hospitaliers universitaires | <ul style="list-style-type: none"> - 1/7 Ne sait pas - 3/7 Absence dans le domaine de l'exclusion | vois pas dans quel cadre je pourrais les rencontrer puisqu'on est pas en lien avec des ergothérapeutes (l. 420-421) ; l'hôpital psychiatrique (l. 423) ; dans les centres hospitaliers universitaires. (l. 424-425) |
| | E2I | - Je ne connais pas | | | mais en fait je n'ai jamais travaillé avec des ergothérapeutes, donc en gros dans mon expérience professionnelle, donc je ne connais pas forcément trop (l. 496-498) ; |
| | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - Ça dépend du lieu de travail - Y en a pas (dans le domaine de la précarité) | | | ça dépend du lieu de travail (l. 280) ; Ah bah alors là dans la précarité j'en rencontre jamais ! (l. 283) ; Y en a pas (l. 285) ; |
| | E3P | - Dans des centres | | | dans des centres (l. 458) ; |
| | E4I1 | - En foyer de réhabilitation | | | un foyer de réhabilitations (l. 556) ; |
| | E4I2 | - Dans le privé ça existe pas | | | dans le privé sur cette ville ça existe pas. (l. 566-567) ; dans les structures privées je suis même pas sur qu'il y ait des ergo (l. 569-570) ; |
| Intervention d'un ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion | Intérêt pour l'utilisateur | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - Approche écologique - Evaluer - Nous aider - Travailler sur les déterminants de santé mentale des individus | <ul style="list-style-type: none"> - Pertinence pour l'utilisateur : 7/7 OUI 0/7 NON - 1/7 Evaluation - 3/7 Activité médiatisée (surtout créativité) (E3D, E4I1, E4I2) | moi là où je vois l'ergothérapie c'est dans cette approche écologique, c'est cette approche qui est centrale dans notre travail, donc l'ergothérapeute peut nous aider à faire ça, en articulant les différents domaines de la vie de la personne et puis pour l'évaluer (l. 459-462) ; Pour travailler sur les déterminants de la santé mentale des individus (l. 469) ; |
| | | E2P | - OUI | | |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Comment accrocher le public - Dans quel cadre | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 Lien avec la vie quotidienne - 2/7 Rééducation fonctionnelle (cognitive, sensations) (E3P, E4I1) - 4/7 Réhabilitation psycho-sociale (E1P, E2I, E3P, E4I1) | <p>plan... sur le plan... voilà, sur euh... dans une certaine manière d'aborder le soin, peut-être. Après comment, c'est là toute la question. Je ne saurais pas comment, puisque comme c'est un public qui n'est pas facilement saisissable, comment arriver à accrocher un espace, dans quel cadre (l. 429-433) ; je pense qu'il y aurait un intérêt à ça, après c'est comment accrocher le public. (l. 439-440)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - Approche complémentaire - Pour certaines personnes - Retravailler le soin - Etre dans un principe de réalité - Outil pour être en relation | <ul style="list-style-type: none"> - 0/7 Sans intérêt - 3/7 Questionnement (comment ? où ?) (E2P, E3D, E4I2) - 3/7 complémentaire pour l'utilisateur | <p>en fait je me suis jamais trop posé la question (l. 508) ; je pense que toutes les approches ou toutes les choses complémentaires peuvent apporter aux personnes, du moment que c'est pour leur amener de l'autonomie et que les personnes sont en exclusion... (l. 508-511) ; Après tout dépend la personne et où elle en est, mais je pense que oui ça pourrait... Enfin on peut pas faire qu'avec soi-même (l. 511-512) ; Après je pense que c'est au cas par cas, mais pour certaines personne je pense que ça pourrait, là où elles en sont ça pourrait être complémentaire oui. Mais tout dépend de là où elles en sont dans leur exclusion et dans leurs problèmes psychiques (l. 514-516) ; si on veut travailler l'autonomie alors que la personne elle est pas du tout, elle est totalement envahie dans un délire, je pense que ça peut être difficile quoi ? Enfin, je pense qu'il</p> |

| | | | | |
|--|--|-----|--|--|
| | | | | <p>faut déjà retravailler le soin, qu'elle puisse déjà être dans un principe de réalité, pour pouvoir être en lien avec la personne. Après quand la personne elle est complètement envahie et délirante, ça me paraît difficile (l. 520-524) ; Il y a des gens, les grands grands exclus, alors peut-être que ça peut – être un outil pour entrer en relation, votre approche, mais là j'ai pas assez les connaissances pour... Peut-être que votre approche pourrait être un outil pour rentrer en relation avec ces personnes mais là je ne sais pas (l.525-528) ;</p> |
| | | E3D | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - Expression - Créativité - Où ? - Un plus | <p>oui c'est pertinent (l. 290) ; Dans le sens d'une ergothérapie plutôt orientée... euh... vers l'expression, la créativité, oui ça peut se faire, oui. Le seul problème ce serait quand même le lieu de travail puisque nous on est quand même... nos locaux où on travaille ce sont des locaux où on s'interdit de recevoir des patients (l. 299-302) ; Donc voilà, ça poserait la question de trouver des salles, des lieux, mais oui, bien sûr que ça pourrait être pertinent, ce serait un plus (l. 303-304) ;</p> |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - Occupationnel - Refaire des gestes du quotidien - Reprise d'habitude - Gestion de sa vie quotidienne | <p>hormis pouvoir être dans de l'occupationn... (rires) vous allez me tuer hein ? de l'occupationnel ou peut-être pouvoir aider des gens qui sont vraiment peut-être à refaire des gestes du quotidien parce qu'ils ont été à la rue (l. 467-470) ; peut-être</p> |

| | | | | | |
|--|--|------|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Prendre des décisions - Stimulation cognitive (organiser des tâches, prendre des décisions) neuropsychologique | | <p>dans de la reprise d'habitude de gestion de sa vie au quotidien (l. 470-471) ; peut-être des stimulations cognitives pour organiser des tâches euh... faire face à une situation pour prendre des décisions, analyser une situation euh...avec peut-être quelque chose de neuropsychologique derrière (l. 473-475) ;</p> |
| | | E4I1 | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - Ateliers / projet - Créer quelque chose - Rétablir des sensations - Restaurer l'image de soi - Prendre soin de soi - Confiance en soi - Restaurer ses capacités | | <p>ça serait certainement très intéressant de pouvoir créer des ateliers autour de quelque chose où on pourrait réunir des personnes en situation de précarité autour d'un projet (l. 508-510) ; Ça pourrait être intéressant parce que... qu'il puisse amener aussi à créer quelque chose, créer quelque chose et puis rétablir des sensations qu'ils n'ont plus (l. 514-515) ; et ça je pense que ça peut être intéressant (l. 561) ; je sais pas comment ça pourrait se mettre en place mais pourquoi pas mais comment ça pourrait se mettre en place, euh... ouais. Mais je pense que ouais, dans des ateliers, pour restaurer aussi l'image de soi, son bien-être, des choses comme ça, même des ateliers, même si c'est individuel, quoi. Apprendre à reprendre...prendre soin de soi, de confiance en soi, restaurer ses capacités, parce qu'ils en ont plus (l. 573-577) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - OUI - (les activités à | | <p>sur un CATTP toutes les activités de la médiation sont encore</p> |

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----|---|--|---|
| | | | <p>médiation) Ça pourrait aider</p> <ul style="list-style-type: none"> - comment | | <p>aussi importantes. Nous on n'a pas tout ça. Ça pourrait aider des fois mais on n'a pas (l. 365-366) ; Alors je pense que ce serait pertinent mais comment le mettre en place ? Je veux dire tout ce qu'on peut essayer de mettre en place, un ergothérapeute, un psycho, un infirmier, une AS, tout, TOUT est pertinent à partir du moment où c'est fait pas n'importe comment et correctement. Le problème c'est comment le mettre en place et comment avoir les moyens de le mettre en place (l. 596-600) ; Je crois que tout serait utile, mais comme pour tout le monde. Je veux dire c'est pas spécifique à la précarité, je pense qu'il y a pleins de choses qui serait à mettre en place mais (sifflement) bon courage. (l. 602-604) ; tout aurait un intérêt, après je vous dit avec la précarité, il faudrait un certain temps. Mais je pense qu'effectivement ce serait jouable (l. 613-614) ;</p> |
| | Intérêt pour l'équipe | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - même pratique que celles des infirmières - convaincu pour mettre un ergothérapeute dans une équipe mobile - ergothérapeute formé à ce type d'outil d'évaluation - nous aider | <ul style="list-style-type: none"> - 3/7 Complémentarité pour l'équipe (E1P, E2I, E3D) - 5/7 Place de l'ergothérapeute en EMPP | <p>certaines ergothérapeutes qui ont travaillé dans le champs de la santé mentale ont pour moi les mêmes pratiques que celles qu'ont a au niveau des infirmières (l. 307-309) ; Il n'y en a pas mais moi je serais assez convaincu pour mettre un ergothérapeute dans une équipe mobile (l. 450-451) ; on est en train de mettre en place un outil d'évaluation d'impact de notre</p> |

| | | | | | |
|--|--|-----|---|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - l'ergothérapie pourrait être moteur - chargé de prévention et de sensibilisation | <ul style="list-style-type: none"> - 2/7 Place de l'ergothérapeute au sein d'une structure (Accueil de jour, etc) (E2P, E3P) - 2/7 Diversifier les compétences (E1P, E4I1) - 1/7 Sensibilisation des acteurs sanitaires et sociaux (E1P) - 2/7 Ne se prononce pas (E3D, E4I2) | <p>intervention et donc du coup j'ai un psychologue qui travaille sur ça et très fréquemment ce vers quoi il est renvoyé c'est les mesures de l'activité de vie et du bien-être et effectivement je pense que vous les ergothérapeutes vous êtes formé pour avoir ce type d'évaluation, donc ça pourrait nous aider (l. 462-467) ; Et c'est vrai que l'ergothérapie pour le coup pourrait être moteur mais le problème c'est que vous arriviez à rentrer dans l'hôpital, c'est ça le problème. (l. 479-481) ; on va essayer de demander des postes de chargé de sensibilisation et de prévention et pour le coup pour moi ce serait là que pourrait rentrer des ergothérapeutes (l. 489-492) ;</p> |
| | | E2P | <ul style="list-style-type: none"> - Structure, hôpital, association, centre d'accueil de jour - Ça reste à réfléchir | | <p>[concernant la complémentarité d'une intervention en EMPP] certainement mais encore une fois c'est comment accrocher le public. Après que ça se fasse au sein d'une structure, d'un hôpital ou d'un autre lieu, hein, on peut imaginer... une association par exemple, les centres d'accueil de jour. (l. 443-445) Est-ce que la place de l'ergothérapie pourrait s'imaginer là ? Voilà. Ça reste à réfléchir. (l. 451-452)</p> |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - complémentaire | | <p>Enfin on peut pas faire qu'avec soi-même (l. 512) ; mais je pense que ça pourrait être complémentaire, oui, en effet (l. 516-517) ; C'est quelque chose où je pourrais me questionner</p> |

| | | | | | |
|-------------------------|--|------|--|---|--|
| | | | | | mais sincèrement je ne me suis jamais questionner (l. 529-530) ; |
| | | E3D | X | | - |
| | | E3P | - ergothérapeute plus en structure plutôt que d'aller chez les gens - permanence sur des structures d'urgence, accueil de jour, | | alors... plutôt que d'aller chez les gens comme ça, j'vois pas trop... Mais bon après, faire des permanences sur des structures d'urgence ou je sais pas... (l. 512-518) ; |
| | | E4I1 | - intéressant - demande une équipe plus étoffée - équipe pluridisciplinaire | | je pense que ça pourrait être intéressant mais ça demande encore une équipe plus étoffées (l. 510-511) ; voilà de pouvoir ouvrir quoi parce que faudrait une... beaucoup plus de monde dans cette équipe, avec des projets, un projet de soin, enfin un projet bien établis (l. 512-513) ; je pense que oui (l. 527) ; un étoffement d'équipe [...] 'fin, une chose qui pourrait être une équipe pluridisciplinaire, pourquoi pas, je sais qu'il y a des endroits ils utilisent dans, des ateliers, dans les grands centres (l. 529-530) ; |
| | | E4I2 | X | | - |
| QUESTION OUVERTE | | | | | |
| Suggestions | | E1P | - création de poste : chargé de sensibilisation et de prévention - l'ergothérapie pourrait rentrer à l'hôpital par | - 1/7 ergothérapeute dans le domaine de la prévention / sensibilisation (E1P) | on va essayer d'aller justement, là au niveau de la permanence d'accès au soins de santé et l'équipe mobile justement on va essayer de demander des postes de chargé de sensibilisation et |

CLXXIX

| | | | | | |
|--|--|-----|--|--|---|
| | | | des actions de prévention | - 1/7 ergothérapeute en réhabilitation psychosociale (E3P) | de prévention et pour le coup pour moi ce serait là que pourrait rentrer des ergothérapeutes (l. 489-492) ; c'est des gens qui pourront faire de l'éducation à la santé, des actions de sensibilisation dans les structures d'hébergement, voilà. Nous aider à travailler sur la prévention. Moi je pense que l'ergothérapie peut rentrer à l'hôpital par des actions de prévention (l. 494- 497) ; Après je dis ça, j'en sais rien encore, une porte d'entrée quoi. Que ce soit les déterminants de la qualité de vie, du bien-être, de la santé mentale au sens large, santé mentale malade quoi et bin je pense que ça pourrait être une entrée mais il faut arriver à identifier les dispositifs qui travaillent sur la prévention et il n'y en a pas beaucoup (l. 499-502) |
| | | E2P | X | | - |
| | | E2I | X | | - |
| | | E3D | X | | - |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - en lieux d'hébergement plus pérenne - l'ergo dans l'étape d'après, quand investissement dans le suivi - être plus autonome | | dans des structures comme ça, à la limite, oui qu'il y ait, mettons un atelier de enfin, le mot est peut-être mal dit mais enfin qu'il y ait par exemple la possibilité de travailler sur certaines choses... dans l'aide à la remise sur les circuits... pourquoi pas hein. C'est intéressant mais plus sur... euh... que |

CLXXX

| | | | | | |
|--------------------------|--|------|--|--|---|
| | | | | | <p>cet ergothérapeute soit dans une structure un peu comme ça ou que ça fasse partie du dispositif d'accueil de jour par exemple (l. 520) ; il y a un centre d'accueil d'hébergement de nuit où il y a quelques lits qui sont des lits de stabilisation c'est à dire que les jeunes qui commencent à prendre un petit peu des repères (l. 522-524) ; par exemple dans une structure comme ça, ça me paraîtrait intéressant qu'il y ait aussi le point de vue de l'ergo... de les apprendre voilà... être plus autonome [...] à partir d'un lieu d'hébergement un petit peu plus pérenne (l. 526-529) ; c'était peut-être plus réellement l'étape après et bin, moi je verrais plus à la limite l'ergothérapeute dans le parcours de soin, enfin dans l'étape où les gens sont déjà, un tout petit peu posés, [...] qui commencent à s'insérer dans des suivis...des choses comme ça, qui commencent à préparer une réinsertion ou au moins qu'ils commencent à réfléchir à... euh voilà, qu'ils commencent à se poser et puis qu'à ce moment là ils soient accompagnés par exemple par une ergo(l. 543-548) ;</p> |
| | | E4I1 | X | | - |
| | | E4I2 | X | | - |
| Intérêt pour ce sujet de | | E1P | <ul style="list-style-type: none"> - Rare (que ça vienne) d'une filière d'ergothérapie - Intéressant | <ul style="list-style-type: none"> - 4/7 Intérêt - 3/7 aspect novateur | C'est rare d'avoir, j'ai quand même pas mal de monde qui m'appelle mais c'est la première fois que ça vient d'une filière |

| | | | | | |
|-----------|--|-----|--|--|--|
| recherche | | | <ul style="list-style-type: none"> - Innovant - Je suis curieux | | d'ergothérapie donc je trouve que votre travail est assez intéressant, c'est assez innovant. Je suis curieux (l. 507-509) |
| | | E2P | X | | - |
| | | E2I | <ul style="list-style-type: none"> - Je le veux bien pour pouvoir le comparer à mon travail - Ça m'intéresse - Me questionner - M'enrichir - Une ergothérapeute on a tous été surpris - C'est vraiment nouveau - Ça intéressera aussi mes collègues | | comme du coup je connais pas trop votre travail, si jamais vous rendez quelque chose, je le veux bien pour pouvoir le comparer avec mon travail et du coup pouvoir aborder cette dimension là. Parce que du coup, si vous vous questionner là-dessus, c'est certainement qu'il y a une approche qui pourrait être complémentaire et du coup j'aimerais bien voir pour me questionner là-dessus. Et j'aimerais bien pouvoir me questionner et m'enrichir de votre travail (l. 535-540) ; c'est vraiment pour voir ce que vous avez fait parce que ça m'intéresse du coup (l. 544-545) ; Oui, c'est intéressant (l. 554) ; quand on nous a dit une ergothérapeute on a tous été surpris quoi (rire). Parce que du coup c'est pour ça, je pense que c'est vraiment nouveau non je pense que ça intéressera aussi mes collègues (l. 557-560) ; |
| | | E3D | X | | - |
| | | E3P | <ul style="list-style-type: none"> - Ça serait aussi tout à fait intéressant | | [avis sur le sujet] tant qu'ils sont pas accrochés un petit peu, ça me semblerait peut-être moins... mais après tout voilà, on s'fait des idées... que ça serait aussi tout à fait intéressant. |

CLXXXII

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|------|--|--|---|
| | | | | | Voilà... mais, c'est intéressant. (l. 553-555) |
| | | E4I1 | X | | - |
| | | E4I2 | - C'est la première fois qu'on nous demande - C'est intéressant - C'est bien | | c'est intéressant. C'est la première fois qu'on nous pose, enfin qu'on nous demande donc on est un peu pris au... enfin y a rien de préparé (l. 619-620) ; Mais bon, c'est intéressant, c'est bien. (l. 652) ; |
| Avis sur la psychiatrie aujourd'hui | | E1P | - On est au Moyen-Age - Les nouvelles techniques, il n'y a pas beaucoup de gens qui les ont - Grosses logiques de territoire, de pouvoir dans les hôpitaux | - 4/7 Pas d'urgence en psychiatrie - 2/7 Lente évolution de pratique en psychiatrie | Mais pour l'instant en psychiatrie on en est très très loin de tout ça (l. 470) ; Mais quand on travaille en France, mais c'est vraiment, mais on est au Moyen-Age quoi. (l. 472) ; les nouvelles techniques, il n'y a pas beaucoup de gens qui les ont (l. 477) ; Et puis après il y a les grosses logiques de territoire, de pouvoir dans les hôpitaux c'est hallucinant. Entre les infirmiers, les psychiatres et les psychologues, c'est dommage (l. 484-486) ; |
| | | E2P | X | | - |
| | | E2I | - Il n'y a aucune urgence sauf s'il y a péril imminent | | en psychiatrie il n'y a aucune urgence sauf s'il y a péril imminent (l. 232-233) ; |
| | | E3D | X | | - |
| | | E3P | X | | - |
| | | E4I1 | - On est pas une équipe d'urgence - En tant qu'infirmier, | | on n'est pas une équipe d'urgence (l. 425) ; parce que oui quand on y réfléchît voilà, il y a on a en tant qu'infirmier aussi |

CLXXXIII

| | | | | | |
|--|--|------|--|--|---|
| | | | <p>restaurer l'autre à travers des activités qui peuvent être thérapeutiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - On a des ateliers d'ergothérapie qui sont fait par des infirmiers | | <p>cette vocation aussi de restaurer l'autre à travers des activités qui peuvent être thérapeutiques et tout ça, et donc quelque part c'est pas de l'ergothérapie mais petit à petit on voilà, t'façon nous on a des ateliers d'ergothérapie qui sont, 'fin, un petit peu, qu'on appelle ergothérapie mais qui sont fait par des infirmiers, ils ont pas de formation d'ergothérapie (l. 563-568) ;</p> |
| | | E4I2 | <ul style="list-style-type: none"> - La psy ça fait encore peur - On est pas dans l'urgence - Ça avance | | <p>la psy, ça fait encore peur (l. 37) ; on n'est pas dans l'urgence (l. 266-267) ; Je pense que c'est trop... la psy fait encore peur (l. 402-403) ; Mais bon ça avance (l. 649) ; Je peux vous dire qu'au bout de 35 ans ça a avancé quand même. Il y a 30 ans c'était pas ça (l. 651-652) ;</p> |

Annexe XIII : Retranscriptions intégrale de l'entretien E1P

Date : 19/03/2015

Durée de l'entretien : 45 min

Sexe : H

1 **Q : Je vous rappelle un peu le cadre de l'étude. Je suis en troisième année d'ergothérapie.**
2 **Donc c'est dans le cadre d'une initiation à la recherche pour valider mon diplôme d'état**
3 **d'ergothérapie. Mon sujet concerne les personnes en situation d'exclusion et souffrant de**
4 **troubles psychiques et plus particulièrement les interventions des équipes mobiles**
5 **psychiatrie précarité. Si je les appelle EMPP dans la suite de l'entretien ça vous convient ?**

6 E1P : Euh oui. Parce que nous c'est une équipe mobile santé mentale précarité justement.
7 Nous on a un dispositif à l'hôpital qui s'appelle *E1* dans lequel il y a quatre unités
8 fonctionnelles et l'équipe mobile est une des quatre unités fonctionnelles mais il y a d'autres
9 unités du coup.

10 **Q : D'accord. Très bien, on dira EMPP alors.**

11 E1P : Non non mais, y a pas de souci, c'est juste que quand on a créé l'équipe, on était
12 sensibles au mot psychiatrie parce qu'on pense que c'est plus que de la psychiatrie. C'est de
13 la santé mentale justement c'est l'interaction entre le travail social et de la psychiatrie donc
14 c'est pour ça qu'on l'a appelé santé mentale.

15 **Q : D'accord, très bien. Alors du coup cet entretien va se répartir en trois parties. Une**
16 **première plus sur votre présentation et la présentation de votre équipe. Ensuite une partie**
17 **sur la démarche évaluative des besoins de santé de la population, donc des personnes en**
18 **situation de précarité. Et enfin une dernière partie sur l'ergothérapie. Est-ce que vous avez**
19 **des questions sur le déroulement ?**

20 E1P : Non.

21 **Q : Ok très bien. Et bien allons-y. Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques**
22 **phrases pour commencer ?**

23 E1P : j'ai droit à combien de phrases ? (rire)

24 **Q : Comme vous voulez.**

25 E1P : Ok... Euh... je me présente moi ou mon service ?

26 **Q : Vous en priorité.**

27 E1P : D'accord, alors moi je suis le psychologue coordinateur de cette unité, enfin de ce
28 service *E1* depuis pas très longtemps ça fait à peu près euh, un an et demi. Et avant j'étais
29 déjà en lien avec ce service puisqu'en fait j'ai une double formation de psychologue clinicien
30 et de sociologue et que j'ai réalisé ma thèse de sociologie sur le terrain de recherche que
31 constituait *l'E1* entre 2006 et 2008.

32 **Q : D'accord oui, d'ailleurs j'ai trouvé votre écrit dans mes recherches.**

33 E1P : D'accord. Voilà ça a duré cinq ans cette histoire mais en tout cas j'étais présent sur ce

CLXXXV

34 terrain en tant que chercheur pendant trois ans, de 2006 à 2008 et à la fin de l'année 2008,
35 euh... c'est posé la question de créer une équipe mobile et donc j'ai accompagné le médecin
36 responsable à l'époque pour créer l'équipe mobile. Donc ça a pris un peu de temps et une
37 fois que le dispositif a été financé en fait, il y avait un poste de psychologue. Donc moi j'avais
38 terminé mon terrain de recherche en tant que sociologue donc j'ai pris le poste de
39 psychologue. Donc j'ai travaillé de fin 2008 à fin 2010 en tant que clinicien au niveau de
40 l'équipe mobile. En parallèle je travaillais pour une ONG (Organisation Non
41 Gouvernementale), j'étais responsable des programmes de santé mentale, au siège à Lyon.
42 Et puis fin 2010, l'ONG m'a demandé de passer à plein temps donc j'ai arrêté mon travail à
43 l'équipe mobile et j'ai travaillé pendant trois ans, enfin cinq ans en tout pour l'ONG là-bas.
44 Et puis il y a un et demi, le médecin responsable l'E1 souhaitait partir à la retraite puisqu'il
45 en avait la responsabilité et donc il m'a proposé de prendre la suite, ce que j'ai accepté, donc
46 voilà. Du coup je suis revenu sur mon poste en tant que psychologue clinicien sur mon poste,
47 donc les 40% et donc à 60% je suis responsable du dispositif. Donc il y a une équipe mobile,
48 une permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique, un dispositif de
49 psychologues qui accompagnent les personnes qui sont au RSA et puis un espace de
50 ressources et d'information sur la précarité qui est un espace ressource pour les
51 professionnels de l'hôpital qui souhaite recevoir de l'information sur la précarité.

52 **Q : D'accord, donc au cours de votre parcours vous avez été majoritairement dans le**
53 **domaine de l'exclusion, mais pas que ?**

54 E1P : Non alors ça c'est mon parcours à partir de 2006 mais moi j'ai été diplômé en 2003.
55 Donc moi j'ai plutôt un parcours dans l'humanitaire que ce soit en France ou à l'étranger,
56 enfin je me mets un peu cette casquette, et j'essaye d'avoir plusieurs angles d'attaque soit
57 par la psychologie soit par la sociologie et donc du coup je peux prendre différentes postures
58 soit en tant que psychologue soit en tant que sociologue. Mais en dehors j'ai aussi une
59 activité libérale où je fais pas mal de formation, soit dans les écoles de travail social, les IFSI,
60 j'interviens aussi dans un DU qui s'appelle « santé société et migration » qui est porté par les
61 universités de médecine et de santé de Lyon et Saint Etienne et là depuis très peu de temps,
62 quelques semaines, j'ai repris un travail avec l'ONG. Donc voilà, tout ça pour dire que j'ai fait
63 plusieurs choses dans le champ de la santé mentale que ce soit dans le recherche, la clinique
64 ou la coordination de projet.

65 **Q ; D'accord, et spécifiquement au sein de cette EMPP vous travaillez depuis combien de**
66 **temps ?**

67 E1P : Et bien j'ai travaillé, euh... Bah pendant trois ans j'ai été psychologue clinicien, j'ai
68 arrêté trois ans et là j'ai repris depuis un an et demi comme responsable et psychologue.

69 **Q : D'accord, donc vous travaillez depuis quatre, cinq ans ?**

70 E1P : Voilà c'est ça.

71 **Q : D'accord, très bien. Juste pour vous situer, dans quelle tranche d'âge êtes-vous, 20-30,**
72 **31-40, 41-50 ?**

73 E1P : Euh... je ne me rappelle plus ce que vous avez dit juste avant. Euh...j'ai 38 ans (rires).
74 Euh non c'est pas vrai j'ai 37 ans, n'importe quoi !

CLXXXVI

75 **Q : Pouvez-vous me parler plus particulièrement de votre équipe ?**

76 E1P : Alors l'équipe est composée de deux infirmières à temps plein, d'un médecin
77 psychiatre à 0,4 ETP et d'un psychologue à 0,4 ETP.

78 **Q : Et quelles sont ses missions principales ?**

79 E1P : Alors, sur le papier, la mission principale est de faciliter l'accès à la prévention et aux
80 soins pour des personnes en situation de précarité, et aux soins de santé mentale. Donc
81 voilà, ça c'est sur le papier et donc en vrai, on fait du soin. On facilite pas l'accès aux soins,
82 on fait le soin.

83 **Q : D'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre pratique professionnelle en
84 particulier eu sein de votre EMPP ?**

85 E1P : Euh, la mienne ou celle de l'équipe ?

86 **Q : La vôtre.**

87 E1P : En tant que psychologue alors ?

88 **Q : Voilà.**

89 E1P : ok... euh... alors. Moi sur mes 0,4 ETP j'ai un temps d'accompagnement de l'équipe
90 donc, si vous voulez 0,4 ETP, ça fait deux jours par semaine. Et une demi-journée où on a une
91 réunion clinique où on analyse toutes les nouvelles demandes de prise en charge. Et puis
92 une réunion on revoit un peu les cas difficiles, enfin les infirmières reprennent les cas un peu
93 lourds, mais ça peut aussi être moi ou le médecin qui amène des situations qui posent
94 question et on les partage en équipe, donc ça c'est une demi-journée. Ensuite, on a un
95 temps de consultation qui est assez variable, en ce qui me concerne, il peut aller entre d'une
96 demi-journée à une journée par semaine. Après, on a un temps de coordination ou on fait de
97 l'aide au aidant, où on est en lien avec les partenaires sociaux, on fait de la formation dans
98 une école de travail social et en IFSI aussi dans le cadre de l'équipe mobile. Donc du coup, il
99 faut coordonner ces actions-là. On fait partie de pas mal de réseaux, les réseaux de santé
100 mentale. Ah oui, j'ai oublié de dire qu'on a une particularité dans notre équipe, c'est qu'on
101 est départemental, dans le département de XX il n'y a qu'une seule EMPP, donc on
102 intervient sur tout le territoire de XX qui est assez conséquent.

103 **Q : Oui en effet, oui...**

104 E1P : Oui. Voilà donc c'est une toute petite équipe pour un grand territoire ce qui fait qu'on
105 a énormément de temps de trajet donc voilà. Après, notre population elle est hyper
106 diversifiée. On a à peu près la moitié de la file active c'est des migrants : albanais, kosovares,
107 arméniens pour l'essentiel. Et l'autre moitié c'est des français qui ont soit des difficultés
108 d'hébergement et qui sont dans les centres d'hébergement sociaux ou des résidences
109 sociales et pour l'autre moitié c'est des personnes qui sont recluses chez elles, qui vivent
110 dans des situations d'incurie, syndrome de Diogène des choses comme ça.

111 **Q : Mais qui ont un domicile ?**

112 E1P : Et qui ont un domicile oui, soit qui sont propriétaires, soit qui sont locataires. Par
113 exemple on a pas mal de serbes ou des agriculteurs qui ont des difficultés économiques et

CLXXXVII

114 qui se retrouvent avec des problématiques maltraitées et qui vivent dans des situations
115 d'insalubrité, d'incurie et donc on est appelé par des assistantes sociales soit du conseil
116 général soit de la MSA pour intervenir à domicile.

117 **Q : D'accord et c'est en général cet appel qui initie votre intervention ?**

118 E1P : Alors oui nous c'est plus particulièrement les travailleurs sociaux qui nous appellent
119 c'est plus rarement les familles ou les personnes qui nous appellent parce que justement, on
120 va dire, la particularité clinique du public qu'on accompagne, c'est qu'ils ne sont pas en
121 demande de soins, ils ne sont pas en demande d'aide. C'est souvent ça avec les personnes
122 en situation de précarité, c'est qu'ils n'identifient pas forcément leur problématique comme
123 étant une problématique de santé mentale.

124 **Q : D'accord, ok. Et Est-ce que vous pourriez hiérarchiser les différentes problématiques de
125 santé que vous rencontrez le plus couramment ?**

126 E1P : Bah pas de problème, 60% des personnes qu'on rencontre ont une souffrance
127 psychique avec des troubles mentaux modérés, donc type troubles anxio-dépressifs
128 modérés, une détresse psychologique souvent d'origine sociale donc c'est des personnes qui
129 sont en rupture de lien donc qui sont soit au chômage, soit au RSA, soit en rupture de lien
130 social ou familial et elles ont pas de troubles mentaux sévères comme schizophrénie, phase
131 maniaco-dépressive, phase de dépression sévère.

132 **Q : D'accord.**

133 E1P : 30% du public sont des personnes qui ont un syndrome post-traumatique, donc là c'est
134 souvent les migrants, qui ont été victimes de violence, torture, mafia, en Albanie, Kosovo
135 tout ça. Et puis après, les 10% restant c'est justement les troubles mentaux sévères où là on
136 a des personnes qui ont des psychoses ou des dépressions sévères qui vont vers une
137 situation de précarité.

138 **Q : D'accord, et vous avez des problématiques somatiques aussi, enfin, en terme de
139 pathologies physiques ?**

140 E1P : Oui oui bien sûr. Souvent les personnes en situation de précarité ont des pathologies
141 associées, donc diabète, cancer, hépatites... euh qu'est-ce qu'il peut y avoir ? Beaucoup de
142 problématiques de psychosomatisme donc migraine... Après il y a toute la
143 symptomatologie psy qui est physique donc problèmes pour dormir, problèmes pour
144 s'alimenter... Euh qu'est-ce qu'il y a encore... Il peut y avoir des personnes qui ne prennent
145 pas soin d'elles donc des infections. On a beaucoup de personnes qui sont recluses chez elle
146 donc qui ne voit personnes pendant plusieurs mois voire plusieurs années, donc ... après il
147 peut y avoir des furoncles, des choses comme ça... C'est charmant...

148 **Q : Oui, mais en même temps c'est la réalité...**

149 E1P : c'est ça.

150 **Q : On va passer à la deuxième partie qui concerne plus la partie évaluative des besoins de
151 santé de la population. Qui sont les acteurs de l'évaluation des besoins de santé des
152 usagers dans votre équipe ?**

153 E1P : Alors, démarche évaluative des besoins de santé... alors vous, vous parlez comme en

CLXXXVIII

154 santé publique, c'est bien. Mais alors nous on parle pas du tout des ... c'est les services
155 sociaux ou la famille qui nous appellent comme je vous disais tout à l'heure. Et en fait, ce
156 qu'on propose c'est, on a une fiche que l'on analyse en essayant d'évaluer la situation des
157 personnes. Et ensuite cette fiche, la demande est traitée en équipe. Et donc tous les jeudi
158 matin, on se voit, on fait le point sur les nouvelles demandes et on essaye de voir si on peut
159 répondre à son attente, à la personne qui nous signale la situation. Si on décide que c'est de
160 l'aide au aidant parce que c'est un problème de posture... souvent les travailleurs sociaux
161 ont des incertitudes ou on a besoin d'un conseil donc des fois on répond à ça. Si on a besoin
162 d'une rencontre, on organise une rencontre avec la personne qui nous a signalé le problème
163 et la personne concernée, donc à trois. Voilà c'est toujours comme ça. Donc on rencontre
164 une première fois la personne avec l'aidant et puis on en reparle en équipe donc la semaine
165 d'après et puis là on décide qu'est ce qu'on fait, est-ce qu'on met en place un suivi infirmier,
166 est-ce qu'on réoriente des partenaires, est-ce qu'on réoriente vers le psychologue ou le
167 psychiatre.

168 **Q : D'accord, et plus particulièrement aux niveaux des acteurs, est-ce qu'il y a un**
169 **professionnel qui est dédié ou est-ce que tout ce fait vraiment en équipe ?**

170 E1P : Non nous on travaille vraiment en équipe là dessus. En fait, contrairement à ce qui
171 peut se faire en CMP, orienter vers un psychologue ou... on fait l'orientation vers un
172 professionnel en interne dans un CMP c'est sur prescription médicale, c'est à dire que c'est
173 le patient qui décide comme circule le patient dans le CMP. C'est-à-dire que ce n'est pas la
174 demande du patient qui fait, qui organise la circulation, c'est vraiment le médecin qui dit bah
175 ouai ok il a besoin du médecin, de l'infirmier ou du psychologue. Nous c'est pas comme ça
176 en fait. Les infirmières nous exposent leur situation et on se met d'accord sur leur
177 orientation.

178 **Q : Alors, c'est pareil, je risque d'utiliser un mot qui est connoté, mais est-ce que le terme**
179 **de « projet de vie » est un terme que vous utilisez ?**

180 E1P : Non. Alors, on a un peu un positionnement par rapport à ce mot projet, c'est-à-dire
181 que aujourd'hui tout est organisé par projet dans la vie de tout le monde et que justement la
182 grosse problématique des personnes en situation de précarité c'est justement qu'il n'arrive
183 pas à se projeter. Il n'arrive pas à se projeter dans l'avenir, ils sont dans une logique de
184 survie bien souvent, donc déjà savoir où est-ce qu'ils vont dormir, comment est-ce qu'ils
185 vont se nourrir le jour même, c'est déjà compliqué. Et le gros problème des institutions
186 actuelles c'est qu'elles ne fonctionnent que par projet. Déjà elles sont cimentées sur des
187 modalités de projet, les professionnels sont eux-mêmes pris dans des projets où on leur
188 demande de s'auto-évaluer sur leurs pratiques professionnelles, ils sont eux-mêmes pris
189 dans des logiques de projets. Et puis ensuite, il y a un projet de service qui organise le projet
190 des personnes. Donc du coup, si on vit un petit peu le parcours des personnes en situation de
191 précarité on se rend compte qu'au CHRS il y a un projet logement avec l'assistante sociale,
192 au CMP ou à l'hôpital il y a un projet de soin, il y a un projet éducatif, enfin voilà tout est
193 organisé par projet. Et en fait souvent les institutions font ça sans la personne, sans leur
194 demander leur avis, donc du coup nous on estime qu'on ne va pas réfléchir en terme de
195 projet. En fait, nous on essaye de créer un lien de confiance avec la personne et la suivre là
196 où elle veut nous embarquer.

CLXXXIX

197 **Q : D'accord, très bien. Et donc pour ça, la personne est entièrement actrice de cette**
198 **action, j'imagine ? Du fait de ce que vous me dites, qu'elle participe à cette entrevue avec**
199 **l'équipe et c'est vraiment elle qui vous guide mais est-ce que vous avez des outils ou des**
200 **techniques particulières pour évaluer où est-ce que la personne veut vous guider ?**

201 E1P : Bah justement, on essaye de pas avoir trop d'outils concrets, mais maintenant on a
202 beaucoup de méthodes. La première qu'on utilise c'est déjà de se déplacer sur les lieux de
203 vie des personnes. On essaye de ne pas mettre en place de relation asymétrique ou
204 dissymétrique avec les personnes, c'est-à-dire que du coup les infirmières n'ont pas de
205 blouse blanche. On essaye de se mettre au niveau des gens, que ce soit dans le vocabulaire
206 ou voilà. Et on essaye d'identifier les ressources, plus se focaliser sur leurs besoins ou sur
207 leurs problèmes. On essaye aussi de pas trop les ramener à leur histoire donc de ne pas trop
208 insister lors de l'entretien sur leur parcours psy, on essaye en tout cas de suivre ce qu'elle
209 nous amène. Donc on est beaucoup sur « racontez-nous ce que vous avez fait aujourd'hui »
210 et d'essayer de valoriser les choses qui nous semblent positives ou les choses qui semblent
211 compter pour elle.

212 **Q : Et pourquoi vous essayez de ne pas trop les ramener sur leur histoire ?**

213 E1P : Parce que ça peut créer des moments de crispation et qu'on sait très bien que ce sont
214 des gens qui ont un parcours difficile. Et en gros nous, notre priorité, c'est de créer un lien
215 de confiance avec eux parce qu'en gros la grosse problématique, c'est des personnes qui
216 sont en rupture de lien, en fait les institutions, en voulant les faire rentrer dans une logique
217 de projet rejouent un peu des ruptures parce qu'en fait il faut considérer que se sont des
218 personnes qui sont un peu allergiques aux projets. Et donc des gens qui sont allergiques aux
219 projets dans notre société actuelle, c'est un peu difficile de les accompagner.

220 **Q : Mais une fois que vous avez créé un lien thérapeutique, vous abordez leur parcours de**
221 **vie ?**

222 E1P : Bah si elle... bah vraiment très très progressivement quoi, c'est pas tellement un point
223 d'ancrage, c'est pas un point de fixation, on a pas ça comme objectif. Si la personne nous
224 raconte, alors effectivement on va l'accompagner. Ça nous permettra de savoir des choses
225 sur sa vie. Mais ce qui nous intéresse ce n'est pas tant son histoire mais comment elle arrive
226 à vivre actuellement et comment elle se reconstruit dans son présent. On psychologise ça, et
227 ça je pense que c'est important, on psychologise ça en essayant de travailler sur ... euh ... je
228 sais pas : elle est dans cette situation aujourd'hui parce qu'elle a été victime de violence
229 dans son enfance ou parce qu'elle a fait un choix à un moment donné qui l'a conduite là où
230 elle en est aujourd'hui. On ne cherche pas de causalité, on cherche à savoir comment ça se
231 passe aujourd'hui plutôt que chercher des causes dans l'histoire, voilà. On travaille sur le
232 présent parce que c'est gens sont pris dans le présent. Voilà, c'est à dire que si on essaye de
233 travailler sur le projet, donc ça ramène tout de suite à la question du futur le projet, se
234 projeter plus tard et si on travaille sur l'histoire et bien c'est le passé, donc c'est pareil ils
235 arrivent pas, soit à être dans le futur, soit à être dans le passé. On reste sur le présent et si a
236 des moments il y a des moments du passé qui resurgissent et bah on essaye d'accompagner.
237 Et si à des moments il y a des éléments du futur qui apparaissent, la personne dit « bah voilà
238 moi j'ai envie de faire ça », à ce moment-là on l'accompagne. Donc on se base vraiment sur
239 ce que la personne amène plutôt sur ce que nous on voudrait voir ou pouvoir piloter quoi.

CXC

240 **Q : D'accord. Lorsqu'elle vous évoque le présent, sur quel élément est-ce que vous vous**
241 **appuyez pour évaluer cette personne, pour la prendre en compte ?**

242 E1P : Comment ça ?

243 **Q : Est-ce qu'il y a des éléments prégnants que vous allez « capter » plus particulièrement,**
244 **des éléments de sa vie ? Est-ce que vous allez prendre en compte plus particulièrement**
245 **son entourage ou ses activités si elle vous l'évoque ?**

246 E1P : Ouai, alors nous la question de la précarité on la découpe en trois type de problème.
247 Alors le premier problème c'est tout ce qui est relation d'objet donc des relations avec tout
248 ce que la personne peut posséder ou s'approprier, bon ça peut être tout et n'importe quoi.
249 Ça peut être l'AAH ou le RSA, enfin tout ce qui permet de donner un statut à la personne
250 donc on appelle ça les objets sociaux comme dans la clinique psychosociale. Donc là il y a
251 Jean Furtos qui a pas mal théorisé là-dessus, j'imagine que vous avez trouvé des écrits là-
252 dessus.

253 **Q : Oui**

254 E1P : La deuxième chose c'est tout ce qui est la créativité à agir des personnes, donc
255 reconnaître que même si elle a pas de projet elle produit des choses qui sont de l'ordre de la
256 création. Je prends un exemple, moi un jour un SDF me parlait que, mais de manière
257 complètement surprenante, qu'il avait un appareil photo qu'il arrivait à protéger malgré sa
258 vie à la rue quoi, et qu'il prenait des photos du parc de *Ville 1* avec les maisons, etc. Et que
259 du coup il faisait imprimer ses photos et que du coup il avait un album photo et voilà. Et
260 donc voilà, plutôt que de chercher à proposer un groupe d'art-thérapie, hein, je donne un
261 exemple dans un service, on va essayer de voir un terme de ressource de créativité que les
262 personnes ont.

263 **Q : D'accord**

264 E1P : Donc voilà, les objets sociaux, la créativité et dernier truc c'est les capacités que les
265 personnes ont à pouvoir parler d'elles et justement décrire leur quotidien, décrire leurs
266 relations sociales. On va se fixer sur leurs capacités à pouvoir se raconter ou pas et on va
267 essayer à les amener à se raconter justement. Avec derrière les travaux de Paul Ricoeur etc.
268 Voilà, c'est un peu ça les théories de l'action pour nous : les objets sociaux, la créativité et la
269 capacité à parler en son nom propre.

270 **Q : D'accord, et est-ce qu'à un moment donné vous abordez la nécessité de soins avec la**
271 **personne ?**

272 E1P : Bah pas forcément parce qu'en fait si elle le désire, en fait souvent c'est des personnes
273 qui ont eu des parcours chaotiques, qui ont déjà été dans le soin, alcoolique, toxicomane, ou
274 des pathologies cliniques, ou alors des personnes qui on une schizophrénie et qui on eu déjà
275 des phases de crises et qui ont déjà été hospitalisé parfois avec violence etc. Donc du coup
276 quand on se présente ou quand on demande aux travailleurs sociaux de nous présenter, on
277 se présente comme une équipe mobile qui, certes dépend de l'hôpital psychiatrique, mais
278 on n'est pas l'hôpital psychiatrique et on a pas du tout la même façon de fonctionner. Et
279 nous, nos locaux ne sont pas à l'hôpital psychiatrique et on est mobile quoi, on peut aller
280 chez les gens et donc du coup on essaye vachement de destigmatiser notre étiquette de psy

CXCI

281 parce que sinon les gens ne veulent pas nous voir tout simplement.

282 **Q : Oui d'accord. Et Est-ce qu'il existe des codes à respecter lorsque vous abordez la**
283 **situation du patient avec celui-ci ?**

284 E1P : Des codes ?

285 **Q : Alors des codes, en terme de choses que vous faites systématiquement ou à l'inverse**
286 **des choses qu'il ne faut surtout pas faire ?**

287 E1P : Alors c'est un peu ce que je vous disais tout à l'heure, au niveau vestimentaire c'est de
288 ne pas être trop décalé à la personne qu'on va voir, que ce soit trop bien habillé ou du coup
289 avec une blouse blanche. Essayer d'avoir une relation de proximité et de montrer ça. Si on
290 les reçoit dans notre bureau, essayer de ne pas se mettre derrière un bureau mais plutôt en
291 face à face. Euh, qu'est-ce qu'il pourrait y avoir aussi ? Dans le discours aussi, on essaye
292 d'avoir un discours assez clair et simple, d'être intelligible. Enfin voilà, ne pas jargonner sur
293 des problèmes addictifs, ne pas utiliser des termes médicaux. Après c'est facile à dire mais ça
294 dépend des professionnels avec qui vous allez parler, et je pense que le psychiatre, oui, il le
295 fait un peu plus. Donc moi j'essaye déjà ça et de me battre pour ça, après bon bah voilà, ça
296 va dépendre des gens.

297 **Q : Est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus sur la pratique professionnelle des autres**
298 **membres de votre équipe ?**

299 E1P : Et bien les infirmières de l'équipe ne font pas un travail d'infirmières. C'est pour moi du
300 travail social, c'est-à-dire qu'elles ne font pas d'actes techniques comme elles disent elles,
301 c'est-à-dire que les actes techniques pour les infirmières c'est prises de sang, prendre la
302 tension etc, enfin moi je n'y connais rien, je ne suis pas infirmière. Elles font beaucoup
303 d'entretiens infirmiers et donc aussi beaucoup de mises en lien avec les autres
304 professionnels, coordination de prise en charge etc, donc un travail que peuvent faire
305 certains travailleurs sociaux voir d'autres corps de métier. Comme j'ai pas mal travaillé avec
306 l'ONG j'ai pas mal travaillé avec des ergothérapeutes, notamment avec un ergothérapeute
307 canadien, et effectivement certains ergothérapeutes qui ont travaillé dans le champs de la
308 santé mentale ont pour moi les mêmes pratiques que celles qu'ont a au niveau des
309 infirmières. Ça répond peut-être à la dernière question d'ailleurs ?

310 **Q : (rire) en partie oui. D'accord, donc en terme de compétences, est-ce que vous estimez**
311 **qu'il a des compétences spécifiques nécessaires pour intervenir auprès de ce public ? Et si**
312 **oui lesquelles ?**

313 E1P : Oui. Il y en a plein. Déjà il faut être militant, ça c'est une vraie compétence qu'il faut
314 avoir, très engagé dans sa pratique militant du social, c'est-à-dire, alors je dis pas que tout le
315 monde l'est, mais pour tenir sur des postes comme ça il faut être militant sans être dans la
316 charité ou dans une posture morale vis-à-vis des personnes. On rencontre quand même
317 beaucoup de violence dans notre travail parce que les situations auxquelles on est exposés
318 sont voilà, bah les gens qui viennent du Kosovo ou d'Albanie ont été torturés, les gens qui
319 vivent dans la rue ont des situations de vie qui sont extrêmement douloureuses donc il faut
320 des gens qui soient un petit peu solides quand même pour tenir sur la durée et pour
321 l'obtenir cette solidité c'est souvent des gens qui ont de ressources dans le militantisme soit
322 associatif, soit politique donc pour moi ça c'est une vraie compétence pour animer un peu des

CXCII

323 réseaux sociaux, des partenaires. Voilà, donc ça veut aussi dire des compétences de
324 diplomatie, de négociation, de traduction entre différents univers parce que quand il faut
325 aller négocier une entrée à une personne qui pue, qui est extrêmement dégradée, dans un
326 service hospitalier et bien il faut les négocier aujourd'hui ces entrées, ça ne se fait pas de
327 manière spontanée parce que les gens vont dire « ah bah non ça ça relève pas de notre
328 travail, ça relève plus des urgences médicales psychiatriques » ou des trucs comme ça vous
329 voyez. Voilà, donc du coup il faut que les gens arrivent à identifier ce qui permettrait de faire
330 accéder aux soins de santé mentale un gars selon une problématique sociale ou une
331 problématique somatique. Donc voilà, il faut avoir des talents de négociateur.

332 **Q : Vous me parliez tout à l'heure de réunion que vous faites en équipe pour discuter, j'en**
333 **déduis que vous avez donc des temps très formels pour ce qui est communication**
334 **d'équipe ?**

335 E1P : Oui

336 **Q : Quel est le type de collaboration que vous entretenez ? Et quelle est sa fréquence du**
337 **coup ?**

338 E1P : Et bin... Déjà moi ma porte elle est tout le temps ouverte pour que n'importe qui
339 puisse venir discuter. Après, on a des temps de réunion clinique qui dure trois heures tous
340 les jeudis matins. Ensuite on a une réunion de coordination d'équipe qui dure deux heures,
341 un jeudi sur deux. Donc voilà, il y a ça, ensuite l'espace de ressources dont j'ai parlé au
342 début, il est aussi ouvert aux autres unités du service, c'est-à-dire que l'équipe mobile y va,
343 donc ça c'est une réunion qui dure une heure et demi, une fois par mois, où il y a une
344 quarantaine de professionnels, donc il y a les gens de l'équipe mobile, il y a les gens de la
345 PASS, des psychologues d'insertion et puis après il y a des professionnels de l'hôpital qui
346 travaillent soit dans les services intra-hospitaliers soit dans les services extra-hospitaliers, du
347 coup on échange sur nos pratiques. Moi j'essaye d'inviter des gens qui viennent nous parler
348 des nouveaux droits, comme les droits sur le droit d'asile ou euh... on essaye de s'informer
349 des nouvelles procédures par rapport à ça. Donc voilà c'est un lieu ressource. Et ça c'est des
350 temps réflexifs qui sont au final assez nombreux.

351 **Q : Est-ce que vous rencontrez des difficultés ou des limites dans vos interventions en**
352 **EMPP ?**

353 E1P : Euh... oui, la principale difficulté c'est qu'on a une mission qui est assez lourde pour pas
354 beaucoup de professionnels. Donc chaque professionnel suit entre 130 et 150 personnes
355 quand même.

356 **Q : Ah oui.**

357 E1P : donc ouai ouai ça fait quand même beaucoup. Pour l'instant on pas d'analyse de la
358 pratique donc ça c'est un vrai problème, de mon point de vue, donc j'essaye de changer ça.
359 Ensuite dans les liens avec les services intra-hospitaliers, donc nous même, c'est compliqué
360 parce qu'en fait aujourd'hui il manque beaucoup de psychiatres et du coup les centres
361 médico-psychologiques, mais comme au niveau intra-hospitalier, centralisent beaucoup sur
362 la prise en charge de la psychose et du handicap psychique et justement tout ce qui est
363 souffrance psychique d'origine sociale, il ne considère pas que ça relève de la psychiatrie
364 publique. Donc ça je l'ai quand même entendu. Je fais partie de la commission médicale

CXCIII

365 d'établissement et en gros 60% des médecins chefs pensent ça quoi. Donc du coup ça met
366 un gros frein à notre mission puisque notre mission c'est de faciliter l'accès aux soins, donc
367 aujourd'hui le soin ne veut pas soigner ces gens-là quoi. Donc ça pour nous c'est vraiment la
368 grosse difficulté. Après une autre grosse difficulté c'est qu'il y a beaucoup de turn-over
369 auprès de nos partenaires sociaux, donc du coup les réseaux sont sans arrêt en train de se
370 reconstruire, les gens se cherchent, même s'ils se connaissent au bout d'un moment ils ne se
371 connaissent plus. Et du coup, on est énormément sollicité sur des réseaux locaux, partout et
372 dans tous les sens et qu'il n'y a pas de coordination de ce truc là et que c'est assez
373 compliqué pour nous.

374 **Q : D'accord. Est-ce que vous pensez que certains besoins de santé ne sont pas couverts**
375 **aujourd'hui malgré vos interventions ?**

376 E1P : Euh... (silence) euh oui je pense.

377 **Q : Dans ce cas, lesquels et pourquoi ?**

378 E1P : En fait c'est compliqué parce que c'est des gens qui ne sont pas en demande de soin,
379 donc du coup, enfin moi là j'ai pleins d'exemples en tête où il y a des gens qui sont
380 alcoolisés, enfin alcooliques donc ils font de « l'acite », donc il faut faire des prélèvements
381 sinon la personne elle peut mourir, et en fait les gens parfois sont passifs, donc ils vont nous
382 accompagner ok. En fait, on sent qu'il n'y a pas prise, ils ont pas envie, donc du coup il peut y
383 avoir des problématiques autour de l'alcoolisme qui ne sont pas prise en en charge,
384 d'ailleurs on est en train de réfléchir à éventuellement accoler une équipe mobile précarité
385 addictologie à côté de notre équipe mobile pour palier à ça. Après les situations d'incurie,
386 elles provoquent pleins de petits problèmes, de, de... comme je l'ai dit tout à l'heure,
387 d'infections et ça c'est pas forcément pris en charge, mais ça c'est parce que c'est gens-là
388 sont invisibles. Ils restent chez eux, ils sortent pas, ils ont pas de relations sociales, donc
389 voilà.

390 **Q : Vous me parliez tout à l'heure de personne serbes par exemple. Est-ce que pour vous la**
391 **différence culturelle a déjà été un frein dans votre pratique ?**

392 E1P : Euh... bah oui ça c'est sûr que c'est un frein parce qu'on a... bah le médecin en fait c'est
393 un passionné des Balkans donc il a une vraie expertise là-dessus, mais dans l'équipe tout le
394 monde n'est pas historiens donc du coup, quand il y a des nouvelles personnes qui arrivent
395 dans l'équipe, il y a tout un apprentissage sur la culture pour comprendre ce qu'il se passe
396 en fait parce que, par exemple pour une albanais, mais c'est pareil pour quelqu'un qui vient
397 de RDC, être en face à face par rapport à un soignant, ça renvoi en fait à soit un
398 interrogatoire de police, soit un moment où la personne était en face d'un bourreau quoi.

399 **Q : A oui donc c'est très connoté.**

400 E1P : Voilà, mais c'est impressionnant c'est-à-dire que moi souvent quand je me retrouvais
401 avec des albanais ou des kosovars en face de moi, j'avais l'impression d'être un inspecteur
402 de police. J'étais obligé de poser des questions sans arrêt pour qu'ils répondent. Ils ont pas
403 de l'aide comme en France, ils ne voient pas ce que c'est que la psy, ils pensent que c'est
404 pour les fous et donc du coup ils ne vont pas parler librement d'eux même quoi. Je pense
405 que c'est sur cette logique-là. Après la gestion des affects n'est pas du tout la même en
406 fonction des pays. La construction entre le je et le nous, donc le rapport entre l'individuel et

CXCIV

407 le collectif ou la communauté varie énormément. Par exemple, voilà quand on est
408 psychologue et qu'on dit « ah bah tiens on va faire un groupe de parole avec les albanais ».
409 Ah bah non parce qu'en fait il y a énormément de méfiance et de problèmes suite à la
410 guerre entre les albanais et les kosovars. Et dans les centres d'hébergement où ils sont, en
411 fait ils ne savent jamais si les personnes qui sont là ne sont pas des personnes qui rendent
412 compte à la mafia, donc mettre en place en groupe de parole dans ces cas-là c'est
413 impossible.

414 **Q : Donc c'est plus du travail individuel avec ce type de personne ?**

415 E1P : Ouai, exactement. Mais même dans la salle d'attente moi j'ai eu des patients qui m'ont
416 dit on entend tout ce que vous dites dans la salle de consultation, c'est pas suffisamment
417 isolé. Donc ouai je ne peux pas changer de bureau. Ils sont extrêmement méfiants quoi.
418 Mais ce qui peut se comprendre parce qu'ils viennent en France parce qu'il fuit des
419 persécutions et on sait très bien qu'il y a la mafia albanaise en France et qui est très en lien
420 avec la mafia en Albanie et donc ils sont en droit de craindre pour leur vie.

421 **Q : D'accord. Dans la suite de votre travail, après avoir évalué la situation de la personne
422 est-ce que vous mettez des actions en particuliers en œuvre ?**

423 E1P : (silence) Comment ça ?

424 **Q : Quelle est la suite de votre travail après votre premier contact avec la personne ?**

425 E1P : Et bin, on la prend en charge. On l'oriente ou on fait de l'aide aux aidants donc voilà.

426 **Q : Les missions que vous m'avez citées précédemment ?**

427 E1P : Voilà.

428 **Q : Ok très bien. Alors passons à la dernière partie.**

429 E1P : D'accord.

430 **Q : Quelle est, pour vous, votre représentation de l'ergothérapie ?**

431 E1P : Ma représentation de l'ergothérapie ? Bah moi déjà je trouve que c'est un super
432 métier. Mais bon j'ai un peu une représentation de l'ergothérapie canadienne là puisque
433 j'avais des collègues là-bas. Non non mais je trouve que c'est vraiment un métier qui permet
434 d'appréhender la personne dans sa dimension globale.

435 **Q : Oui.**

436 E1P : Alors que autrement, on est très, surtout en France, par filière. Et que du coup j'ai eu
437 un pu la chance d'aller voir les cursus de formations d'ergothérapie dans les différents pays,
438 au Bangladesh par exemple. Ou du coup j'avais rencontré des ergothérapeutes qui me faisait
439 voir ce qui faisait un peu en santé mentale et c'était génial quoi. Donc du coup, un kiné par
440 exemple, parce que souvent on peut comparer l'ergothérapie avec la kinésithérapie, je
441 pense qu'en France on fait souvent ce lien là et en fait ça clairement et purement rien à voir.
442 Justement c'est travailler l'adéquation entre l'environnement et les incapacités et
443 déficiences que peut avoir une personne et travailler l'adaptation entre l'environnement et
444 le problème individuel. Il n'y a pas beaucoup de métier qui ont cette dimension un peu
445 écologique de la personne.

CXCV

446 **Q : Hum, tout à fait. Et dans quel cadre vous pensez pouvoir rencontrer des**
447 **ergothérapeutes ?**

448 E1P : Et bin dans les équipes mobiles il n'y en a pas.

449 **Q : (rire) d'où mon travail.**

450 E1P : (rire) Il n'y en a pas mais moi je serais assez convaincu pour mettre un ergothérapeute
451 dans une équipe mobile. Mais bon déjà dans un hôpital il y a pas beaucoup
452 d'ergothérapeutes dans un hôpital psy, donc voilà, non mais j'en sais rien. Moi je croise très
453 rarement d'ergothérapeutes dans ma pratique professionnelle en France.

454 **Q : D'accord, donc du coup vous avez à moitié répondu à ma dernière question : selon**
455 **vous est-ce que l'intervention d'un ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion pourrait**
456 **être pertinente ? Si oui comment et si non pourquoi ?**

457 E1P : Alors comme je disais tout à l'heure, nous dans 60% de nos personnes c'est des
458 personnes qui ont une détresse psychologique en lien avec une problématique sociale. En
459 fait c'est pas que social, c'est social, culturel, politique, donc moi là où je vois l'ergothérapie
460 c'est dans cette approche écologique, c'est cette approche qui est centrale dans notre
461 travail, donc l'ergothérapeute peut nous aider à faire ça, en articulant les différents
462 domaines de la vie de la personne et puis pour l'évaluer. Par exemple nous on est en train de
463 mettre en place un outil d'évaluation d'impact de notre intervention et donc du coup j'ai un
464 psychologue qui travaille sur ça et très fréquemment ce vers quoi il est renvoyé c'est les
465 mesures de l'activité de vie et du bien-être et effectivement je pense que vous les
466 ergothérapeutes vous êtes formé pour avoir ce type d'évaluation, donc ça pourrait nous
467 aider ouai.

468 **Q : D'accord.**

469 E1P : Pour travailler sur les déterminants de la santé mentale des individus des choses
470 comme ça. Mais pour l'instant en psychiatrie on en est très très loin de tout ça. Pour moi j'ai
471 une vision en santé publique parce que j'ai travaillé dans mon milieu humanitaire et que
472 dans l'humanitaire on a cette vision-là donc voilà. Mais quand on travaille en France, mais
473 c'est vraiment, mais on est au Moyen-Age quoi.

474 **Q : C'est ça. Et puis j'ai l'impression qu'il y a vraiment deux écoles en psychiatrie : la vieille**
475 **école et les nouvelles techniques.**

476 E1P : Ah non mais c'est exactement ça. C'est exactement ça quoi. Et encore les nouvelles
477 techniques, il n'y a pas beaucoup de gens qui les ont.

478 **Q : C'est ça il faut être formé, c'est ça.**

479 E1P : Bah ouai ouai, tout à fait. Et c'est vrai que l'ergothérapie pour le coup pourrait être
480 moteur mais le problème c'est que vous arrivez à rentrer dans l'hôpital, c'est ça le
481 problème. Il faut des gens qui font confiance etc quoi.

482 **Q : C'est ça. Et puis il faut que ce soit connu un petit peu plus parce que c'est souvent un**
483 **problème de méconnaissance du métier aussi.**

484 E1P : Voilà exactement ouai. Et puis après il y a les grosses logiques de territoire, de pouvoir

CXCVI

485 dans les hôpitaux c'est hallucinant. Entre les infirmiers, les psychiatres et les psychologues,
486 c'est dommage.

487 **Q : Tout à fait. Ok et bin je vous remercie. Est-ce que vous avez des suggestions ou des**
488 **questions par rapport à cet entretien ?**

489 E1P : Euh non non non j'ai pas de question par contre nous on va essayer d'aller justement,
490 là au niveau de la permanence d'accès aux soins de santé et l'équipe mobile justement on va
491 essayer de demander des postes de chargé de sensibilisation et de prévention et pour le
492 coup pour moi ce serait là que pourrait rentrer des ergothérapeutes.

493 **Q : D'accord. Vous me dites chargé de prévention ?**

494 E1P : Bah je sais pas trop comment on va les appeler mais c'est des gens qui pourront faire
495 de l'éducation à la santé, des actions de sensibilisation dans les structures d'hébergement,
496 voilà. Nous aider à travailler sur la prévention. Moi je pense que l'ergothérapie peut rentrer
497 à l'hôpital par des actions de prévention.

498 **Q : D'accord, très bien. C'est intéressant.**

499 E1P : Après je dis ça, j'en sais rien encore, une porte d'entrée quoi. Que ce soit les
500 déterminants de la qualité de vie, du bien-être, de la santé mentale au sens large, santé
501 mentale malade quoi et bin je pense que ça pourrait être une entrée mais il faut arriver à
502 identifier les dispositifs qui travaillent sur la prévention et il n'y en a pas beaucoup.

503 **Q : Oui, d'accord. Bah je vous remercie en tout cas. Et ce que ça vous intéresserait que je**
504 **vous envoie une fois finis mon travail ou pas ?**

505 E1P : Ouai ouai carrément, avec plaisir.

506 **Q : Ok très bien.**

507 E1P : C'est rare d'avoir, j'ai quand même pas mal de monde qui m'appelle mais c'est la
508 première fois que ça vient d'une filière d'ergothérapie donc je trouve que votre travail est
509 assez intéressant, c'est assez innovant. Je suis curieux.

510 **Q : Je vous remercie. Et bien je vous envoie ça. Je vous remercie en tout cas de la**
511 **disponibilité que vous m'avez accordée c'est vraiment très gentil.**

512 E1P : Pas de souci, bon courage. A bientôt, au revoir.

513 **Q : Au revoir.**

Annexe XIV : Retranscriptions intégrale de l'entretien E2P

Date : 09/04/2015

Durée de l'entretien : 53 min

Sexe : F

1 **Q : Je vous propose : je vous resitue le cadre de cette étude et ensuite on commence. Ça**
2 **vous va ?**

3 E2P : Oui.

4 **Q : Alors je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie. Je réalise un mémoire**
5 **d'initiation à la recherche pour la fin de mes études. Mon sujet concerne les personnes en**
6 **situation d'exclusion qui souffrent de troubles psychiques et particulièrement**
7 **l'intervention des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité. Donc cet entretien va se dérouler**
8 **en trois parties : une première partie où vous allez vous présenter et présenter votre**
9 **équipe, une seconde partie où on va aborder plus la démarche évaluative des besoins de**
10 **santé de cette population et une dernière partie plus sur l'ergothérapie. Voilà, est-ce que**
11 **vous avez des questions par rapport à cette organisation ?**

12 E2P : Non pas particulièrement.

13 **Q : D'accord, alors est-ce que, pour commencer, vous pouvez vous présenter en quelques**
14 **phrases, s'il vous plaît ?**

15 E2P : Et bien *E2P*, je suis psychologue. Je travaille ici depuis... c'est ma cinquième année. 80%
16 de mon temps, euh... voilà, en quelque sorte. Est-ce qu'il y a des choses supplémentaires
17 que vous aimeriez savoir ?

18 **Q : Est-ce que vous pouvez me donner une tranche d'âge à peu près : 20-30, 31-40, 41-50, +**
19 **de 50 ans ?**

20 E2P : Plus de 50.

21 **Q : D'accord. Alors vous m'avez dit que vous travaillez dans cette EMPP depuis 5 ans,**
22 **depuis combien de temps exercez-vous votre métier de manière générale ?**

23 E2P : Et bien depuis 15 ans on va dire.

24 **Q : D'accord et durant votre parcours professionnel, vous avez toujours travaillé dans le**
25 **domaine de l'exclusion ?**

26 E2P : Non, ça fait 5 ans que je travaille dans le domaine de l'exclusion, avant je faisais autre
27 chose.

28 **Q : Et vous étiez dans quel domaine du coup ?**

29 E2P : Alors j'étais dans un centre médico-psychologique et puis j'ai aussi une activité libérale
30 par ailleurs.

31 **Q : D'accord, très bien. Est-ce que vous pouvez me parler un petit peu plus de votre équipe**
32 **s'il vous plaît ?**

33 E2P : Alors, bah écoutez, je vais sans doute vous redire la même chose que ma collègue que

CXCVIII

34 vous avez eu au téléphone il y a pas très longtemps. Euh... nous sommes une équipe
35 pluridisciplinaire, nous sommes une dizaine de personnes, nous sommes chapeautés par un
36 médecin, qui est le responsable de l'unité, donc voilà. Nous avons également, depuis un an
37 et demi à peu près, des internes en psychiatrie qui viennent à peu près pour une durée de 6
38 mois. Donc tous les 6 mois on change d'interne. A côté de ça, nous avons trois infirmières
39 psychiatriques, une assistante sociale, notre cadre de santé bien sûr, une secrétaire et deux
40 psychologues.

41 **Q : D'accord, et quelles sont les missions principales de l'équipe ?**

42 E2P : Et sont divers en fait... on a deux types de missions principales, si on veut les globaliser
43 en fait. Il y a une mission d'équipe mobile psychiatrie précarité donc là c'est l'équipe qui se
44 déplace et qui va à la rencontre du publique qui... dont nous avons les missions de prendre
45 en charge, d'accompagner. Donc, on se déplace sur des centres d'accueil de jour
46 essentiellement, il y en a quelques-unes sur *Ville 2*, donc les infirmières et moi-même, nous
47 nous déplaçons régulièrement. Il y également des missions de maraudes auxquelles
48 participent les trois infirmières et l'assistante sociale, donc à raison de deux fois par
49 semaine. Donc ça c'est en fonction... c'est chapeauté par le dispositif 115, donc il y a trois
50 structures qui se sont mutualisées, enfin mises en convention pour mettre en place ces
51 maraudes. Donc voilà, donc ça c'est toutes les missions sur l'extérieur on va dire. Et puis, il y
52 a un deuxième type de mission qui sont les missions de PASS Psy donc Permanence d'Accès
53 aux Soins de Santé Psychiatriques que nous avons donc ouvert en 2012, où là ça consiste
54 plus en place des permanences sur place donc dans notre structure, donc nous avons deux
55 matinées par semaine, dans lesquelles interviennent à la fois l'assistante sociale, les
56 infirmières et les psychologues. Donc on fait ça généralement en binôme et les personnes
57 peuvent venir généralement sans rendez-vous. Donc il y a un premier accueil qui est fait, une
58 première évaluation, un retour en équipe sur les suites à donner en fonction à la fois sur la
59 situation médicale, psychologique et sociale de la personne. Voilà... qu'est-ce que j'ai d'autre
60 à vous dire. Alors après il y a d'autres missions en dehors de ces permanences PASS, il y a
61 des... si on juge que la personne rentre dans le cadre de nos missions, il y a de mises en place
62 de suivi médical psychiatrique et ou psychologique et inversement, il peut y avoir que des
63 suivis psycho, ou sans suivi médical puisque la personne, à priori ne doit, ne bénéficie pas
64 d'un traitement psychotrope à priori.

65 **Q : D'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre pratique professionnelle en**
66 **particulier au sein de cette EMPP ?**

67 E2P : Euh... dans les deux cadres comme je vous l'ai expliqué ?

68 **Q : Dans le cadre de l'EMPP uniquement.**

69 E2P : Alors l'EMPP c'est l'aller vers, hein.

70 **Q : Oui, oui.**

71 E2P : c'est les équipes mobiles psychiatrie précarité, donc c'est bien les dimensions
72 extérieures à la structures hein, on est d'accord ?

73 **Q : C'est ça.**

74 E2P : Bah écoutez, moi je me déplace dans les centres d'accueil de jour deux fois par

CXCIX

75 semaine. Mon travail consiste à aller à la rencontre d'un public généralement sans domicile
76 fixe, ou en très grande précarité mais qui n'est pas majoritairement un public demandeur
77 d'asile.

78 **Q : D'accord...**

79 E2P : le public demandeur d'asile, on le rencontre surtout dans le cadre de la PASS Psy. Donc
80 là on va surtout rencontrer un public bien souvent d'origine française et qui vit en situation
81 de très grande précarité, avec ou sans logement, avec ou pas de droits ouverts, avec une
82 couverture sociale ou pas, enfin voilà. Donc c'est généralement un public qui spontanément
83 ne vient pas à notre rencontre, c'est pour ça que c'est nous qui nous déplaçons vers eux. Et
84 puis le travail est vraiment un travail de lien, de rencontre et de mise en lien qui peut
85 prendre beaucoup de temps, puisque déjà on est identifié comme étant des professionnels
86 de la psychiatrie. Donc c'est pas forcément très simple, d'entrée de jeux, d'entrer en contact
87 avec ces personnes-là qui sont, qui ont parfois eu un parcours psychiatrique un peu difficile
88 et qui sont parfois un peu méfiantes ou qui tout simplement des fois n'ont pas de demande
89 parce que je dirais que ce qui caractérise globalement ce public c'est qu'il n'a pas de
90 demande. Donc en allant à leur rencontre et en créant ce lien et ce climat de confiance aussi,
91 hein, quelques fois, au bout d'un certain temps, mais qu'on peut pas quantifier. On ne sait
92 pas si ça aura lieu ni quand, on peut faire émerger une demande de soin, donc voilà. Quand
93 on arrive à ça et bien on a fait déjà un grand bout de chemin avec ces personnes. Donc voilà,
94 on va dans ces lieux qu'ils fréquentent pour disposer d'un espace de rencontre où
95 progressivement on va établir un contact et puis un lien et puis éventuellement déboucher
96 sur un soin.

97 **Q : Alors vous avez déjà commencé un petit peu à m'en parler mais, quelles sont les**
98 **caractéristiques essentielles de la population que vous suivez en EMPP ?**

99 E2P : (silence)... alors sur quel plan ?

100 **Q : Sur le plan de la santé en priorité mais même sur le plan socio-démographique.**

101 E2P : (silence) et bien comme je vous l'ai dit, c'est un public qui bien souvent à une origine
102 française, donc qui est né en France, qui a une identité française, nationalité française. Ils
103 sont bien souvent en rupture familiale aussi. Alors on ne sait pas tout tout d'eux mais voilà,
104 ceux qu'on arrive à approcher de façon un petit peu plus rapprochée. Donc voilà souvent un
105 passé assez douloureux, une enfance souvent carencée en terme affectif, souvent parsemé
106 de ruptures, d'abandon, de placement voire de maltraitance, voilà. Et du coup sur le plan
107 psychique, ils ont une structure fragile, d'où la difficulté d'être en lien avec l'autre par
108 rapport à tout ce vécu de l'enfance qui n'a peut-être pas permis de développer une sécurité
109 intérieures suffisamment stable pour ensuite permettre d'aborder la vie d'une manière plus
110 stable aussi. Voilà, sinon comme je vous l'ai dit, sur le plan administratif il y a bien souvent
111 des droits qui ne sont pas ouverts ou des ... ou qui ont été rompus et qui restent lattants.
112 Avec une difficulté aussi à entreprendre des démarches par eux-mêmes pour rouvrir des
113 droits, donc voilà. C'est aussi dans cet objectif-là que nous avons une assistante sociale qui,
114 lorsque le patient s'inscrit dans notre espace, qui est quand même identifié et présenté
115 comme étant d'abord un espace de soin, alors à ce moment-là il y a toute cette démarche
116 d'accompagnement sociale qui est... que notre assistante sociale met en place pour

CC

117 permettre justement de réinscrire les individus dans le droit commun, hein.

118 **Q : Et qu'est ce qui le plus souvent initie votre intervention ?**

119 E2P : Qu'est ce qui initie mon intervention ?

120 **Q : Oui, est-ce que vous allez spontanément vers les personnes ou c'est suite à des**
121 **signalements par exemple. Qu'est ce qui initie votre intervention auprès de ces**
122 **personnes ?**

123 E2P : Alors moi j'interviens pas, mon rôle n'est pas d'intervenir juste, alors ça c'est pas ça ma
124 mission. Ma mission c'est d'être présente sur place, d'être disponible. Je ne suis pas
125 quelqu'un d'interventionniste, ce n'est pas ma mission. C'est plutôt de créer du lien donc
126 forcément pour créer du lien, il ne faut pas être dans l'intrusion parce que justement, c'est
127 ce qui fait blocage le sentiment d'intrusion. Donc moi, j'y vais toutes les semaines, je suis
128 maintenant bien entendue, très bien identifiée comme étant psychologue, qui travaille pour
129 l'hôpital public psychiatrique, hein. Je me présente comme tel et je reste disponible, c'est-à-
130 dire que si les personnes ont envie d'échanger avec moi, elles me font signe, elles se
131 rapprochent de moi. Si elles n'ont pas envie, elles ne le feront pas et c'est pas moi qui vais
132 intervenir. Quand on me présente une personne qui a l'air en difficulté, ma démarche
133 d'approche elle est la même, c'est-à-dire que je ne vais pas m'imposer à la personne si elle
134 n'est pas disposée à être dans une rencontre avec moi. Donc là, c'est toute la subtilité je
135 dirais de nos missions. Alors là je parle pour moi mais, mes collègues infirmières et mon
136 autre collègue psychologue c'est pareil. C'est toute la subtilité de notre présence sur place.
137 C'est comme si on était une mise à disposition psychique pour la personne. Elle s'en saisi ou
138 elle s'en saisi pas ou elle s'en saisira progressivement. Alors au début ça va être un échange
139 de regard et puis la fois d'après ça va être un bonjour de loin et la fois encore d'après ce sera
140 une poignée de main et la fois suivante ce sera à table autour d'un café. Voilà c'est comme
141 ça que ça se passe, petite à petit, la personne va se saisir ou pas de notre présence pour
142 essayer d'avancer sur des questions qui sont des questions très profondes et qui sont pas
143 toujours faciles à aborder.

144 **Q : D'accord, d'accord. Je vous propose de passer à la deuxième partie qui concerne la**
145 **démarche évaluative des besoins de santé.**

146 E2P : Oui...

147 **Q : Qui sont les acteurs de la démarche évaluative des besoins de santé de cette**
148 **population ?**

149 E2P : Les acteurs de la démarche évaluative, c'est-à-dire qui a pour responsabilité d'évaluer
150 nos missions ? Qui le fait ?

151 **Q : Non plus les besoins de santé du public auprès duquel vous intervenez en EMPP. Est-ce**
152 **qu'il y a un professionnel dédié à cette évaluation ?**

153 E2P : Alors non, je dirais non. Nous... comme on intervient sur le terrain, comme on a une
154 mission d'accueil et comme on a une équipe qui prend soin de se réunir chaque semaine
155 pour parler des différentes situations que l'on rencontre, je dirais que c'est au fil de notre
156 travail et des semaines, des mois et des années qui passent et de nos rencontres et de nos
157 échanges, hein, aussi, justement on met en commun nos observations divers et variées ce

CCI

158 qui fait qu'on apprend à évaluer les besoins. Après évidemment on va régulièrement en
159 formation ou assister à des rencontres, à des séminaires, à des conférences, à des
160 formations sur un ou deux jours pour avancer sur la question théorique. Sur euh, voilà, des
161 professionnels qui ont déjà réfléchi sur, alors je sais pas moi, quoi vous citer. Bah travailler
162 en présence d'un interprète, auprès de personnes en situation de migration. Qu'est-ce que
163 ça ravive, quels sont les enjeux, quel sont des difficultés ? Travailler, par exemple sur le
164 traumatisme de l'exil. Qu'est ce qui fait trauma, est-ce que c'est l'exil ou ce qui est en amont
165 de l'exil, est-ce que c'est les deux. Est-ce que l'exil en lui-même est traumatisant ? Voilà,
166 donc ça c'est différentes thématiques auxquelles on s'intéresse parce que ça fait partie de
167 notre quotidien et qui nous permet au fur et à mesure d'avancer sur les difficultés et les
168 besoins de nos métiers. Je dis bien nos métiers parce que on a chacun la casquette et on a
169 pas les mêmes besoins selon si on est infirmier, psychologue ou assistante sociale, voilà.
170 Mais encore que, on est confronté aux mêmes difficultés d'accueil, c'est-à-dire qu'est-ce
171 qu'on doit accueillir de la personne, de son histoire et comment on peut en faire quelque
172 chose.

173 **Q : D'accord. Alors, est-ce que le terme de projet de vie fait partie de votre vocabulaire ?**

174 E2P : Projet de soin plutôt que projet de vie puisque nous on est plutôt dans la question du
175 soin. Après le projet de vie ne dépend pas de nous, il dépend de ce que l'OFPPA, l'Office
176 française pour ... enfin le R je sais plus ce que c'est, d'asile, voilà. C'est la première instance
177 qui s'occupe des demandeurs d'asile pour le dossier. Et la CNDA c'est la Commission
178 Nationale des Demandeurs d'Asile qui est un deuxième recours si le premier dossier n'est
179 pas accepté. C'est la Cours Nationale du Droit d'Asile pardon et on reparle du récit de vie de
180 la personne. Donc je vous parle de tout ça je ne me souviens plus...

181 **Q : Je vous parlais du projet de vie...**

182 E2P : Voilà. Tout ça pour vous dire que tout ça nous on a pas vraiment de maîtrise sur cette
183 question-là. Ça c'est une question purement administrative avec l'Etat français et nous, on
184 intervient pas. Pendant toute cette période, il a des CADA qui sont des Centres d'Accueil
185 pour Demandeurs d'Asile donc pendant toute cette période de la procédure ils sont logés en
186 CADA jusqu'à ce qu'ils aient reçu un refus de droit d'asile. Donc voilà qui les accompagne
187 dans cette période de transition puisqu'ils ne savent pas encore où est-ce que ça va
188 déboucher. Nous on est là uniquement dans un projet de soin, c'est-à-dire qu'on
189 accompagne tout ce qui peut être compliqué, soit sur le plan psychiatrique, s'il s'avère que
190 le patient souffre de troubles psychiatriques, soit sur le plan psychologique, bien entendu
191 avec le contexte migratoire. Voilà, ça c'est en ce qui concerne les demandeurs d'asile. Après
192 en ce qui concerne le public en situation de précarité, en EMPP, là on peut probablement
193 davantage s'impliquer dans le projet de vie mais bien souvent en partenariat avec des
194 associations, par exemple des partenaires qui s'occupent de la question du logement, voilà
195 c'est l'avantage de leur recours. Donc voilà, on fonctionne beaucoup en relais, en partenariat
196 dans les missions d'EMPP, que ce soit avec les centres d'accueil de jour, que ce soit avec les
197 associations qui s'occupent de trouver un logement pour la personne, que ce soit même
198 avec d'autres centres sociaux aussi. Donc voilà, c'est un maillage partenarial en fait, on
199 participe, à notre niveau, au projet de vie de la personne, mais on est pas uniquement seul
200 sur le terrain quoi.

CCII

201 **Q : Et est-ce que le patient est intégré dans ce projet de vie, est-ce qu'il est dans une**
202 **démarche active ?**

203 E2P : Ah bah de toute façon, rien n'est fait sans son consentement. Hein, on est bien
204 d'accord. On peut d'ailleurs difficilement avancer sans la participation de la personne. Si elle
205 n'est pas demandeuse d'avancer dans un projet de vie, c'est bien compliqué pour nous
206 d'avancer sans lui.

207 **Q : Hum, hum, d'accord. Et j'en reviens plus à l'évaluation à proprement parlé, est-ce que**
208 **vous pouvez m'en parler plus précisément de cette évaluation que vous réalisez auprès de**
209 **la personne, l'évaluation de la situation de santé ?**

210 E2P : (silence) Alors moi je m'en occupe assez peu. La place du psychologue elle est pas
211 tellement... voilà en tant que psychologue je participe aux réunions cliniques, hein. Mais
212 j'interviens dans les projets d'évaluation, je vais juste évoquer la situation de la personne, où
213 est-ce qu'elle en est quand on l'a reçu, où est-ce qu'elle en est aujourd'hui... Dans un projet
214 de vie en tant que tel, c'est pas vraiment mon recours à moi en tant que psychologue. Je
215 peux juste participer à titre clinique.

216 **Q : Donc justement, lorsque vous intervenez à titre clinique auprès de la personne,**
217 **j'imagine que vous faites une évaluation clinique sur le plan psychologique de la**
218 **personne ?**

219 E2P : Oui.

220 **Q : Donc c'est cette évaluation là dont je veux parler, pour vous en tant que psychologue**
221 **du coup. Est-ce que vous pouvez m'en parler en peu plus ?**

222 E2P : Euh... qu'est-ce que je pourrais vous dire de plus que ce que je ne vous ai déjà dit ?
223 D'abord, ce que je vous ai dit, souvent le parcours souvent entacher de rupture et de
224 carence qui fait que voilà, c'est souvent compliqué pour ces personnes-là d'être dans une
225 démarche et de lien et de soins. Bien entendu, il y a quelques patients qui souffrent de
226 pathologies plus graves, de type psychotiques, donc qui sont en rupture de soin aussi, donc
227 le fait d'être sur place ça permet aussi, à la fois qu'ils restent insérés dans la société, mais
228 aussi éventuellement de pouvoir aussi rétablir du soin. Voilà, après qu'est-ce que je pourrais
229 vous dire de plus, qu'est-ce que vous attendriez de plus ?

230 **Q : Et bien plus en terme d'outil ou de techniques particulière pour évaluer la personne.**

231 E2P : Nous c'est la parole. Je travaille avec la parole.

232 **Q : Uniquement ?**

233 E2P : Nous on travaille avec des outils, enfin moi je suis d'obédience psychanalytique, donc
234 mon outil c'est la parole. Je n'évalue... d'ailleurs c'est compliqué d'évaluer parce que pour
235 évaluer une personne il faut d'abord qu'elle soit consentante, donc il faut déjà qu'on ait bien
236 avancé sur la question de la demande de soin et on en est bien souvent loin donc voilà, mon
237 principale outil, bien souvent, dans les missions qui m'incombent dans cette structure, c'est
238 la parole. C'est la patience, la disponibilité et la parole.

239 **Q : D'accord. Et lors de ces entretiens que vous réalisez, quels éléments est-ce que vous**
240 **prenez en compte pour évaluer la personne?**

CCIII

241 E2P : Alors là on rentre dans des considérations extrêmement cliniques je ne suis pas sûr que
242 ce soit... que ce soit très simple de vous résumer tout ça. On prend en compte la façon dont
243 il parle de lui, la façon dont il parle de son histoire, la façon dont il parle de sa relation à
244 l'autre, la façon dont il parle de son addictologie ou pas, s'il y en a... Euh... c'est tellement
245 vaste, c'est difficile de vous répondre comme ça. (rire)

246 **Q : Hum d'accord, est-ce que vous prenez en compte l'environnement socio-familiale par**
247 **exemple, ou pas du tout ?**

248 E2P : (silence) Alors on le prend en compte dans ce qu'il veut bien nous en dire, hein. Parce
249 que c'est toujours pareil, si mon outil de travail c'est la parole, c'est l'accueil d'une parole,
250 donc c'est-à-dire qu'être trop directif c'est intrusif donc on ne peut pas anticiper des
251 questions si le patient n'a pas envie de les aborder par exemple. Il y a des personnes qu'on
252 cotoye très régulièrement avec qui on arrive à établir un lien mais dès lors où on aborde les
253 questions de l'histoire ou du parcours de l'enfance, bah c'est même pas abordable. Il y a
254 certains aspects de leur vie dont il se préserve et donc c'est très difficile d'aller chercher ce
255 qu'ils ne veulent pas donner, ce dont ils se protègent. Donc on fait avec ce qu'ils veulent
256 bien échanger avec nous et c'est pour ça que ça peut prendre beaucoup beaucoup de temps.
257 Et puis après, il y a toute la dimension, alors là je reviens plus sur les demandeurs d'asile,
258 souvent les raisons qui les ont poussé à quitter leur pays, bien souvent seul, alors il y a
259 beaucoup d'hommes demandeurs d'asile, plus que les femmes. Donc bien souvent seul, en
260 laissant femme et enfants ou mari enfants, hein. Ou juste les enfants, parce que le mari est
261 déjà mort torturé en prison pour des raisons politiques. Il y a donc là tout le traumatisme
262 que ces personnes-là laissent pour sauver leur vie. Il y a aussi tout le traumatisme de la
263 migration parce que si certains arrivent à partir en avion, d'autres traversent le désert par
264 exemple pour arriver jusqu'en Espagne puis en France. Et là évidemment, il y a encore
265 beaucoup de choses difficiles qui se passent pour eux. Donc, il y a toute une clinique du
266 psycho-traumatisme en fait qui bien souvent vient mettre en avant une certaine
267 symptomatologie qui pourrait s'apparenter à de la pathologie psychiatrie mais qui est en fait
268 que la symptomatologie d'un traumatisme psychologique. Et là aussi il faut prendre
269 beaucoup de temps pour se dire cette personne elle a des symptômes de psychose, ah bah
270 non finalement ce n'est pas de la psychose c'est une symptomatologie qui paraît
271 déstructurée mais qui n'est que le reflet du traumatisme vécu, mais qui ne correspond pas à
272 la structure du sujet en tant que tel. Donc voilà, c'est une clinique du coup qui est complexe
273 parce qu'elle demande là aussi beaucoup de temps. Comme je vous l'ai dit, que ce soit du
274 côté des demandeurs d'asile ou du côté des personnes sans domicile fixe qui sont dans la
275 rue depuis très longtemps, qui vivent dans une forme de précarité depuis très longtemps, la
276 question de l'approche elle est très progressive.

277 **Q : D'accord. Et comment est-ce que vous abordez avec la personne la nécessité de soins ?**

278 E2P : Et bien ça c'est très compliqué aussi (souple). Parce que ça veut dire que pour
279 l'aborder, il faut que la personne en ait conscience et qu'elle soit aussi prête à entreprendre
280 les démarches qui iraient avec, hein. Voilà, d'aller rencontrer un médecin, un psychologue,
281 aller sur un CMP, voire une hospitalisation, hein. C'est pas toujours simple. Il faut là encore
282 faire preuve de beaucoup de subtilité pour qu'on en arrive là, hein. Par exemple il y a
283 beaucoup de personnes qui ont des problèmes d'addictologie, par exemple d'alcool. Dans la

CCIV

284 rue la question de l'alcool est prépondérante, on va dire. C'est une façon de supporter la vie
285 dans la rue. C'est une façon de s'anesthésier la tête, c'est une façon de s'anesthésier le corps
286 et de supporter ce qui est pourrait être insupportable sans ça. Donc voilà, donc la question
287 de l'addictologie c'est quelque chose qui est très complexe, pour ne vous donner que cet
288 exemple parce qu'à la fois il y a arrêter, et la peur d'arrêter, savoir comment je vais faire
289 après sans ça. C'est pour ça que la demande de soins en addicto, quand elle arrive, elle est
290 pas facile à mettre en place. Et quand bien même elle est mise en place, les rechutes sont
291 quand même assez fréquentes.

292 **Q : Et du coup est-ce qu'il existe des codes à respecter lorsque vous abordez la situation de**
293 **la personne ?**

294 E2P : (silence)... euh... par rapport à qui les codes ?

295 **Q : Vous ou la personne...**

296 E2P : Euh... je crois que ... enfin moi ce en quoi je suis toujours très attentive quand j'aborde
297 une personne que je ne connais pas, mais même quand je l'a connais mieux parce que d'une
298 fois sur l'autre la personne peut être dans des dispositions différente parce qu'elle a vécu un
299 évènement qui l'a fragilisé. Euh... c'est toujours quelque chose qui demande une certaine
300 forme de sensibilité, voilà essayer de sentir comment elle est cette personne-là, aujourd'hui,
301 par son regard, par sa façon dont elle vous fuit ou pas, dont elle vous serre la main ou pas,
302 dont elle vous adresse la parole ou pas. Voilà, moi la chose à laquelle je suis très attentive
303 c'est la question de l'intrusion. Moi je veille toujours à ne pas forcer une rencontre si, ce
304 jour-là, la personne ne veut pas. Je dirais que c'est ça mon code principal. Après c'est aussi
305 du laisser venir, c'est-à-dire pas être trop directif avec des questions qui peuvent être là
306 aussi trop intrusives par exemple. C'est sentir, c'est sentir ce qu'il se passe là aujourd'hui
307 dans la rencontre. Quelques fois ça va pas aller plus loin qu'une poignée de main et quelques
308 fois je vais passer quasiment l'heure de ma permanence à parler avec la même personne.
309 Quelques fois je vais en voir quatre ou cinq. Voilà. Et quelques fois j'en verrai pas du tout
310 parce que personne à envie de parler avec un psychologue par exemple. Donc je serai plus
311 auprès des bénévoles, ça m'empêche pas de regarder ce qu'il se passe dans la salle, hein,
312 être plus dans l'observation que dans l'échange. Mais voilà. Je crois que l'expérience auprès
313 de ce public elle apprend à être présente d'une certaine façon auprès de ce public.

314 **Q : Alors se laisser guider par ce que la personne veut, si j'ai bien compris. Il faut**
315 **s'adapter ?**

316 E2P : Oui il y a une forme d'adaptabilité et il y a comment, dans la manière dont on rentre en
317 contact avec cette personne, la manière dont on peut favoriser une ouverture. Si on est trop
318 intrusif la personne va nous fuir par exemple. Si on arrive à sentir le moment où on peut
319 partager du temps ensemble et bin on va créer du lien qui peut déboucher sur un lien de
320 confiance, hein. Donc, il y a aussi nous par notre position professionnelle et clinique surtout,
321 qu'est-ce qu'on va générer chez l'autre. Une demande juste de parler des fois, alors on va
322 parler de la pluie et du beau temps, hein. Ça m'est arrivé de partager des fois l'horoscope
323 sur le journal. Voilà, c'est un moyen d'entrer en relation, voyez, tout se joue dans des petites
324 choses comme ça, où il faut créer du lien. C'est là la grande difficulté, c'est créer du lien, à
325 partir du moment où le lien est créé, voilà quelque chose est peut-être possible mais ça

CCV

326 prendra encore beaucoup de temps.

327 **Q : D'accord. Que pouvez-vous me dire de la pratique professionnelle des autres membres**
328 **de l'EMPP ?**

329 E2P : Bah disons qu'on a chacun... qu'on est complémentaires les uns avec les autres, donc
330 c'est indispensable parce qu'on est souvent face à un public un petit peu, si ce n'est
331 déstructuré, au moins éparpillé, psychologiquement parlant. Donc comme en plus on les
332 rencontre sur des lieux différents et des temps différents, tout ce qu'on peut échanger sur
333 les temps de réunion clinique au sujet d'une personne, ce que un tel a vu dans une
334 association et ce que une telle à vue dans telle autre association et que le médecin a vue par
335 ailleurs en entretien par exemple. Ça permet de rassembler un peu la personne dans ce
336 qu'elle vit, dans ce qu'elle est, dans la façon dont elle réagit aussi. Donc voilà, on a un travail
337 quand même extrêmement complémentaire et de par nos différentes casquettes
338 professionnelles et de par nos différentes missions qui nous permettent de rencontrer la
339 même personne sur différents lieux et donc d'avoir une lecture clinique un petit peu plus
340 affinée.

341 **Q : Et vous me parlez de temps de réunion, du coup quel type de relation entretenez-vous**
342 **avec les autres professionnels de l'équipe ?**

343 E2P : Ah bah les temps de réunion sont indispensables parce que justement c'est ce qui
344 permet de partager nos observations. Et donc c'est un temps où tout le monde est invité à
345 prendre la parole pour... pour, voilà... évaluer les patients au mieux et dans le but de les
346 accompagner au mieux. Donc voilà c'est un temps de parole extrêmement important les
347 temps de réunion clinique.

348 **Q : Donc ce sont des temps très formels du coup ?**

349 E2P : Très formel ? Ah bah oui, oui oui, c'est un temps consacré à ça, qui a lieu chaque
350 semaine, même jour, même heure, chaque semaine. C'est un incontournable de notre
351 travail.

352 **Q : D'accord. Et quelles difficultés ou quelles limites rencontrez-vous dans vos**
353 **interventions en EMPP ?**

354 E2P : Euh... (soupire) la difficulté c'est peut-être plus par rapport à la question du relais, hein,
355 parce que nous on a pas vocation à faire du suivi sur du long terme. Notre structure elle a
356 pour vocation de s'occuper de l'ouverture des droits... On est un peu comme un espace de
357 transition, si les personnes arrive sans ouverture de droits, sans toit, sans soin, donc on a
358 pour mission de réinscrire la personne et dans le droit et dans le soin et une fois que tout ça
359 est mis en place, normalement on est sensé faire un relais vers nos collègues de CMP. Alors
360 ça c'est pas toujours facile parce qu'on connaît la saturation des CMP et peut-être parce que
361 c'est aussi un public que certains CMP connaissent pas bien. Et c'est pas toujours simple de
362 les accueillir. Je pense à surtout, à ... c'est la difficulté qu'il y a autour de la ponctualité des
363 rendez-vous, bon bah nous on fait avec ça. Quelque fois ils viennent, quelque fois ils
364 viennent pas, ils arrivent avec une demi-heure de retard, quelque fois ils arrivent avec une
365 heure de retard. Donc bon, c'est vrai que dans le dispositif de CMP c'est pas toujours très
366 simple et c'est pas le public le plus répandu. Donc la difficulté elle serait plutôt à ce niveau-
367 là, au niveau du relais. Parfois au niveau des hospitalisations. Quand on est une structure

CCVI

368 public, quels moyens on a, parce qu'on est pas médecin, de signaler une personne qui
369 semble être en danger pour elle-même ou pour les autres. Donc voilà, c'est une grande
370 question dont on débat en ce moment ça. Euh... voilà, c'est les difficultés que vous me
371 demandiez c'est ça ?

372 **Q : Oui, les difficultés ou les limites que vous rencontrez.**

373 E2P : (silence) Donc voilà, c'est ça. Après les limites, dans la pratique psychiatrique on est
374 toujours confronté à des limites, à une certaine forme d'impuissance parfois, mais ça ça fait
375 partir de notre métier donc ... (sourire) Donc voilà, on sait qu'on va pas guérir tout le monde
376 et sauver tout le monde.

377 **Q : Oui. Et est-ce que vis-à-vis des usagers que vous avez en face de vous, est-ce que la**
378 **différence culturelle a déjà été un frein dans votre pratique ?**

379 E2P : Alors un frein... Dans tous les cas... euh... une interrogation. Ça c'est clair que la culture
380 fait qu'on n'aborde pas la question de la psychiatrie de la même façon. La culture fait que,
381 quand on rencontre une personne d'origine africaine, dont le pays où il est beaucoup
382 question des sorciers, de la sorcellerie et du poids de la sorcellerie dans leur culture, alors
383 évidemment si on s'arrête à ça on peut penser qu'on est face un délire mais en fait on est
384 face à une culture. Donc c'est vrai que c'est important, travailler avec un public demandeur
385 d'asile nécessite aussi de s'intéresser, je dirais, à la culture et à la géopolitique du pays
386 d'origine, pour comprendre. Hein, pour comprendre ce qu'il se passe sur le plan géopolitique
387 et qui fait que certaines personnes sont obligées de fuir leur pays. Ça si on s'y intéresse un
388 peu en amont, on a qu'une brève de l'histoire du patient, dans son pays. Voilà c'est ça. Après
389 il y a la question aussi de la langue, mais on apprend à travailler avec des interprètes. Hein ça
390 aussi, de tout façon si on a pas d'interprète on peut pas faire d'entretien. Donc on apprend.
391 Alors c'est un exercice qui est pas toujours simple mais on apprend à travailler comme ça,
392 avec une tierce personne qui fera le lien entre le patient et le professionnel.

393 **Q : D'accord, et quelle est la suite de votre travail après l'évaluation de la situation**
394 **d'exclusion ?**

395 E2P : Bah soit je fais une orientation si j'estime que la personne ne relève pas d'un suivi
396 psycho, tout du moins dans l'immédiat. Soit, je fais une orientation médicale. Soit y a
397 d'autres paramètres qui rentre en jeu et tout simplement la personne ne dépend pas de
398 notre structure, donc dans ce cas on fait une orientation vers un autre partenaire. Soit, je
399 considère qu'un espace de parole est préconisé et auquel cas j'en informe mes collègues lors
400 de la présentation clinique et on met en place un projet de soin justement.

401 **Q : Est-ce que la prise en charge des personnes en situation d'exclusion souffrant de**
402 **troubles psychiques vous semble satisfaisante aujourd'hui ?**

403 E2P : Bon, on peut toujours faire mieux, ça s'est sûr (sourire). Mais je pense que nous, ce
404 qu'on peut faire avec les moyens qu'on a, on permet quand même à un certain nombre de
405 personne de venir déposer leur... je dirais leur lourd bagage de vie, d'avoir un espace de
406 parole, de soins où ils peuvent s'apaiser. Alors on règle pas tout, bien évidemment, surtout
407 pour les demandeurs d'asile, on est pas maître de leur destin. On est cet espace-là, pendant
408 le temps de la procédure, qui leur permet de se poser, de parler. Donc je dirais que déjà ça
409 en soit c'est déjà bien.

CCVII

410 **Q : Très bien, alors je vous propose de passer à la dernière partie. Quelle est votre**
411 **représentation de l'ergothérapie ?**

412 E2P : Alors franchement, pour être très honnête avec vous... je ne maîtrise pas la question
413 (rire). Du coup je ... non je ne la maîtrise pas. Si ce n'est des ateliers qui peuvent être mis en
414 place, alors je suppose qu'il y a plusieurs thématiques possibles, hein, qui sont un peu des
415 temps de médiation avec le soin. Enfin, voilà, très globalement c'est ce que je dirais, mais
416 c'est vrai que j'ai très peu eu à faire aux espaces d'ergothérapie dans ma petite pratique
417 hospitalière.

418 **Q : D'accord. Et dans quel cadre pensez-vous les rencontrer ?**

419 E2P : Et bin je sais qu'il en existe sur l'hôpital, dans le suivi des patients. Moi
420 personnellement, dans le cadre de mon travail actuel, je ne vois pas dans quel cadre je
421 pourrais les rencontrer puisqu'on est pas en lien avec des ergothérapeutes.

422 **Q : Quand vous dites hôpital, c'est hôpital psychiatrique ou hôpital en général ?**

423 E2P : Euh bah moi je vous parle de l'hôpital psychiatrique parce que je dépends de l'hôpital
424 psychiatrique, mais je peux imaginer qu'on puisse trouver ce type de pratique dans les
425 centres hospitaliers universitaires.

426 **Q : D'accord. Et donc dernière question, selon vous est-ce que l'intervention d'un**
427 **ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion pourrait être pertinent ? Et si oui**
428 **comment, si non pourquoi ?**

429 E2P : (silence) euh... je pense que ça pourrait toujours être pertinent, hein, sur le plan... sur
430 le plan... voilà, sur euh... dans une certaine manière d'aborder le soin, peut-être. Après
431 comment, c'est là toute la question. Je ne saurais pas comment, puisque comme c'est un
432 public qui n'est pas facilement saisissable, comment arriver à accrocher un espace, dans quel
433 cadre... enfin c'est tout une question pour laquelle il serait intéressant de réfléchir, hein.
434 Voilà, nous on sait très bien que ces patients, on leur donne rendez-vous pour l'emmener à
435 tel endroit et puis quand on se présente au rendez-vous ils y sont pas. Par exemple. Donc
436 voilà, c'est toute la question de créer un espace suffisamment repérable et après
437 d'accrocher le public... voilà. Alors ça, ça va être votre grande réflexion dans votre travail
438 (sourire). Moi j'ai pas de réponse à vous apporter à priori, là comme ça. Après je ne sais pas
439 si mes collègues infirmières en aurait davantage. Mais moi je pense qu'il y aurait un intérêt à
440 ça, après c'est comment accrocher le public.

441 **Q : D'accord (sourire). Et par exemple dans le cadre des EMPP, pour vous est-ce qu'il y**
442 **aurait un intérêt d'une complémentarité d'un ergothérapeute auprès de ce public ?**

443 E2P : (long silence)... (soupire) certainement mais encore une fois c'est comment accrocher
444 le public (sourire). Après que ça se fasse au sein d'une structure, d'un hôpital ou d'un autre
445 lieu, hein, on peut imaginer... une association par exemple, les centres d'accueil de jour. Par
446 exemple, il y en a certain qui propose des activités culturelles, sportives, artistiques... voilà.
447 Et c'est vrai que c'est des lieux, les centres d'accueil de jour ou les patients se rendent assez
448 spontanément, c'est un peu le point de repère social. C'est là où ils se rencontrent entre eux
449 donc ce sont des espaces importants pour ce type de public, qui ne sont pas un espace de
450 soin, qui sont un espace de rencontre, qui sont un espace socialisant. Voilà, alors question,

CCVIII

451 est-ce que c'est quelque chose qui serait peut-être plus... Est-ce que la place de
452 l'ergothérapie pourrait s'imaginer là ? Voilà. Ça reste à réfléchir.

453 **Q : D'accord. Et bin je vous remercie. Est-ce que vous avez des suggestions ou des**
454 **questions concernant ce sujet, des choses qu'on aurait pas abordées durant ce entretien ?**

455 E2P : bah écoutez, comme ça je dirais non. En tout cas, j'espère que moi de mon côté je vous
456 ai apporté suffisamment d'éléments de réponse pour poursuivre votre réflexion pour
457 poursuivre votre travail.

458 **Q : Oui oui je pense (sourire).**

459 E2P : Euh ... et puis du coup vous allez rassemblez tout ça et faire votre analyse du terrain ?

460 **Q : C'est ça.**

461 E2P : Très bien. Bon bah écoutez j'espère en tous les cas, qu'on a pu vous apporter assez
462 d'éléments pour pouvoir approfondir votre travail et puis je vous souhaite une très bonne
463 continuation.

464 **Q : et bin merci beaucoup et merci en tout cas pour votre disponibilité.**

465 E2P : Je vous en prie.

466 **Q : Au revoir.**

467 E2P : Au revoir.

Annexe XV : Retranscriptions intégrale de l'entretien E2I

Date : 07/04/2015

Durée de l'entretien : 1h

Sexe : F

1 **Q : Je vous fais un petit rappel du cadre de l'étude. Je suis en troisième année**
2 **d'ergothérapie. Cet entretien se déroule dans le cadre d'une initiation à la recherche pour**
3 **valider mon diplôme d'état d'ergothérapie. Mon mémoire s'oriente sur les personnes en**
4 **situation d'exclusion et souffrant de troubles psychiques et plus particulièrement les**
5 **interventions des équipes mobiles psychiatrie précarité. L'entretien va se dérouler en trois**
6 **parties. Une première où vous allez vous présenter et présenter votre équipe. Ensuite une**
7 **partie sur la démarche évaluative des besoins de santé de la population, donc des**
8 **personnes en situation de précarité. Et enfin une dernière partie sur l'ergothérapie. Est-ce**
9 **que vous avez des questions sur le déroulement ?**

10 **E2I : Si j'en ai-je vous les poserai au fur et à mesure, s'il y a des questions que je ne**
11 **comprends pas. On verra, tranquille, au feeling !**

12 **Q : D'accord très bien.**

13 **E2I : Parce que par téléphone c'est la première fois, j'ai pas l'habitude. Mais pour l'instant**
14 **c'est partie.**

15 **Q : Très bien. Alors premièrement, est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques**
16 **phrases ?**

17 **E2I : Oui, alors alors je m'appelle E2I, je suis infirmière diplômée d'état depuis 2004. Je**
18 **travaille en équipe mobile psychiatrie précarité depuis 7 ans. Donc au départ je travaillais**
19 **dans le Var où j'ai été à l'origine de la création d'une équipe mobile psychiatrie précarité et**
20 **je suis arrivée dans cette équipe psychiatrie précarité et PASS Psy il y a 2 ans. Si vous avez**
21 **d'autres questions pour étayer plus dites moi.**

22 **Q : Oui, si vous pouviez me donner une tranche d'âge dans ...**

23 **E2I : Ah oui, j'ai 33 ans.**

24 **Q : Ok très bien. Donc ça fait deux ans que vous êtes dans cette équipe là mais vous avez**
25 **eu du coup dans votre parcours professionnel d'autres expériences dans le domaine de**
26 **l'exclusion ?**

27 **E2I : Oui, en fait au niveau personnel j'ai travaillé, j'ai été bénévole au SAMU Social pendant**
28 **13 ans, donc j'ai travaillé à titre personnel, enfin j'ai travaillé... j'ai fréquenté le milieu de la**
29 **précarité et après j'ai travaillé en tout 7 ans dans le domaine de l'exclusion. Mais ça fait pas**
30 **2 ans que je suis ici, ça fait 1 an et 3 mois.**

31 **Q : Est-ce que vous pouvez me parler un peu plus de votre équipe ?**

32 **E2I : Alors on est 3 infirmières, 2 à 80% et moi qui suis à 90%. Il y a une assistante sociale qui**
33 **est à temps plein, un psychiatre qui est à temps plein, 2 psychologues qui sont à mi-temps,**
34 **et une secrétaire. Et on a aussi parfois, enfin très régulièrement des internes en psychiatrie**

CCX

35 pour une période de 6 mois et puis à chaque fois il y a une alternance, parfois on a des
36 externes en médecine

37 **Q : Et quelles sont les missions principales de l'équipe ?**

38 **E2I** : Alors on a trois missions. On a une mission d'équipe mobile psychiatrie précarité, une
39 mission de permanence d'accès aux soins psychiatriques et une mission d'aide aux aidants.
40 Ces trois missions sont composées par la même équipe donc on a un temps d'équipe mobile,
41 un temps de PASS et un temps d'aide aux aidants et c'est tout le personnel qui réalise ces
42 trois missions. Après s'il faut que j'étaye ces missions, je peux.

43 **Q : Je veux bien, si possible.**

44 **E2I** : Alors pour la mission de psychiatrie précarité, c'est comme son nom l'indique une
45 équipe qui est mobile donc les infirmières ou les psychologues ou l'assistante sociale on est
46 dans la démarche de l'aller-vers. Donc l'aller-vers c'est qu'on va au contact du public
47 précaire donc par le biais de maraude. Donc on fait partie du dispositif 115 donc tous les
48 lundis et les vendredis matin on fait partie des maraudes qui se situe dans le centre-ville.
49 Donc là c'est les infirmières et l'assistante sociale qui font les maraudes. Après les
50 psychologues et les infirmières on va à des permanences dans des accueils de jour. Le but
51 c'est la régularité de nos présences, c'est que la psychiatrie s'intègre dans les accueils de
52 jour, s'intègre à la précarité et donc dans la régularité et dans le temps est entre contact des
53 gens précaire et de tisser du lien et d'aller vers eux. Donc ça c'est dans nos missions d'aller
54 vers. Après dans les missions de la PASS, c'est la permanence d'accès aux soins de santé,
55 donc avec la loi contre l'exclusion il a fallu permettre le droit, l'accès aux soins de santé au
56 public précaire donc on a deux temps de permanence qui sont les lundis et les jeudis matins
57 sans rendez-vous. Donc toutes les personnes non domiciliées, c'est-à-dire non sectorisées
58 sans droits ouverts ou avec des droits ouverts, sont reçu chez nous. Donc là ils sont reçu soit
59 par une infirmière soit par une assistante sociale, soit par une psychologue qui est de
60 permanence ce jour là. Donc on reçoit les personnes par un café, donc il y a une
61 bienveillance des personnes. On fait l'évaluation, donc on est une équipe de soins
62 psychiatriques donc le but c'est d'évaluer déjà si la personne n'est pas domiciliée ou si sa
63 situation de domiciliation est précaire. Après on fait demandes psychiatriques, donc là
64 l'infirmière peut étayer sur les signes symptomatologiques d'une clinique psychiatriques,
65 après si c'est une assistante sociale, elle peut étayer sur des antécédents de suivi en
66 psychiatrie, après la psychologue. Donc chacun avec sa spécificité on fait le point. En
67 fonction on en parle en réunion clinique et après on oriente la personne sur une
68 consultation avec le médecin et si la personne n'a pas de droit, un rendez-vous avec
69 l'assistante sociale sera proposé à la personne pour lui faire l'ouverture de droit donc qui
70 peut être l'AME ou la CMU en fonction de la situation administrative de la personne. Et
71 après dans un second temps la personne aura une consultation avec le médecin, et quand
72 les droits seront ouverts, le but ultérieur sera de réorienter la personne vers le droit
73 commun. Donc ça peut prendre plus ou moins de temps en fonction de l'accès aux droits et
74 selon la situation et psychique et sociale de la personne. Donc la réorientation vers le droit
75 commun sera soit vers un psychiatre en libéral, soit un médecin traitant, soit vers un CMP
76 quand la personne sera sectorisée et accédera à un logement, donc ça peut prendre plus ou
77 moins de temps. Donc c'est vraiment en fonction de la personne, du lien qui se fera et selon

CCXI

78 la situation, comme je vous disais, et psychique et administrative de la personne.

79 **Q : D'accord**

80 **E2I** : Et après dans un troisième temps comme je vous disais, on a la mission d'aide aux
81 aidants. Donc là en générale c'est soit les infirmières soit les psychologues qui se déplacent
82 vers tous les partenaires divers et variés et en fait on fait de l'éclairage clinique sur toute les
83 personnes, enfin, sur les aidants que nos collègues reçoivent et on fait de l'éclairage clinique
84 pour tous nos partenaires dans le but de favoriser à ce que la psychiatrie soit, comment
85 dire... que les gens souffrant de problèmes psychiques, de précarité puissent être acceptés
86 au niveau des différents partenaires, qu'ils puissent être éclairés sur tout ce qui est la
87 désocialisation, la grande exclusion, la psychiatrie, enfin aider les aidants par rapport à...
88 enfin nous, notre spécificité, le fait qu'on travaille avec des grands exclus, on essaye de les
89 aider à travailler au mieux avec ces personnes-là. On essaye à ce que tout le personnel ou
90 toutes les associations arrivent aussi à avoir ces connaissances de ce public pour éviter
91 justement d'être rejeté ou d'être à nouveau exclu, d'être dans des incompréhensions d'une
92 problématique en fait, voilà.

93 **Q : D'accord. Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre pratique professionnelle en**
94 **particulier au sein de votre EMPP ?**

95 **E2I** : En tant qu'infirmière ?

96 **Q : Oui**

97 **E2I** : Euh... vous voulez que je décrive une semaine à peu près type, comment vous voulez
98 que je décrive ?

99 **Q : Et bien qu'elles sont missions en tant qu'infirmière par exemple. Mais en EMPP**
100 **uniquement.**

101 **E2I** : Alors moi en tant qu'infirmière en EMPP, on va dire qu'on se base avec nos
102 connaissances de la psychiatrie. Moi j'ai travaillé 10 ans en psychiatrie donc on a une lecture
103 des symptômes psychiatriques qui se base sur le DSMIV et sur notre pratique
104 professionnelles en service d'intra et en CMP et notre relation au sujet psychiatrique. Donc
105 on a cette clinique là qui fait partie de notre expérience professionnelle. Donc ça c'est notre
106 bagage professionnel en tant qu'infirmière du secteur psychiatrique et du fait de mon
107 expérience à la rencontre de la précarité, on lit ça, on associe c'est deux-là et le but c'est
108 d'aller au contact des gens précaires par le biais des maraude ou par les accueils de jour.
109 Dans notre pratique de tous les jours on est dans de l'observation, après dans notre relation
110 verbale, on s'adapte à la personne avec qui on est, selon la pathologie ou la structure de
111 personnalité. Suivant si la personne est persécutée, on va être rassurante pour la personne,
112 enfin créer une relation de confiance, donc le but c'est de crée du lien avec la personne et de
113 tisser un lien de confiance. Donc ça prend plus ou moins de temps, c'est vraiment une
114 relation qui se fait à deux, avec la personne précaire et ou souffrant de troubles
115 psychiatriques ou psychiques. Donc voilà, ça c'est sur l'équipe mobile, après le but c'est
116 d'arriver à amener la personne aux soins, donc dans un second temps sur la permanence
117 d'accès aux soins de santé donc dans nos bureaux. Donc on va au contact des personnes
118 dans la rue et après on peut les amener à venir consulter ici pour qu'on puisse le apporter
119 une solution de soins médicamenteuses si la personne en a besoin. Mais, je pars du principe

CCXII

120 que des fois, être en relation avec la personne et d'être en lien avec la personne c'est déjà
121 un premier pas vers le soin. Les actes de parole apportent déjà du soin. Donc on fait
122 vraiment un travail relationnel, d'observation clinique et de spécificité de la connaissance de
123 la précarité et après d'orientation vers tous les partenaires qu'on peut avoir, c'est-à-dire
124 pour une personne qui a besoin, on a toute une connaissance du réseau de soin qui existe et
125 donc on essaye d'apporter à la personne en fonction de ses demandes et de ces besoins tout
126 d'abord vitaux. On va d'abord soulager les besoins vitaux de la personne c'est-à-dire de quoi
127 se doucher, de quoi manger pour lui apporter un confort, de la soulager de sa détresse
128 psychique si elle ne connaît pas et qu'elle vient d'arriver. Et en fonction si la personne a déjà
129 cet étayage là, on va répondre à ses demandes, selon si c'est de l'ordre de la santé
130 somatique, enfin on va répondre aux besoins de la personne et après si c'est d'ordre
131 psychiatrique et bien, on se présente comme infirmière psychiatrique et on abordera ce
132 sujet peut-être dans un second temps. On s'adapte vraiment aux demandes et aux besoins
133 de la personne, et parfois la personne n'a aucune demande, et bien on aborde la personne
134 juste par notre présence, tout en se présentant comme infirmière de psychiatrie et puis la
135 demande se fera ou pas dans un prochain temps. Voilà, donc c'est vraiment un approche
136 relationnelle je dirais, et d'évaluation et d'orientation vers tous les différents partenaires de
137 connaissance de tout le réseau qu'on peut avoir. Ça peut être de l'addictologie, ça peut être
138 social, ça peut être le soin, ça peut être... voilà.

139 **Q : D'accord, c'est vraiment un réseau...**

140 **E2I :** Oui on a un réseau qui est divers et varié. On travaille aussi avec des interprètes quand
141 il y a une barrière de la langue. Donc on a vraiment un réseau de soins qui est
142 pluridisciplinaire donc on va vraiment vers la personne pour lui apporter toute la spécificité
143 de notre réseau de soins avec tout notre bagage professionnel qui est de la psychiatrie et de
144 la précarité.

145 **Q : D'accord. Vous parliez des personnes que vous rencontrez, quelles sont les**
146 **caractéristiques essentielles de cette population dont vous vous occupez en EMPP ?**

147 **E2I :** Euh, pfffou, elle est vraiment multiple et variée, on va dire qu'il n'y a pas d'âge. On
148 peut recevoir de mineurs, enfin des jeunes mineurs qu'on rencontre dans la rue ou des
149 jeunes ados un peu marginaux, on va dire, punk à chien... Alors là je vais vous mettre des
150 étiquettes ! ça peut être des femmes à la rue, des gens suivis de psychiatrie qui sont dans la
151 rue, ou même en appartement mais qui fréquentent encore des accueils de jour. Ça peut être
152 des grands marginaux, ça peut être... euh pfffou, c'est tellement divers... ça peut être aussi
153 des gens en souffrance psychique et en demande d'asile...euh... Après, le précaire on va dire
154 qu'il peut être précaire par sa précarité sociale c'est-à-dire financière, par ses relations
155 sociales s'il fréquente des accueils de jour pour avoir des relations sociales. Il peut être aussi
156 précaire par sa souffrance psychique, c'est-à-dire une exclusion parce qu'il souffre
157 psychiquement ou mentalement. Et puis il n'y a pas d'âge et il n'y a pas de sexe donc ça peut
158 être divers et varié. Donc la précarité elle a plusieurs niveaux en fait.

159 **Q : D'accord. Est-ce que vous seriez en mesure de me hiérarchiser les différentes**
160 **problématiques de santé que vous rencontrez les plus couramment ?**

161 **E2I :** Euh... bah on va dire qu'il y a les jeunes qui se désinsèrent socialement et

CCXIII

162 économiquement, on va dire le jeunes punk à chiens, politico-psycho qui sont dans une
163 exclusion sociale et dans un rejet de la société avec une politico-psychomanie. On va dire qu'il
164 y a le grand exclu qui généralement à des troubles psychiatriques qui est généralement en
165 demande de rien, qui ne fréquente pas les accueils de jour et qui est on va dire le grand
166 clochard. Après on a le patient psychiatrique qui généralement est encore en soin mais qui
167 fréquente les accueils de jour et qui lui est connu de tous les réseaux. Et on a le demandeur
168 d'asile qui lui est dans une exclusion plutôt sociale et financière et qui fréquente les accueils
169 de jour plutôt par nécessité. Le jour où cette personne-là aura ses papiers, elle ne
170 fréquentera plus du tout ces milieux là, et on ne le verra plus. Voilà.

171 **Q : Et qu'est ce qui le plus souvent initie votre intervention ?**

172 **E2I :** Euh bah disons que le lieux géographique fait qu'on va au contact des gens soit dans la
173 rue, soit dans les accueils de jour. Quand c'est dans la rue, on va au-devant de la personne
174 sans qu'elle suscite la demande. Ça peut être... ah j'avais un autre aspect ! On va dire que
175 c'est un caractère physique quelque chose qui nous alerte, une précarité. Donc ça peut-être
176 une précarité de par l'apparence physique, c'est-à-dire une apparence physique qui se
177 dégrade. Ça peut être quelqu'un qui fait la manche donc il y a une demande implicite, ou
178 voilà. Et puis parfois on se questionne. Elle est dans la rue, elle est pas dans la rue ? C'est pas
179 marqué sur la tête que la personne est dans la rue donc parfois on tâtonne et puis on peut
180 passer à côté de gens qui aurait besoin, donc c'est vraiment une évaluation physique et de
181 présentation. Et dans les accueils de jour et bien c'est le lieu qui s'y prête. On se dit que c'est
182 le lieux qui facilite la demande. Et parfois on peut être interpellé par les partenaires. Parfois
183 les partenaires nous contacte et là c'est vraiment pour une problématique psychiatrique. Ça
184 peut être des CHRS, ça peut être des accueils de jour, ça peut le conseil général, les
185 assistantes sociales, des centres de toxicomanie, des centres de prostitution, donc là quand
186 on nous interpelle c'est vraiment pour une évaluation de psychiatrie. Et comme notre
187 équipe est mobile, on se déplace vers ces partenaires là, et aussi pour de l'aide aux aidants.
188 Mais c'est plus pour un éclairage.

189 **Q : Donc c'est aussi bien par le contact des partenaires que spontanément.**

190 **E2I :** Ah bah oui spontanément c'est nous qui allons vers les gens par les maraudes ou
191 l'observation mais ça peut aussi être les partenaires qui nous sollicite pour des évaluations.
192 Donc ça peut être aussi les urgences, les partenaires sont tellement divers et variés que ça
193 peut être beaucoup de monde. Du moment que la personne est en précarité sociale ou
194 psychique, on peut être interpellés.

195 **Q : D'accord. Alors vous avez déjà un peu commencé à m'en parler, on va passer à la**
196 **seconde partie, la démarche évaluative des besoins de santé de la population. Qui sont les**
197 **acteurs de cette démarche d'évaluation ?**

198 **E2I :** Oulala, il faut que vous me répétiez la question...

199 **Q : Lorsque que vous intervenez, et que vous évaluez les besoins de santé de l'utilisateur, qui**
200 **sont ses acteurs ? Est-ce qu'il y a des professionnels qui sont dédié à l'évaluation ou si c'est**
201 **vraiment toute l'EMPP ?**

202 **E2I :** Euh... quand on est interpellé, généralement c'est les infirmières qui se déplacent pour
203 l'évaluation des troubles psychiatriques. Après elle, en fonction de son évaluation, elle

CCXIV

204 orientera... donc si c'est plutôt d'ordre social, elle orientera vers l'assistante sociale, de sur
205 elle orientera vers le médecin si c'est un problème psychiatrique elle orientera vers une
206 consultation auprès du psychiatre. Après si c'est une précarité dû à une situation sociale qui
207 a entrainer des troubles psychiques, elle orientera et vers le médecin et vers l'assistante
208 sociale. Après si c'est un post-trauma et qu'il y a besoin aussi d'un espace de parole, elle
209 orientera aussi vers ses collègues psychologue, mais l'évaluation se fait par l'infirmière.

210 **Q : D'accord.**

211 **E2I :** Après si c'est des soins d'ordre psychiatrique, parce que c'est nos missions, on est un
212 service de soins psychiatriques.

213 **Q : Alors, est-ce que le terme de projet de vie fait partie de votre vocabulaire ?**

214 **E2I :** Alors nous non, mais les patients qu'on fréquente oui ! (rire) Dans le sens où quand on
215 les rencontre, ils nous disent « Ah tu vas encore me poser la question quel est mon projet de
216 vie. » C'est quelque chose qui est assez récurrent. Nous on parle pas de projet de vie, ça fait
217 pas partie de notre vocabulaire mais eux l'ont tellement entendu dans, surtout dans le
218 sociale en fait, dans les parcours qu'ils ont pu avoir. On parle souvent de projet de vie donc
219 c'est quelque chose qui est souvent critiqué et critiquable. Nous on parle pas de ça, nous on
220 est vraiment dans une création du lien, donc en marquant un projet, on est déjà dans
221 quelque chose de restrictif donc on limite déjà les possibles on va dire. Enfin, c'est ma façon
222 de voir les choses, peut-être que d'autres collègues vous répondront autrement mais moi je
223 trouve que qui dit projet dit déjà définir... euh... des choses et c'est gens là parfois ils sont
224 pas... Enfin, moi je suis dans la création du lien et pas dans la définition de protocole. Le lien
225 ça peut mettre 2 jours, 6 mois, 2 ans, et donc si je dois donner un projet de vie... je pense
226 que ça se créer ensemble et sans créer de lien on peut pas en créer ensemble. Et les
227 possibles son inimaginables, ça se fait à deux. C'est le lien qui crée le projet, enfin c'est ma
228 façon de voir les choses.

229 **Q : Très bien. Pouvez-vous me parler plus précisément de l'évaluation que vous réalisez**
230 **vous en tant qu'infirmière, de la situation de santé de la personne ?**

231 **E2I :** Bah on évalue, déjà est-ce qu'il y a urgence, enfin en psychiatrie on dit qu'il n'y a
232 aucune urgence vitale, sauf si la personne à la corde au cou comme on dit. Donc en
233 psychiatrie il n'y a aucune urgence sauf s'il y a péril imminent. Donc l'évaluation elle se fait sur
234 des symptômes, donc le DSMIV, donc on va parler de troubles psychiatriques type psychose
235 ou de de troubles, alors la différence avec le post-trauma, si la personne a été dans une
236 problématique d'exile, mais parfois quand la personne est dans le post-trauma les troubles
237 peuvent faire appel à de la psychose. On ne fait d'évaluation ou de diagnostic précis, on va
238 dire qu'on évalue, les troubles du sommeil, l'aboulie, enfin c'est des termes psychiatriques,
239 la persécution, la désocialisation, la clinique de la précarité, la grande exclusion, la
240 marginalisation, ça peut être l'hypomanie...

241 **Q : L'hypomanie, c'est-à-dire ?**

242 **E2I :** c'est quand la personne elle a une humeur excessive. Là on est plus dans le trouble de
243 l'humeur on va dire. Alors après la toxicomanie s'associe. Ça peut être... après faut faire
244 gaffe parce qu'avec la consommation de toxique qu'est ce qui est de l'ordre de la
245 consommation de toxique ou de l'ordre de la psychiatrie donc on se laisse le temps de poser

CCXV

246 un diagnostic et c'est pas nous qui le posons, c'est le médecin. Nous on va voir des
247 symptômes ou des traits et c'est avec le temps, après la consultation médicale qu'on pourra
248 éventuellement poser un diagnostic mais ça ça va prendre du temps. On met pas une
249 étiquette directement à la personne. On va voir s'il y a des troubles du comportement et s'il
250 y en a qu'est ce qui est associé à la prise de toxique. Donc on interroge bien la personne sur
251 la consommation de toxique mais aussi sur ce qui est de l'ordre du somatique, parce que la
252 dénutrition, la déshydratation peut aussi faire un diagnostic différentiel. Une dégradation
253 peut aussi créer des troubles au niveau psychique et des hallucinations, donc il faut être
254 attentif à ça, comme les consommations de toxiques. Donc, on pose pas un diagnostic
255 d'entrée, on questionne tous ces terrains là. Et on sait que la précarité, la dénutrition, la
256 déshydratation, le manque de sommeil, la situation d'errance, peut aussi créer des troubles
257 psychiques, c'est pour ça que la souffrance psychique peut se différencier avec des troubles
258 psychiatriques. Donc c'est vraiment avec le temps, c'est la création du lien comme je vous
259 disais, prendre le temps de voir la personne une fois, deux fois, trois fois, s'associer avec le
260 psychiatre qui lui va le voir dans une autre dimension, plus médical. C'est vraiment un travail
261 en équipe, c'est-à-dire que l'assistante sociale quand elle va déblayer des situations sociales,
262 et le psychologue qui va faire des groupes de paroles, parfois une situation difficile ne va pas
263 l'être quand sa situation sociale va s'arranger, quand en l'espace d'un mois, le post-trauma
264 va s'arranger, quand le médecin va voir la personne qui n'a pas forcément de traitement,
265 bah en fait on ne va plus être vraiment dans de la psychose. Donc des fois la précarité elle
266 peut avoir différent liens, donc on prend le temps d'évaluer les symptômes qui se mettent à
267 notre vue en fait. Et c'est vraiment un travail d'équipe qui va être complémentaire et on
268 prendra le temps de fixer un diagnostic à une personne parce que les choses peuvent
269 évoluer en fonction de la situation.

270 **Q : Du coup, pour évaluer tous ces symptômes, est-ce que vous avez des outils qui sont**
271 **spécifiques à cette évaluation ?**

272 **E2I :** Euh... des outils... bah non.

273 **Q : Ou des techniques ?**

274 **E2I :** Bah non... enfin y a pas de protocole ou d'outils particulier, c'est vraiment, je dirais le
275 travail en collaboration. Au départ on reçoit la personne, on se base comme je disais sur
276 différents symptômes et après c'est vraiment le partenariat avec les collègues et les
277 réunions d'équipe pour prendre du recul sur les situation pour pas être phagocyté par
278 rapport à ce que la personne veut nous amener, on travaille vraiment en équipe pour
279 prendre du recul sur la situation de transfert. Parce que qui dit lien dit transfert, qui dit
280 transfert dit parfois ne pas prendre de recul par rapport à la relation qui peut se créer. Donc
281 c'est vraiment un travail d'équipe qui nous permet, parce que des fois sur des situations on
282 voit quelques chose et nos collègue, en relation duel avec la même personne voit
283 complètement autre chose. C'est vraiment le travail d'équipe, et le dialogue et la réflexion
284 mais après il n'y a pas d'outil ou de protocole particulier. Et le temps qui permet aussi
285 d'aider au mieux la personne. Après on lit beaucoup, on travaille avec des intervisions, avec
286 d'autres collègues qui peuvent nous étayer sur la clinique de la précarité pour prendre du
287 recul sur ce qu'on fait. On lit Furtos, enfin d'autres outils qui nous aide à travailler sur la
288 clinique de la précarité.

CCXVI

- 289 **Q : D'accord.**
- 290 **E2I :** On se forme aussi. On fait pas mal de formations pour nous aider à toujours à réfléchir
291 parce que je veux dire, chaque personne est, enfin la précarité c'est tellement vaste et en
292 même temps on a une spécificité, donc on se forme au fur et à mesure des expériences et
293 des relations mais chaque rencontre est unique, donc non il n'y a pas d'outil particulier à
294 part, je vous dis la clinique de la précarité.
- 295 **Q : Et lorsque vous évaluez une personne quels éléments est-ce que vous prenez en**
296 **compte en particulier ?**
- 297 **E2I :** Quels éléments ?
- 298 **Q : Oui à quels éléments accordez-vous de l'importance ?**
- 299 **E2I :** Bah il y a l'environnement social, les ressources financières de la personne. Est-ce
300 qu'elle a des ressources familiales, l'isolement social. Quelles sont les ressources de la
301 personne au moment où on la rencontre. Est-ce qu'il y a un médecin traitant, des amis, de la
302 famille, un réseau social, c'est-à-dire est-ce qu'elle a un réseau associatif. Est-ce qu'elle a des
303 antécédents de suivi antérieur, en psychiatrie, en CMP. Il y a un gros travail de recherche.
304 Est-ce qu'elle a des ressources financières, l'AAH, le RSA, est-ce qu'elle a rien. Sa situation
305 somatique aussi, donc on travaille avec la PASS somatique ou avec médecin du monde ou
306 avec les centres de santé aussi. Donc voilà on fait un bilan on va dire global de la personne,
307 autant sur le point de vue financier, somatique, que les antécédents psychiatriques.
- 308 **Q : D'accord, et tout ça pendant le dialogue par l'entretien que vous faites avec la**
309 **personne ?**
- 310 **E2I :** Voilà. Alors parfois l'entretien il est très court et ça demandera du temps pour
311 questionner tout ça. Et puis parfois après 13 ans de connaissance on se rend compte que la
312 personne porte un autre nom et que tous nos repères sont perdus et il faut se re-
313 questionner. Donc tout est immuable on va dire. On se fait avec le discours de la personne,
314 et c'est une certaine relation de confiance et on se fie à ce qu'elle nous dit, donc parfois les
315 choses peuvent changer. Et après il y a un gros travail d'enquête sur ce que la personne va
316 nous dire. Mais parfois la personne elle va rien nous dire, elle peut être mutique aussi. On
317 peut travailler aussi avec une personne sous X qui nous donnera jamais son identité, donc là
318 pour aller questionner, donc le lien se fera selon ce qu'elle voudra nous dire et les
319 symptômes vraiment productifs de l'espace de parole ou ce qui peut donner au corps.
320 Parfois les gens vont vous donner à voir que le corps, avec un corps sale, un corps abîmé,
321 un corps qui pourri, bon bah y aura que ça à travailler. Et c'est ça qu'il va falloir mettre en
322 lien pour pouvoir peut-être amener la personne aux soins d'un point de vue psychiatrique.
323 On ne peut pas imposer à la personne sauf s'il y a un péril imminent. On fait avec ce que la
324 personne à envie de nous donner.
- 325 **Q : Et est-ce qu'il existe des codes à respecter lorsque l'on aborde la situation de la**
326 **personne ?**
- 327 **E2I :** Des codes ?
- 328 **Q : Des codes dans la manière d'être, de faire, des choses à dire ou à ne pas dire ?**

329 **E2I** : bah je pense qu'il faut s'écouter soi-même, c'est-à-dire que si un moment donné y a
330 quelque chose qui nous dérange ou qu'on se sent pas nous en tant que professionnel, bah il
331 faut s'écouter, c'est-à-dire si on a peur, si on le sent pas, si on est pas à l'aise, parce que la
332 personne peut ressentir qu'on est pas à l'aise et là ça va être contre-productif. Après tout
333 dépend dans quel endroit on est, si on est dans le cadre de la rue bah il y a toute la
334 dimension de l'alcoolisation, du cadre, si on est sur un trottoir, si c'est bruyant, si y a des
335 chiens, tous ces éléments mettent la relation dans une certaine singularité donc je pense
336 que c'est notre habitude de terrain qui fait qu'on se forme. On est à l'écoute de la personne
337 mais on est aussi à l'écoute de soi donc on va dire qu'il n'y a pas de codes, c'est vraiment
338 propice à la situation et c'est vraiment l'expérience qui fait qu'un moment donné, si on sent
339 que la personne on l'agace, si on s'entend pas, bon bah on essaye de différer et des fois il y a
340 des choses qui sont déposés à ce moment-là. Y a pas de distance du côté physique, on va
341 sentir ces choses là. Des fois on va être très très proche parce qu'on s'entend pas donc on va
342 être à 20 cm et parfois les 20cm vont être insupportables soit parce que la personne on la
343 sent en tension soit parce qu'elle nous est difficile dans l'odeur. Enfin on est vraiment à
344 l'écoute de soi et on va dire qu'il n'y a pas de règle. Voilà, et dans les accueils de jour, ça
345 peut être la situation du contexte de l'accueil, ça peut être une tension, c'est électrique,
346 parfois on diffère on sent que c'est pas le moment. Parfois ça peut être l'accueil de jour qui
347 est pas bien donc faire un entretien alors qu'il y a des bagarres ou que les gens sont
348 alcoolisés donc c'est pas ni le lieu ni le cadre. Donc on va dire que notre champs d'action et
349 notre cadre relationnel est tout le temps en permutation donc il n'y a pas de protocole, de
350 règle et c'est ça qui est très épuisant. C'est que dans le cadre des maraudes ou des accueils
351 de jour, en tant qu'infirmiers ou en tant que professionnels, on est en permanence en train
352 de re-questionner notre cadre relationnel. Donc c'est tout le temps, tout le temps, tout le
353 temps, chaque lieu, chaque endroit, chaque relation, chaque personne on est vraiment, c'est
354 ce qui peut être épuisant. Quand on va dans l'aller vers on peut ressortir au bout d'une
355 demi-matinée épuisé mais c'est parce que notre champs relationnel est tout le temps en
356 questionnement, et on est tout le temps en train d'adapter au cadre relationnel. C'est pas
357 comme dans un bureau où on a ses repères, ses chaises, son silence, on est à l'extérieur, on
358 va vers les gens donc il faut vraiment s'adapter aux lieux, au bruit, à la personne et à son
359 cadre, enfin là où il va être quoi. Est-ce qu'il va être au sol, en hauteur, est-ce qu'il va être
360 agité ou calme, est-ce qu'il va être drogué. Et tout ça ça demande une adaptation et il faut
361 faire attention avec soi et avec l'autre, est-ce qu'il est jeune, comment est-ce qu'il va se
362 présenter à nous, est-ce qu'il va être dans quelque chose de défensif ou de provocateur, est-
363 ce qu'il va être dans la demande, est-ce qu'il va avoir du mal à nous laisser partir, est-ce qu'il
364 va être dans un refus. Tout ça ça demande une adaptation et une expérience quoi, qu'on
365 acquière au fur et à mesure et on en apprend tout le temps.

366 **Q : D'accord. Que pouvez-vous me dire de la pratique professionnelle des autres membres**
367 **de votre EMPP ?**

368 **E2I** : Euh... pffou pffou pffou, bah je pense qu'on fait tous un peu, qu'elles font tous un peu
369 comme nous. Enfin, moi j'ai besoin de la complémentarité, je suis pas assistante sociale. Elle
370 ont les compétences pour ce qui fait que je m'appuie sur leurs compétences
371 professionnelles comme une psychologue va m'apprendre sur la relation. Je pense qu'on est
372 tous dans un champs relationnel très similaire, donc voilà. On s'appuie sur nos compétences

CCXVIII

373 professionnelles qui sont distinct et là après leurs compétences à elle je ne pourrais pas en
374 parler. Mais je pense que c'est le public qui nous demande à s'adapter et avec nos
375 compétences, c'est vraiment le lien qui va se créer avec la personne, c'est pas parce qu'on
376 est infirmière ou assistante sociale, c'est le lien qui va permettre à la personne de l'amener à
377 la psychiatrie. Parce que ça peut être autant une psychologue, d'une infirmière, qu'une
378 assistante sociale, c'est vraiment au-delà de notre fonction. C'est vraiment le lien qui va se
379 créer de personne à personne et on parle plus de psychiatrie on parle de relation. Et de là
380 c'est notre compétence qui va amener la personne à la psychiatrie. Enfin, je sais pas si vous
381 voyez, ça peut même être une femme de ménage, enfin voilà moi je suis vraiment axée là-
382 dessus quoi. On va dire que c'est vraiment le lien et la fonction du professionnel va après...
383 c'est-à-dire que quand un lien se crée avec une assistante sociale elle va être limitée dans sa
384 fonction d'assistante sociale parce qu'elle va faire ce qu'elle peut en tant qu'assistante
385 sociale mais, ce lien de confiance qu'il y aura avec cette personne, elle va pouvoir travailler
386 ça avec le sujet précaire en disant bah moi en tant qu'assistante sociale, un moment donné
387 j'arrive à mes limites mais par contre t'as confiance en moi et je vais t'amener vers une
388 personne de confiance qui va t'aider et on va travailler ensemble, c'est-à-dire le
389 psychologue, ou le médecin, ou une infirmière, et après nous on gravite mais la base c'est le
390 lien de confiance. Qui va transmettre à une autre personne de confiance donc après on va
391 travailler à deux, à trois, dans la limite du possible mais si on travaille pas le lien de confiance
392 dès le départ on pourra pas graviter ou associer une autre personne. Et après on peut
393 associer qui on veut du moment que le lien de confiance il est là. Et ça ça demande
394 énormément de temps ou ça peut se faire d'entrée en deux jours quoi. Ça dépend, c'est
395 pareil ça c'est des choses qui se contrôlent pas et je dirais, comme on dit dans le PPP, on dit
396 patience, patience, patience, pour psychiatrie précarité mais c'est vraiment patience,
397 patience, patience parce que c'est vraiment la base de notre travail c'est la création du lien.
398 Le lien c'est le transfert mais un même temps c'est vachement fragile, mais en même temps
399 c'est vraiment ce qu'il y a de plus fort et c'est ce qui permettra la complémentarité. Et en
400 même temps le transfert nécessite avec les collègues de pas faire ça tout seul parce que tout
401 seul on s'épuise quoi.

402 **Q : Oui c'est vraiment la force de l'équipe ?**

403 **E2I :** Ouai. Ouai ouai

404 **Q : Et du coup quelle type de collaboration est-ce que vous entretenez avec les différents**
405 **professionnels, en terme de type de collaboration, la fréquence au sein de votre équipe?**

406 **E2I :** Bah dans notre équipe on travaille dans les mêmes bureaux, on fait les maraudes
407 ensemble, on travaille souvent ensemble donc on fait souvent des entretiens conjoints. Enfin
408 c'est surtout avec l'assistante sociale qu'on fait des entretiens conjoints. Après avec la
409 psychologue, elle reçoit les personnes seules mais on fait des réunions cliniques où on
410 travaille beaucoup la situation clinique de la personne avec le médecin, la présence de
411 l'interne, la secrétaire, et on travaille autour de la situation clinique et ça la fréquence c'est
412 une fois par semaine.

413 **Q : D'accord.**

414 **E2I :** Donc ça c'est sur un temps d'une heure et demi où on parle de la situation de la

CCXIX

415 personne ou des personnes qui nous pose question.

416 **Q : D'accord, donc c'est vraiment des échanges qui sont formalisés, il y a un temps...**

417 **E2I** : Ah oui oui oui, c'est primordiale. D'ailleurs on s'est rendu compte qu'il y a eu des
418 moments où on avait moins le temps parce qu'on grappillait sur nos réunion clinique pour
419 travailler avec nos partenaires et on s'est rendu compte qu'on avait plus d'espace de parole
420 et que c'était nocif du coup. Et que parler c'était vraiment primordial donc on a recentré là-
421 dessus. Donc c'est vraiment c'est temps là, donc c'est une heure et demi mais c'est
422 primordiale, c'est vraiment avoir cet espace de parole entre nous pour pouvoir nous
423 questionner, parler de situations et pas être dans l'agir, être dans la réflexion, prendre du
424 recul. Sinon si on est dans l'agir on se laisse happer et on s'épuise en fait.

425 **Q : Quelles difficultés ou quelles limites rencontrez-vous dans vos interventions en EMPP ?**

426 **E2I** : Euh... bah... quelles limites ? Je vais dire que c'est l'autre quoi (sourire) on peut pas faire
427 sans la personne. Après les limites qu'on a c'est aussi avec le social, on est tout le temps en
428 train de réexpliquer que la psychiatrie elle fait pas tout, enfin réexpliquer la dimension de la
429 psychiatrie dans le social. Après les limites qu'on a aussi c'est avec les nouvelles lois où on a
430 tout une protocolisation des hospitalisations. Parfois quand les gens ont besoin d'une
431 hospitalisation on est en difficulté. Qui fait quoi ? Entre la police qui fait plus rien, l'Hôpital
432 avec le juge des libertés. Donc des fois quand les personnes sont en demande de soins ou
433 quand elles sont en souffrance psychiatrique et bin on se rend compte qu'on a du mal à faire
434 notre travail. Du coup qui fait quoi, bah du coup on fait rien, et du coup ça ça devient
435 questionnant et difficile. Plus toutes les difficultés liées à l'hébergement. Y a de moins en
436 moins d'hébergement, de plus en plus de gens à la rue. Ça on va dire que c'est toutes les
437 difficultés sociales de la France actuelle et le manque de moyens. Financiers je parle de tout.
438 Donc voilà, on va dire que c'est les facteurs économiques, sociaux et juridiques qui fait qu'il y
439 avait plus de facilités avant, on va dire. Mais après dans le champs relationnel, bah c'est
440 l'autre, si le lien se fait pas.

441 **Q : Est-ce que la différence culturelle a déjà été un frein dans votre pratique en EMPP ?**

442 **E2I** : Un frein oui et non, ça peut être un frein comme ça peut être une richesse. Ça nous
443 demande un effort de nous poser la question, déjà de quel pays est la personne. Déjà il y a la
444 barrière de la langue mais y a la barrière de la culture. Quelle représentation à la personne
445 de la psychiatrie dans sa culture ? C'est-à-dire qu'en Afrique, l'hôpital psychiatrique, enfin
446 une personne hospitalisée, faut qu'on lui amène la nourriture, ça peut être perçu comme un
447 asile, comme la prison, comme maltraitant. Et puis il y a toute la représentation de la
448 psychiatrie qu'à la personne dans sa culture et au niveau aussi religieux donc ça demande de
449 s'adapter aussi à ça et de se questionner là-dessus. Donc selon l'origine de la personne on
450 abordera pas, enfin c'est à nous de se questionner là-dessus, de faire un effort, donc on lit
451 beaucoup de bouquins. Après sur les barrières de la langue on peut être aussi sur une
452 approche dans le non-verbal et parfois le non-verbal nous apporte beaucoup plus que la
453 langue. Donc c'est pour ça que je vous disais que ça peut être un frein ou une richesse aussi
454 quand parfois la personne elle délire et que le français nous est commun bah on va être
455 vraiment dans du non verbal, donc ça peut être aussi une approche différente.

456 **Q : D'accord, et quelle est la suite de votre travail après l'évaluation de la situation de la**

CCXX

457 **personne ?**

458 **E2I** : bah concrètement si la personne a des troubles psychiatriques c'est arriver à ce qu'un
459 moment donné à ce qu'il puisse venir une consultation voir le médecin, enfin arriver à
460 l'amener aux soins. Après des fois comme je vous disais, la parole c'est déjà du soin donc
461 moi quand je suis en relation c'est déjà du soin. Après c'est pas amener la personne aux
462 soins et qu'elle soit plus dans la rue, c'est arriver à ce que le fou ou le précaire, enfin le fou
463 puisse être dans la cité aussi.

464 **Q : D'accord et selon vous, est-ce que la prise en charge des personnes en situation**
465 **d'exclusion et qui souffre de troubles psychiques est satisfaisante aujourd'hui ?**

466 **E2I** : (silence) euh... non... Enfin comme je vous disais quand quelqu'un a des troubles
467 psychiatriques et qu'on arrive pas à l'hospitaliser alors qu'il est... enfin je me pose la
468 question de la non-assistance à personne en danger. Quand on en arrive à pas pouvoir faire
469 quelque chose, je trouve que non. Après sur certaines situations oui, enfin il y a plein de
470 difficultés comme je vous parle, au niveau juridique au niveau des nouvelles lois qui sont mis
471 en place, des protocole d'hospitalisation, des juges des libertés, enfin là je vous parle au
472 niveau de la psychiatrie. Et quand la personne à un problème de psychiatrie et qu'elle a des
473 troubles du comportements et qu'on arrive pas à la faire hospitaliser parce que la police
474 peut pas venir la chercher, parce que nous c'est pas dans nos missions d'aller prendre
475 quelqu'un dans la rue, et bin qui fait quoi ? Personne. Et bin la personne elle reste dans la
476 rue et un moment donné elle peut mourir dans la rue alors qu'elle a besoin de soins. Et là je
477 trouve qu'on est inefficace et c'est quelque chose qu'on est en train de travailler pour
478 trouver des solutions parce qu'on se rend compte concrètement que pour certaines
479 personnes on fait rien et que personne fait rien. Et comme personne fait rien, on veut tous
480 faire bien mais personne fait rien. Voilà, c'est quelque chose qui me questionne. Après bien
481 sûr un moment donné la personne arrivera aux soins mais il faut qu'elle passe par les
482 urgences, c'est-à-dire une urgence vitale ou un troubles du comportement grave et quand le
483 trouble du comportement il est grave, il peut passer par la case prison alors qu'au départ,
484 elle aurait juste pu aller en hôpital psychiatrique parce que la personne à des problèmes
485 psychiatriques. Donc du coup ça dévie la problématique du départ et ça c'est du à des
486 difficultés, on va dire, juridiques, des instances au-dessus.

487 **Q : On va passer à la dernière partie, il reste deux questions. Don ça concerne**
488 **l'ergothérapie. Quel est votre représentation de l'ergothérapie ?**

489 **E2I** : Alors il faut que vous me redéfinissiez l'ergothérapie parce que je n'ai pas beaucoup
490 travaillé avec des ergothérapeutes.

491 **Q : Et bien justement dites moi quelle image en avez-vous et on pourra en rediscuter plus**
492 **précisément. (sourire)**

493 **E2I** : Alors... pour moi une ergothérapeute c'est trouver des solutions pour apporter du
494 confort à une personne. Alors soit elle a un handicap physique, trouver un outil à cette
495 personne pour qu'elle puisse être dans un confort. Si c'est un handicap physique, trouver un
496 outil pour... enfin moi c'est comme ça que je verrais l'ergothérapie mais en fait je n'ai jamais
497 travaillé avec des ergothérapeutes, donc en gros dans mon expérience professionnelle, donc
498 je ne connais pas forcément trop. Voilà. Enfin, j'espère que je ne me trompe pas parce que

CCXXI

499 sinon...

500 **Q : Non non mais il y a un peu de ça, après c'est beaucoup sur le champ de l'autonomie.**
501 **Vous avez parlé du handicap psychique ou physique c'est ça. C'est arriver à être dans cet**
502 **accompagnement là pour un gain d'autonomie. Donc c'est via une approche systémique et**
503 **médiatisée basée aussi bien sur les déterminants personnels que les déterminants de**
504 **l'environnement. Voilà.**

505 **E2I :** Hum hum d'accord.

506 **Q : Et dernière question, selon vous, est-ce que l'intervention d'un ergothérapeute, avec la**
507 **représentation que vous en avez, dans le domaine de l'exclusion pourrait être pertinente ?**

508 **E2I :** Euh... oulala, je... bah... en fait je me suis jamais trop posé la question. Bah je pense que
509 toutes les approches ou toutes les choses complémentaires peuvent apporter aux
510 personnes, du moment que c'est pour leur amener de l'autonomie et que les personnes sont
511 en exclusion... Après tout dépend la personne et où elle en est, mais je pense que oui ça
512 pourrait... Enfin on peut pas faire qu'avec soi-même, après je pense que tout peut être
513 complémentaire. Après je n'en ai pas assez une représentation pour me dire, enfin il
514 faudrait...Après je pense que c'est au cas par cas, mais pour certaines personne je pense que
515 ça pourrait, là où elles en sont ça pourrait être complémentaire oui. Mais tout dépend de là
516 où elles en sont dans leur exclusion et dans leurs problèmes psychiques, mais je pense que
517 ça pourrait être complémentaire, oui, en effet.

518 **Q : Vous dites là où elles en sont, qu'est ce qui pourrait être restrictif par exemple ?**

519 **E2I :** Bah quelqu'un qui est complètement envahie, complètement délirante, que même
520 l'entretien est inabordable, si on veut travailler l'autonomie alors que la personne elle est
521 pas du tout, elle est totalement envahie dans un délire, je pense que ça peut être difficile
522 quoi ? Enfin, je pense qu'il faut déjà retravailler le soin, qu'elle puisse déjà être dans un
523 principe de réalité, pour pouvoir être en lien avec la personne. Après quand la personne elle
524 est complètement envahie et délirante, ça me paraît difficile quand déjà moi dans un
525 entretien j'arrive même pas à rentrer en lien avec une personne. Il y a des gens, les grands
526 grands exclus, alors peut-être que ça peut –être un outil pour entrer en relation,
527 votre approche, mais là j'ai pas assez les connaissances pour... Peut-être que votre approche
528 pourrait être un outil pour rentrer en relation avec ces personnes mais là je ne sais pas. Alors
529 là je n'ai pas assez de recul pour répondre favorablement à ça. C'est quelque chose où je
530 pourrais me questionner mais sincèrement je ne me suis jamais questionner.

531 **Q : Ok très bien. Donc voilà, c'est la fin de l'entretien, est-ce que vous avez des suggestions**
532 **ou des questionnements qui concernent cette problématique et qu'on a pas abordé dans**
533 **cet entretien ?**

534 **E2I :** Bah... non, j'espère que j'ai répondu bien à vos question, que j'ai été assez clair et
535 j'aimerais bien par contre quand, comme du coup je connais pas trop votre travail, si jamais
536 vous rendez quelque chose, je le veux bien pour pouvoir le comparer avec mon travail et du
537 coup pouvoir aborder cette dimension là. Parce que du coup, si vous vous questionner là-
538 dessus, c'est certainement qu'il y a une approche qui pourrait être complémentaire et du
539 coup j'aimerais bien voir pour me questionner là-dessus. Et j'aimerais bien pouvoir me
540 questionner et m'enrichir de votre travail.

CCXXII

541 **Q : Oui pas de problème, avec plaisir, au contraire !**

542 **E2I :** Et vous êtes dans quelle région au fait ?

543 **Q : Je suis à l'école de Lyon**

544 **E2I :** Ah d'accord. Mais il n'y a aucune urgence, c'est vraiment pour voir ce que vous avez fait
545 parce que ça m'intéresse du coup.

546 *[échange de coordonnées pour l'envoi de l'écrit : non retranscrit pour respecter l'anonymat]*

547 **Q : Après par rapport à votre questionnement, en fait ma recherche est partie du fait que**
548 **je me suis renseignée sur les EMPP. Parce que c'est vrai que c'est une approche qui**
549 **m'interpelle e que je trouve très intéressante et j'ai découverts qu'en Australie il y avait**
550 **des ergothérapeutes dans les équipes et pas en France et donc je me question un peu pour**
551 **savoir quelle est la place des ergothérapeutes, pourquoi il y a cette différence, est-ce que**
552 **c'est purement culturel ou pas et est-ce que, dans le cas ou un ergothérapeute**
553 **interviendrait, en France, qu'est-ce qu'il pourrait apporter au sein de ces équipes.**

554 **E2I :** D'accord, ok. Oui, c'est intéressant. Oui parce que je savais pas que ça existait donc au
555 contraire, c'est bien

556 **Q : Mais pas de souci je vous transmettrai mon travail.**

557 **E2I :** Ouai ouai mais même pour mes collègues. Parce que c'est vrai que sur le coup quand
558 on nous a dit une ergothérapeute on a tous été surpris quoi (rire). Parce que du coup c'est
559 pour ça, je pense que c'est vraiment nouveau non je pense que ça intéressera aussi mes
560 collègues.

561 **Q : Et bin avec plaisir. En tout cas je vous remercie pour votre disponibilité, c'était très**
562 **intéressant.**

563 **E2I :** Bah de rien, j'espère ! J'ai essayé de faire au mieux, c'est pas évident mais bon. Et puis
564 bon courage pour votre suite et puis j'espère que tout va bien se passer pour vos études et
565 j'attends de pouvoir lire votre mémoire. Bon bah écoutez à bientôt

566 **Q : Merci beaucoup. Au revoir.**

567 **E2I :** Au revoir.

Annexe XVI : Retranscriptions intégrale de l'entretien E3D

Date : 01/04/2015

Durée de l'entretien : 35 min

Sexe : F

1 **Q : Je vous rappelle le cadre de l'étude : Je suis en troisième année d'ergothérapie. Cet**
2 **entretien se déroule dans le cadre d'une initiation à la recherche pour valider mon**
3 **diplôme d'état d'ergothérapie. Mon mémoire s'oriente sur les personnes en situation**
4 **d'exclusion et souffrant de troubles psychiques et plus particulièrement les interventions**
5 **des équipes mobiles psychiatrie précarité. L'entretien va se dérouler en trois parties. Une**
6 **première partie sur votre présentation et la présentation de votre équipe. Une deuxième**
7 **sur la démarche évaluative des besoins de santé de la personne. Une dernière sur**
8 **l'ergothérapie. Avez-vous des questions concernant le déroulement de cet entretien ?**

9 ED3 : Non.

10 **Q : Alors, pour commencer, pouvez-vous vous présenter en quelques phrases ?**

11 E3D : E3D,

12 **Q j'exerce la psychiatrie et je coordonne sur un plein temps une équipe mobilité psychiatrie**
13 **précarité.: D'accord. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous 20-30, 31-40 ... ?**

14 E3D : 56 ans

15 **Q : Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ?**

16 E3D : Depuis 1987, je vous laisse faire le calcul.

17 **Q : et durant votre parcours professionnel, vous avez toujours été dans le domaine de**
18 **l'exclusion ?**

19 E3D : j'ai travaillé pendant 11 ans en milieu carcéral avant de créer l'équipe mobile en 2011.

20 **Q : D'accord, c'est vous qui l'avez créé.**

21 E3D : oui du coup

22 **Q : Pouvez-vous me parler de votre équipe ? Quelles sont ses missions, sa composition ?**

23 E3D : Alors, l'équipe se compose de 2 infirmières plein temps, deux psychologues mi-temps :
24 5 demi-journées de cadre de santé, 5 demi-journées de secrétariat. Selon les trimestres un,
25 petit temps d'interne. Actuellement on a trois demi-journées d'interne. Accolé à l'équipe, il y
26 a une PASS Psy qui est constituée d'un assistant social.

27 **Q : Et donc quelles sont ses missions principales ?**

28 E3D : 3 missions. Une mission clinique qui est d'aller vers les publics en situation de précarité
29 qui présente troubles psychiques etc ; la deuxième mission est d'aider les acteurs, les
30 professionnels de terrain de première ligne avec ce groupe. C'est à dire se mettre à la
31 disposition de ces professionnels pour les aider quand ils sont dans des situations avec plus
32 de soucis. La troisième mission, c'est une mission de formation et d'information dans le

CCXXIV

33 domaine de la psychiatrie et de la précarité.

34 **Q : Et donc auprès des institutions ?**

35 E3D : Euh, alors nous intervenons auprès d'un public d'étudiants en médecine, ça peut être
36 dans des écoles d'infirmier, d'assistants sociaux, d'éducateurs, auprès d'équipes qui
37 travaillent déjà dans la précarité pour lesquelles on fait des formations un peu ciblées.

38 **Q : Donc vraiment des professionnels qui vont être amenés à rencontrer des personnes ?**

39 E3D : Oui, ou qui sont en formation et qui pourraient être amenés à les rencontrer dans leur
40 profession.

41 **Q : D'accord. Pouvez-vous me parler un petit peu plus de votre pratique professionnelle en
42 particulier au sein de votre EMPP ?**

43 E3D : Alors ma pratique professionnelle... On a fait le choix d'être complètement mobile, on
44 a pas de lieu dédié où nous intervenons. On a fait le choix de ne pas avoir un lieu dédié pour
45 ne pas créer de CMP précaire, de rajouter une étape sur leur accès aux soins. Nous
46 intervenons directement sur les lieux de leurs parcours de vie. Je suis sur le terrain toute la
47 semaine sauf 3 demi-journées. Je reste 3 demi-journées là à l'hôpital pour la synthèse
48 clinique pour rédiger des courriers, des certificats, des choses comme ça. Il y a aussi une
49 matinée où je reste à disposition des partenaires extérieurs, des professionnels, donc tout le
50 reste du temps, je suis sur le terrain. Sur le terrain, ça consiste la plupart du temps des
51 consultations, des prises de parole, des rencontres avec les professionnels, voilà... du
52 quotidien d'un psychiatre.

53 **Q : Donc les consultations se font vraiment là où les personnes se trouvent ? Si elles sont
54 dans la rue ça se fait dans la rue ?**

55 E3D : Oui oui, on consulte assez souvent dans des lieux publics. Il nous arrive très
56 régulièrement de travailler directement dans la rue, dans des parcs ou sinon on va au café,
57 on travaille au café, parce qu'il ne fait très chaud dans la rue souvent. Sinon on fait souvent
58 des consultations dans un accueil de jour, dans un accueil médical qui est un centre de santé
59 à bas seuil, et puis bah... au domicile des patients, dans les lits haltes soins de santé, dans les
60 CADA. Enfin, bon, c'est très variable.

61 **Q : Pouvez-vous me décrire les caractéristiques essentielles de votre population ?**

62 E3D : Ah !... c'est pas très très facile. C'est une population très hétérogène. 50% des patients
63 sont des patients exilés, des migrants. C'est très spécifique à *Ville 3*. Euh... ils ont des
64 problèmes de stress post-traumatiques, souvent. L'autre 50% du public est constitué par la
65 précarité locale. Avec un public très très hétérogène : des jeunes 18-25 ans qui sont en
66 rupture de tout, soit auprès le passage dans des institutions, soit auprès des vécus infantiles
67 difficiles. Sinon des jeunes psychotiques qui sont réticents aux soins, des jeunes
68 schizophrènes, sinon... des patients psychiatriques qui ont déjà connu l'institution
69 psychiatrique et qui ne veulent plus en entendre parler et qui sont également en rupture de
70 soins ou d'assistance. Des personnes qui présentent des problèmes d'addictions importants
71 ou qui ne sont pas ou plus dans les structures parce qu'elles en ont été exclues, sinon des
72 voyageurs pathologiques, des personnes qui sont itinérantes depuis longtemps. Euh... des
73 personnes qui sortent de prisons, enfin bon, voilà quoi.

CCXXV

74 **Q : Vous parliez de domicile, donc parmi votre population, vous avez des gens qui ont**
75 **quand même un domicile ?**

76 E3D : Pas beaucoup. 4% je crois. C'est-à-dire que c'est souvent des personnes que l'on a
77 suivies avant et pour lesquels on poursuit les soins parce qu'ils ne sont pas prêts à nous
78 laisser. Domicile privé on en a très très peu. Ou des personnes qui ont quitté la rue pour être
79 domiciliées, mais c'est pareil, ils ne sont pas prêts à arrêter le lien thérapeutique avec nous
80 et qui sont pas encore prêt à aller dans les CMP par exemple ou qui s'adapteront pas à la
81 prise en charge d'un CMP.

82 **Q : D'accord, mais il peut y avoir des personnes qui n'ont pas été à la rue et qui sont dans**
83 **une situation de précarité importante par exemple ou pas forcément ?**

84 E3D : à domicile ?

85 **Q : oui**

86 E3D : Non. C'est-à-dire qu'on ne va pas... les patients que nous... qui ont des domiciles privés
87 sont des personnes qu'on a connu avant, soit à la rue soit en situation d'absence de logement.
88 Mais on ne se rend pas à domicile pour des personnes qui risquent d'être en difficulté, parce
89 que ça c'est vraiment le travail du secteur.

90 **Q : D'accord c'est le secteur qui s'en occupe, ok. Qu'est-ce qui le plus souvent initie votre**
91 **intervention ?**

92 E3D : Alors, dans 95% des cas c'est l'appel d'un professionnel.

93 **Q : lors quel type de professionnel du coup ?**

94 E3D : Ça dépend du public. Pour les migrants ça va être pour la plupart des associations
95 d'aide aux sans-papiers, des bénévoles qui s'occupent de l'aide aux papiers. Ça va être la
96 plateforme d'accueil des demandeurs d'asile, euh... qu'est ce qu'on a d'autres comme
97 partenaires... les services d'urgence famille des personnes seules, pour les mises à l'abri.
98 Voilà, ça c'est pour la partie migrant. Pour le public non migrant, c'est souvent
99 l'hébergement d'urgence, donc personne seule, l'accueil de jour qui est une structure qui
100 mets à l'abris la journée, la PASS, et puis des CADA et puis voilà des services de tous les
101 professionnels... et puis aussi un service qui s'appelle *A. à ville 3*, où il y a deux éducatrices
102 qui font les maraude auprès des sans domiciles donc elles aussi elles interviennent et elles
103 peuvent nous signaler des situations.

104 **Q : D'accord. Et vous parlez de maraude. Est-ce que ça parti de vos pratiques d'aller**
105 **spontanément vers les personnes ?**

106 E3D : Non, on intervient que sur demande quand une de ces éducatrices est en difficulté
107 avec quelqu'un qui a des problèmes psychiatriques, mais nous on fait pas de maraudes.

108 **Q : Maintenant on va passer à la deuxième partie, plus ce qui concerne la démarche**
109 **évaluative des besoins de santé. Pouvez-vous me dire qui sont les acteurs de cette**
110 **démarche évaluative des besoins de santé de l'utilisateur ?**

111 E3D : Ouuuh ! Alors... (rire) les deux éducatrices en centre ville sont très vigilantes à ça. Les
112 professionnels des lits halte soins santé, nous l'équipe bien évidemment on participe.

CCXXVI

113 **Q : et plus spécifiquement au sein de votre équipe est-ce qu'il y a un professionnel qui est**
114 **dédié à cette évaluation ?**

115 E3D : Non.

116 **Q : C'est vraiment toute l'équipe ?**

117 E3D : Oui. En sachant que les infirmières sont plus particulièrement vigilantes à tout ce qui
118 est plaintes somatiques. L'évaluation pour la santé psychique ça on le fait tous, c'est nos
119 missions donc on le fait tous, mais très très souvent on fait beaucoup d'accompagnement
120 pour la santé somatique.

121 **Q : D'accord. Et donc vous, vous allez plus voir le champ psychique du coup ?**

122 E3D : Euh... moi j'évalue aussi, j'interviens pas mal dans la santé somatique mais c'est vrai
123 que les accompagnements physiques directes, c'est beaucoup les infirmières qui les font.
124 C'est-à-dire accompagner auprès d'un généraliste, accompagner dans une antenne
125 médicale, accompagner aux urgences. Moi je fais rarement, ce sont plus les infirmières qui
126 font ça. Et puis l'assistant social de la PASS Psy lui qui passe une grande partie de son temps
127 à essayer de rétablir les droits

128 **Q : Est-ce que le terme de « projet de vie » pour le patient c'est un terme que vous utilisez**
129 **dans votre quotidien ?**

130 E3D : Non. « Projet » oui, « projet de vie » non mais quelque fois mais pas beaucoup.

131 **Q : Alors du coup, pour quelles raisons ?**

132 E3D : Parce que demander à des publics de faire des projets de vie alors qu'on sait les
133 obstacles qu'ils vont rencontrer et que ces projets vont rarement aboutir du fait de
134 problèmes administratifs, personnels aussi graves. On essaye de voir dans quelle direction
135 s'orienter déjà, sauf éventuellement s'ils ont un effet un projet, un rêve, un idéal ou en tout
136 cas une direction, mais on ne se fixe pas trop à l'avance là dessus parce qu'en général ces
137 projets sont très malléables et réorientables aux fils des semaines. On essaye de ne pas les
138 enfermer dans un projet. J'ai très souvent observé qu'en effet, il y avait un projet un
139 moment donné et puis 2 ans plus tard les équipes sont toujours sur ce projet alors que le
140 patient, plus du tout. Donc on essaye de s'adapter à la temporalité des gens. Ça n'empêche
141 pas bien sûr de les amener, pour certains, à des projets de logement, de réinsertion et tout
142 ça, mais nous sommes prudents. Enfin, moi je suis prudente.

143 **Q : Pour rester un peu sur cette définition de la finalité de l'accompagnement, avez-vous**
144 **des outils ou des techniques, des méthodes particulières ?**

145 E3D : Au niveau thérapeutique ?

146 **Q : Oui, dans votre équipe.**

147 E3D : Alors, particulières je sais pas, ça dépend des personnes de l'équipe. Sinon y a des
148 psychologues qui pratiquent l'hypnose. Moi je pratique l'hypnose, l'EMDR, c'est une
149 méthode de désensibilisation des traumatismes. Sinon nous organisons des groupes de
150 paroles notamment pour les patients migrants, enfin voilà... on a une boîte à outil diversifiée
151 et puis les traitements médicamenteux aussi bien sûr.

CCXXVII

152 **Q : Du coup pour revenir à la question d'avant, comment est-ce que vous définissez où la**
153 **personne veut aller ? Vers quel type de projet?**

154 E3D : Lors de l'entretien de toute façon, ils nous disent tous où ils veulent aller, ce qu'ils
155 aimeraient quitter et ce qu'ils veulent plus, où ils voudraient sortir. Je vous donne l'exemple
156 des migrants : bah ils voudraient tous avoir une carte de réfugié politique et trouver un
157 hébergement et un travail en France, Après, on sait très bien que 10%, même pas, vont
158 pouvoir avoir ça. Donc on s'adapte.

159 **Q : Donc c'est vraiment pendant cet entretien que ces éléments ressortent ?**

160 E3D : Toujours ! Ils ressortent toujours au cours de ces entretiens.

161 **Q : Quels éléments est-ce que vous prenez en compte pendant cette évaluation ? Quels**
162 **déterminants de la personne prenez-vous en compte ?**

163 E3D : Par rapport à l'évaluation pour l'avenir ou la santé ?

164 **Q : Plus sur le penchant de la santé.**

165 E3D : C'est pas un élément c'est de multiples. Sur le plan psychique ça va être la qualité de
166 vie, du sommeil, le symptôme dépressif ou pas, le symptôme de dissociation de confiance ou
167 pas, les symptômes de souffrance psychique, ça va être... et puis avant tous ça va être aussi
168 s'ils ont des objets sociaux fondamentaux. Déjà est-ce qu'ils ont à mangé, est-ce qu'ils ont là
169 où dormir. Je dirais que c'est la base. C'est seulement après quand on a essayé d'assurer
170 cette base et on arrive pas toujours, hein, qu'on va affiner un petit peu sur la qualité de vie
171 psychique, les symptômes, enfin voilà.

172 **Q : Et plus sur l'aspect social, quels éléments prenez-vous en compte ?**

173 E3D : Bah, ceux que je viens de vous décrire, c'est vraiment les objets fondamentaux.

174 **Q : Est-ce qu'à un moment donné vous abordez avec le patient la nécessité de soin ?**

175 E3D : (hésitation) oui oui oui.

176 **Q : de manière explicite ?**

177 E3D : oui c'est toujours explicite.

178 **Q : et c'est pas violent pour la personne ?**

179 E3D : non parce qu'on a une posture de proximité avec eux. Donc cette question du soins,
180 des médicaments, du traitement elle est toujours sous-jacente et puis le seul fait de leur re-
181 proposer un rdv c'est aussi une façon de leur proposer du soin, donc on se cache pas.

182 **Q : Si je comprends bien, il faut vraiment avoir établie une relation de confiance avec la**
183 **personne ?**

184 E3D : Oui, c'est aussi notre travail.

185 **Q : Est-ce que dans votre intervention il y a des sortes de codes à respecter pour aborder**
186 **la situation de la personne, des choses qui sont obligatoires ou interdites ?**

187 E3D : Code ? Je ne sais pas si ce sont des codes en tout cas c'est un choix de posture. On va
188 travailler vraiment en proximité. On est dans une position très horizontale avec la personne.

CCXXVIII

189 On est jamais derrière un bureau avec une blouse ou quelque chose comme ça, hein. On ne
190 cache jamais notre identité, donc il savent très bien qui on est, infirmier, psychiatre....
191 Lorsqu'on organise une synthèse les concernant, le mardi matin, il y a des temps de synthèse
192 d'une heure avec les professionnels, on s'assure toujours qu'ils soient d'accord. On travaille
193 autour de l'implication. Ils ont nos numéros de téléphone portable et notre carte
194 professionnelle.

195 **Q : les téléphones portables pro j'imagine ?**

196 E3D : oui oui. Ils ont aussi le téléphone d'astreinte téléphonique, donc ils peuvent nous
197 contacter aussi par là. Euh... quoi d'autre dans les codes ? Euh je crois que c'est tout.

198 **Q : D'accord, vous avez commencez à me parler des temps cliniques. Est-ce que vous**
199 **pouvez me parler un petit peu de la pratique professionnelle des autres membres de**
200 **l'équipe ?**

201 E3D : Vous savez ça ressemble à celle que je vous ai décrite. Si ce n'est que chacun a un rôle
202 assez spécifique c'est-à-dire qu'il y a les infirmières qui vont plus s'occuper par exemple de
203 l'observance du traitement, et puis déjà trouver les médicaments. Il faut savoir s'ils ont des
204 droits spéciaux, s'ils vont savoir prendre leurs médicaments, accéder à des piluliers, faire
205 l'accompagnement pour des soins somatiques, aider aussi à l'obtention des objets
206 fondamentaux de survie. Plus que moi qui vais plus par exemple... ou les psychologues qui
207 vont travailler sur l'histoire de vie, la relation psychothérapique qui est moins liée aux objets
208 extérieurs. Et moi je vais être là plus pour le choix du traitement médicamenteux, l'EMDR,
209 enfin bon, voilà.

210 **Q : Quel type de collaboration entretenez-vous entre les différents professionnels de**
211 **l'équipe ?**

212 E3D : Type de collaboration. Nous avons vraiment une relation d'équipe. On a une synthèse
213 tous les mercredis pendant 2h30 à 3h. On en profite pour faire le point sur les nouvelles
214 demandes qui sont arrivées, choisir qui va aller en première intention auprès d'un patient.
215 On travaille beaucoup en binôme. On est très souvent 2. Enfin, sauf certains membres de
216 l'équipe, on a un psychologue qui travaille plus tout seul car c'est sa préférence. Et puis on
217 échange très souvent tout au long de la semaine parce qu'on travaille ensemble. L'équipe
218 est réunie 2 demi-journées par semaine : le mardi quand on reçoit les professionnels de
219 l'extérieur et le mercredi pour la synthèse. Le mardi matin pour les professionnels de
220 l'extérieur, on est tous là, enfin une grande partie de l'équipe est là. Quand par exemple un
221 professionnel vient pour un temps de synthèse d'une heure d'un patient, sinon le mercredi
222 matin c'est la synthèse clinique donc on est la plupart du temps tous là.

223 **Q : L'échange se fait vraiment de façon formelle ?**

224 E3D : Ah oui.

225 **Q : Vous m'avez dit que vous choisissez quel est le premier professionnel qui intervient,**
226 **c'est fait de quelle manière, de manière un peu aléatoire ?**

227 E3D : Non, bah non c'est pas aléatoire, il y a des personnes d'emblée qui demande à voir un
228 psycho. Y en a d'emblée on va sentir... par exemple s'il y a un signalement avec d'énorme
229 troubles du sommeil, dans ces cas là c'est plutôt moi qui vais y aller. Quand... euh... quand

CCXXIX

230 c'est purement un problème social, c'est l'assistante sociale. Quand il y a besoin de
231 l'évaluation d'une situation c'est les infirmières qui le font, voilà. Et après on réajuste.

232 **Q : D'accord, ok.**

233 E3D : Bon par exemple si une infirmière a commencé à aller sur une situation et puis qu'elle
234 dit « oulala il y a vraiment des troubles dépressifs très importants » ou des troubles du
235 sommeil, après on peut continuer à deux.

236 **Q : D'accord. Quelles limites ou quelles difficultés rencontrez-vous dans vos
237 interventions ?**

238 E3D : Surtout des limites institutionnelles, financières. Après des limites... des voilà... de
239 plaintes en hébergement d'urgence.

240 **Q : D'accord. Et est-ce que vous avez des limites au niveau de votre pratique
241 professionnelle, vous ou les autres professionnels de l'équipe ?**

242 E3D : Oui, la limite de notre fatigue, beaucoup de travail...

243 **Q : Parce que vous n'êtes pas assez nombreux ?**

244 E3D : euh bah on a une grosse grosse augmentation de notre activité.

245 **Q : D'accord. Est-ce que vous avez déjà rencontré des limites plus au niveau des usagers,
246 par exemple est-ce que la différence culturelle a déjà été un frein dans votre pratique ?**

247 E3D : (silence) Ça rend les choses parfois compliquées, quand il faut des interprètes, quand il
248 faut faire appel à des services d'interprétariat par téléphone. Mais voilà, on a une grande
249 diversité culturelle, donc oui ça représente un frein.

250 **Q : Est-ce que vous pensez qu'ils y a certains besoins de santé qui ne sont pas couverts
251 pour cette population ?**

252 E3D : (silence) Oui, même si y a des toutes petites avancés dans le domaine, il reste certains
253 soins... les problèmes dentaires sont souvent très difficiles à solutionner, les problèmes de
254 lunettes, quand y a... ils sont difficiles à solutionner. Et puis tout simplement les services de
255 santé de droit commun qui s'adaptent pas du tout facilement à ce type de public. Donc on
256 rencontre des obstacles fréquemment, pour faire hospitaliser etc. On sent que le système
257 français est pas du tout adapté à ce type de population.

258 **Q : D'accord. Quelle est la suite de votre travail après l'évaluation que vous pouvez faire
259 de la situation d'exclusion de la personne ?**

260 E3D : Ah bah du soin. C'est-à-dire qu'on travaille bien entendu avec tous les autres
261 partenaires et puis on essaye... on a toujours un but d'insertion, de ré-insertion et puis
262 amener... alors soit c'est quelqu'un qui peut pas travailler, donc là c'est amener une qualité
263 de vie et de santé meilleure, sinon c'est aller vers de l'hébergement, retrouver des
264 ressources, retrouver un statut, retrouver des papiers... voilà.

265 **Q : D'accord, très bien. Alors on va passer à la dernière partie, donc il me reste deux
266 questions et c'est fini.**

267 E3D : Ça va aller alors. (sourire) J'ai prévenu l'équipe au téléphone.

CCXXX

268 **Q : Ok, merci. Alors, quelle est votre représentation de l'ergothérapie ?**

269 E3D : Ma représentation de l'ergothérapie... Elle est large parce que ayant travaillé en
270 psychiatrie, j'ai rencontré beaucoup d'ergothérapeutes. Ma représentation de
271 l'ergothérapie... c'est un professionnel... qui euh... qui est susceptible de travailler autour de
272 la notion de geste, dans la globalité de la notion de geste, à la fois émotionnel,
273 psychomoteur etc, à la fois créatif... et être vigilant à la relation entre le geste et le
274 psychique. En tout cas en psychiatrie, voilà.

275 **Q : Hum, d'accord. Donc vous avez plus cette représentation en psychiatrie ?**

276 E3D : Non non, parce que je travaille aussi dans un long séjour où il y a des ergothérapeutes
277 qui travaillent auprès de personnes âgées, donc là elles travaillent elles beaucoup plus
278 autour de la posture, de la possibilité de garder une autonomie, enfin bref. Voilà, mais ceux
279 que j'ai vu travailler en psychiatrie c'était beaucoup plus orienté vers la créativité, voilà, plus
280 que vers l'autonomie fonctionnelle, donc ça dépend du lieu de travail quoi.

281 **Q : D'accord. Et donc de manière plus large, dans quel cadre pensez-vous rencontrer des**
282 **ergothérapeutes ?**

283 E3D : Ah bah alors là dans la précarité j'en rencontre jamais !

284 **Q : D'accord.**

285 E3D : Y en a pas. (sourire)

286 **Q : Et selon vous, est-ce que l'intervention d'un ergothérapeute dans le domaine de**
287 **l'exclusion, dans le domaine de la précarité, pourrait être pertinent ?**

288 E3D : Alors quand je vous dis, y en a pas... on oriente très souvent dans un centre d'activités
289 thérapeutiques où il y a, entre autre, des ergothérapeutes, hein pas seulement, parce qu'il y
290 a aussi des musicothérapeutes, des art-thérapeutes, donc oui c'est pertinent.

291 **Q : Oui d'accord, mais plus de cette manière là alors, plus dans des centres ?**

292 E3D : Bah nous on les oriente quand... quand on sent que quelqu'un a besoin de ... sera aidé
293 par une activité thérapeutique, on les oriente dans ce centre là parce que c'est le seul auquel
294 on peut avoir accès. Voilà.

295 **Q : Ok. Est-ce que vous verriez un intérêt de la complémentarité de l'intervention d'un**
296 **ergothérapeute au sein d'une EMPP par exemple?**

297 E3D : (silence)... au sein de l'équipe ?

298 **Q : Oui**

299 E3D : (silence) Dans le sens d'une ergothérapie plutôt orientée... euh... vers l'expression, la
300 créativité, oui ça peut se faire, oui. Le seul problème ce serait quand même le lieu de travail
301 puisque nous on est quand même... nos locaux où on travaille ce sont des locaux où on
302 s'interdit de recevoir des patients, hein. Voilà, on a besoin de se ressourcer, c'est un lieu où
303 on partage. Donc voilà, ça poserait la question de trouver des salles, des lieux, mais oui, bien
304 sûr que ça pourrait être pertinent, ce serait un plus.

305 **Q : Ok. Est-ce que vous avez des questions ou des suggestions ou des points qu'on aurait**

CCXXXI

306 **pas abordé pendant cette entretien dont vous voudriez me faire part ?**

307 E3D : C'est quoi le titre de votre mémoire ?

308 **Q : (rire) et bien je m'intéresse justement sur quel pourrait être l'intérêt d'un**
309 **ergothérapeute pourquoi pas en EMPP mais surtout auprès des personnes en situation**
310 **d'exclusion et souffrant de troubles psychiques. Et en fait je me questionne sur le fait qu'il**
311 **y ait des ergothérapeutes dans les équipes australiennes et pas en France.**

312 E3D : Ah oui ? D'accord.

313 **Q : Donc mon questionnement est parti de là à la base.**

314 E3D : D'accord. En Australie il y a des EMPP qui intervienne sur la précarité avec des
315 ergothérapeutes.

316 **Q : C'est ça.**

317 E3D : Et c'est presque systématique chez eux ?

318 **Q : Alors ces équipes ça s'appelle des HHOT. Alors systématique... je pourrais pas vous dire**
319 **mais en tout cas l'ergothérapeute fait partie intégrante de l'équipe et participe à des**
320 **missions très définies dans l'équipe, donc voilà. Après c'est peut-être pas exactement le**
321 **même cadre d'intervention que certaines EMPP françaises. Donc voilà, je me questionne**
322 **sur quelles peuvent être ces différences, est-ce que c'est purement culturel ou non... voilà.**

323 E3D : D'accord. Et bien bon courage pour votre travail

324 **Q : Merci pour le temps que vous m'avez accordé.**

325 E3D : Bonne journée.

326 **Q : Merci, bonne journée à vous aussi, au revoir.**

327 E3D : Au revoir.

Annexe XVII : Retranscriptions intégrale de l'entretien E3P

Date : 09/04/2015

Durée de l'entretien : 49 min

Sexe : F

1 **Q : Est-ce que vous êtes d'accord du coup pour enregistrer l'entretien ?**

2 E3P : Oh bin, oui... Oui oui, y a pas de souci.

3 **Q : C'est dans un but méthodologique, c'est pour ensuite pouvoir faire une retranscription,**
4 **analyser, etc...**

5 E3P : D'accord...

6 **Q : Voilà, après ça restera anonyme et je les détruirai une fois les analyses terminées.**

7 E3P: D'accord.

8 **Q : Je vais vous faire un petit rappel du contexte de cet entretien.**

9 E3P: Oui.

10 **Q : Alors...je suis en troisième année d'ergothérapie. C'est une recherche qui se fait dans le**
11 **cadre d'une initiation à la recherche, pour la fin de mon diplôme. Je m'intéresse aux**
12 **personnes qui sont en situation d'exclusion et qui souffrent de troubles psychiques et plus**
13 **particulièrement aux équipes mobiles psychiatrie précarité. Donc l'entretien devrait se**
14 **dérouler en trois parties : une première où il y aura votre présentation et la présentation**
15 **de votre équipe, une seconde partie où ce sera plus la démarche évaluative des besoins de**
16 **santé et de la population et une dernière partie sur l'ergothérapie. Est ce que vous avez**
17 **des questions sur le déroulé ou sur le consentement ?**

18 E3P: Bin...non

19 **Q : D'accord**

20 E3P : Je sais pas si je pourrai répondre à tout mais...

21 **Q : (sourire) c'est vraiment votre avis en tant que psychologue de l'équipe qui m'intéresse.**

22 E3P : Oui

23 **Q : Donc, déjà pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter en quelques**
24 **phrases, s'il vous plait ?**

25 E3P : Donc...euh... je suis E3P, je suis psychologue, je suis docteur en psychologie, je travaille
26 sur l'équipe mobile psychiatrie et précarité depuis deux ans bientôt sur un mi-temps.
27 Euh...avant je travaillais sur l'accueil des urgences adultes au CHU et puis donc sur mon autre
28 mi-temps je travaille comme coordinatrice d'une cellule d'urgence médico-psychologique,
29 c'est des cellules qui interviennent lors des catastrophes.

30 **Q : D'accord.**

31 E3P : Voilà... donc c'est mon travail là depuis bientôt deux ans.

CCXXXIII

32 **Q : D'accord, donc un mi-temps au sein de l'EMPP. Est ce que vous pouvez me donner,**
33 **juste pour vous situer, une tranche d'âge ? Vous vous situez dans les trente quarante ans,**
34 **quarante cinquante ans, plus de cinquante ans ?**

35 E3P : Plus de cinquante ans.

36 **Q : D'accord. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que psychologue ?**

37 E3P : Euh... en psychologue, depuis 2001.

38 **Q : D'accord et au sein de l'EMPP, depuis deux ans, vous m'avez dit ?**

39 E3P : Oui.

40 **Q : D'accord et avant donc, dans le cadre des urgences, ce n'était pas dans le domaine de**
41 **l'exclusion en particulier ?**

42 E3P : Bah, j'en voyais puisque en ayant travaillé en lien avec la PASS puis au sein des
43 urgences, ça m'arrivait de voir des gens dans l'exclusion et en grande majorité, surtout des
44 migrants.

45 **Q : D'accord. Est ce que vous pouvez me parler un petit peu plus de votre équipe ?**

46 E3P : Alors euh, c'est une équipe qui doit avoir cinq ans d'ancienneté, qui est assez jeune,
47 donc c'est le docteur E3D qui est le chef de service. Autrement, on est deux psychologues à
48 mi-temps, il y a deux infirmières à temps plein, et autrement il y a une assistante sociale
49 depuis un an, à temps plein, et puis un petit bout de secrétariat...euh...c'est à mi-temps, un
50 mi-temps secrétariat et puis 40% de cadre.

51 **Q : D'accord.**

52 E3P : Et puis il y a un interne, pour l'instant à mi-temps et puis probablement, bientôt à
53 temps plein.

54 **Q : D'accord.**

55 E3P : Voilà.

56 **Q : Et quelles sont les missions principales de votre équipe ?**

57 E3P : Les missions principales, c'est aller vers les personnes qui sont sorties des circuits
58 habituels de soins, c'est à dire qui n'ont pas de... qui sont non domiciliées, qui ont des
59 problèmes psy évidents, pour les aider à regagner, si vous voulez, les secteurs de soins
60 habituels, les soins plus classiques, donc, on est là nous, on sert d'interface en fait, aller les
61 chercher là où ils sont alors qu'ils sont sortis de tous les cadres pour au bout d'un certain
62 temps pouvoir les remettre avec un suivi à l'hôpital ou en CMP ou tout ça.

63 **Q : D'accord...d'accord. Est ce que vous pouvez me parler plus particulièrement de votre**
64 **pratique professionnelle au sein de cette EMPP ?**

65 E3P : Alors, ma pratique professionnelle, bin c'est un petit peu particulier par rapport à un
66 travail de psychologue habituel c'est à dire que moi les consultations elles ne se font pas du
67 tout dans le bureau.

68 **Q : hum hum**

69 E3P : c'est à dire que les bureaux où on se trouve en fait c'est juste pour faire les dossiers,
70 les réunions, se retrouver, voilà c'est ça et toutes les consultations se font là où sont les
71 patients c'est à dire que ça peut se faire, bin... à leur domicile précaires, les hébergements
72 d'urgence ça peut se faire dans les abris de nuit, ça peut se faire dans les squats, ça peut se
73 faire euh...dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile, dans les accueils de jour, dans la
74 rue, dans les jardins publiques, dans un bar... Enfin voilà, on va là où sont les gens. Et c'est
75 donc qu'on fait nos suivis de cette manière là.

76 **Q : D'accord.**

77 E3P : Alors c'est quand même assez inhabituel en plus c'est quand même assez fréquent que
78 les personnes n'ont pas de réelles demandes. Soit ils sont orientés par des partenaires
79 travailleurs sociaux, éduc de rues etc parce qu'ils ont des troubles psy et il faut qu'on puisse,
80 nous, les accrocher et puis voir avec le psychiatre s'il y a besoin de traitement les
81 accompagner. C'est quand même des personnes qui sont tellement démunies sur le plan
82 social et toutes en rupture souvent de famille de liens de travail. Enfin il y a tout ça qui est
83 arrêté et donc on a besoin un petit peu de les aider et de les accompagner dans certaines
84 démarches parfois avoir un médecin qu'ils puissent avoir une couverture sociale, parfois
85 c'est les emmener quelque part. Voilà c'est un peu particulier au sens où parfois ce travail
86 est plus de l'ordre du psycho-social que du véritablement psychologique quoi. C'est tout des
87 rencontres, des consultations qui se font un petit peu hors du cadre habituel.

88 **Q : D'accord, d'accord. Donc vous avez déjà commencé à m'en parler, quelles les**
89 **caractéristiques essentielles de la population que vous voyez en EMPP ?**

90 E3P : Heu...bin la caractéristique c'est que c'est des gens qu'ils sont hors des soins, hein qui
91 ont complètement, qui n'ont jamais eu accès aux soins. Par exemple pour les migrants en
92 France, ils n'ont jamais eu d'accès, alors c'est des personnes qui ont des parcours de vie
93 extrêmement compliqués et qui sont sans domicile fixe, qui ont cassé ou rompu tous les
94 liens classiques, qui n'ont plus de médecin, de couverture sociale, pas de ressource, qui sont
95 dans la rue. Ou alors qui sont dans des domiciles précaires, des hébergements d'urgence des
96 choses comme ça, donc nous, ils nous sont signalés par des partenaires et à ce moment là,
97 on essaye de les accompagner jusqu'à ce qu'on puisse les faire réintégrer des circuits de soin
98 habituels c'est à dire qu'ils puissent avoir un médecin généraliste un médecin psychiatre s'il
99 y a besoin, qu'ils puissent avoir un traitement, un domicile, enfin voilà. Et donc, on travaille
100 régulièrement avec tout un tas de partenaires qui vont travailler plus eux sur l'hébergement,
101 sur l'éducatif etc. Et donc bin sur le type de population, on a à peu près 60% de demandeurs
102 d'asile ou qui ont été déboutés de leur demande d'asile. Donc qui n'ont plus de ressource,
103 voilà donc qui ne souhaitent pas retourner au pays et qui sont souvent en fin de procédures
104 ou qui sont déboutés de leurs procédures. Et puis le reste, bin c'est des patients euh, je veux
105 dire y a des problèmes d'alcool de toxicomanie, des troubles du comportement, des gens qui
106 ont été dans des parcours de familles d'accueil en familles d'accueil, des ruptures familiales,
107 d'échecs scolaires. Donc c'est des gens aussi qui peuvent avoir des pathologies
108 psychiatriques comme des psychoses mais qui ne sont plus traités, qui sont en ruptures de
109 soins donc qui peuvent être complètement délirants et puis qui sont dans la rue comme ça
110 et donc...voilà il faut qu'ils puissent ré-accepter d'avoir un traitement, un suivi enfin voilà,
111 c'est toujours des parcours d'accompagnements assez longs.

CCXXXV

112 **Q : D'accord, donc qu'est-ce qui initie le plus souvent votre intervention ? Vous, vous**
113 **m'avez parlé de partenaires qui vous contactent, c'est uniquement par cette voie là ?**

114 E3P : Bin heu...ça peut être ça pour les personnes qui sont sans domicile qui sont d'origine
115 française c'est plus les partenaires. Ça va être les éducateurs de rues, ça va être le SAMU
116 social avec les maraudes, ça va être l'abri de nuit, (sonnerie du téléphone)...alors
117 attendez...faut que je réponde là, une petite seconde...(répond au téléphone).

118 **Q : Oui**

119 E3P : Oui, excusez-moi.

120 **Q : y a pas de souci.**

121 E3P : Alors je sais plus où j'en étais...

122 **Q : Vous me parliez des partenaires...**

123 E3P : Voilà, ça va être le SAMU social, ça va être les hébergements d'urgence quand les éduc
124 ou les travailleurs sociaux ou les veilleurs vont s'apercevoir que les gens parlent tout seuls,
125 sont agressifs, sont pas bien, sont délirants ou alors ont des problèmes de toxiques très
126 importants ou alors d'addiction à l'alcool et tout ça, que vraiment ils sont dans... Alors, ils
127 vont essayer d'accrocher un peu, de commencer à parler de notre équipe et tout doucement
128 le lien se fait entre nous ou ça va être ce partenaire qui va nous présenter la personne et
129 puis on va commencer d'accrocher un petit peu quelque chose.

130 **Q : D'accord.**

131 E3P : Pour les migrants c'est ça. On peut être appelés aussi par COALIA par les centres de...
132 enfin par ceux qui s'occupent de l'accueil des demandeurs d'asile ça peut être eux, ça peut
133 être les squats. Y a des migrants qui sont dans les squats ou alors ça peut être les centres
134 d'accueil pour demandeurs d'asile quand ils voient que y a des problèmes d'ordre psy qui
135 sont assez importants, que les gens vont pas bien, pleurent tout le temps...Enfin voilà, que ça
136 montre de la dépression ou des troubles particuliers de l'agitation, de l'agressivité, des
137 choses comme ça. A ce moment là on va, ils vont essayer de parler avec l'équipe, ils vont
138 essayer de nous introduire comme ça ; et puis après ça peut être le bouche à oreille, hein
139 c'est à dire que si on va dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile, bon bin on va
140 commencer de s'occuper de quelqu'un. Finalement cette personne doit en parler à un
141 voisin, ou à quelqu'un d'autre et puis tout d'un coup il nous demande si on peut pas voir
142 aussi celui de la chambre d'à côté enfin il peut y avoir un petit peu le bouche à oreille
143 comme ça. Et puis ça peut être aussi des médecins, les urgences quand ils ont des personnes
144 qui sont en grande précarité aux urgences, ils peuvent nous appeler ou la PASS. La PASS qui
145 reçoit des personnes pour des problèmes somatiques s'ils voient qu'ils ont des problèmes
146 psy, ils peuvent à ce moment là nous orienter pour nous la prise en charge psy, donc y a
147 différentes entrées.

148 **Q : D'accord**

149 E3P : Les centres d'hébergement de nuit enfin ya tout ça...

150 **Q : Mais alors, en général c'est pas des interventions spontanées ? C'est toujours à la**
151 **demande de quelqu'un ?**

CCXXXVI

152 E3P : Oui.

153 **Q : D'accord.**

154 E3P : Oui, parce que on va pas... on fait pas les maraudes. On va pas dans les endroits
155 comme ça en disant « voilà, bonjour, j'suis psy ». Non non, on attend qu'on soit introduits
156 parce que souvent c'est des personnes qui ont, pour un certain nombre, déjà usé du psy
157 depuis longtemps et qui ne veulent plus en entendre parler ou qui ont été hospitalisés s'ils
158 ont des troubles psy ou qui sont là depuis longtemps ou des gens qui sont dans des
159 problèmes d'addiction. Bon il faut déjà qu'il y ait un petit bout de chemin, qu'on ait parlé de
160 nous, bon enfin voilà, alors allez les chercher comme ça, c'est pas...ça serait trop intrusif.

161 **Q : Et c'est la même chose que pour les psychologues, pour les autres professionnels de**
162 **l'équipe?**

163 E3P : Bin, c'est peut-être un tout petit peu différent, il y a toujours un intermédiaire un
164 travailleur social peut être plus volontiers saisi parce les personnes, de bouche à oreille, si
165 vous voulez, mais autrement, que ce soit les infirmières, que ce soit les psychiatres et tout
166 ça, on travaille toujours par le biais de partenaires qui nous introduisent.

167 **Q : D'accord. On va passer à la deuxième partie, plus la démarche évaluative des besoins**
168 **de santé de la population : qui sont les acteurs de la démarche évaluative de ces**
169 **personnes ?**

170 E3P : Par rapport à...bin ça dépend où ils sont. En général ou par rapport à l'équipe ?

171 **Q : Votre équipe, qui sont les acteurs de l'équipe ? Qui dans l'équipe se charge de cette**
172 **démarche évaluative par exemple ?**

173 E3P : Et bin c'est très variable. C'est en fonction de ce que nous aura évoqué le partenaire
174 pour nous introduire cette personne. C'est en fonction de ce qu'on nous a évoqué, qu'un de
175 l'équipe sera référent ou pas de ce patient. Par exemple si le partenaire nous dit qu'il y a de
176 gros problèmes sociaux de ressources et de choses comme ça et puis que les troubles psy ne
177 sont pas extrêmement prégnants bin ça va être par exemple le travailleur social qui va aller
178 faire une sorte d'évaluation déjà en passant par...voilà, une couverture sociale toutes ces
179 choses là, pouvoir avoir un petit peu une histoire de ce qui se passe pour cette personne et
180 ça peut être comme ça. Ça peut être soit d'emblée, on sait que la personne est
181 complètement délirante et on sait qu'il va y avoir besoin d'un traitement et à ce moment là,
182 ça va être soit le psychiatre soit l'interne qui va rentrer d'emblée, être référent de ce
183 patient. Ça peut être parfois quelqu'un qui a aussi des problèmes de santé physique et
184 psychologique, bin on va parfois... ça va être une infirmière qui va déjà aller évaluer pour la
185 part de somatique de psychologique, s'il faut l'emmener aussi chez un médecin généraliste.
186 Voilà ou si parfois il y a des traitements qui sont compliqués et qu'ils ne suivent pas bien, à
187 ce moment là, ils vont commencer d'aller instaurer des piluliers enfin, il peut y avoir des
188 choses comme ça et puis ça peut être des accompagnements parce que les gens n'ont rien
189 du tout alors il va falloir les emmener chercher des habits, aller s'inscrire pour avoir à
190 manger enfin des choses comme ça. Ça peut être le travail de l'infirmière aussi, alors c'est
191 vrai c'est en fonction un petit peu de la situation bon si tout ce qui est social est déjà un petit
192 peu mis en place et puis que la personne exprime vraiment le besoin d'un soutien et de
193 pouvoir parler, et bien à ce moment là, ça va être la psychologue qui ira d'emblée.

CCXXXVII

194 **Q : D'accord. Et du coup c'est le professionnel qui est dit référent qui va de prime abord**
195 **évaluer la situation de la personne ?**

196 E3P : Voilà. Et puis après si vous voulez on a chacun une liste de patients où on est référent.

197 **Q : D'accord.**

198 E3P : Selon lequel on a été le premier à prendre contact avec cette personne. Et puis après
199 ça veut dire que chacun de nous peut introduire les autres de l'équipe. C'est à dire que bon,
200 si moi on m'a demandé de voir un patient parce qu'il a envie de parler et qu'il est pas bien et
201 tout ça, bon bin je vais y aller mais, si je m'aperçois que cette personne n'a pas de
202 traitement et qu'il n'a pas de médecin parce qu'il n'a pas de couverture sociale et tout ça et
203 bien à ce moment là je vais appeler moi, le psychiatre de l'équipe pour qu'on fixe un rendez-
204 vous et à ce moment là donc ce sera moi qui introduirai le médecin psychiatre pour qu'il y ait
205 une prescription. Si le patient n'a pas de couverture sociale bon bin là ce sera moi qui
206 appellerai l'assistante sociale pour qu'il vienne aussi à un autre rendez-vous pour que
207 j'introduise mais c'est chacun qui coordonne les différents interlocuteurs autour de ce
208 patient du moment qu'il a été dit référent.

209 **Q : D'accord. Alors, est-ce que le terme de « projet de vie » fait partie de votre vocabulaire**
210 **professionnel au sein des EMPP ?**

211 E3P : (silence) C'est pas un terme qu'on utilise vraiment... Nous, à la limite, ce qu'on a déjà
212 comme objectif, c'est que ces personnes puissent ré-intégrer ou intégrer les circuits de soins
213 comme tout à chacun et qu'ils soient déjà sortis de l'exclusion. Ça ne veut pas dire qu'on ne
214 pense pas parfois à plus loin mais en tout cas, ce sera pour nous euh...enfin je veux dire
215 qu'on peut travailler aussi bien sûr avec les travailleurs sociaux qui vont faire des projets
216 d'insertion, de recherche d'emploi donc nous on va bien évidemment s'inscrire là dedans,
217 encourager soutenir toutes ces démarches qui sont mises en route pour que ces personnes
218 puissent se réinsérer. Mais nous si vous voulez, voilà notre travail c'est que les gens aillent
219 mieux, qu'ils puissent reprendre les circuits habituels et puis, voilà, se poser quelque part
220 répondre à leurs besoin avec les partenaires et après qu'ils puissent avoir un traitement,
221 être suivis comme il faut, et puis aller mieux et ... voilà.

222 **Q : D'accord.**

223 E3P : Le projet de vie si vous voulez, je crois que c'est souvent euh...peut-être, enfin moi en
224 ce qui me concerne, je le verrais plutôt comme une étape ultérieure.

225 **Q : D'accord, pas dans l'immédiat...**

226 E3P : Ce qu'on fait vraiment nous, les gens qui ont déjà... qui n'ont pas travaillé depuis des
227 années et pour eux c'est difficile de... bin de respecter des consignes, d'être au travail à
228 l'heure. Alors nous souvent, c'est quand ils commencent d'aller mieux sur le plan psy et
229 qu'on en est déjà à ça c'est souvent des réinsertions par le travail, dans des centres ou enfin
230 dans des structures qui les aident à se réinsérer et voilà. Et donc ils sont pour un certain
231 nombre, ils sont loin d'être voilà...dans un travail stable. C'est souvent l'étape un petit peu
232 ultérieure.

233 **Q : D'accord. Pouvez-vous me parler plus précisément de l'évaluation que vous réalisez de**
234 **la situation de la personne en tant que psychologue ?**

CCXXXVIII

235 E3P : En tant que psychologue ce qui est quand même important c'est d'avoir un petit peu
236 une histoire de vie hein, savoir un petit peu qu'est ce qui l'a amené là dans les difficultés. Ou
237 alors pour les migrants, savoir qu'est-ce qui a pu se passer sans être trop intrusif parce que
238 c'est souvent des choses très traumatiques en tout cas on va essayer d'avoir un petit peu un
239 parcours de vie, de voir un peu... après quels sont leurs besoins essentiels, c'est-à-dire bon
240 bin est-ce qu'ils peuvent se faire soigner est ce qu'ils ont accès aux soins ou pas qu'est ce
241 qu'ils... de quoi ils souffrent. Toute la symptomatologie, que ce soit psychologique, après s'il
242 y a des plaintes somatiques, ça va être est-ce que vous avez un médecin, comment faire
243 pour l'orienter et tout ça et puis après c'est est-ce que... bin... est ce qu'ils ont tout ce qu'il
244 faut pour voilà manger dormir euh... est-ce qu'ils ont des vêtements est ce qu'ils ont besoin
245 de choses en particulier, en fonction de leur problématique et aussi qu'est-ce qu'ils
246 attendent, de quoi ils ont besoin enfin ça fait tout un tas de choses à ... Et puis après bon bin
247 évidemment au fil des entretiens, j'veux dire après on va plus aller un petit peu voir la
248 souffrance psychologique, qu'est-ce qu'ils en pensent, qu'est-ce qu'ils en disent et tout ça.
249 Mais ils sont dans une telle urgence de la vie du quotidien que souvent pendant un moment,
250 notre première préoccupation c'est bin qu'ils puissent avoir un toit, avoir à manger avoir des
251 vêtements, à être soignés. Voilà, c'est plutôt ça et puis après c'est s'intéresser aussi est-ce
252 qu'ils ont des liens familiaux, est-ce qu'il y a toujours les liens, est-ce qu'il y a des amis est-ce
253 qu'ils sont entourés soutenus ou est ce que tout ça est problématique enfin on va explorer
254 un peu tous les domaines de la vie de chacun.

255 **Q : D'accord.**

256 E3P : Se faire un petit peu une idée.

257 **Q : Et pour cette évaluation, est-ce que vous avez des outils ou des techniques**
258 **spécifiques ?**

259 E3P : Non. Non, c'est des techniques d'entretiens classiques de psychologues. On va, voilà,
260 essayer d'aller dans tous les domaines de la vie des patients que ce soit, voilà , les
261 antécédents familiaux, le récit de vie est ce qu'il y a du lien social voilà, on n'a pas de grille
262 spécifique qu'on remplirait.

263 **Q : D'accord. Et quand vous intervenez sur le terrain, est ce que vous avez une méthode**
264 **d'intervention particulière ?**

265 E3P : (Silence) Bah... c'est l'entretien classique mais j'ai envie de dire que le cadre, il est dans
266 notre tête hein, puisque on n'est pas derrière un bureau, on n'est pas dans une pièce.
267 Parfois on est dans un bar où il y a des voisins de table, parfois on est dans un jardin public
268 assis à côté d'eux, ou alors...voilà, on va être assis sur le bord de lit dans une petite chambre
269 où il y a des blattes qui courent partout... J'veux dire bon bin...on est...on est là... on est
270 proches d'eux même s'il y a une grande proximité, il faut quand même nous, qu'on ait le
271 cadre dans notre tête pour pouvoir respecter une distance suffisante et suffisamment assez
272 efficace pour une prise en charge psychologique donc c'est à nous à poser les choses. Voilà,
273 on est pas des potes même si on boit un café ensemble voilà, il faut qu'on mette ce cadre et
274 puis qu'on le pose et que tout au long du suivi ils sachent bien que voilà... on n'est pas une
275 copine, on est psychologues/patients et moi je m'aperçois qu'on peut tout à fait faire des
276 suivis comme on pourrait le faire dans un bureau, même si c'est moins silencieux on est

CCXXXIX

277 parfois dérangés ou quand on est chez des personnes, bin j'veux dire euh... si l'épouse
278 rentre, les gamins changent viennent d'une pièce à l'autre, bin on est obligé de s'adapter à
279 ça. Et j'crois que c'est... j'pense que la caractéristique de notre travail, c'est avoir des
280 grandes capacités d'adaptation parce que jamais c'est comme d'habitude (rires) on fait
281 jamais comme c'est habituellement enfin voilà. Il faut qu'on s'habitue à travailler dans
282 toutes les conditions et puis on s'aperçoit qu'on peut très bien travailler, quoi, y a pas de
283 souci.

284 **Q : Lors de cette évaluation quel sont les éléments que vous prenez en compte concernant**
285 **la personne, lors de votre entretien, du coup ?**

286 E3P : Bin euh...déjà si y a quelque chose qui est important pour nous c'est de savoir si ya des
287 troubles psy ou pas hein, parce que si c'est uniquement du social à ce moment là, bon bin on
288 va orienter cette personne ou faire intervenir l'assistant social de l'équipe mais nous on va
289 pas forcément suivre les personnes. S'il n'y a pas de réelle demande s'il n'y a pas de réelle
290 souffrance mais bon j'ai envie de dire que les gens qui sont dans la rue, quand même, c'est
291 bien rare qu'il n'y ait pas des souffrances (rires). Mais j'veux dire nous, c'est des troubles
292 psychologiques psychiques voire psychiatriques donc nous c'est important d'évaluer aussi de
293 voir... de faire des hypothèses diagnostiques de voir d'évaluer s'il y a besoin d'un traitement
294 d'arriver à faire accepter le traitement. Et pis souvent moi c'est vrai, j'essaie de poser un peu
295 des liens enfin comment dire, des piliers autour de cette personne, que cette personne le
296 plus vite possible puisse avoir son médecin généraliste, puisse avoir un travailleur social,
297 puisse avoir une structure d'hébergement donc essayer de caler un petit peu des choses
298 autour de lui pour qu'il puisse un petit peu se poser. Donc se préoccuper de tout ça donc si
299 les besoins vitaux sont... bin voilà, s'il a pas mangé comment voulez-vous qu'on fasse un
300 entretien tranquille alors qu'il a pas mangé depuis deux jours donc c'est répondre aussi en
301 priorité à ses besoins essentiels de vie et puis après on évalue les troubles psychologiques.

302 **Q : D'accord. Et comment abordez-vous la nécessité de soins avec la personne.**

303 E3P : Bin euh...moi je pense qu'on va tout doucement faire comprendre à la personne qu'il
304 pourra être mieux s'il avait un traitement par exemple qui l'apaise s'il pouvait prendre du
305 temps avec quelqu'un pour aborder ses vraies difficultés. On essaie de lui montrer comment
306 c'est difficile pour lui et que l'angoisse, le fait de ne pas bien dormir, d'être avec l'humeur
307 triste voilà, de lui faire prendre conscience de ça. Bon bin, qu'il nous sollicite c'est qu'il a
308 vraiment besoin d'aide et puis après lui montrer que peut-être qu'avec un suivi, un
309 traitement, on pourrait lui permettre de dormir plus paisiblement d'être moins angoissé de
310 lui montrer l'intérêt de la prise en charge. Après la prise de conscience de ce qui se passe on
311 peut très bien parler. Moi je vous trouve déprimé, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que
312 vous ne pensez pas qu'un traitement pourrait vous aider ? Enfin voilà voilà de faire une sorte
313 de prise de conscience de troubles et puis après d'emmener tout doucement à l'idée qu'un
314 traitement pourrait l'aider et un suivi également.

315 **Q : D'accord. Et est-ce qu'il existe des codes à respecter lorsque vous abordez la situation**
316 **de la personne avec elle ?**

317 E3P : Bin euh des codes au sens où, quand on n'a pas beaucoup d'éléments sur la personne,
318 j'veux dire, on va toujours être un petit peu attentif, enfin c'est-à-dire ne pas être trop

CCXL

319 proche d'un patient si on ne sait pas s'il est psychotique ou pas. Il faut quand même lui
320 laisser un petit peu un espace (rires) son espace suffisant, sans être trop proche, donc il faut
321 être quand même très observateur, être attentif essayer quand même d'avoir des
322 renseignements si possible pour savoir si cette personne peut être agressive. A ce moment
323 là c'qu'on fera on peut quand même y aller à deux quand on nous présente des patients qui
324 sont un petit peu agressifs ou on va pas à leur donner rendez-vous dans leur chambre d'un
325 foyer mais on va par exemple leur donner rendez-vous dans un lieu publique. Et puis je crois
326 qu'il faut être vraiment... euh y aller doucement. C'est pas au premier entretien qu'on va
327 commencer d'aborder vraiment les choses. C'est se présenter savoir à quoi ça peut servir de
328 voir un psychologue, comment il se sent, c'est apprivoiser un petit peu tout doucement et
329 puis redonner un rendez-vous et on les revoit et puis on peut parfois discuter comme ça de
330 choses et d'autres sans enclencher vraiment les choses parfois on va être deux mois à dire
331 bonjour sans en dire plus que ça et puis peut-être qu'un jour ils vont nous interpeler pour
332 demander si on peut discuter avec eux quelques minutes. C'est vraiment... il faut être
333 patient et puis c'est vrai qu'il faut pas vouloir tout savoir à tout prix en un ou deux entretiens
334 parce que nous on sera peut-être satisfaits parce qu'on va avoir des éléments mais en même
335 temps on aura été intrusifs pour eux et au troisième rendez-vous ils ne reviendront pas.
336 Donc il faut vraiment être patients et puis solliciter pour parler mais pas obliger pas faire
337 comme un interrogatoire et ci et ça, les questions les unes derrières les autres enfin voilà, il
338 faut avoir... il faut quand même être... soft, quoi.

339 **Q : D'accord. Que pouvez-vous me dire de la pratique professionnelle des autres membres**
340 **de votre équipe ?**

341 E3P : Euh...bon bin les infirmières elles font quand même beaucoup plus d'accompagnement
342 que les psychologues moi ça m'arrive de temps en temps parce qu'il y a pas d'autre solution
343 mais c'est eux qui accompagnent parfois chez un médecin, qui vont accompagner passer un
344 examen, c'est eux qui s'occupent des piluliers, c'est eux qui vont parfois accompagner les
345 personnes, chercher des choses au secours catholique ou parfois les accompagner aux
346 restau du cœur parce qu'ils sont tellement en mauvais état général que pour eux c'est
347 difficile de porter les courses et tout ça. Donc elles peuvent les accompagner, elles font les
348 entretiens, voilà. Elles peuvent suivre des personnes de manière encore plus rapprochée que
349 nous et des personnes qui vont vraiment pas bien. Parfois, on est deux ou trois sur la même
350 situation donc moi je vais voir les patients tous les quinze jours et puis l'infirmière les verra
351 entre deux et puis on communique. Donc voilà, y a ce lien peut-être plus avec les soins
352 médicaux les infirmières que nous on fait évidemment moins. Bon évidemment on a pas les
353 mêmes formations et tout ça donc quand elles se sentent un petit peu en difficulté avec
354 certains patients elles font des entretiens infirmiers et si elles se sentent un petit peu... que
355 c'est un petit peu compliqué elles nous appellent et c'est nous qui faisons les entretiens, par
356 exemple plus approfondis.

357 **Q : D'accord et vous parliez de communiquer avec les infirmières, vous comment**
358 **communiquez-vous avec les autres membres de l'équipe ?**

359 E3P : Bin ça peut être oralement, déjà. On a tous... Comme on est tous déjà partis à droite à
360 gauche on a tous des téléphones pour communiquer entre nous donc aussi bien la journée
361 on s'appelle, on s'envoie un texto « tiens j'ai reprogrammé un rendez-vous pour monsieur

CCXLI

362 untel, ça te va ? On peut très bien communiquer comme ça,

363 **Q : De manière informelle, du coup ?**

364 E3P : Informelle, on a aussi évidemment des dossiers informatiques où on met des petits
365 comptes-rendus de nos entretiens et du coup, chacun qui ont vu cette personne mettent des
366 petits comptes-rendus. Donc on a accès sur ce dossier des derniers rendez-vous des
367 collègues. On a aussi des réunions de synthèses de l'équipe. On est tous présents une fois
368 par semaine presque trois heures et à ce moment là, on échange sur les situations difficiles
369 quand on est, mettons moi ou les collègues, on est embarrassés par une situation bin on va
370 en parler avec l'équipe, tous ceux qui sont... qui s'occupent aussi de ce patient on va
371 échanger et puis chacun essaie de donner son opinion, des orientations possibles, son avis
372 ce qu'il en pense et tout ça. On peut avoir ce soutien de l'équipe au cours de ces réunions
373 une fois par semaine.

374 **Q : D'accord. Et quelles difficultés ou quelles limites rencontrez-vous dans vos**
375 **interventions en EMPP ?**

376 E3P : Les difficultés c'est que souvent tout est tellement intriqué entre le psycho et le social
377 que parfois on est en... il faut que chacun on réfléchisse à nos propres limites, de ne pas aller
378 trop loin parce que, bin effectivement, quand on voit les gens qui sont tellement démunis et
379 tellement dans la précarité que parfois en tant que psychologue et même infirmière on a
380 tendance à des fois un petit peu dépasser le rôle pour aider, quoi. Aider de manière très
381 concrète c'est apporter un pot de lait parce qu'il y a plus de lait pour le bébé et que on a pas
382 trouvé de solution et ça peut être des tas de... où les emmener parce qu'y sont trop
383 angoissés ou peut-être qu'ils pourraient y aller tout seuls à un rendez-vous, quelque part.
384 C'est un petit peu ça c'est comment ne pas se laisser embarquer et submerger par les
385 situations et puis euh dépasser un peu les limites de nos missions.

386 **Q : D'accord.**

387 E3P : C'est ça je pense, les difficultés.

388 **Q : D'accord. Et en ce qui concerne votre pratique professionnelle en particulier, est ce que**
389 **vous rencontrez des difficultés ?**

390 E3P : Pfff...bin...pffff... non... enfin je veux dire... bien sûr. Si j'ai rendez-vous avec un patient
391 qui est alcoolisé et bin voilà, ce jour là, l'entretien sera pas très productif mais bon on est
392 aussi extrêmement tolérant ça veut dire qu'il y a des patients, on leur a donné rendez-vous
393 et ils ne viennent pas, ils sont venus la veille parce qu'ils sont perturbés dans le temps et
394 dans l'espace, ils arrivent en retard donc il faut aller les rechercher, leur redonner un rendez-
395 vous tout ça. Bon bin, je veux dire, on est habitué à ça. Un patient qui est alcoolisé on lui
396 redonne un rendez-vous, on reste cinq minutes avec et on décale le rendez-vous et une
397 autre fois, il sera peut-être pas alcoolisé et on pourra peut-être avoir un vrai entretien mais
398 voilà, il faut savoir s'adapter à l'irrégularité des rendez-vous. Parfois un jour ça peut durer dix
399 minutes et puis une autre fois une heure et demie parce que la personne a besoin de parler
400 et puis il va falloir l'attendre, donc c'est un petit peu tout ça qui font que c'est difficile
401 d'avoir un suivi vraiment cadré, régulier et voilà. Mais pendant une demi heure par semaine
402 bon c'est pas... mais voilà... ça peut pas être comme ça quoi.

CCXLII

403 **Q : D'accord**

404 E3P : Mais bon, c'est à nous à nous adapter aux problématiques de ces patients et puis voilà
405 donc c'est comme ça, hein...

406 **Q : Et en ce qui concerne les personnes, est ce que la différence culturelle a déjà été un**
407 **frein dans votre pratique en EMPP ?**

408 E3P : Bin c'est sûr que... parfois il y a des questions qu'on peut se poser face à des
409 comportements ou même face à des symptômes. Par exemple, ça peut nous arriver
410 effectivement, donc il y a des collègues de l'équipe qui sont en train de se former en ethno.
411 Moi je vais me former aussi on essaie d'être attentif, surtout ce qu'il y a c'est d'être ouvert
412 et de demander aux personnes ça veut dire quoi pour vous parce que voilà pour moi ça je
413 comprends pas quand vous me dites ça, ça veut dire quoi etc. Quand il y a des patients qui
414 parlent de marabout, qui sont possédés par des djinns, ou j'sais pas quoi, bon bin on va
415 essayer avec eux expliquez-nous c'que c'est. Ce n'est pas impossible de travailler quand on
416 est extrêmement attentif à ce que... voilà et puis ouvert à la différence. Ça empêche pas de
417 travailler mais c'est sûr que des fois, avoir des connaissances supplémentaires ça nous
418 permet de mieux saisir certaines choses, bien sûr.

419 **Q : D'accord. Quelle est la suite de votre travail après l'évaluation que vous faites de la**
420 **personne, de sa situation ?**

421 E3P : C'est du suivi psychologique du type de soutien de ré-accompagnement de ré-
422 assurance pour qu'il reprenne confiance en eux. Le fait de les accompagner dans des
423 démarches d'arrêt d'alcool, c'est des suivis psychologiques habituels et essentiellement
424 quand même de soutien.

425 **Q : D'accord.**

426 E3P : Enfin, on va pas faire une analyse de type psychanalytique, c'est ça que je veux dire.

427 **Q : D'accord. Est ce que la prise en charge des personnes en situation d'exclusion et qui**
428 **souffrent de troubles psychiques vous semble satisfaisante aujourd'hui ?**

429 E3P : Euh...pfff...non. Parce que je veux dire on est la seule petite équipe comme ça sur *Ville*
430 *3*, ça veut dire bin on s'occupe d'un certain nombre sur *Ville 3* et on est relativement
431 submergés ? Et puis bin du coup, ça veut dire, on est pas du tout disponibles pour le reste du
432 département ou les autres petites villes du département et que... on est... archi débordés. Et
433 en même temps ce qui est aussi extrêmement difficile, c'est pouvoir les réorienter
434 justement, quand on a un petit peu remis en route les soins, qu'ils ont un traitement ils
435 adhèrent maintenant au suivi bin nous, pour nous, il serait question de pouvoir qu'ils ont un
436 hébergement stable des choses comme ça ce serait question pour nous de pouvoir les
437 réorienter hein, puisque ils peuvent revenir vers les circuits normaux mais là, c'est toujours
438 très compliqué.

439 **Q : D'accord**

440 E3P : C'est toujours très compliqué parce que évidemment ce qui se comprend c'est que ces
441 structures CMP et tout ça, ces structures n'ont pas une souplesse comme nous on a pu avoir
442 et les habituer entre guillemets alors c'est sûr que s'ils ratent un rendez-vous ça passe s'ils

CCXLIII

443 en ratent deux ça passe aussi mais s'ils en ratent trois bin c'est fini quoi. On va les retrouver
444 alors on a probablement des efforts à faire pour travailler ces orientations.

445 **Q : D'accord, d'accord. On va passer à la dernière partie du coup il reste deux questions. Ça**
446 **vous va au niveau du temps ?**

447 E3P : Bien sûr, oui.

448 **Q : Quelle est votre représentation de l'ergothérapie ?**

449 E3P : Alors la représentation que j'ai de l'ergothérapie c'est que moi j'ai travaillé comme
450 psychologue avant dans un centre de rééducation. Donc moi l'ergothérapie voilà c'était bin
451 heu... elle faisait... comment dire (se racle la gorge)... surtout au niveau des gestes... des
452 mouvements surtout au niveau du quotidien. C'était bin soit les... comment dire... leur
453 permettre de refaire des gestes ou des choses comme ça qu'ils avaient du mal à faire par
454 exemple après un accident vasculaire ou des choses comme ça ou un traumatisme crânien.
455 Et puis il y avait aussi, je pense euh... les aider aussi si y a pas moyen de récupérer, qu'elles
456 puissent avoir des stratégies de compensations. Donc... c'est quelqu'un qui fait partie d'une
457 équipe pluri disciplinaire qui travaille à mon sens dans les milieux de rééducation, après
458 accident etc. Ou alors, je pense qu'il peut y avoir aussi probablement dans des centres des
459 personnes qui sont... qui ont des troubles psychiques ou des déficiences ou des choses
460 comme ça pour pouvoir les faire manipuler ou associer des choses pour faire travailler
461 également sur le plan cognitif.

462 **Q : D'accord, d'accord et du coup dernière question : selon vous est ce que l'intervention**
463 **d'un ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion peut être pertinent ?**

464 E3P : (silence)

465 **Q : Et si oui, comment ? Et si non, pourquoi ?**

466 E3P : (silence)... Bin si vous voulez, j'ai une définition bien particulière de l'ergothérapie et je
467 pense qui n'est sûrement pas exhaustive donc comme ça, hormis pouvoir être dans de
468 l'occupationn... (rires) vous allez me tuer hein ? de l'occupationnel ou peut-être pouvoir
469 aider des gens qui sont vraiment peut-être à refaire des gestes du quotidien parce qu'ils ont
470 été à la rue, je sais pas peut-être dans de la reprise d'habitude de gestion de sa vie au
471 quotidien... voilà mais bon...

472 **Q ; D'accord**

473 E3P : Avec peut-être oui des stimulations cognitives pour organiser des tâches euh... faire
474 face à une situation pour prendre des décisions, analyser une situation euh...avec peut-être
475 quelque chose de neuropsychologique derrière voilà...

476 **Q : D'accord...**

477 E3P : Voilà donc euh...je sais pas quoi en dire plus mais...

478 **Q : (sourire) hum hum, oui oui, c'est votre point de vue qui m'intéresse.**

479 E3P : Oui oui.

480 **Q : (rires) D'accord, très bien, l'entretien est terminé. Est ce que vous avez des suggestions**
481 **ou des interrogations par rapport à cet entretien et ce sujet ?**

CCXLIV

482 E3P : Bin oui. Par exemple ça m'intéresserait de savoir comment vous voyez la place de
483 l'ergothérapeute dans une équipe mobile. (rires) Oui ça m'intéresse.

484 **Q : (rires) Alors c'est vrai que c'est ma question de recherche à la base parce que, je me**
485 **suis renseignée sur les équipes mobiles et je trouve ça très intéressant comme démarche.**
486 **Et en fait en Australie, il y a des équipes mobiles qui intègrent des ergothérapeutes et pas**
487 **en France, à ma connaissance et donc du coup ma démarche de recherche c'est d'arriver à**
488 **comprendre pourquoi, quelle peut être la différence ? Est ce que c'est purement culturel**
489 **ou pas et quelle peut être la place de l'ergothérapeute en fonction de ce que j'ai compris**
490 **du fonctionnement de ces équipes. Alors c'est vrai, l'ergothérapie c'est donc du**
491 **paramédical et comme vous l'avez dit il y a ce côté rééducatif avec aussi un autre pan de**
492 **ce métier, le côté plus « réadaptatif » et le côté réhabilitation sociale. C'est vraiment**
493 **arriver dans une situation de handicap, quelle soit physique ou psychique, d'arriver à**
494 **permettre à la personne de gagner en autonomie et en prenant vraiment, en analysant au**
495 **niveau systémique en analysant tous les déterminants personnels, les déterminants de**
496 **l'environnement et arriver à accompagner la personne dans ce sens là. Et en fait, au niveau**
497 **de la recherche, il y a des modèles conceptuels qui ont été établis et il y a un modèle qui**
498 **est basé sur la médiation par le dessin, pour arriver à exprimer le vécu de la personne et**
499 **arriver à trouver, selon une symbolique particulière des pistes de travail, en accord avec la**
500 **personne. Enfin la personne est complètement intégrée dans cette démarche là et alors du**
501 **coup c'est une démarche en ergothérapie que je trouve très intéressante et je me**
502 **demande si ça pourrait être utilisable dans le cadre des EMPP avec ce public là, par**
503 **exemple.**

504 E3P : Hum hum ...

505 **Q : Voilà.**

506 E3P : Oui, moi, enfin moi à la limite, je verrais plus la place...enfin comme ça, hein...

507 **Q : Oui...**

508 E3P : La place par exemple dans un... admettons une structure, des gens... bon la journée,
509 par exemple et puis là, ils sont là... ils viennent boire le café... à la limite avec une somme
510 modique, ils peuvent manger et puis autrement... bon bin voilà, y a des fois des activités qui
511 leur sont proposées mais c'est des gens qui sont effectivement des fois qui dorment la nuit
512 dehors mais qui passent là et dans des structures comme ça, à la limite, oui qu'il y ait,
513 mettons un atelier de enfin, le mot est peut-être mal dit mais enfin qu'il y ait par exemple la
514 possibilité de travailler sur certaines choses... dans l'aide à la remise sur les circuits...
515 pourquoi pas hein. C'est intéressant mais plus sur... euh... que cet ergothérapeute soit dans
516 une structure un peu comme ça ou alors... plutôt que d'aller chez les gens comme ça, j'vois
517 pas trop... Mais bon après, faire des permanences sur des structures d'urgence ou je sais
518 pas...

519 **Q : Vous, vous verriez plus dans le cadre d'un accueil, type accueil de jour ?**

520 E3P : Oui... voilà. Et puis que ça fasse partie du dispositif d'accueil de jour par exemple.
521 Comme des fois, ils peuvent euh...alors c'est bien sûr euh...c'est une formation, c'est des
522 diplômes voilà mais parfois que... oui, quand on est en train de les... mettons, il y a un centre
523 d'accueil d'hébergement de nuit où il y a quelques lits qui sont des lits de stabilisation c'est à

CCXLV

524 dire que les jeunes qui commencent à prendre un petit peu des repères et à se poser un tout
525 petit peu, ils ont un petit studio par exemple et puis ils apprennent à faire l'entretien de
526 leur... les choses, se prendre en charge, autonomes et tout ça bon bin par exemple dans une
527 structure comme ça, ça me paraîtrait intéressant qu'il y ait aussi le point de vue de l'ergo...
528 de les apprendre voilà... être plus autonome dans... mais quelque chose qui se construit un
529 peu comme ça, à partir d'un lieu d'hébergement un petit peu plus pérenne quoi, par
530 exemple.

531 **Q : D'accord.**

532 E3P : Enfin, je sais pas.

533 **Q : D'accord non mais c'est très intéressant aussi comme idée, après c'est vrai que dans**
534 **ma question de recherche, j'étais plus partie sur le côté évaluatif via ce modèle là, que je**
535 **vous ai expliqué juste avant...**

536 E3P : Oui...

537 **Q : et voilà, arriver à faire le point avec la personne pour évaluer sa situation et après**
538 **pouvoir être un peu dans cette orientation comme les EMPP parmi les missions des EMPP**
539 **voilà, cet aspect d'orienter la personne vers les services compétents ou les professionnels**
540 **les plus adéquats et donc voilà. Mais j'étais plus partie sur cette idée d'évaluation mais**
541 **c'est vrai que cet accueil de jour c'est très intéressant aussi comme point de vue.**

542 E3P : Et puis c'est comme quand vous me parliez tout à l'heure de parcours de soin et bin,
543 que je vous disais que c'était peut-être plus réellement l'étape après et bin, moi je verrais
544 plus à la limite l'ergothérapeute dans le parcours de soin, enfin dans l'étape où les gens sont
545 déjà, un tout petit peu posés, où enfin, je caricature, enfin qui sont pas encore... qui
546 commencent à s'insérer dans des suivis...des choses comme ça, qui commencent à préparer
547 une réinsertion ou au moins qu'ils commencent à réfléchir à... euh voilà, qu'ils commencent
548 à se poser et puis qu'à ce moment là ils soient accompagnés par exemple par une ergo dans
549 cette démarche là, sur le coup. Je veux dire que parfois, nous il nous faut déjà six mois pour
550 qu'ils commencent déjà à prendre un traitement régulier, qu'ils zappent pas leurs rendez-
551 vous, qu'on les retrouve pas... euh bin tout est lâché, ils viennent plus, le traitement n'est
552 plus suivi, d'un coup, ils changent de ville, on les a perdus, on les retrouve trois mois après.
553 Donc, tant qu'ils sont pas accrochés un petit peu, ça me semblerait peut-être moins... mais
554 après tout voilà, on s'fait des idées... que ça serait aussi tout à fait intéressant. Voilà... mais,
555 c'est intéressant.

556 **Q : Mais votre idée aussi, du coup, ça fait une piste de réflexion (rire)**

557 E3P : (rires) d'accord...

558 **Q : En tout cas, je vous remercie pour votre disponibilité, c'était très intéressant...**

559 E3P : Bon bin...tant mieux si vous avez...je suis un peu bavarde mais bon...

560 **Q : Non, non, vous avez apporté de l'eau à mon moulin (rires)**

561 E3P : (rires) Bon et bin c'est très bien, alors...Et bien, bon courage à vous !

562 **Q : Et bien, merci bien et je vous souhaite une bonne soirée.**

563 E3P : Oui, merci à vous aussi, un bon courage pour vous. Au revoir.

564 **Q : Merci, au revoir.**

Annexe XVIII : Retranscriptions intégrale de l'entretien E4I1

Date : 09/04/2015

Durée de l'entretien : 1h

Sexe : F

[Discussion commencée avant le début officielle de l'entretien]

1 **E4I1** : Donc du coup, notre médecin... on a juste un médecin, un chef de pôle qui chapote,
2 auquel on est rattaché mais il n'y a pas de médecin attiré à l'équipe.

3 **Q : D'accord, et le médecin chef de pôle est dans l'hôpital ?**

4 E4I1 : Il est ici, dans ces murs-là. Voilà. Donc le chef de pôle c'est tout l'ambulatoire, donc il
5 gère tout ce qui est ambulatoire au niveau de l'hôpital, toutes les structures extra-
6 hospitalières ; les CMP, les hôpitaux de jour, les CATTP, les ateliers thérapeutiques, enfin
7 tout ce qui est ambulatoire, tout ce qui est hors hospitalisation.

8 **Q : D'accord.**

9 E4I1 : Ouais ouais, donc il nous chapote si on a un souci particulier et ben il nous, il nous, on
10 peut le ...

11 **Q : S'y référer...**

12 E4I1 : Oui voilà se référer et bon il nous donne son... , il nous dirige un petit peu si on a un
13 souci particulier, quoi. Mais ça manque quand même d'avoir un médecin.

14 **Q : Oui, disponible...**

15 E4I1 : Ouais, quand même, ouais. Même si on est parfaitement autonomes voilà, il y a quand
16 même cette lecture psy qu'on n'a pas, enfin, réel... du psychiatre qu'on n'a pas... l'avis qui
17 nous manque. Enfin moi qui peut arriver à me manquer de temps en temps.

18 **Q : Oui parce que si j'ai bien compris, le docteur E3D elle intervient sur le terrain aussi ?**

19 E4I1 : Elle, elle intervient sur le terrain. Ouais, tout à fait, elle a ses consultations avec le
20 public précaire, donc, et c'est plus facile parce que comme ça dès que... ils ont tout de suite
21 un référent. Nous nos médecins référents, c'est vraiment les médecins de chaque CMP, dont
22 notre secteur dépend.

23 **Q : Oui vous avez plusieurs secteurs...**

24 E4I1 : Oui, voilà plusieurs intervenants et qu'on ne choisit pas forcément, je veux dire, bon
25 bah sur le CMP de X il y a deux médecins qui interviennent donc en fonction de leurs
26 disponibilités, si mon collègue il a besoin d'une consultation, voilà, c'est fait comme ça. Moi
27 sur le CMP de Y j'en ai plusieurs donc après c'est la personne qui est disponible. Après, il y a
28 le suivi, si le suivi se met en place il n'y a pas de souci, ça reste le médecin, voilà on peut
29 travailler avec différents médecins. Donc mes collègues de Z c'est pareil quoi.

30 **Q : Oui, c'est de l'organisation à avoir.**

31 E4I1 : Oui, ouais ! Voilà...

32 **Q : Alors du coup, je vous redonne le cadre de l'étude.**

CCXLVII

33 E4I1 : ouais

34 **Q : Mon sujet est sur les personnes qui sont en situation d'exclusion et qui souffrent de**
35 **troubles psychiques et sur le fonctionnement des équipes médicales précarité, donc il va**
36 **y avoir trois parties dans cet entretien, une partie où vous allez vous présenter et**
37 **présenter votre équipe, une seconde partie qui sera plus axée sur les démarches**
38 **évaluatives et les besoins de santé de cette population et une dernière partie sur**
39 **l'ergothérapie. Voilà. Est-ce que vous avez des questions ?**

40 E4I1 : D'accord. Non je pense que ça va aller, je pense que vous me poserez des questions
41 peut être pour que je puisse argumenter tout pour voir...

42 **Q : Oui oui pas de souci, c'est des questions très ouvertes.**

43 E4I1 : Pas de souci.

44 **Q : Alors pour commencer est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques phrases ?**

45 E4I1 : Donc en fait je suis *E4I1*, je suis infirmière de l'équipe mobile depuis sa création, c'est à
46 dire en 2007, fin 2007, octobre 2007 enfin septembre 2007 et moi j'ai pris mon poste en
47 octobre 2007. Donc au départ ça a été vraiment une création d'équipe, ça n'existait pas donc
48 au départ nous étions deux infirmières à nous partager le nord du département, à savoir
49 qu'il y en avait une qui intervenait sur le nord-ouest du département et l'autre qui
50 intervenait sur le nord-est ; et donc moi j'intervenais sur le Nord est. Au départ de cette
51 création, on savait pas bien grand chose des équipes mobiles, on nous a demandé de monter
52 ça, donc on nous a donné la circulaire de 2005 et puis ma foi, débrouillez-vous avec. Donc
53 dans un premier temps ça a été plutôt de la présentation auprès des partenaires sociaux qui
54 touchaient aux publics précaires, les CMS, ce qu'on appelle les MDS maintenant, les maisons
55 départementales et de solidarité, les structures bénévoles, les associations caritatives, les
56 CHRS, les mairies, certains médecins généralistes, etc... C'était plutôt une présentation au
57 départ, voilà. Et puis très rapidement, les premières demandes d'interventions sont arrivées
58 parce que ça a pas été créé pour rien, effectivement dans ce public précaire il y avait toute
59 une partie psychique psychologique qui échappait aux professionnels du social et qui mettait
60 en échec, à mal, toutes les démarches qui pouvaient être mises en place parce qu'elles
61 n'aboutissaient pas parce que derrière il y avait soit une pathologie franche, avérée,
62 psychiatrique, soit quand même une grosse détresse psychologique derrière qui faisait que
63 les personnes étaient quasiment aliénées, n'arrivaient pas à aller dans... au bout de leurs
64 démarches, au bout de leurs projets, donc voilà. Au fil du temps, au bout de deux ans cette
65 équipe, bah ma collègue a souhaité quitter, pour une autre fonction donc mon collègue d'X a
66 été recruté, très rapidement, son secteur, un infirmier sur cette partie c'était aussi très
67 compliqué, enfin on pouvait pas tout faire, donc ils ont recruté mon deuxième collègue et ils
68 ont scindé cette partie du département, enfin du secteur en deux. E4I2 qui s'est occupé du
69 premier bassin, qui est un gros morceau parce que beaucoup de kilomètres. C'est quand
70 même très éloigné du CHS donc il faut déjà aller sur le terrain avant de repartir plus loin, et
71 puis mon autre collègue, qui lui a été rattaché à la communauté, Y-Z, qui est aussi une grosse
72 partie parce que il y a la distance aussi, avec des besoins importants parce qu'une
73 population assez précaire, avec... touchée beaucoup par le chômage, voilà. Et moi j'ai gardé
74 pendant très longtemps l'autre partie, c'est à dire que j'intervenais sur le second bassin qui

CCXLVIII

75 est énorme, déjà parce qu'il y a la ville de *W* au milieu avec une concentration importante de
76 population.

77 **Q : Ah ! Vous descendez jusqu'en bas ?**

78 E4I1 : Oui voilà, donc notre secteur s'arrête à la ville de *V*, tout simplement parce que CHS ne
79 va pas plus loin que *V*.

80 **Q : D'accord, ça dépend vraiment du secteur de l'hôpital.**

81 E4I1 : Voilà, c'est vraiment calqué sur le secteur de l'hôpital.

82 **Q : D'accord.**

83 E4I1 : Et puis effectivement au fil du temps, bah *W* a pris de plus en plus de place, de plus en
84 plus d'ampleur, avec des demandes, voilà, de plus en plus importantes, des interventions de
85 plus en plus, qui phagocytent aussi un petit peu et qui du coup a laissé un peu le sud du
86 secteur avec moins d'interventions, de possibilités d'interventions. Donc en 2012, le Docteur
87 chef de pôle, a décidé de me retirer du sud du secteur, en espérant aussi une prise de
88 conscience de l'ARS des difficultés. Alors ça a été entendu mais ça a pris deux ans. Donc
89 pendant deux ans il n'y avait plus d'interventions sur ce secteur sud. C'est grand, et avec
90 quand même des besoins importants parce qu'il y a en plus une désertification médicale
91 importante, enfin voilà, des grosses difficultés. Et là mon collègue a été recruté, mon
92 nouveau collègue a été recruté et a commencé mercredi, le 7 avril, voilà.

93 **Q : tout récent...**

94 E4I1 : Voilà tout récent et reprend donc le secteur sud. Donc voilà, donc lui, il va redémarrer,
95 il va reprendre à zéro parce que deux ans sans partenariat, il faut déjà réactiver le
96 partenariat, il faut leur refaire voir que de nouveau il y a quelqu'un sur le secteur et qu'ils
97 peuvent faire appel. Mais bon ça va se faire très très vite parce qu'il est attendu, parce qu'il y
98 a vraiment des besoins, quoi. Voilà.

99 **Q : D'accord, euh...juste pour vous situer, dans quelle tranche d'âge vous vous situez ? 20-
100 30, 31-40, 41-50...**

101 E4I1 : 41-50.

102 **Q : Et donc vous vous exercez ce métier depuis 2007 ?**

103 E4I1 : Depuis 2007, ouais. Au sein de l'EMPP.

104 **Q : Et pendant votre parcours professionnel antérieur, vous avez toujours travaillé dans le
105 domaine de l'exclusion ?**

106 E4I1 : Non, j'ai toujours travaillé dans le domaine de la psychiatrie.

107 **Q : D'accord.**

108 E4I1 : Voilà, je suis infirmière psychiatrique, c'est à dire de secteur psychiatrique, diplômée
109 de secteur psychiatrique, donc avant il y avait deux diplômes...

110 **Q : Oui...**

111 E4I1 : Voilà, donc moi je suis, je fais partie de la dernière fournée d'infirmiers psychiatrie

CCXLIX

112 formés sur le CHS. Donc j'ai travaillé sur quelques temps au pavillon, au sein même de
113 l'hôpital puis après très rapidement j'ai été détachée sur l'extérieur à savoir sur un secteur
114 particulier, au départ sur la région de W puis après j'ai intégré l'équipe du CMP, donc voilà et
115 pendant...jusqu'en 2007, pendant une quinzaine d'année quoi.

116 **Q : Et donc depuis combien de temps vous exercez en tant qu'infirmière en générale ?**

117 E4I1 : Depuis 93, voilà ça fait 25 ans.

118 **Q : D'accord, ok. Est-ce que vous pouvez me parler un petit peu plus de votre équipe, alors**
119 **vous avez déjà un peu commencé.**

120 E4I1 : Alors bah cette équipe on est, en fait c'est une petite équipe hein puisqu'on est quatre
121 infirmiers, trois garçons, une fille. On est très indépendants les uns des autres, c'est-à-dire
122 que chacun à son secteur à gérer, on n'intervient pas sur le secteur de l'autre puisqu'on est
123 désigné au niveau, tant au niveau des partenaires qu'au niveau du public comme tel, on est
124 très individuels, on n'intervient pas sur le secteur, on a un temps d'échange un petit peu
125 tous les matins où on se retrouve au bureau où là on peut échanger des informations, ou on
126 peut évoquer une situation qui nous interpelle en demandant l'avis de l'autre. Et puis tous
127 les jeudi matins, on a un petit temps un peu plus long où on se retrouve avec notre cadre où
128 on évoque bah voilà, le fonctionnement on va dire, et une fois par mois on a une reprise par
129 une psychologue qui vient sur un temps d'échange pour voir nos difficultés, où on évoque
130 certaines situations qui nous pose problème, qui nous interpelle où on saisit de ce temps de
131 deux heures pour échanger, pour voir si, ce qu'on pourrait mettre en place en plus pour la
132 personne et puis voilà quoi. C'est vraiment du, enfin on est, on se voit peu, on se voit tous
133 les jours mais peu puisque le matin et un peu le soir mais pas toujours. A coté de ça, bah on
134 se téléphone, on s'envoie des messages si jamais on a... voilà un truc, nous communiquons
135 assez, quand même beaucoup au sein de cette équipe quand même voilà.

136 **Q : Et vous êtes tous les quatre à temps plein ?**

137 E4I1 : Voilà, tous les quatre à temps plein.

138 **Q : D'accord. Et quelles sont les missions principales de l'équipe ?**

139 E4I1 : Alors les missions principales de l'équipe c'est vraiment aller au devant du public
140 précaire, afin d'évaluer les besoins en soins psychiatriques, psychiques et orienter ces
141 personnes si besoin. C'est vraiment, on part, on va dire on part de zéro, c'est un public qui
142 nous est adressé par des professionnels ou des bénévoles, enfin nous quand on dit
143 professionnels on inclut aussi les bénévoles dedans puisque voilà, eux ils sont au plus proche
144 du public, pour qu'ils ont senti qu'ils avaient peut être une fragilité, quelques chose à
145 exploiter. Et souvent il leur est proposé de nous rencontrer, donc ils acceptent où ils
146 acceptent pas, et nous à partir de là on fait souvent une première rencontre en tripartite
147 pour un petit peu poser le cadre, poser nos critères d'intervention, expliquer à la personne.
148 Et après, on fait des entretiens pour pouvoir un petit peu cerner la personne voir quelles
149 sont les difficultés qu'elle peut rencontrer, si ça relève de la prise en charge psychiatrique ou
150 psychologique ou non ; parce que tout n'est pas à prendre non plus, tout n'est pas
151 psychatisable. Et de là on évalue avec eux les besoins et on essaye de mettre en place ce
152 qu'il faut pour pouvoir améliorer leur psychisme. Voir comment ça peut passer par une
153 consultation psychiatrique, psychologique, ça peut juste être un contact avec un médecin

CCL

154 traitant pour mettre un traitement anxiolytique, antidépresseur, voilà voilà.

155 **Q : Donc vous avez vraiment le rôle de faire le lien avec les...**

156 E4I1 : Voilà, on est vraiment dans le lien entre les partenaires, la personne concernée et
157 nous et voilà.

158 **Q : Et vous êtes aussi dans le soin ?**

159 E4I1 : Oui, oui. Uniquement dans le soin, c'est à dire que nous on ne touche pas tout ce qui
160 est dossier psy... enfin social, les choses comme ça. On fait du lien parce qu'on peut
161 expliquer aussi à nos partenaires, que ça soit un bailleur, que ça soit pôle emploi, pourquoi
162 cette personne à des difficultés pour aller jusqu'au bout de ses démarches. Pourquoi il y a un
163 frein qui peut ne pas toujours être compris par les partenaires sociaux... pourquoi un dossier
164 ne peut pas aboutir, pourquoi tout est près, tout est posé, il y a juste à poser et pourquoi
165 cette personne à des difficultés à le faire.

166 **Q : Mais du coup dans votre pratique professionnelles en particulier vous faites des soins
167 infirmiers ?**

168 E4I1 : Non pas d'injections, pas de choses comme ça.

169 **Q : Pas de pansements... donc c'est pour réorienter vers d'autres...**

170 E4I1 : Voilà tout à fait on travaille en lien avec les agents de santé aussi, ça c'est très
171 important aussi les agents de santé qui sont des infirmiers qui s'occupent du public
172 uniquement au RSA, qui sont subventionnés par le conseil général qui eux font des
173 accompagnements soc... global au niveau de la santé. Mais global, c'est à dire ils gèrent tout
174 et on travaille beaucoup en lien avec eux parce que quand on arrive bah voilà... nous on
175 s'occupe surtout beaucoup du psychisme, et si on a une difficulté autre de santé on va pas
176 les laisser comme ça avec cette difficulté, donc on fait du lien aussi avec ou les médecins
177 traitant ou l'agent de santé ou l'infirmier ou quelque chose, ou un kiné s'il y a besoin de
178 mettre en place des choses. Mais en tout cas, nous on fait l'accompagnement de ce public-là
179 vers des professionnels, on fait du lien, ça c'est clair.

180 **Q : Et vous avez des partenaires établis ?**

181 E4I1 : oui au fil du temps les partenariats c'est un peu établi, parce qu'on travaille souvent
182 avec les mêmes personnes, donc c'est vrai qu'effectivement il y a des liens qui se créés, du
183 fait de se rencontrer aussi, de mettre un visage sur un nom donc du coup, voilà on sait plus à
184 qui on s'adresse plus pour tel type de pathologie, on sait avec qui ça collera mieux voilà... On
185 se plante aussi, mais voilà, je pense qu'on a un réseau autour de nous qui est établi quoi,
186 voilà.

187 **Q : Alors vous m'en avez un peu parlé mais, quelles sont les caractéristiques essentielles
188 de la population dont vous vous occupez en EMPP ?**

189 E4I1 : (silence) Bah c'est cette caractéristique d'absence de confiance en eux quoi, c'est
190 vraiment un public entre guillemets fracassés, hein, ou qui n'arrive pas à se projeter dans
191 rien parce que trop de détresse, trop de fragilité, trop de... c'est un public qui souvent a été
192 cassé depuis très très longtemps et qui a à rétablir un petit peu la confiance et les capacités
193 à faire aussi, hein. C'est un peu notre but aussi dans nos entretiens, c'est restaurer un petit

CCLI

194 peu l'image qu'ils ont d'eux et restaurer les capacités qu'ils ont quoi.

195 **Q : Et quelles sont leurs caractéristiques socio-démographiques ?**

196 E4I1 : (souple et réfléchi) Alors déjà nous on s'adresse à un public précaire sédentarisé,
197 c'est à dire qu'on gère quasiment très peu de précaires à la rue.

198 **Q : Donc c'est des gens qui ont un logement ?**

199 E4I1 : Qui ont un logement ou qui sont logés en foyer, voir en squats, voir... Voilà mais le
200 public à la rue, tel que il est désigné, tel qu'on aurait pu accéder par cette mise en place des
201 équipes, nous on n'y a très peu accès parce que nous on est dans des secteurs
202 géographiques où il n'y en a pas tant que ça. Il y en a, mais le peu qu'il y a vraiment on a du
203 mal à accéder à eux, c'est à dire qu'ils sont sur leur territoire et c'est difficile d'avoir accès à
204 eux si on ne passe pas par une association, si on ne passe pas par des professionnels qui eux
205 vont leur donner le gîte, les couverts, voilà les couvertures. Donc nous, le soin c'est pas leur
206 priorité donc du coup c'est très très difficile et on va pas sur leur territoire comme ça, donc
207 nous on a quand même un public qui est essentiellement sédentarisé et donc invisible parce
208 qu'on peut se retrouver face à des situations d'une extrême précarité, qui vivent dans un
209 extrême dénuement, isolement, exclusion depuis des années voir des mois, des années sans
210 que personne ne s'en soit inquiété c'est vraiment... C'est cette population qui n'est pas
211 visible, qui est dans une grande grande précarité et donc pas visible de l'extérieur. Un SDF ça
212 se voit dans la rue, les gens qui sont enfermés chez eux avec un RSA ou peu ou pas de
213 revenus pour certains même des fois sans eau, sans électricité, on y est confronté à ces gens
214 là, mais ils ont pas fait de vague, ils ont pas fait de bruit.

215 **Q : Alors si j'ai bien compris, les personnes, un peu le stéréotype qu'on a de l'image d'un**
216 **SDF, quelqu'un qui est vraiment à la rue vous intervenez pas forcément ?**

217 E4I1 : Bah on intervient s'il y a une demande en fait, c'est compliqué de... En tout cas pour
218 moi je trouve que c'est compliqué pour moi, surtout quand on est seul sur le terrain d'aller
219 aborder ces gens... sans les mettre en danger eux, sans se mettre en difficulté, sans se
220 mettre en danger nous aussi.

221 **Q : Et ce qui initie votre intervention du coup c'est toujours la demande de professionnels**
222 **ou de bénévoles ?**

223 E4I1 : Très très souvent, ou ça leur a été transmis, ça leur a été évoqué et ça peut venir d'eux
224 aussi, en disant « bah tiens vous savez il existe un infirmier ou infirmière qui intervient, je
225 vous donne les coordonnées ». Ça peut arriver aussi, c'est rare hein qu'ils puissent faire la
226 démarche d'eux même c'est très très rare.

227 **Q : Et vous spontanément vous intervenez pas forcément, par exemple vous êtes dans la**
228 **rue, vous voyez quelqu'un vous...**

229 E4I1 : Si quand même, au moins un petit bonjour, un premier contact, voilà, hein. Donc moi
230 j'ai la chance aussi sur mon secteur d'avoir une association qui gère un CHRS, l'extrême
231 urgence, le logement 115, un CADA, un centre demandeur d'asile, un centre post CADA,
232 c'est-à-dire après les demandes, euh, après le refus de demande d'asile, donc euh... j'allais
233 dire c'est un vivier, je veux dire là, j'interviens au départ, j'ai une permanence dans ce foyer
234 qui est établi tous les quinze jours, puis une fois par mois, puis tous les quinze jours, puis

CCLII

235 tous les jeudi après-midi, et puis qui au fil du temps s'est quasiment, pas tous les jours mais
236 pas loin parce que il y a tellement... Les difficultés sont groupées, je suis identifiée donc on
237 m'appelle, on me met en contact donc voilà et j'interviens beaucoup dans ce foyer pour tout
238 type de démarche de soin psychique mais aussi en appui aux équipes qui peuvent être
239 rencontrées, difficultés avec un de leur usager et qui se disent, bon bah voilà il y a quelque
240 choses qui va pas, où est-ce que je pourrais l'orienter. On va pas forcément aller vers la
241 rencontre de l'individu mais en tout cas appuyer les équipes sur «bah tiens tu peux voir ça,
242 en tout cas tu vas déjà démarrer sur une, essayer de poser un médecin traitant parce qu'on
243 va avoir besoin d'un bilan de santé en général, etc... » Donc voilà, on sert beaucoup d'appui
244 aux professionnels, hein quand il y a un questionnement sur une situation. Ils peuvent nous
245 interpellé sans qu'on puisse les rencontrer, l'individu lui-même.

246 **Q : Est-ce que vous pouvez hiérarchiser les différentes problématiques de santé que vous**
247 **rencontrez auprès de ce public ?**

248 E4I1 : (silence) La majorité... je sais pas si j'ai bien compris la question mais la majorité, enfin
249 moi je trouve sur mon public, la majorité c'est des problèmes abandonniques, liés aux
250 abandons, hein, depuis jeunes, des choses qui ont été détruites dès le plus jeune âge avec
251 une situation abandonnique de relation, de famille, de travail, de couple, voilà, qui a amené
252 petit à petit à cette dégringolade, à cet anéantissement quasiment de la personne, qui est
253 incapable de reconstruire des choses parce que plus de base, plus rien quoi. J'allais dire c'est
254 ça, après il y a une petite marge où on est dans la psychiatrie pure et dure avec des
255 pathologies psychiatriques avérées, dures, j'allais dire c'est pas ce qu'on rencontre le plus
256 mais on en a, et là c'est à la fois plus compliqué et plus facile parce qu'on a déterminé,
257 quand il y a un délire, il y a un délire, on le voit, voilà et tout. C'est très facile de, enfin c'est
258 beaucoup plus facile de se dire « bon bah là il faut une consultation psychiatrique, faut un
259 traitement, faut voilà... » et ça va rentrer petit à petit dans l'ordre, ou se stabiliser ou tiens,
260 enfin après il faut l'amener aux soins, et ça c'est pas simple et parfois ça peut être des soins
261 sous contrainte

262 **Q : D'accord ça arrive ?**

263 E4I1 : Ça peut arriver.

264 **Q : D'accord.**

265 E4I1 : Et là c'est plus compliqué à mettre en place parce que pas de médecin traitant, parce
266 que voilà et ça si on n'a pas de médecin traitant, pas de médecin qui intervient pour la mise
267 en place de l'hospitalisation et là c'est beaucoup plus compliqué quoi. Et puis de temps en
268 temps cette population qui nous glisse des doigts et qui du coup on l'a cernée, on va
269 pour...et hop ! s'en va et on n'a plus accès à eux quoi.

270 **Q : D'accord.**

271 E4I1 : La fuite.

272 **Q : On va passer à la deuxième partie du coup plus sur la démarche évaluative des besoins**
273 **de santé ; qui sont les acteurs de cette démarche évaluative des besoins de santé?**

274 E4I1 : Bah euh j'allais dire le premier, ceux qui sont dans un premier contact avec eux c'est
275 les travailleurs sociaux, hein, qui font appel à nous, c'est eux qui détectent une première

CCLIII

276 difficulté sans pouvoir y mettre de nom, sans pouvoir l'évaluer et la quantifier et là, au
277 niveau même de la quantité, enfin des choses, mais c'est eux qui vont nous interpeler sur
278 « tiens on a une situation là, on a besoin de votre lecture psychiatrique, de ces difficultés »,
279 voilà. Je sais pas si c'est...

280 **Q : Si si, et après au sein de votre équipe du coup ?**

281 E4I1 : Et ben c'est nous (rire), c'est nous qui évaluons, enfin qui évaluons le besoin voilà
282 (réfléchis)

283 **Q : Chacun de votre côté ?**

284 E4I1 : Chacun de notre côté et après ça, par ricochet ça redescend aux consultations CMP et
285 psycha... enfin dans les CMP et là après c'est le psychiatre qui quantifie...qui qualifie la
286 pathologie quoi, qui certifie la pathologie quelque part et qui met en place son traitement.
287 Auquel cas dès l'instant où la prise en charge est faite en CMP et le lien est fait en CMP, les
288 consultations, le psychiatrique, nous on se retire de cette prise en charge.

289 **Q : Dès qu'il y a un lien avec le soin ?**

290 E4I1 : Normalement oui.

291 **Q : D'accord**

292 E4I1 : Dans la logique des choses oui puisqu'on a confié, notre mission normalement devrait
293 s'être arrêtée, on a évalué, on a orienté et la prise en charge se fait après par le CMP et par
294 l'équipe pluridisciplinaire du CMP, psychiatre, psychologue, infirmiers, assistante sociale.

295 **Q : D'accord.**

296 E4I1 : Certains psychiatres des CMP attendent à ce qu'on reste un peu dans le circuit pas
297 trop loin

298 **Q : Pour garder ce lien ?**

299 E4I1 : Voilà, pour garder ce lien qui s'établi parce que parfois avant d'arriver à la consultation
300 il peut se passer plusieurs mois, vraiment plusieurs mois, donc il y a un lien qui s'établi, une
301 certaine confiance et c'est un peu plus compliqué pour eux de re-basculer sur une nouvelle
302 équipe, sur un nouvel infirmier qui va prendre en charge voilà.

303 **Q : Et donc vraiment maintenir le lien jusqu'à ce qu'un autre lien soit créé ?**

304 E4I1 : Tout à fait, et ça peut être en doublon pendant quelques temps et après on fait du
305 relais et voilà. J'allais dire plus le lien est fait rapidement avec le CMP et plus c'est facile.
306 Parce quand on a mis du temps à faire accepter une consultation psychologique
307 psychiatrique, et bin là c'est beaucoup plus dur pour eux de nous lâcher sans qu'on, nous
308 déjà de les lâcher sans que ce soit vécu de nouveau comme un nouvel abandon. Et donc
309 c'est beaucoup plus compliqué pour eux. Et même je pense aussi parfois pour nous.

310 **Q : D'accord. Vous avez commencé un peu à me parler de l'évaluation vous disiez**
311 **évaluation orientation, est-ce que vous pouvez m'en parler un peu plus précisément de**
312 **cette évaluation que vous réalisez ?**

313 E4I1 : Bah en fait cette évaluation de besoin de soins elle se fait au cours de nos entretiens

314 avec la personne qui au travers de ses entretiens exprime des désirs, des difficultés, à nous
315 de tisser justement ce lien entre leurs désirs et leurs difficultés et les capacités à essayer de
316 les résoudre, c'est ça notre travail principal. Et notre évaluation de besoin de soins elle
317 repose vraiment sur notre lecture alors elle, est ce qu'elle est avec nos propres difficultés à
318 nous, notre propre histoire, notre propre lecture, on n'a pas la science infuse, alors peut
319 être on peut parfois passer à côté de réel besoin, d'un réel, enfin d'un bon discernement de
320 la situation, en tout cas on fait rien sans eux, c'est vraiment un travail en collaboration avec
321 eux dans la quantification des besoins, dans ce qu'ils désirent, dans leur désir d'aller plus
322 loin ou pas, un respect de ces besoins.

323 **Q : Alors au niveau du coup des techniques et des méthodes c'est uniquement de**
324 **l'entretien ?**

325 E4I1 : C'est de l'entretien infirmier.

326 **Q : Alors il y a un terme, « projet de vie », je sais pas, est ce que ça fait partie de votre**
327 **vocabulaire ce terme ?**

328 E4I1 : Projet de vie ? Oui, parce que ce projet de vie, il est aussi... on peut l'évoquer au cours
329 de nos entretiens, « quels sont vos projets, qu'est-ce que vous aimeriez, voilà, quels sont... »
330 et du coup on cible un peu aussi parfois toutes les difficultés de la personne, toutes les
331 difficultés de la personne à s'inscrire dans un travail par exemple normal entre guillemets,
332 dans un milieu ordinaire, donc on peut être amené aussi à travailler ça avec eux, « est-ce que
333 ça serait pas bien ça pour vous, est-ce que vous pensez d'un ESAT, qu'est ce que vous pensez
334 d'un travail protégé ? » Voilà, et petit à petit arriver à faire mûrir aussi en eux leurs grosses
335 difficultés à intégrer un milieu ordinaire et ça ça peut faire partie du projet de vie et
336 travailler avec eux. On en a quelques uns, et là ça prend plus de temps, au départ de nos
337 missions ça n'avait pas forcément été recensé au sein même de la circulaire, voilà. C'était
338 pas voilà, mais on a mis le doigt sur une difficulté, on a pointé une difficulté et tout ça et
339 c'est ce qui est remonté à la surface, bah on l'a pointée, on l'a évaluée on va pas laisser les
340 personnes avec rien, donc après on travaille en lien effectivement avec d'autres, avec les
341 travailleurs sociaux en disant, « bah tiens ça serait pas bien qu'on monte un dossier AAH? »
342 Voilà parce que ce gens n'ont rien à faire dans le RSA, pare que la réinsertion professionnelle
343 elle est absolument pas envisageable sans les mettre en grande difficulté donc, faut peut
344 être bien prévoir un autre projet justement de vie, ça se travaille avec eux, avec l'assistante
345 sociale, avec tout un réseau quoi, un micro réseau.

346 **Q : Donc la personne est intégrée effectivement dans son projet ?**

347 E4I1 : Tout à fait, ouais ouais

348 **Q : Et lors de cette évaluation, quels éléments vous prenez en compte ?**

349 E4I1 : Bah les éléments, bah, principaux, leurs désirs, leurs envies, ce qu'il souhaite, et
350 remettre face à leurs difficultés, aussi, parce que bah je sais pas moi, bah « je voudrais être
351 pilote de ligne » bah va falloir qu'on revoie ça ensemble, peut être qu'il va peut être y avoir
352 un problème pour ça. Et c'est travailler aussi, remettre avec eux dans la réalité des choses.
353 (réfléchis) C'est vraiment eux en priorité, leurs désirs à eux et faire face après aux difficultés
354 qu'on peut rencontrer. Et puis c'était quoi après la question ?

CCLV

355 **Q : Quel élément vous prenez en compte ?**

356 E4I1 : Bah les éléments sociodémographiques, la situation géographique aussi qui est
357 importante, parce que quand vous avez rien vous avez rien. C'est aussi leur dire « bah voilà
358 est-ce que vous, ça serait pas possible d'envisager un rapprochement plus vers la ville vu que
359 vous avez pas de permis, vous avez ça, c'est aussi les aider à faire une démarche quand ils
360 sont pas bien dans un logement dans un quartier, dans un quelque chose, voilà leur faire
361 mûrir le projet de s'établir dans un meilleur environnement aussi, pour pouvoir accéder
362 aussi à un mieux être, ouais.

363 **Q : Et comment est-ce que vous abordez la nécessité de soin avec la personne ? Est-ce que**
364 **vous l'abordez, déjà ?**

365 E4I1 : Euh quasiment ... quasiment très rapidement, dès, pas forcément dès le premier, pas
366 forcément au premier entretien quand les gens sont très très réticents, mais on finit, enfin
367 moi je finis souvent mon entretien en disant « bon , voilà moi je vais vous proposer un
368 nouveau rendez-vous pour pouvoir mieux évaluer les choses avec vous mais je pense que
369 peut être ce serait intéressant que vous réfléchissiez déjà depuis maintenant à qu'est-ce
370 qu'on pourrait mettre en place pour vous aider au mieux, et le but c'est ça. Mais ils savent
371 aussi que quand ils nous consultent quand on va les voir...c'est un peu cette démarche
372 évaluative et ça, ils ont déjà fait j'allais dire dans 90% des cas, le soin est quand même déjà
373 pensé quelque part, les difficultés ont déjà été pensées.

374 **Q : En acceptant votre rendez-vous, ils viennent déjà dans une démarche ?**

375 E4I1 : Moi je trouve déjà.

376 **Q : Est-ce qu'il existe des codes à respecter lorsque vous abordez la personne lors d'une**
377 **évaluation ?**

378 E4I1 : Oui sûrement. Oui sûrement, par contre c'est très, enfin moi je trouve que c'est très
379 instinctif, les entretiens, donc voilà, on... (silence) oui il y a forcément des codes, des
380 choses... une chronologie de besoins, mais après on peut se faire happer par le discours, par
381 le récit qui fait que voilà, mais on essaye de rétablir une chronologie...bah l'anamnèse de la
382 personne et puis petit à petit les difficultés et puis petit à petit les réponses à ses difficultés,
383 des choses comme ça et des propositions. Des codes il y en a forcément...qu'on a acquis au
384 fil du temps de nos entretiens. Que je pourrais pas vous décrire comme ça, oui il y en a
385 forcément.

386 **Q : Et donc par exemple dans votre comportement....**

387 E4I1 : Dans notre comportement... pas trop familier forcément, on s'adapte à la personne
388 moi je trouve, souvent, c'est pas parce que c'est un jeune... on n'est pas des copains, voilà,
389 on reste dans notre position infirmier et tout en pouvant être proche et rassurant, pour
390 d'autres en étant très ferme, par rapport à la personnalité qu'on a en face de nous et aussi
391 assez rigide par certains côtés, pas laisser déborder les personnes quand ça part dans tous
392 les sens. Oui on a des choses qu'on adapte, de la personne, de la personnalité qu'on reçoit,
393 alors quand on est une femme voilà, faut être quand même assez neutre, assez, voilà, faut
394 pas être provocante, mais pour les garçons aussi hein, parce que des érotomaniaques ça
395 existe, voilà hein. La... enfin comment dire ça... la séduction ça existe et il faut rester très...

CCLVI

396 **Q : Un rapport neutre ?**

397 E4I1 : Neutre ouais. Très professionnel quoi.

398 **Q : Que pouvez-vous me dire de la pratique professionnelle de vos collègues, des autres**
399 **membres de l'équipe, en sachant que vous avez tous le même métier ?**

400 E4I1 : Alors on a tous le même métier, on a tous aussi une expérience complètement
401 différente des uns des autres. Donc bah c'est une super richesse parce que j'ai un collègue
402 qui a fait quasiment toute... enfin une bonne partie de sa carrière sur le secteur d'X voilà en
403 CMP et CATTp donc les entretiens, il les maîtrise très bien. Mon autre collègue a fait
404 plusieurs... avant d'arriver...a pas fait de d'extra hospitalier, a fait uniquement de l'intra-
405 hospitalier mais dans différents services que ce soit de l'adulte, de la gériatrie que de l'enfant,
406 donc il a une lecture énorme de la psychiatrie. Et mon autre collègue a aussi, lui, plusieurs
407 cordes à son arc au niveau de l'hôpital. C'est quelqu'un qui démarré comme aide-soignant,
408 puis comme infirmier, qui a fait des nuits puis, qui après à fait un CMP, donc voilà, tout ça
409 forme une richesse parce que, parce qu'on a toujours une référence de parcours
410 professionnel qui fait écho à une situation qu'on peut rencontrer et donc amener une
411 certaine lecture et on s'appuie les uns sur les autres de ça. C'est trois hommes, je suis une
412 femme donc c'est autre chose et voilà.

413 **Q : Oui votre sensibilité est différente ?**

414 E4I1 : Différente...

415 **Q : Et en cas de difficulté vous pouvez toujours vous appuyer sur vos collègues comme**
416 **vous disiez au début ?**

417 E4I1 : Tout à fait, tout à fait. On s'appuie les uns sur les autres, alors forcément parfois plus
418 sur l'un que sur l'autre, ce qui est normal et... ça nous aide à comprendre, voilà je suis en
419 difficulté, qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que t'en penses, voilà j'ai fait ci, j'ai fait ça, j'ai
420 évoqué ci, j'ai évoqué ça, qu'est-ce que t'en penses, comment tu vois les choses, comment
421 tu aurais fait et voilà c'est ça. Par contre, on est jamais intervenus encore à deux sur une
422 situation, c'est pas exclu, ça peut...voilà c'est pas exclu si jamais il y avait vraiment besoin
423 d'une voilà...d'une approche, moi je pense qu'on pourrait s'en servir mais bon on évite parce
424 que de toute façon c'est de l'organisation puisqu'on est pas sur les mêmes terrains. Et puis, il
425 faut bien se dire qu'on n'est pas une équipe d'urgence, qu'on n'est pas une équipe de...on
426 est vraiment dans l'évaluation de l'orientation, s'il y a une grosse grosse difficulté voilà...on
427 va pas y aller tout seul je veux dire, on n'est pas des cow-boys, je veux dire, on fait attention
428 quand même où on met les pieds, voilà. Parce que... on a déjà... enfin moi déjà je me suis
429 déjà retrouvée confrontée à des difficultés... le fait d'intervenir seule en tant que femme en
430 plus, voilà on y va doucement.

431 **Q : Du coup c'était ma question suivant, quelles difficultés ou quelles limites vous**
432 **rencontrez pendant les interventions ?**

433 E4I1 : Bah voilà, le fait qu'on intervienne seule au domicile de la personne, bah voilà faut
434 faire quand même... C'est pour ça que c'est important quand même la première rencontre
435 tripartite parce que ça permet déjà de voir où on met les pieds avec quelqu'un qui connaît le
436 terrain qui connaît déjà la personne, et si on sent une certaine difficulté voilà, ou déjà même

CCLVII

437 d'entrée sans rencontrer la personne on se dit « oula ça, ça va pas le faire », on le rencontre
438 dans un terrain neutre, dans un terrain non isolé, pas à domicile. Ça m'est déjà arrivé de dire
439 « moi je n'irai pas à domicile » parce qu'on sent le danger, parce que voilà. Alors après, ça
440 peut arriver aussi qu'on voit pas arriver, forcément voilà, on le sait très rapidement quand
441 même.

442 **Q : Alors là c'est quand même orienté sur le public, les difficultés face à ce public ?**

443 E4I1 : Ouais ouais, ça peut être quelqu'un avec de grosses pathologies paranoïaques,
444 perverses, dangereuses, liées à l'alcool, la violence, donc voilà, quand c'est comme ça, et
445 puis si on est en difficulté moi ça m'est arrivé deux trois fois, c'est en référant au médecin
446 chef qui là fait un courrier en disant que stop on arrête tout et que s'il y a de nouveau... des
447 contacts, ça peut aller jusqu'à la plainte.

448 **Q : D'accord.**

449 E4I1 : Ha oui, ça m'est déjà arrivé par deux fois, parce que, parce que, menacer
450 verbalement... Voilà une fois il a fallu dire « attention, la prochaine fois c'est une plainte qui
451 sera déposée », ça s'est stoppé.

452 **Q : Et donc en restant sur les difficultés qui sont liées à l'usager, est-ce que la différence
453 culturelle a déjà été un frein dans vos interventions ?**

454 E 41 : Alors ça l'est pas mais c'est forcément à prendre en compte, voilà, la différence
455 culturelle. Alors moi, j'ai une population effectivement multiculturelle parce que je travaille
456 beaucoup avec des demandeurs d'asile donc, alors là, les difficultés ne sont pas que
457 culturelles, elles sont aussi liées à la langue et je ne peux pas travailler avec eux si je n'ai pas
458 un interprète qui se fait en interprétariat téléphonique au sein même de *l'association* qui me
459 fournit ça. Dès l'instant où sont encore dans le circuit des demandeurs d'asile, intégrés au
460 CADA, dès l'instant où il n'y a plus de prise en charge où ils sont ce qu'on appelle déboutés
461 et qu'il y a plus... j'ai plus d'interprétariat téléphonique, et donc là c'est plus, j'ai beaucoup
462 de difficultés, voilà donc oui il y a la culture à prendre en compte c'est indéniable, les
463 difficultés liées au pays, enfin voilà.

464 **Q : Est-ce qu'il y a des critères logistiques qui vous limitent dans votre pratique en EMPP ?**

465 E4I1 : Euh oui en fait, les critères logistiques c'est... par exemple les distances géographiques
466 ça en fait partie c'est ça ? En fait les plus grosses difficultés d'amener aux soins, c'est les gens
467 qui sont isolés, loin de tout centre de consultation sans moyen de locomotion, sans... et ça
468 c'est un gros problème quand même. Quand vous êtes isolés en pleine *campagne*, parce que
469 moi je fais quand même encore partie de la *campagne*... dans des endroits où il n'y a pas de
470 bus, voilà, pas de moyen de locomotion, oui voilà vous avez évalué, oui vous avez regardé...
471 oui vous avez vu la nécessité du soin. Comment on fait maintenant ? Comment on fait pour
472 les amener au soin puisqu'on n'a pas ce qu'il faut pour les amener au soin, ne serait-ce
473 qu'uniquement matériel et logistique. Et puis bah voilà on a, on peut faire d'énormes
474 kilomètres pour aller voir une personne, quelque part, moi ça m'est déjà arrivé de faire 150
475 kilomètres dans une journée parce que dispatchés sur tout le département... Bon j'en fais un
476 peu moins parce que mon secteur s'est raccourcis, mais mes collègues, notamment mon
477 collègue E4I2 fait énormément de kilomètres parce qu'en plus c'est rural c'est très très rural
478 son secteur donc des gens très très isolés qui ont accès à rien, pas accès aux soins, à rien, je

CCLVIII

479 veux dire, ça c'est un, ça c'est une problématique quand même.

480 **Q : Et du coup quelle est la suite de votre travail après l'évaluation ? Vous m'en avez parlé**
481 **un petit peu tout à l'heure...**

482 E4I1 : Oui donc voilà, après l'évaluation, l'orientation... Parfois elle se fait assez rapidement,
483 parfois moins rapidement, on continue... C'est pas parce que les personnes sont orientées
484 qu'on les lâche non plus, on peut continuer des entretiens quelques temps et puis bah d'un
485 commun accord parce que la personne dit « maintenant je vais mieux , maintenant j'ai un
486 traitement je vais mieux, on arrête la prise en charge, tout en restant à leur dire « vous savez
487 on reste là s'il y a besoin, « vous gardez bien nos coordonnées et tout ça, n'hésitez pas à
488 nous recontacter s'il y a un souci », des fois ça s'arrête sans qu'on puisse savoir pourquoi, le
489 lien est établi et ils arrêtent l'accompagnement, parce qu'ils sont passés à autre chose,
490 parce que c'est comme ça, hein.

491 **Q : D'accord et dernière question avant de passer à la dernière partie : est-ce que vous**
492 **pensez que la prise en charge de personnes en situation d'exclusion qui souffrent de**
493 **troubles psychiques est satisfaisante aujourd'hui ?**

494 E4I1 : La prise en charge ?

495 **Q : oui.**

496 E4I1 : Bah j'allais dire que non parce que y a pas assez d'offre de soin. Non elle est pas
497 satisfaisante parce qu'on évalue, on prend en compte alors au moins maintenant ils sont pris
498 en compte, on les repère, mais c'est bien beau, qu'est-ce qu'on fait après ? L'offre de soin
499 elle est pas suffisante parce qu'il manque de psychiatres, il manque de médecins, il manque
500 de besoins, enfin, il manque de ... justement de logistique mais le principale problème c'est
501 qu'il manque de médecins psychiatres, on arrive dans un, dans une période où là il y a plus...
502 on peut plus les orienter parce qu'ils peuvent plus nous prendre les médecins en CMP parce
503 qu'ils sont débordés, parce que voilà. Nan, l'offre de soin elle est pas satisfaisante, en tout
504 cas pour moi elle l'est pas.

505 **Q : D'accord, et donc dernière partie, donc concernant l'ergothérapie. Il reste deux**
506 **questions et après c'est terminé. Quelle représentation avez-vous de l'ergothérapie ?**

507 E4I1 : Bah en fait j'y connais pas bien grand chose, moi je connais l'ergothérapie comme ça à
508 travers plus des difficultés liées à un handicap, par exemple et tout, c'est vrai que ça serait
509 certainement très intéressant de pouvoir créer des ateliers autour de quelque chose où on
510 pourrait réunir des personnes en situation de précarité autour d'un projet et je pense que ça
511 pourrait être intéressant mais ça demande encore une équipe plus étoffées, des besoins,
512 enfin voilà de pouvoir ouvrir quoi parce que faudrait une... beaucoup plus de monde dans
513 cette équipe, avec des projets, un projet de soin, enfin un projet bien établis, et pourquoi on
514 fait ça. Ça pourrait être intéressant parce que... qu'il puisse amener aussi à créer quelque
515 chose, créer quelque chose et puis rétablir des sensations qu'ils n'ont plus, surement.

516 **Q : Vous voyez les missions de l'ergothérapeute plus dans ce sens là ?**

517 E4I1 : Oui, voilà, oui et dans la restauration de sensations, et dans plaisirs et désirs peut
518 être, je connais pas tellement l'ergothérapie en fait, à part dans la rééducation, voyez ?

CCLIX

- 519 **Q : Oui vous avez cette image aussi de la rééducation ?**
- 520 E4I1 : Voilà ouais, plus ça, je connais plus ça, je vois plus ça comme ça, j'imagine que c'est
521 très vaste.
- 522 **Q : Ça c'est la difficulté...**
- 523 E4I1 : Bah oui, ouai.
- 524 **Q : D'accord, ok, alors dernière question, selon vous est-ce que l'intervention d'un**
525 **ergothérapeute dans le domaine de l'exclusion pourrait être pertinent ? Vous avez déjà un**
526 **peu répondu...**
- 527 E4I1 : Bah je pense que oui dans... si ça pouvait s'inscrire dans un... travail pensé, un
528 étoffement d'équipe, dans quelque chose, de... dans voilà (réfléchi) dans un gros truc quoi,
529 vous voyez 'fin, une chose qui pourrait être une équipe pluridisciplinaire, pourquoi pas, je
530 sais qu'il y a des endroits ils utilisent dans, des ateliers, dans les grands centres, je sais qu'à
531 Paris ils ont ça..
- 532 **Q : Dans les EMPP ?**
- 533 E4I1 : Euh ouais il me semble bien que des ateliers, des choses comme ça.
- 534 **Q : Et avec des ergothérapeutes ou pas forcément ?**
- 535 E4I1 : Je sais pas, mais avec des gens, eux ils travaillent avec des gens de la rue, hein,
536 vraiment de la rue hein.
- 537 **Q : d'accord, très bien alors l'entretien est fini, est-ce que vous avez des questions ou des**
538 **suggestions, des choses qu'on aurait pas abordées, ou entendues parler ?**
- 539 E4I1 : Non je pense que c'est bien, voilà l'important c'est, voilà, c'est ces difficultés qu'on a à
540 aller jusqu'au bout du soin, on a repéré, on a évalué, voilà et la difficulté c'est ça, aller
541 jusqu'au bout du soin et voilà, parce que de temps en temps ça nous file entre les doigts, et
542 puis la réponse on l'a pas quoi, voilà.
- 543 **Q : Bah merci beaucoup en tout cas, juste à titre informatif, l'ergothérapie c'est très très**
544 **vaste, même moi j'ai pas encore trouvé de moyen clair précis et rapide pour expliquer**
545 **mais c'est vrai qu'il y a ce côté très rééducatif, et le côté réadaptatif, et un autre coté aussi**
546 **dans la réhabilitation sociale par exemple la réinsertion voilà. C'est vraiment différents**
547 **pans du métier et changer de structure c'est quasiment changer de métier.**
- 548 E4I1 : Ouais c'est ce que je pense aussi, c'est que voilà, vous...ça doit s'adapter en fonction
549 de l'établissement, en fonction de la structure, voilà.
- 550 **Q : C'est ça.**
- 551 E4I1 : Parce qu'effectivement si vous allez dans un centre de rééducation ça va être
552 uniquement...
- 553 **Q : Sur le côté très rééducatif quasiment,**
- 554 E4I1 : Voilà,
- 555 **Q : Vraiment un peu comme les kinés, vraiment sur les mouvements, très analytiques...**

CCLX

556 E4I1 : Tout à fait, si c'est dans un foyer de réhabilitation c'est mettre en place des choses pour
557 aider...

558 **Q : Pour regagner en autonomie, voilà, ça peut être des aides techniques, ça peut être des**
559 **aménagements,**

560 E4I1 : Mais après ça peut être aussi très thérapeutique dans le sens, de la restauration de
561 soi, dans l'image qu'on a de soi et tout ça, et ça je pense que ça peut être intéressant.

562 **Q : En fait vous connaissez bien le métier ! (rire)**

563 E4I1 : Ouais ouais ouais (rire) Parce que, parce que oui quand on y réfléchît voilà, il y a on a
564 en tant qu'infirmier aussi cette vocation aussi de restaurer l'autre à travers des activités qui
565 peuvent être thérapeutiques et tout ça, et donc quelque part c'est pas de l'ergothérapie
566 mais petit à petit on voilà, t'façon nous on a des ateliers d'ergothérapie qui sont, 'fin, un
567 petit peu, qu'on appelle ergothérapie mais qui sont fait par des infirmiers, ils ont pas de
568 formation d'ergothérapie, et ouais...

569 **Q : Les champs d'action, surtout en psychiatrie**

570 E4I1 : Et ouais je pense que ça peut être intéressant, quoi

571 **Q : Oui après vous, vous avez une vision plus de voir, dans le cadre d'un atelier, pas**
572 **forcément de l'intervention, de rue comme vous faites ?**

573 E4I1 : Ouais, je sais pas comment ça pourrait se mettre en place mais pourquoi pas mais
574 comment ça pourrait se mettre en place, euh... ouais. Mais je pense que ouais, dans des
575 ateliers, pour restaurer aussi l'image de soi, son bien-être, des choses comme ça, même des
576 ateliers, même si c'est individuel, quoi. Apprendre à reprendre...prendre soin de soi, de
577 confiance en soi, restaurer ses capacités, parce qu'ils en ont plus, ils sont complètement, les
578 gens de la rue, ils sont complètement anihilés, ils existent plus, il y a une dépréciation
579 énorme, de toute façon ils ont aucune... ils ont plus conscience de la moindre petite capacité
580 à faire quoi, ils se traitent comme des merdes, ils se considèrent comme ça, quand on gratte
581 bien, alors que pour certains c'est des gens qui étaient... Il y a une désocialisation complète,
582 un écroulement total de, voilà, des gens qui ont pu avoir une vie sociale, des places
583 importantes, voilà, et petit à petit cet écroulement, cette dépersonnalisation qui font que,
584 on en arrive à la clochardisation, voilà.

585 **Q : C'est vrai que c'est une population que je trouve extrêmement intéressante, c'est...**

586 E4I1 : Alors c'est sûr elle est dure d'accès parce que comme souvent associé à ça il y a une
587 prise d'alcool de toxiques et de choses comme ça faut être au bon endroit au bon moment,
588 voilà.

589 **Q : Mais il y a réellement des besoins, j'ai l'impression...**

590 E4I1 : Ha oui c'est clair ! C'est sûr, il y a un monsieur Furtos, qui a bien décrit ce processus de
591 dépersonnalisation complète, de désocialisation, (réfléchi), d'anéantissement de la
592 personne, on peut le retrouver... Nous notre but quand même à un moment donné, c'est
593 d'enrayer ça, de... si on laisse faire c'est des gens qu'on peut retrouver complètement à la
594 rue quelques temps, enfin quelques années plus tard...c'est vraiment d'intervenir pour
595 stopper le processus de voilà, pour certains ça peut être ça.

596 **Q : Et vous voyez vraiment des résultats ?**

597 E4I1 : Pour certains oui, ouais. Pour d'autres c'est plus long, pour d'autres...voilà enfin ouais,
598 faut le temps mais ouais pour certains on a pu voir des résultats ne serait-ce que la prise en
599 charge globale et avec un traitement, d'enlever ses angoisses et d'anti-dépresseurs tout ça,
600 pouvoir remonter des choses, pouvoir remettre des droits qu'ils avaient, parce qu'ils avaient
601 plus rien, ouais, de re, ouais pour certains de retrouver un logement, ouais ouais pour
602 certains... faut du temps ! Beaucoup beaucoup de temps ! Et puis de la patience parce qu'on
603 réussit pas du premier coup... ouais c'est compliqué hein. Il faut parfois beaucoup de
604 persévérance parce qu'on va au rendez-vous ils y sont pas, on croit qu'on a accroché et
605 finalement ils sont pas là... Comme on a l'habitude de dire : du lapin on en mange souvent.
606 Des entretiens qui n'aboutissent pas parce que vous y allez ils sont pas là, vous êtes prévenu
607 au dernier moment parce qu'ils peuvent pas envisager d'avoir deux projets en même temps
608 dans la même journée voire même dans la même semaine, deux rendez-vous c'est très
609 angoissant pour eux, de passer de rien à des choses voilà, les priorités sont pas les mêmes,
610 pour nous la priorité serait d'aboutir à un dossier, machin et tout, euh si le machin il n'est
611 pas là ou s'il a passé une mauvaise nuit bah c'est beaucoup plus important, c'est leur vie,
612 voilà.

613 **Q : Merci beaucoup en tout cas, c'était très intéressant.**

614 E4I1 : Bah de rien. Bon courage pour votre travail.

615 **Q : Merci bien. Au revoir.**

616 E4I1 : Au revoir.

Annexe XIX : Retranscriptions intégrale de l'entretien E4I2

Date : 09/04/2015

Durée de l'entretien : 1h

Sexe : H

1 **Q : Alors je vais vous rappeler un petit peu le contexte de l'étude. Du coup, je suis en**
2 **troisième année d'ergothérapie, c'est pour valider mon diplôme d'état. Mon sujet, c'est**
3 **les personnes qui sont en situation d'exclusion et qui souffrent de troubles psychiques et**
4 **le fonctionnement des équipes mobiles psychiatrie précarité.**

5 E4I2 : D'accord.

6 **Q : Donc il va y avoir trois parties dans cet entretien. Première partie sur votre**
7 **présentation, la présentation de l'équipe. Une deuxième partie plus sur la démarche**
8 **évaluative des besoins de santé de la population et une dernière partie sur l'ergothérapie.**
9 **Est-ce que vous avez des questions pour commencer ?**

10 E4I2 : Non, non.

11 **Q : Pour commencer, est ce que vous pouvez vous présenter en quelques phrases ?**

12 E4I2 : Donc, euh voilà, donc E4I2, je suis infirmier psy depuis 1982 euh, j'ai travaillé 8 ans en
13 intra-hospitalier, j'ai travaillé 20 ans sur les structures extra-hospitalières, donc CMP et
14 CATPP et là, ça fait donc 6 ans que je suis sur l'EMPP.

15 **Q : D'accord.**

16 E4I2 : Voilà un petit peu le parcours de ma carrière.

17 **Q : Juste pour vous situer dans une tranche d'âge ?**

18 E4I2 : Et bin...

19 **Q : 30-40, 40-50...**

20 E4I2 : Plus de 50.

21 **Q : D'accord, donc, six ans...**

22 E4I2 : En EMPP

23 **Q : Et durant votre parcours professionnel, vous avez toujours été dans le domaine de**
24 **l'exclusion ?**

25 E4I2 : Non, parce que j'ai changé il y a six ans parce qu'effectivement après être passé en
26 intra-hospitalier, en extra-hospitalier 20 ans donc j'étais arrivé au... j'étais arrivé au taquet
27 de ce que je pouvais faire, je pense avec les patients, et puis je voulais voir autre chose.

28 **Q : D'accord.**

29 E4I2 : Tout en restant dans la psy. Euh, l'avantage qu'on a effectivement sur l'EMPP c'est
30 qu'on fait encore de la psy, bon. Voilà, donc c'est pour ça que l'exclusion, alors nous
31 l'exclusion après c'est en fonction des gens de l'équipe et pas... enfin... la précarité je veux
32 dire c'est pas la même, la seule chose qu'il y a c'est qu'ils sont tous quasiment domiciliés

CCLXIII

33 sauf que par rapport à ma collègue qui travaille sur W, moi j'ai un secteur géographique qui
34 est plus...rural. Euh...il y a qu'une seule ville principale qui est X où le travail... enfin il y a pas
35 beaucoup de boulot, les gens s'en vont et en plus, tout autour c'est quasiment un milieu
36 que... rural donc où l'exclusion se fait encore moins voir parce qu'il faut encore, même dans
37 le milieu rural il faut encore pas beaucoup parler de la psy, ça fait encore peur et bon, c'est
38 vrai que c'est une population qui a sa fierté, qui accepte pas euh...voilà. Les paysans, c'est
39 une population qui est très difficile à accrocher parce que, voilà ils ont leur fierté, ils
40 préfèrent... voilà... donc voilà la différence un petit peu par rapport à ma collègue qui est sur
41 W et il y a mon collègue qui est sur la communauté urbaine de Y et Z où c'est une population
42 plus ouvrière et ...voilà...voilà.

43 **Q : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler un petit plus de votre équipe ?**

44 E412 : Alors l'équipe... et bin l'équipe elle est composée de 4, à ce jour, de 4 infirmiers. Donc
45 un par bassin géographique. Euh...donc...euh...on a un médecin référent qui est le médecin
46 chef de pôle, mais, on est seul. On n'a pas de psycho, on n'a pas d'AS, donc, voilà... donc
47 nous l'équipe euh... au niveau composition, voilà, c'est ça. C'est un médecin responsable
48 euh... quatre infirmiers sur le nord du département, et puis euh...donc E411 qui est la plus
49 ancienne, ensuite moi, ensuite mon collègue et...voilà et bon...euh...nous on essaye de se
50 voir on se voit en général comme on a fait ce matin, on se voit le matin avant de partir ou le
51 soir quand euh... pour exposer un peu les situations qui nous posent un petit peu souci...

52 **Q : Donc de manière informelle ?**

53 E412 : de manière informelle...mais enfin, disons que tous les matins, on se voit. Bon, il y a
54 des situations ou pas mais tous les matins, on se voit, c'est plus facile parce que bon, après,
55 l'après-midi en fonction de ce qu'on a, on ne rentre pas tous à la même heure. Euh...voilà on
56 a une psycho qui nous fait des reprises mensuellement... parce qu'on a demandé bon, on
57 peut pas tout résoudre, on n'est qu'infirmiers aussi, hein. Et voilà, donc... on est... on est
58 électrons libres, voilà.

59 **Q : D'accord, et quelles sont les missions de votre équipe ?**

60 E4121 : Alors, nous si vous voulez c'est euh... c'est bon on a le rôle de... c'est un peu en
61 amont hein. Donc nous c'est de rencontrer des... on va pas dire des patients puisqu'ils sont
62 pas patients, des gens... des gens qui sont pas connus des services de psy, à la demande des
63 différents partenaires sociaux, de faire un premier entretien d'évaluation, enfin si les gens
64 sont d'accord, pour déceler s'il y a des troubles psy dessous ou pas. Donc euh... bien souvent
65 ça peut être l'assistante sociale, ça peut être Pôle Emploi, ça peut être les mairies, ça peut
66 être les médecins généralistes, tous les partenaires avec qui on bosse qui nous adresse ces
67 gens-là. En générale, le premier entretien, on le fait en tripartite avec la personne qui nous
68 l'adresse, c'est plus facile, et après, à nous de poser un diagnostic infirmier, de voir s'il faut
69 adresser en consult' psy, bon alors, avec les contraintes que ça représente parce que bon,
70 bin... il y a du monde, soit adresser à un médecin généraliste et mettre un traitement, si c'est
71 qu'une petite dépression ou si c'est un traitement qu'on peut gérer à domicile sur un
72 médecin généraliste, soit, carrément des fois, être obligé de faire hospitaliser. Voilà, donc ça
73 c'est un des premiers rôles, c'est rentrer en contact avec une population en souffrance qui
74 est... qui y a quelques temps, avant que les EMPP existent, existait mais n'était pas signalée

CCLXIV

75 parce que il fallait faire la démarche d'aller au CMP, pour les gens et... enfin moi je parle
76 pour mon secteur, faire la démarche de pousser la porte du CMP, c'est pas simple. Donc,
77 nous l'avantage qu'on a, c'est qu'on peut aller à domicile hein... sans l'aval d'un médecin, de
78 notre médecin chef.

79 **Q : D'accord...**

80 E4I2 : alors que les gens du CMP, les infirmiers vont en visite à domicile mais sur prescription
81 médicale sur des gens déjà connus. Donc nous on est... voilà, nous on peut aller n'importe
82 où, n'importe quand... voilà. Et le deuxième rôle, et bin c'est effectivement tout ce travail de
83 partenariat, qui est long à mettre en place parce que c'est pas vieux les EMPP... doivent
84 dater de 2007, je crois sur le CHS... et voilà. C'est beaucoup avec les partenaires pour leur
85 expliquer, pas toutes les pathologies parce que c'est infaisable. En plus les pathologies au
86 jour d'aujourd'hui sont pas si nettes qu'il y a 30 ans de par un repérage un peu plus précoce
87 et... voilà et de leur expliquer euh... bin peut-être des conduites à tenir, des attitudes, des
88 postures par rapport à certaines situations pour pas qu'elles se mettent en danger. Et après
89 que les choses soient claires c'est à dire le soin pour les assistantes sociales, dire au gens
90 « nous ça nous regarde plus, on peut pas gérer donc c'est monsieur ou madame » et nous on
91 reste... voilà. Bon ça pose pas de souci, c'est... enfin moi j'ai eu aucun souci pour poser ce
92 genre de truc. C'est long... parce que les gens ont des habitudes, nous aussi... et...pendant
93 des années il y a eu un pseudo secret médical qui... mais bon, on reste quand même discrets
94 sur le diagnostic qu'on va poser, nous, mais leur expliquer quand même des choses...
95 simplement. Voilà. Voilà les deux grands rôles de l'EMPP, euh... donc... Ce qui est difficile
96 c'est qu'effectivement, toute cette population, enfin, je vais dire, enfin pour moi, 99,99 %
97 des patients sont domiciliés, c'est-à-dire que moi, je vois pas de gens à la rue. Sur une ville
98 comme *ville 3*, par contre ils ont... j'sais pas euh... ça doit être, je sais plus, 300 et quelques
99 SDF qui sont à la rue, ces gens-là... nous la population est domiciliée et les seuls, les gens qui
100 sont en première ligne pour le coup, c'est souvent l'assistante sociale. Donc nous ce qu'on
101 leur demande, c'est de nous alerter dès le départ, si elles sentent qu'il y a quelque chose qui
102 ne va pas, de ne pas attendre que ça dure... que... voilà. Pas suivre quelqu'un pendant un an,
103 un an et demi et puis me dire au bout d'un an et demi « il y a quelque chose qui ne va pas ».
104 Donc, il faut aussi qu'elles aient une lecture, bon... quoi que maintenant elles se posent plus
105 la question, dès qu'elles ont le moindre doute, elles nous appellent et puis voilà.

106 **Q : Et vous allez vérifier ?**

107 E4I2 : Voilà. C'est notre boulot.

108 **Q : D'accord.**

109 E4I2 : Voilà en gros notre mission...

110 **Q : Est ce que vous pouvez me parler de votre pratique professionnelle en particulier, dans
111 cette équipe ?**

112 E4I2 : Alors ma pratique professionnelle...

113 **Q : Auprès de ce public là.**

114 E4I2 : Alors, j'ai envie de dire, il y a pas une pratique professionnelle. Il y a... parce que bon
115 la pratique professionnelle c'est euh... nous l'important, pour moi, la première chose à ne

CCLXV

116 pas louper, puisqu'on va parler de pratique professionnelle, c'est le premier entretien. Si le
117 premier entretien est loupé, ces gens ils accrochent plus. C'est un entretien d'accueil, il
118 faut... voilà, faut rester à l'écoute, faut rester humble, faut... voilà, faut... les gens viennent
119 ou acceptent de vous recevoir à domicile, donc je crois qu'il faut rester euh... faut pas
120 montrer que voilà...il y a une question de confiance, il faut que les gens soient... il faut qu'il y
121 ait une relation de confiance qui s'établisse, il faut rester très humble, et puis pas louper ce
122 premier... Moi, pour moi le premier entretien que ce soit sur l'EMPP dans les CMP ou même
123 à l'hôpital, je pense que le premier entretien c'est celui qui va déclencher le... la entre
124 guillemets, la réussite du suivi ou pas.

125 **Q : D'accord.**

126 E4I2 : Après la pratique professionnelle, chacun bosse un petit peu euh... différemment
127 donc, euh... on bosse avec ce qu'on est. Bon au niveau de la pratique, de l'organisation, on
128 n'est pas tous pareils, moi j'ai un secteur géographique qui est bien étendu avec beaucoup
129 de petits villages autour d'une grande ville, donc moi je me suis arrangé pour peut-être au
130 contraire de mes collègues, quand il y en a qui le font, je fais une permanence dans les
131 différents villages qui sont autour d'X.

132 **Q : Dans les mairies ou dans les...**

133 E4I2 : Alors euh... sur les Maisons Médicales, j'ai une permanence sur une Maison Médicale,
134 sur les centres sociaux, sur la ville d'X, j'ai une permanence à la Communauté de Communes.
135 Enfin, tout ça effectivement, ça a été un travail à mettre en place au départ avec les mairies,
136 qu'ils nous accordent gracieusement un bureau, et moi ça me permet effectivement de
137 couvrir au niveau géographique, les principaux points de... où il peut y avoir des soucis.

138 **Q : D'accord.**

139 E4I2 : Euh...plus les visites à domicile puisque les visites à domicile, on les fait, plus euh...
140 bon moi je fais partie du réseau sur les violences intra-familiales à X, je fais partie du CISP,
141 Conseil de Sécurité et Prévention de la Délinquance sur X. Je fais partie de l'atelier santé ville
142 à X, bon voilà, je fais plein de choses donc, pour arriver à tout essayer de grouper, c'est pas
143 facile, mais, bon... ça se fait. Donc voilà un petit peu au niveau de la pratique. Bon après... je
144 vous dis, la pratique... chacun... enfin ce que je pense par contre effectivement puisqu'on...
145 au niveau de la pratique professionnelle, je pense que c'est un poste qui est compliqué
146 parce qu'on est seul. Il faut avoir une lecture très claire au moins des principales pathologies
147 parce que pour poser un diagnostic infirmier, je pense qu'il faut avoir été confronté à des
148 pathologies marquées. Aujourd'hui elles sont moins marquées et tout s'ajoute, le psycho
149 sociaux éduco euh... voilà. Ça regroupe un peu tout donc je pense que c'est un poste qui
150 est... il faut accepter d'être seul et de pouvoir gérer les situations d'urgence, de pouvoir
151 prendre des décisions quand il faut les prendre, et c'est pas si facile que ça. C'est un poste
152 que je conseille pas à un jeune qui débarque, quoi.

153 **Q : Et vous en avez un petit peu parlé, vous avez dit que c'était une population plus rurale
154 dont vous vous occupez mais, est ce que vous pourriez me définir les caractéristiques
155 essentielles de la population que vous rencontrez ?**

156 E4I2 : Alors euh... une majorité de femmes, beaucoup euh... de problèmes de conjugopathie
157 mais bon problèmes de conjugopathie avec bien souvent alcoolisation massive de l'un ou

CCLXVI

158 l'autre mais c'est pareil. Alors après, ces problèmes de couple on va dire qu'est-ce qui
159 entraîne la précarité ? Est-ce que c'est la pathologie qui entraîne une précarité ? Est-ce que
160 c'est la précarité qui entraîne... on sait pas. Toujours est-il que moi, je suis beaucoup de
161 femmes, beaucoup de problèmes de conjugopathie, d'alcoolisme, pas beaucoup de jeunes
162 parce que euh... et bien déjà les jeunes dans la région s'en vont donc c'est compliqué de...
163 sur *la région* les jeunes partent pour faire des études supérieures, là, y a rien donc les jeunes
164 partent sur *Y*, sur *W* ou *U*. Donc moi les jeunes, on n'en voit pratiquement pas, les jeunes
165 sont plutôt adressés sur le CMP les jeunes scolarisés adressent sur le CMP. Et puis euh... les
166 enfants. Bin les enfants, le problème c'est que moi j'y connais rien, j'ai toujours bossé en psy
167 adulte et je veux pas prendre en charge euh... j'veux pas mettre en péril les jeunes comme
168 ça. Donc voilà la population euh... moyenne d'âge j'ai envie de dire entre euh... allez...
169 moyenne d'âge, je dirais 40 ans, la moyenne d'âge parce que bon je suis les personnes âgées
170 aussi et puis euh les plus jeunes que je vois ont 25-30 ans... on va dire 40 ans moyenne
171 d'âge, quoi.

172 **Q : D'accord. Est-ce que vous pourriez hiérarchiser les différentes problématiques de santé**
173 **que vous rencontrez ?**

174 E4I2 : Euh...(réfléchit) ah, c'est compliqué ! (rires)

175 **Q : (rires) dans la mesure du possible...**

176 E4I2 : Euh...Alors ya...une hiérarchie c'est compliqué... (silence). Alors moi je dirais en
177 premier parce que malgré tout, en premier c'est ces problèmes de conjugopathie, je dirais
178 en premier. Ensuite euh...bon. J'vais dire ça mais bon ça...ça entraîne plein de choses, j'veux
179 dire là-dessus, des dépressions légères ou un peu plus sévères euh... problèmes d'alcool
180 aussi... euh...et...qu'est-ce que j'ai d'autre... ? Alors le problème, c'est que effectivement
181 quand y a vraiment des grosses patho' dessous, on se dépêche, très vite, d'avoir un rendez-
182 vous auprès d'un médecin. Donc on a des médecins sur les CMP, malgré tout, si vraiment y a
183 besoin, on peut envoyer après les grosses pathologies comme on va partir dans la schizo, les
184 psychoses pas tant que ça euh... je pense que c'est plus une précarité...ouais... enfin qui
185 entraîne effectivement des troubles euh... si on peut appeler ça des troubles comme l'alcool,
186 la dépression, les TS... pas beaucoup. Après il y a pas mal de personnes âgées malgré tout, je
187 vois alors bon après, pareil hein est ce que c'est des entrées dans la démence ? Est-ce que
188 c'est l'Alzheimer ? Est-ce que c'est juste des problèmes de solitude ? beaucoup de
189 problèmes de solitude parce qu'en général, ils se retrouvent tout seuls donc il y a la solitude
190 qui pèse et qui entraîne effectivement des troubles... mais voilà... plus besoin de ré-
191 assurance que de traitement, hein j'veux dire... moi je suis des personnes âgées, rien que le
192 fait d'y passer une fois par semaine trois quarts d'heure euh... voilà, c'est de la ré-assurance,
193 ça rompt la solitude et ce problème de solitude... Bon, le problème financier mais bon, ça
194 c'est... alors en sachant que nous... enfin moi, quand je pense pouvoir gérer, je l'fais ; quand
195 je peux pas qui faut adresser, j'adresse sur une psycho au CMP ou un médecin. C'est clair
196 hein, moi j'en fais pas plus. Alors après ce qui est compliqué dans ce poste-là, c'est d'amener
197 les gens aux soins à un niveau psy et de les lâcher une fois qu'on les a amenés. Voilà, ça c'est
198 un travail qui je pense est compliqué aussi pour mes collègues. Moi j'ai bossé vingt ans dans
199 un CATTP j'ai eu du mal à lâcher certains patients et... voilà, parce que y a quand même... on
200 met quand même un certain temps pour rentrer en confiance et quand il faut lâcher « bin

CCLXVII

201 oui mais vous m'abandonnez aussi » alors bon... ils sont déjà abandonnés de tous les côtés...
202 alors bien expliqu... mais après c'est nous... moi je peux le faire, maintenant ça me pose pas
203 de souci, après 35 ans de carrière, j'peux l'faire. Non mais c'est vrai... c'est pas facile.

204 **Q : Mais c'est à prendre en compte en tout cas.**

205 E4I2 : Voilà !

206 **Q : D'accord. Vous m'avez parlé des partenaires, du coup vous avez des partenaires**
207 **sociaux, qu'est-ce qui initie le plus souvent votre intervention, du coup ? C'est uniquement**
208 **ces partenaires-là ou vous pouvez aussi intervenir de manière spontanée ?**

209 E4I2 : Euh... C'est compliqué d'intervenir de manière spontanée dans le sens où bien souvent
210 il faut aller chez les gens pour voir comment ça se passe et pis qu'si nous on débarque en
211 tant qu'infirmier psy chez des gens comme ça euh... bon. Non. Bien souvent, enfin, moi je
212 vais dire à 100 % des cas qui me sont signalés, c'est par des partenaires sociaux avec tout ce
213 que ça comprend : assistantes sociales, médecins, mairie, Pôle Emploi, les assoc' euh... j'en
214 oublie, quoi... moi, pour 100% de mes demandes d'interventions s'effectuent à la demande
215 des partenaires.

216 **Q : D'accord.**

217 E4I2 : Et simplement parce que effectivement, nous, on peut pas deviner et si par exemple
218 on nous signale une situation à domicile... comme hier tiens, la semaine dernière, on me
219 signale une situation à domicile, on me dit « est ce que tu peux intervenir ? » moi je
220 débarque pas chez les gens, comme ça, euh... donc en accord avec le médecin généraliste
221 pour le cas d'hier, c'est le médecin généraliste qui a prévenu de mon arrivée parce que ça se
222 fait pas non plus et pis je pense que ça permet aussi un peu aux gens de recevoir un
223 infirmier, parce que moi je tiens vraiment, au départ les partenaires me disaient mais on te
224 présente comment ? Et bin vous me présentez comme un infirmier psy, il faut que ce soit
225 clair, quoi, c'est pas la peine de rouler les gens dans la farine en disant y a un infirmier qui va
226 venir vous voir, l'autre elle va me dire « bin j'suis pas malade », elle a pas besoin de... donc
227 voilà. J'pense que quand c'est comme ça, quand il y a une intervention à domicile, quand les
228 gens peuvent pas venir, soit j'y vais avec le partenaire qui m'a fait la demande, soit le
229 médecin généraliste ou le médecin traitant appelle son patient pour dire que je passerai.
230 C'est le plus simple et c'est le plus... bin voilà. C'est ce qui se fait normalement et qui doit se
231 faire, je pense.

232 **Q : D'accord. On va passer à la deuxième partie. Elle est plus axée sur la démarche**
233 **évaluative des besoins de santé que vous rencontrez. Alors qui sont les acteurs de cette**
234 **démarche évaluative des besoins de santé ?**

235 E4I2 : Euh... les acteurs... (silence) Alors bien souvent, j'pense que c'est ça... Moi j'ai envie de
236 dire...que bien souvent c'est les médecins traitants, J'veux dire c'est les premiers, c'est ceux
237 qui sont au... bin qui sont au... quand il y a médecin traitant, il y en a de moins en moins donc
238 c'est de moins en moins facile. Bien souvent c'est un médecin traitant qui alerte les services
239 sociaux, hein le médecin qui reçoit quelqu'un et qui alerte les services sociaux en leur disant
240 « ya un souci dans la famille » ou le voisinage qui s'inquiète parce qu'il y a des cris dans une
241 famille ou... y a des choses qui ont pas l'air bien normales. Bien souvent c'est le médecin
242 traitant, ça peut être le maire... au niveau des mairies aussi qui ont beaucoup de demandes

CCLXVIII

243 et de plaintes enfin, c'est le voisinage qui font la démarche d'aller en mairie pour dire « voilà
244 ya telle ou telle personne à côté de chez moi, y a quelque chose qui va pas, y aurait peut-
245 être besoin d'envoyer quelqu'un » ... euh... voilà, donc les principaux acteurs c'est ça, sur le
246 secteur où je travaille. Parce que c'est pareil, les assistantes sociales elles interviennent à
247 domicile mais sur le... alors par contre je sais pas qui leur signale, je ne sais pas d'où viennent
248 les signalements, ça peut être du voisinage, certainement, euh... bien souvent, où c'est le
249 plus facile... enfin... je devrais pas dire ça... c'est quand il y a des enfants. Bien souvent quand
250 les gens sentent les enfants en danger, là il y a un signalement qui est fait, des courriers qui
251 sont faits aux assistantes sociales et elles interviennent donc euh... mais autrement y a les
252 médecins généralistes les trois quarts du temps qui nous, enfin qui me contactent en me
253 disant « voilà j'ai telle ou telle personne qui va pas bien euh...est ce que tu pourrais faire un
254 entretien, voir ce qui va ou ce qui va pas ». Donc les principaux acteurs, effectivement, je
255 pense que c'est le médecin généraliste ou le médecin traitant.

256 **Q : D'accord. Et au sein de votre EMPP, du coup, c'est vous, vous êtes vraiment**
257 **indépendants les uns des autres ?**

258 E4I2 : Ouais. Ouais.

259 **Q : D'accord. Alors est ce que le vocabulaire « projet de vie » enfin l'expression « projet de**
260 **vie » fait partie de votre vocabulaire ?**

261 E4I2 : Projet de vie euh...Moi j'ai envie de dire « maintien de vie ». Non mais, voilà, j'veux
262 dire... c'est difficile de parler de projet de vie à des gens qui sont dans un état de... qui sont
263 dans un état de stupeur complètement... qui sont éclatés, qui sont cassés, qui ont plus
264 aucun... quand on leur propose, alors effectivement ça serait l'idéal d'avoir le temps
265 d'envisager de faire un projet de vie pour euh... je sais pas moi, pour quelqu'un qui se
266 retrouve à la rue, qui a plus de boulot. Le problème c'est que voilà, on n'est pas dans
267 l'urgence moi j'ai envie de dire si on déjà on arrive à leur redonner l'envie de vivre plutôt
268 que de se projeter parce que ça fait des années finalement il y en a, ça fait des années qu'ils
269 sont dans cette situation là et les projets ils en ont plus un. J'veux dire pour eux
270 effectivement, si, le projet de vie ce serait de leur trouver un boulot euh... et voilà... le projet
271 de vie c'est compliqué quand les gens sont vraiment euh... Moi y a des gens il a fallu
272 quelques années, hein, avant que ça rebondisse avant de pouvoir... alors après on peut pas
273 non plus... on n'est qu'infirmier, nous donc pour nous, moi j'ai envie de dire c'est un projet
274 de soins euh... bon qu'ils se raccrochent un petit peu à la vie, moi j'ai envie de dire, il y a des
275 gens, et je ferai tout pour qu'ils voient une psycho ou qu'ils voient un médecin, quoi parce
276 que tant qu'il y aura pas ce truc là, ils sont pas armés psychiquement pour le faire seul, quoi
277 et puis... voilà quoi... En plus, quand il y a des enfants au sein d'une famille c'est ça le plus
278 important je pense parce que un projet de vie si tout allait bien, ils auraient le même projet
279 de vie que tout le monde, quoi vivre une vie entre guillemets normale, c'est ce qu'on dit ça
280 fait pas trop enfin moi j'en parle pas trop, moi les projets c'est plus à court terme dans un
281 premier temps. Alors le court terme chez nous ça peut vouloir dire six mois à huit mois, en
282 fonction des pathologies qu'on rencontre, et puis le moyen terme euh... j'ai envie de dire, ça
283 passe au CMP, dans la possibilité des choses. Moi j'essaye de passer au CMP quand vraiment
284 je sais que ça sera un travail sur des années, euh... et puis voilà. Après le CMP prend le relais
285 et eux effectivement pourront mettre en place un projet un peu plus élaboré, que de toute

CCLXIX

286 façon les nôtres, ils en ont pas de projets eux le seul projet qu'ils ont c'est de vivre... de vivre
287 au jour le jour et de se dire est-ce qu'on sera encore là demain, hein... quelques soient les...
288 entre guillemets, les pathologies qu'on rencontre, hein, quelqu'un qui boit ou qui est
289 dépressif ou n'importe quoi, qui a des problèmes de couple, l'important c'est l'instant T et
290 pouvoir déverser pffff voilà. Donc moi le projet de vie j'en parle pas trop, je parle d'un
291 projet... nous c'est des projets à court terme, si vous voulez, c'est amener les gens au soin
292 pour pouvoir effectivement, eux après, faire des projets un peu plus... un peu plus
293 importants.

294 **Q : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler plus précisément de l'évaluation que vous**
295 **réalisez auprès de ces personnes ?**

296 E412 : Oui... alors, l'évaluation qu'on réalise... (silence) Bin, c'est bien compliqué d'évaluer !
297 Alors nous on nous demande... ça me fait toujours un peu... on nous demande de poser un
298 diagnostic infirmier, donc d'évaluer, de mettre un code diagnostic... alors ça c'est la grosse
299 mode, sauf que moi, je suis désolé mais je peux pas mettre un diagnostic infirmier un code
300 diagnostic au premier entretien, ni au deuxième, ni au troisième. Donc, il y a des codes
301 diagnostics qui englobent beaucoup de choses donc, je mets un code diagnostic qui puisse
302 être rentré dans la bécane et voilà. Euh...l'évaluation, je veux dire, c'est... après chacun la fait
303 en fonction de ce qu'on ressent... où on veut aller, ce que le patient nous dit parce que... bon
304 euh... je crois que ce qui est important aussi c'est d'entendre ce que le patient a à dire, peu
305 importe si c'est la réalité ou pas la réalité, il faut qu'il puisse le dire et l'exprimer. Et après les
306 évaluations c'est ce qu'on disait tout à l'heure, c'est un petit peu bon, les entretiens savoir
307 où on va, où on veut aller et jusqu'à quel point. L'évaluation ça englobe un petit peu toute la
308 vie de la personne. J'veux dire, moi je fais les évaluations, je me base sur son vécu sur les
309 antécédents familiaux, sur la situation actuelle, sur euh... bin les sentiments, sur plein de
310 choses quoi... Euh...bin qu'est-ce qu'il y a encore euh... (silence) sur le ressenti, arriver à...
311 enfin j'veux dire... moi je pense, il faut arriver à voir... moi pour moi, déjà une chose
312 importante c'est de voir s'il y a encore des sentiments si l'histoire des sentiments n'est pas
313 complètement écrasée, s'il y a plus de colère, s'il y a plus de tristesse s'il y a plus de joie, là je
314 m'inquiète un peu. Tant que les gens sont en colère et qu'ils l'expriment, je pense que c'est
315 important. Donc après, l'évaluation peu importe, si je mets un code diagnostic pour
316 syndrome machin dépressif ou problème d'alcool, c'est pas ça, l'évaluation elle se fait euh...
317 Alors au départ, l'évaluation elle se cantonne à... à des questions simples, hein j'ai envie de
318 dire, c'est... bon voilà j'interviens à la demande de tel ou tel médecin ou assistante sociale,
319 qu'est-ce qui se passe ? Voilà, c'est tout bête, c'est la première question : qu'est-ce qui se
320 passe ? Qu'est-ce qui vous arrive ? Est ce que vous avez envie d'en parler ? Est ce que vous
321 avez pas envie d'en parler mais, on va essayer qu'en même, euh... et après je pense que
322 l'évaluation elle porte pas tant sur la forme que sur le fond, c'est dans la mesure où les gens
323 acceptent de nous recevoir, comme je disais tout à l'heure, notre évaluation on est obligé
324 d'avoir un... moi je peux pas évaluer quelqu'un en trois quarts d'heure ou une heure. C'est
325 hyper compliqué ou alors je risque de me planter. Et le premier entretien d'évaluation,
326 puisque c'est ce premier entretien qui va décider si on oriente ou pas sur un psy. Alors, on
327 n'évalue pas euh... moi j'évalue l'être dans sa totalité, j'évalue pas une... je peux pas, je vais
328 pas évaluer sur une patho. Moi quand on me dit faudrait voir tel ou tel patient parce que
329 c'est une dépression, non, c'est pas si simple que ça. Faudrait voir tel ou tel patient parce

CCLXX

330 qu'il y a un problème d'alcool, bon bin moi je suis un petit peu en retrait par rapport à
331 certains, moi je considère que l'alcool n'est pas une maladie mais c'est le symptôme d'une
332 souffrance en dessous, pour moi il y a des problèmes d'alcool effectivement qui viennent
333 des problèmes physiques après mais tant que la souffrance, tant que le pourquoi des gens
334 en arrivent à cette consommation excessive d'alcool qui est un très bon antidépresseurs,
335 tant que ça s'est pas sorti, donc voilà... Evaluer c'est savoir une globalité et puis après,
336 arriver à tirer les petits traits pour voir où on s'oriente. Ça a l'air simple mais pas tant que ça,
337 quoi. (rires)

338 **Q : Est ce que vous avez des outils ou des techniques particulières, du coup pour évaluer**
339 **ces personnes ?**

340 E4I2 : En fonction des gens qui sont en face de nous. Euh... alors... bon... il y a ouais des
341 outils, la reformulation...

342 **Q : Donc par l'entretien, déjà ?**

343 E4I2 : L'entretien, de toute façon, nous on n'a que ça. En tant qu'infirmier pour évaluer euh...
344 on n'a que ça. On a que les entretiens on a nous quoi. Donc tout ce qui est reformulation
345 tout... alors le transfert contre le transfert machin... les techniques... après les techniques
346 chacun... c'est important, chacun a les siennes mais on fait, on emploie des techniques qui
347 nous ressemblent à nous, quoi, celles qu'on maîtrise le mieux. Bon il y a l'empathie, y a plein
348 de choses, ya euh... des trucs qui... alors après, l'important, effectivement j'ai envie de dire,
349 peu importe la technique, l'important c'est d'arriver à ce qu'on veut faire hein... Alors, après
350 les techniques euh... y a un cadre, hein, l'entretien il est cadré, y a un cadre au niveau du
351 temps, au niveau du lieu, au niveau des prises de rendez-vous, au niveau... Ça s'est hyper
352 important, euh... l'entretien, enfin... les patients doivent être informés que l'entretien dure
353 trois quarts d'heure ou une heure point barre, on déborde pas. Et je pense que déjà ça, ça
354 leur fait du bien, alors, bon, après voilà... le cadre, j'veux dire... après y a l'écoute c'est
355 forcément... forcément important euh... voilà... Y a... après faut rester euh...faut arriver à pas
356 se faire manger, hein. Donc, c'est bien d'être empathique mais faut pas non plus euh... faut
357 pas basculer de l'autre côté hein et ça s'est les gens... des fois les gens ont du mal à... faut
358 recadrer des fois hein mais c'est bon... voilà... qu'est-ce qu'on a d'autre ? (réfléchit)

359 **Q : C'est verbal, majoritairement verbal ?**

360 E4I2 : C'est tout verbal. De toute façon euh... et pis euh... il y a une chose qui est importante,
361 c'est d'être franc, quoi hein. C'est pas la peine de cacher les choses aux gens hein... moi je
362 trouve que ça fonctionne bien quand on parle aux gens et qu'on leur explique effectivement
363 ce qui se passe, ils sont plus clairs à leur niveau hein, quoi. Mais nous c'est tout verbal parce
364 que y a pas, parce qu'on n'a pas d'autre... sur l'EMPP, je parle, hein parce que effectivement
365 sur d'autres structures sur un CATTTP toutes les activités de la médiation sont encore aussi
366 importantes. Nous on n'a pas tout ça. Ça pourrait aider des fois mais on n'a pas. On n'a pas
367 les moyens et on n'a pas le temps, surtout... donc c'est les entretiens, effectivement c'est
368 tout verbal.

369 **Q : Lors de cette évaluation, quel élément vous prenez en compte en particulier ?**

370 E4I2 : (Silence) la personne... (silence) le mal-être j'ai envie de dire, voilà. Euh, l'évaluation
371 effectivement, on peut pas faire euh... enfin... si on prend pas... faut savoir pourquoi la

CCLXXI

372 personne, pour moi le plus important c'est ça, c'est ce mal-être et après effectivement, y a
373 du boulot souvent au niveau narcissique à remettre la personne dans un état euh...
374 compliqué mais bon le principal c'est le mal-être. Quand les gens sont pas bien peu importe
375 pourquoi ils sont pas bien, j'ai envie de dire, moi quelqu'un qui est en souffrance, il est en
376 souffrance, j'veux pas savoir si c'est parce que sa femme l'a trompé ou son mari l'a trompée
377 pour ça qu'il boit depuis quinze ans, il est en souffrance. Bon, voilà... et puis euh ... voilà,
378 pour moi c'est ça.

379 **Q : D'accord. Est ce que vous prenez d'autres éléments en compte, hormis la personne ?**

380 E412 : (Silence)... Bon, la personne c'est important, s'il y a de la famille, c'est important s'il y a
381 de la famille parce que... voilà... Par contre je prends aucun autre élément c'est à dire que je
382 veux pas savoir s'il a déjà été hospitalisé en psy, je veux pas savoir comment... parce que je
383 pense que c'est trop... quand je l'ai vu, je me renseigne. C'est à dire que quand j'ai fait la
384 première évaluation, je vais voir sur notre euh... si les patients ont été hospitalisés mais je
385 leur demande pas hein, s'ils me le disent c'est bien, mais moi je veux rester sur une première
386 évaluation sur un truc euh... voilà, entendre ce que la personne a à dire, c'est important.
387 Après on travaille dessus. Mais pas de prime abord, si je lui dis vous avez déjà été hospitalisé
388 au CHS de *ville 4*, c'est mort, quoi. Ça va pas se passer comme il faut, il va me dire ça me
389 regarde pas ou... « de toute façon je vous le dirai pas... » bon... donc c'est pas la peine. Mais
390 après, bien souvent après... parce qu'ils savent quand même qu'on dépend du CHS donc moi
391 j'en parle pas et s'ils ont envie d'en parler, ils en parlent, s'ils en parlent pas et qu'il y a
392 un besoin effectivement d'en parler, on en parle pour euh... mais autrement non, j'en parle pas.

393 **Q : Et du coup, comment est-ce que vous abordez de la nécessité de soins avec la**
394 **personne ?**

395 E412 : Alors je pose une question toute simple, hein... « moi je vous propose de vous aider...
396 est-ce que vous êtes d'accord ou pas ? » Je m'arrête là. Donc c'est... de toute façon c'est
397 clair, hein, les gens, c'est oui ou non. Donc si c'est oui, ok, on enclenche, si c'est non, faut
398 être un peu plus persuasif. Il faut pas lâcher... il faut... enfin faut pas lâcher... si les gens vous
399 disent non, et bin... sur le coup, c'est non alors on laisse nos coordonnées, on laisse nos
400 coordonnées aux partenaires sociaux, aux gens et puis des fois, quinze jours trois semaines
401 après on reçoit un coup de téléphone en nous disant « vous vous rappelez c'est monsieur ou
402 madame untel et puis finalement j'ai réfléchi parce que sur le coup... ». Je pense que c'est
403 trop... la psy fait encore peur c'est... donc on respecte hein. Je veux dire on n'a pas le droit
404 non plus de s'imposer comme ça, si les gens refusent de se faire suivre, ça durera pas, parce
405 que si un jour ou l'autre il y a un gros clash, ça va finir par... les urgences et puis l'hospit'
406 donc euh... mais bon, on essaye d'éviter ça.

407 **Q : D'accord. Est ce qu'il existe des codes à respecter lorsque vous abordez une personne ?**

408 E412 : Des... ?

409 **Q : Des codes.**

410 E412 : J'aime pas les codes !

411 **Q : (sourire)**

412 E412 : (rires) Euh... (silence) non. J'ai envie de dire euh... oui, bin on va parler déontologie

CCLXXII

413 euh... je vais dire euh... (silence) bin oui... enfin le respect de l'autre je veux dire, le respect ,
414 l'empathie, la tenue la posture euh... l'écoute voilà je veux dire c'est... enfin moi ça me paraît
415 tellement évident que j'ai du mal à... que j'ai du mal à tout poser quoi.

416 **Q : Et des choses à ne surtout pas faire par exemple...**

417 E4I2 : Alors, moi euh... la seule chose à ne pas faire et ça je le dis... j'ai été tuteur pendant de
418 nombreuses années, ne prenez pas les gens de haut parce que vous êtes infirmier, quoi... Je
419 veux dire, les gens sont en souffrance, ils sont pas là pour entendre « vous devriez faire ci
420 vous devriez faire ça ». On n'a pas à donner des conseils concernant la vie privée, hein. Je
421 veux dire moi quelqu'un qui va pas bien, je dis n'importe quoi, il est en instance de divorce,
422 en aucun cas je lui dirai faut divorcer faut pas divorcer. C'est pas notre problème, quoi. Parce
423 que c'est dangereux, déjà respecter les gens euh... je vais parler de choses qui fâchent, euh...
424 pour moi, rester dans le vouvoiement hein... et pas les « tu » et les prénoms et les machins
425 parce qu'autrement... c'est mort, parce que tant que tout va bien, ça va... donc il y a un
426 respect de la personne et puis l'écoute quoi je veux dire... à par faire... oui effectivement, il y
427 a des codes, « bonjour, au revoir » euh... et puis... ce qui est important aussi c'est de... enfin,
428 sur ce poste là, sur d'autres aussi mais sur ce poste là, il y a un gros truc qu'il faut surtout pas
429 faire parce que y a des tas de trucs qui nous pètent à la gueule, c'est laisser sa vie privée bien
430 derrière, hein, parce que là y a des choses des fois qui sont... bin qu'on a connues
431 personnellement et le gros danger pour moi, enfin pas pour moi, parce que j'arrive à le faire,
432 euh... c'est de pas euh... bon moi je suis divorcé après y a des trucs qui nous pètent à la
433 tronche, des fois... on se dit qu'est-ce que je fais ? C'est pas si simple. Donc voilà, faut faire
434 attention à surtout rester très professionnel, et puis euh... et puis c'est pas des copains. Voilà
435 moi je pense que les deux gros trucs c'est ça : rester professionnel, écouter, ne pas juger. Ça
436 c'est clair on est pas là pour juger non plus. Et voilà, je pense que déjà pas de jugement, pas
437 d'apriori, quand on a compris ça déjà... Après c'est pas facile des fois parce qu'on est des
438 humains quand même, mais ça doit se faire normalement comme ça.

439 **Q : Alors rapidement, du fait que vous avez le même métier avec vos collègues, est-ce que**
440 **vous pouvez me parler de leur pratique professionnelle ?**

441 E4I2 : Leur pratique professionnelle... (silence). Alors vous entendez quoi par là, parce ce que
442 là on est de la même profession et ont est de la même promo. Donc moi leur pratique
443 professionnelle, je ne les jugerai pas...

444 **Q : Oui oui c'est pas en terme de jugement, c'est ce que vous savez de leur pratique ou de**
445 **leur manière de faire.**

446 E4I2 : Euh... c'est compliqué cette histoire. Bon la pratique professionnelle, bon je sais pas...
447 Je ne peux pas vous parler de leur pratique professionnelle parce que c'est effectivement
448 personnel.

449 **Q : D'accord. Vous m'avez parlé tout à l'heure de réunion que vous aviez régulièrement,**
450 **donc au niveau de votre équipe c'est des temps quand même très formel...**

451 E4I2 : Ouai, c'est une fois par mois avec une psycho pour effectivement arriver à débriefer
452 un peu parce que c'est vrai que nous, le plus lourd, c'est de tout prendre sur nous. Et puis on
453 est pas non plus des sur-hommes, donc je pense qu'il y a des situations qui nous remue, face
454 auquel on se sent, je dis pas qu'on est mais, on se sent impuissant et je pense

CCLXXIII

455 qu'effectivement de pouvoir en parler et essayer de trouver un regard neutre, donc c'est
456 une psycho du CHS mais qui a rien à voir avec le service, je pense que voilà ça c'est
457 important.

458 **Q : Du coup ça fait une bonne transition avec la question suivante : quelles difficultés ou**
459 **quelles limites rencontrez vous dans votre pratique en EMPP ?**

460 E4I2 : Alors euh, après ça j'ai envie de dire que les difficultés qu'on rencontre c'est en
461 fonction de chacun parce que je pense qu'une situation peut être difficile pour un de mes
462 collègues, pas pour moi et difficile pour moi et pas pour lui. Je pense que les difficultés
463 qu'on peut rencontrer c'est quand... alors après c'est en fonction de ce qu'on est. Moi le plus
464 difficile c'est les situations où il y a des enfants parce que je suis papa, je suis grand-père
465 donc voilà, ça c'est des situations que un des trois n'a pas, pas qu'il n'est pas marié et qu'il
466 n'a pas voilà. Et donc les difficultés ça peut être aussi la barrière de la langue, alors moi je ne
467 l'ai pas trop, mais ma collègue oui. Les difficultés... moi... alors là c'est pareil c'est en fonction
468 de où on est. Moi j'ai pas de difficulté, j'ai pas besoin de faire voir un patient à un médecin
469 parce que j'ai travaillé 20 ans là-bas au CMP, donc moi j'aurai que trois semaines d'attente,
470 mes collègues, s'ils veulent un médecin sur le CMP, ils auront trois mois, six mois, enfin c'est
471 un truc de ouf quoi. Après les situations qui posent souci... (silence) Moi j'ai envie de dire on
472 est pas une équipe d'urgence donc si y a urgence, je suis très clair avec les partenaires, c'est
473 le 15, c'est la gendarmerie, je veux dire c'est pas nous. Voilà. Moi personnellement, j'ai pas
474 trop de difficulté concernant certains patient, si ce n'est quand il y a une situation qui
475 concerne des enfants, voilà c'est ce qui me remue un peu plus les tripes. Et même si c'est
476 difficile, même si c'est pour moi le plus dur, je pense que c'est des situations où je
477 m'investirai le plus.

478 **Q : D'accord. Vous parliez tout à l'heure de barrière de la langue, est-ce que pour vous la**
479 **différence culturelle a déjà été un frein ?**

480 E4I2 : Non. Non parce que je me suis formée, j'ai fais de la psy, pour s'apercevoir qu'on
481 passe à côté de pleins de choses. En plus c'est une petite ville, les seules barrières de la
482 langue qu'il peut y avoir c'est la population maghrébine mais qui est née en France mais qui
483 parle le française hyper bien. Mais sinon y a pas de barrière de langue, pas sur le secteur où
484 je suis moi.

485 **Q : Oui c'est lié au secteur géographique ?**

486 E4I2 : Voilà.

487 **Q : Est-ce que vous pensez que certains besoins de santé de la population ne sont pas**
488 **couvert ?**

489 E4I2 : Oui. Il y a un manque évident de médecin généraliste, il y a un manque évident de
490 prise en charge. Moi ce qui me révolte un petit peu c'est quand on a affaire à des gens, on
491 s'aperçoit que ces gens là n'ont pas de couverture sociale depuis deux ans, n'ont pas de
492 médecin généraliste depuis cinq ou six ans, voilà. C'est là où c'est plus compliqué, parce que
493 sans couverture sociale, c'est pas la peine de l'envoyer voir un médecin, il pourra pas
494 acheter ses traitements, voilà c'est le manque... je ne sais pas... Alors nous on est en amont
495 effectivement mais, je pense que nous, on peut pas tout voir et on sait pas tout. Moi tout ce
496 qui est paperasse, ça je laisse à l'AS parce que je ne connais pas. Donc le gros manque il est

CCLXXIV

497 là. Et peut-être aussi de structures, mais ça ça fait des années qu'on le dit. Des structures
498 permettant un passage à peu près correcte entre une hospit' et un retour à domicile quoi.
499 Bon certains patients psychotiques, je pense que des fois le fait d'être à l'hôpital et de se
500 retrouver directement chez eux et là on nous appelle en nous disant « bah ça va pas, il a
501 arrêté son traitement ». Bah j'ai envie de dire bah oui, il faudrait peut-être des structures
502 mais ça, ça fait 25 ans et on aura jamais. (rire) je suis un peu défaitiste là dessus...

503 **Q : (rire) Non non, mais c'est votre témoignage justement. Et quelle est la suite de votre**
504 **travail après l'évaluation de la personne ?**

505 E4I2 : Bah après c'est des entretiens... j'ai envie de dire... Une fois que l'évaluation est fait
506 alors il y a deux solutions. Soit il y a nécessité de diriger vers un médecin psy, donc là il faut
507 faire un travail avec la personne pour essayer de la convaincre. En général, après quelque
508 temps on y arrive. Si y a vraiment pas nécessité d'un traitement psy pur, je veux dire pour
509 une dépression ou pour des trucs un peu plus léger, on bosse beaucoup avec les médecins
510 traitants pour le coup, donc on adresse vers les médecins traitant. On continue les
511 entretiens infirmiers quand il y a un traitement mis en place, pour voir un petit comment ça
512 ... c'est les entretiens de suite. On voit ce que ça donne avec un traitement si y a besoin.
513 Donc le médecin traitant, le médecin psy, psycho si les gens sont prêts. Si les gens sont prêt
514 après quatre cinq à faire la démarche de voir un psycho, on suit jusqu'à ce qu'il y ait un
515 rendez-vous psycho, hein quand même, parce qu'on va pas les lâcher non plus. Et puis il y a
516 les gens pour lesquels au bout de deux mois, suite à je-sais-pas-quoi, ils nous disent « merci,
517 la mauvaise période est passée » et on arrête le suivi quoi. Après il faut pouvoir l'arrêter le
518 suivi. Je sais que c'est pas toujours facile mais d'un autre côté, effectivement, si on arrête
519 pas certains suivis on va se retrouver surbooker très vite, bah oui. Alors c'est arrêter le suivi
520 sans être encore trop abandonnique. On dit « bon écouter on arrête le suivi, vous me dites
521 que vous allez bien, je reste à votre disposition si y a besoin ». Et là bien souvent ça passe
522 même plus par les partenaires, les gens nous rappellent directement, quand il y a besoin, du
523 moins en ce qui me concerne.

524 **Q : Très bien. Dernière question et après on passe à la dernière partie. Est-ce que la prise**
525 **en charge des personnes en situation d'exclusion souffrant de troubles psychiques vous**
526 **semble satisfaisante...**

527 E4I2 : Non (sourire)

528 **Q : ... aujourd'hui ? ... D'accord, c'est spontané ! (sourire)**

529 E4I2 : Non voilà. Je pense que je vais pas rentrer dans les détails parce qu'il y a trop de
530 choses. Je veux dire y a pas que nous, la prise en charge elle serait... l'idéal ça serait... la
531 personne qui souffre de troubles psychiques, si ce n'est pas des grosses pathologies c'est
532 simple, c'est trouvez moi du travail et puis voilà. Bon si c'est une grosse pathologie qui se
533 déclare, une schizo qui démarre à 25 ans, bon là, il y aura un suivi. Je veux dire, on est
534 qu'infirmier, donc si les gens n'accrochent pas ou on pas envie... donc je leur dire, vous savez
535 je suis qu'infirmier, les entretiens qu'on va faire c'est un peu le tout venant, on va dire. Vous
536 me balancez vos trucs, par contre il y a des trucs dans lesquels je ne rentre pas, donc il
537 faudra, si vous avez besoin, prendre la décision d'aller voir un psycho, parce que moi je ne le
538 ferai pas. Alors des fois ça dure six, huit mois et on tourne en boucle, une fois qu'ils ont jeté

CCLXXV

539 leur trucs, il faut remettre un coup de pied et il faut dire bah faudrait penser à prendre
540 rendez-vous avec un psycho. Bien souvent, j'accompagne au CMP pour prendre ce rendez-
541 vous. Alors après, il y aurait pleins de choses mais il faudrait... c'est pas qu'au niveau santé
542 qu'il y a des besoins, c'est au niveau social, c'est au niveau aide, mais bon on peut pas tout
543 avoir. Pour moi c'est pas satisfaisant dans le sens où, ouai on va résoudre certains problèmes
544 au niveau souffrance psychique mais tant que le matériel ne suivra pas... Enfin je veux dire,
545 des gens qui déménagent sur cette ville en ce moment, il n'y a pas moyen d'avoir un
546 médecin traitant en ce moment. Pas moyen ! Donc il faut 6 mois, 8 mois, 10 mois... Alors il y
547 a pas de médecins traitant, il y a pas de psy... bah... Alors ne serait-ce qu'avoir un médecin
548 traitant. Alors après on ramasse tous les problèmes physiques qu'il y a en plus, des diabètes
549 qui font décartonner, des gens qui ont des taux d'urée complètement je sais pas quoi, alors
550 on dit ils sont délirants, bah oui mais attendez... mais pour tout ça il faut un médecin traitant
551 pour être hospitalisé, il faut une carte vitale... Je crois qu'il y a tout un système qui fait que,
552 je crois qu'il faut mieux être riche et en bonne santé que pauvre et malade, hein. Donc voilà,
553 c'est mon point de vue.

554 **Q : Donc dernière partie, deux questions et après c'est terminé. Quelle est votre**
555 **représentation de l'ergothérapie ?**

556 E4I2 : Alors... Si je vous dis que c'est un soin ça va ? (sourire) Alors, après j'ai pas beaucoup
557 de notions d'ergothérapie, j'ai surtout des notions de... d'activité à médiation, donc ça
558 ressemble un petit peu, mais on est pas ergothérapeute. Bon pour moi ça reste, pour moi
559 hein, l'ergothérapie ça reste un soin effectivement, je plaisantais en disant ça... Donc voilà...
560 après... après c'est... tout dépend quelle activité en ergothérapie... C'est vrai qu'entre la
561 musicothérapie, les ergothérapeutes et après je connais pas trop. Je connais uniquement ce
562 qui se fait sur le CHS et je pense que les prises en charge ne sont pas les mêmes pour les
563 gens qui sont hospitalisés en ergothérapie au CHS par exemple, l'atelier bois, l'atelier fer, au
564 niveau du temps. Ça reste une médiation.

565 **Q : Hum hum. Et du coup dans quel cadre pensez-vous rencontrer des ergothérapeutes ?**

566 E4I2 : Compliqué ! (rire) Je vais vous dire compliqué, alors j'ai envie de dire dans le privé sur
567 cette ville ça existe pas.

568 **Q : Alors quand vous êtes dans le privé, c'est sur les structures privées ou dans le libéral ?**

569 E4I2 : Même alors dans le libéral. Et dans les structures privées je suis même pas sur qu'il y
570 ait des ergo, déjà qu'il y a pas beaucoup de structures sur cette ville. Alors ça c'est
571 l'inconvénient des petites villes, je parlais tout à l'heure des demandeurs d'asile, où il y rien.
572 Nous bien souvent, les gens vont... nous on fait des activités à médiation mais on est pas
573 ergothérapeute. Ça c'est clair aussi, c'est pas la même vision et bon sur la ville y a un CAT ou
574 il y a des éducateurs qui occupent mais les CAT aujourd'hui c'est des usines, c'est plus des
575 centres d'aide par le travail, donc on peut pas parler d'ergothérapeutes. Et je suis même pas
576 sur qu'en libéral ça existe sur cette ville.

577 **Q : D'accord, mais de manière générale pour vous ?**

578 E4I2 : (silence) Je... c'est vrai que les seuls ergo que j'ai connu durant ma carrière c'était un
579 collègue qui était musicothérapeute et les gens qui bossent sur l'hôpital. Alors la différence
580 entre... On va revenir sur le gros truc quoi... est-ce que c'est occupationnel est-ce que c'est...

CCLXXVI

581 C'est quand même une activité à médiation, pour moi ce n'est pas de l'occupationnel. Si
582 c'est de l'occupationnel, il n'y a pas besoin d'un ergothérapeute. Voilà, non mais c'est clair,
583 je veux dire, moi quand je bossais sur le CATTP, quand on venait me trouver en me disant M.
584 untel il s'embête, il faudrait l'occuper. Bah attendez c'est pas le but quoi. Et c'est pendant
585 des années et des années ça a été dans cette optique et même par les médecins psy. Les
586 CATTP avant de leur faire comprendre que c'était des centres d'accueil thérapeutique à
587 temps partiel et pas des centres d'activités ça à été très long et de l'occupationnel... si les
588 gens ont besoin de s'occuper il y a les centres sociaux. Je veux dire, s'il y a pas besoin de
589 soins c'est pas la peine d'envoyer les gens en activité thérapeutique voir même en ergo. Bah
590 pour moi c'est ça c'est mais je peux me tromper, enfin j'espère que non (rire).

591 **Q : On pourra en parler plus à la fin de l'entretien il n'y a pas de souci. Alors dernière**
592 **question, selon vous, est-ce que l'intervention d'un ergothérapeute dans le domaine de**
593 **l'exclusion pourrait être pertinent ? ...**

594 E4I2 : Oui.

595 **Q : ... et si oui comment, si non pourquoi ?**

596 E4I2 : Alors je pense que ce serait pertinent mais comment le mettre en place ? Je veux dire
597 tout ce qu'on peut essayer de mettre en place, un ergothérapeute, un psycho, un infirmier,
598 une AS, tout, TOUT est pertinent à partir du moment où c'est fait pas n'importe comment et
599 correctement. Le problème c'est comment le mettre en place et comment avoir les moyens
600 de le mettre en place. Parce qu'on est dans une politique en ce moment où la santé bah on
601 ramasse. Bah oui, je pense qu'effectivement, comme une diét', comme une... je sais pas
602 moi, comme un kiné,. Je crois que tout serait utile, mais comme pour tout le monde. Je veux
603 dire c'est pas spécifique à la précarité, je pense qu'il y a pleins de choses qui serait à mettre
604 en place mais (sifflement) bon courage.

605 **Q : Et par exemple dans le cadre de l'EMPP, pour vous est-ce que il y aurait un intérêt pour**
606 **l'usager d'une complémentarité de l'intervention d'un ergothérapeute ?**

607 E4I2 : Au bout d'un moment. Au bout d'un temps de prise en charge donné, oui je pense que
608 ce serait possible. Oui ça pourrait... Le problème c'est que... (silence) pour la précarité, enfin
609 comme pour les autres quoi. Il faudrait être en leur expliquant aussi que c'est pas
610 seulement que de l'occupationnel, hein. Il faut que ça reste un soin, il faut que ce soit dit
611 clairement. Je pense qu'à partir de ce moment là, je pense que toutes les solutions... Enfin
612 moi on m'a fait pendant des années à se battre entre le somatique et psychiatrique machin,
613 on s'est rendu compte que si on bosse pas ensemble, je veux dire... tout aurait un intérêt,
614 après je vous dit avec la précarité, il faudrait un certain temps. Mais je pense
615 qu'effectivement ce serait jouable.

616 **Q : Alors l'entretien est terminé, est-ce que vous avez des suggestions ou des questions**
617 **par rapport à cet entretiens, des choses qu'on aurait pas abordé et dont vous voudriez**
618 **parler ?**

619 E4I2 : Bah euh... non. Non, non c'est intéressant. C'est la première fois qu'on nous pose,
620 enfin qu'on nous demande donc on est un peu pris au... enfin y a rien de préparé.

621 **Q : Non non c'est très spontané donc c'est ça qui est riche dans l'entretien.**

CCLXXVII

622 E4I2 : Non, alors moi je reviens pas sur les dossiers du patient, j'aime pas préparer à l'avance
623 parce que voilà. Donc, on savait que vous alliez venir, donc j'ai dit « écoute on va faire
624 l'entretien et on verra bien ce qui en ressortira ».

625 **Q : Oui oui tout à fait, c'est le but.**

626 E4I2 : C'est le but.

627 **Q : Après pour revenir comme on en parlait sur l'ergothérapie, c'est ça aussi qui**
628 **m'intéressait, avoir votre avis spontané par rapport à la représentation que vous en avez**
629 **vous. Maintenant, si vous voulez une image un petit peu plus précise, alors je n'ai pas**
630 **encore trouvé de manière claire et rapide...**

631 E4I2 : Oh comme c'est bizarre ! (rire) Nous non plus !

632 **Q : ... C'est un métier très vaste. Alors il y a différents domaines on va dire, il y a le côté**
633 **très rééducatif, on peut avoir l'image comme les kiné dans les hôpitaux. C'est vraiment**
634 **stéréotypé ce que je vous dis. Mais voilà, le côté très rééducatif, reprendre un mouvement**
635 **très analytique mais toujours par la médiation de l'activité. Il y a le côté réadaptatif, par**
636 **exemple sur les lieux de vie, donc là, ça va être plus aménagement de l'environnement,**
637 **préconisation d'aides techniques de choses comme ça. Et il va y avoir aussi l'aspect**
638 **réhabilitation, dans le cognitif, réhabilitation psycho-sociale, etc. Donc c'est vraiment**
639 **assez vaste est comme je le disais à votre collègue tout à l'heure, j'ai l'impression en fait**
640 **que si on change de structure, on change de métier quasiment. (rire) Mais après, ça reste**
641 **de l'ergothérapie.**

642 E4I2 : Donc voilà, c'est intéressant parce que quand les gens sont... moi à l'époque quand les
643 gens était hospitalisés, on me disait ils vont à l'ergo, euh... bon bah on savait pratiquement
644 pas ce qui s'y faisait quoi.

645 **Q : Oui et il peut y avoir aussi l'image ils font de la vannerie, point.**

646 E4I2 : Bon ils font de la vannerie, du bois, ils vont au dessin... alors que bon, y a pas que ça.

647 **Q : Oui voilà. Après c'est aussi l'image qu'on en a surtout en psychiatrie parce qu'en**
648 **psychiatrie il y a différents courants.**

649 E4I2 : Mais bon ça avance.

650 **Q : Oui, heureusement.**

651 E4I2 : Je peux vous dire qu'au bout de 35 ans ça a avancé quand même. Il y a 30 ans c'était
652 pas ça. Mais bon, c'est intéressant, c'est bien.

653 **Q : Donc voilà. En tout cas je vous remercie pour votre participation, c'était très**
654 **intéressant, je pense que j'ai matière à travailler. (rire)**

655 E4I2 : Au bah, y a pas de quoi. Si ça vous a apporté c'est bien.(rire)

656 **Q : Et bien merci beaucoup**

657 E4I2 : Y a pas de quoi. Allez on va prendre la route, une heure de route. A bientôt peut-être ?

658 **Q : Oui peut-être. Au revoir.**

Annexe XX : Retranscription d'un entretien de pré-enquête auprès d'une ergothérapeute travaillant en centre médical, auprès de personnes exclues

Date : 22/03/2014

Durée de l'entretien : 1h

Sexe : F

1 **Q : Bonjour. Je vous remercie d'avoir accepté cette interview. Pour commencer, je suis en**
2 **deuxième année d'ergothérapie à Lyon. Et je voudrais réaliser mon mémoire sur la prise**
3 **en charge des personnes sans domicile fixe dans le cadre de l'ergothérapie et donc on fait**
4 **une pré-enquête de mémoire pour avoir plus d'informations de terrain pour pouvoir après**
5 **réorienter plus particulièrement nos recherches en fonction des résultats qu'on aura eu.**
6 **Donc c'est pour ça que ça m'intéressait d'avoir le point de vue d'un ergothérapeute qui**
7 **travaille avec cette population précisément. L'entretien va s'organiser en 3 parties : des**
8 **généralités déjà, sur votre présentation, votre parcours etc, la population avec laquelle**
9 **vous travaillez et l'ergothérapie à proprement parler dans ce domaine là. Ça vous va ?**

10 R : Ok ça me va, ça me va...

11 **Q : Alors donc, au niveau des généralités, est-ce que vous pouvez vous présenter en**
12 **quelques phrases s'il vous plaît ?**

13 R : Alors, en généralité sur moi ?

14 **Q : Oui oui c'est ça.**

15 R : Alors moi je suis ergothérapeute depuis 11 ans maintenant. Une grosse grosse expérience
16 en gériatrie en EPHAD pendant longtemps. Partagé en fait... ça fait 11ans que je travaille
17 dans la même structure où mon temps était partagé entre du temps en EPHAD, donc de la
18 prise en charge de personne... bah voilà atteinte par les différentes pathologies du
19 vieillissement. J'avais aussi un temps à domicile. Donc là c'était vraiment de l'aménagement
20 du domicile pour permettre à la personne de rester à domicile dans le meilleur confort et
21 surtout c'était pour la sécurité et puis j'avais aussi un temps avec un public qui présentait
22 une addiction quelque elle soit donc toxicomane, alcool pour la plupart.

23 **Q : Dans une autre structure ?**

24 R : Voilà, donc j'ai fait ça pendant 1 ans dans le Nord puis j'ai décidé de revenir sur
25 l'agglomération pour me rapprocher de ma famille et puis je voulais une autre expérience.
26 Donc j'ai atterri à l'X (association s'occupant de personnes sans domicile fixe) où là
27 maintenant c'est pas du tout le même public. C'est un public vraiment en grande difficulté
28 psychologique, sociale... enfin tout ce qui peut découler de ces pathologies là... donc des
29 gens qui ne savent pas s'occuper d'eux qui n'ont plus de repères.

30 **Q : Et qui ont officiellement l'étiquette de personnes sans abris ou pas forcément ?**

31 R : Ah si si parce que l'X c'est une association qui essaye de récupérer ces gens-là à la rue et
32 qui essaye de les sensibiliser à l'importance d'avoir un logement et donc paraître bien et

CCLXXIX

33 donc d'avoir un travail et donc de savoir gérer un budget parce que voilà... ce sont des gens
34 qui sont dehors, qui font la manche pour pouvoir avoir leur café du matin. Ils sont sales, il
35 ont vraiment un gros trouble psychologique et après ça entraîne des tas de déviances... et
36 qu'on imagine même pas quand on est pas à leurs cotés. On a vraiment des comportements
37 très marginaux et vraiment déviants qui apparaissent à partir de là.

38 **Q : Du coup comme on a commencé à parler de la population, c'est des gens qui ont en**
39 **général à peu près quel âge ? Il y a une moyenne d'âge ?**

40 R : Ça dépend, car en fait il y a une partie de l'association qui s'adresse aux jeunes. Donc il y a
41 des points de rencontre avec des liens particuliers où les jeunes peuvent aller, où ils peuvent
42 se faire domicilier à cet endroit... s'ils ont besoin de recevoir du courrier. Donc ça c'est les
43 moins de 25 ans... parce que le gros problème en France, c'est quand ils arrivent, des fois il y
44 en a qui viennent de l'étranger, ils ont même pas de papiers et même pour ceux qui ont des
45 papiers, en dessous de 18 ans, ils sont sensés être à la charge des parents. Après 25 ans ils
46 peuvent toucher le RMI, le RSA et compagnie ...mais entre 18 et 25 ans il n'y a rien qui est
47 prévu pour eux. Donc s'ils sont dehors parce qu'il y a rupture familiale ou quelque chose
48 comme ça...et bin ils sont dehors et ont zéro euros pour vivre. Donc c'est vrai que c'est pas
49 facile de gérer cette population de jeune.

50 **Q : Ok donc du coup les âges ça va de personnes très jeunes à une limite d'âge ?**

51 R : Alors la limite d'âge...il n'y a pas de limites d'âge en soit. Là, à l'hébergement on a un
52 monsieur qui a 84 ans. Mais c'est exceptionnel. C'est vraiment rare car en général les
53 pathologies font qu'ils meurent relativement jeune : 60, 65 ans.

54 **Q : Et du coup la proportion d'homme et de femme, elle est à peu près égale ou vous**
55 **remarquez...**

56 R : Non non non c'est quand même beaucoup plus des hommes...

57 **Q : Beaucoup plus des hommes....vous pouvez estimer par un pourcentage ?**

58 R : Par exemple, nous dans la structure où je suis, il y a ...ils sont 20, il y a 2 femmes.

59 **Q : Ah oui c'est quand même assez marqué cette différence.**

60 R : Oui oui

61 **Q : D'accord. Et du coup au niveau des pathologies, c'est majoritairement psychique,**
62 **physique ou les 2 sont intriquées ?**

63 R : Ca dépend. Il y a des dégâts physiques parce que il y a consommation de produits
64 stupéfiants ou alcool, donc voilà, après il y a beaucoup de troubles psychiques. Certains ne
65 savent plus manger correctement à table. Ils ne voient pas l'intérêt de se laver. Certains ne
66 savent même plus se laver, se prendre en charge comme il faut.

67 **Q : Et à ce niveau là, on peut parler de troubles psychiatriques ou c'est diagnostiqué en**
68 **tant que tel ?**

69 R : Mais non non. Ils ne sont pas diagnostiqués en tant que tel. Mais bon voilà, quand je vous
70 parle de comportements déviants, on a accueilli un monsieur, ça fait 25 ans qu'il est à la rue.
71 Il est très marginalisé et bien voilà ce monsieur quand il est fatigué, il s'allonge là où il se

CCLXXX

72 trouve. Donc vous allez à Auchan avec lui et bien il est fatigué, il s'allonge en plein milieu des
73 allées, un truc comme ça. C'est un exemple. Alors qu'en fait il a sa chambre avec son lit dans
74 la structure mais voilà c'est pas encore inscrit en lui.

75 **Q : C'est comme une forme de désinhibition du coup qu'il aurait ?**

76 R : Oui oui... bah voilà quand il était à la rue... bah c'était comme ça et de toute façon il
77 n'avait pas le choix, il n'avait pas d'hébergement rien du tout donc ... et bien il avait pas le
78 choix quoi, donc il faisait comme ça. Et c'est vrai qu'après c'est inscrit en eux et ont
79 beaucoup beaucoup de difficultés. Il faut énormément de temps pour faire partir ces
80 comportements. Et il faut déjà acquérir leur confiance. C'est vrai qu'il y a un gros gros travail
81 de parlotte en fait. C'est 70% de la parlotte pour dire de gagner la confiance pour qu'après,
82 après c'est...tout est gagné. Les gestes, ils savent les faire, ils savent se laver mais il faut déjà
83 réussir à les faire se décider à se laver par exemple.

84 **Q : Hum c'est le côté motivationnel ?**

85 R : Oui oui. C'est vrai que c'est une grosse partie du boulot quoi.

86 **Q : Et du coup c'est des personnes que vous accueillez sur un temps plus ou moins long ou**
87 **c'est ponctuellement ?**

88 R : Alors ça dépend. Il y a des hébergements où on leur permet de, voilà on leur donne une
89 chance. Ils sont hébergés. Il faut qu'ils arrivent à tenir leur hébergement, après s'ils savent,
90 ça marche dans des petites structures et bin on les met dans des hébergements où ils ont
91 leur appartement par exemple. Et là ce sont les éducateurs qui prennent le relais. Ils vont les
92 voir une fois de temps en temps. Voilà. Mais avant d'en arriver là c'est vrai qu'ils arrivent
93 dans des structures où ils sont beaucoup plus parqués... et moi dans la structure dans
94 laquelle je suis c'est une structure médicale. Donc quand ils viennent chez nous c'est qu'ils
95 ont déjà un problème de santé assez important quel qu'il soit. Ca peut être juste une
96 grippe... bon bah voilà le SAMU social les retrouve à la rue... euh il nous les ramène, on les
97 soigne et ils repartent après. Alors si on peut leur trouver en cours de route une solution
98 d'hébergement on va leur proposer. Mais des fois, ils ne veulent même pas. Des fois, une
99 fois qu'ils sont soignés, ils se sauvent d'eux mêmes.

100 **Q : Oui ça reste leur choix qui prime de toute façon...**

101 R : Oui. Mais c'est vrai que les gens qui sont vraiment à la rue depuis très longtemps s'est
102 inscrit en eux et ils en ont besoin.

103 **Q : Parce qu'ils peuvent plus s'inscrire dans un système conventionnel, avoir un**
104 **appartement... ?**

105 R : Non non c'est vraiment très difficile.

106 **Q : Dans des cas comme ça il y a des médiateurs, des choses comme ça, qu'est ce qui est**
107 **mis en place ?**

108 R : Mais rien en fait parce qu'on peut pas voilà ils... bon certains sont sous tutelle ou
109 curatelle pour leurs finances, mais voilà quand on a quelqu'un qui fait son paquetage et qui
110 dit « j'm'en vais ! » il s'en va c'est son choix, on ne peut pas le retenir.

CCLXXXI

111 **Q : D'accord oui...**

112 R : Donc voilà, il s'en va... bah voilà... il s'en va. Voilà. Il prend le peu d'affaire qu'il a et il
113 repart à la rue et puis on le retrouve le lendemain matin en train de faire la manche sous son
114 pont.

115 **Q : Oui c'est ça, après il y a moyen de garder une trace de ces gens là ? enfin de...**

116 R : Ah oui oui oui. Bah on les connaît. On les connaît, on sait où ils sont en général...bah voilà.
117 Donc c'est pour ça que quand ils sont malades, parce qu'il y a des agents qui sont sur le
118 terrain, dans la rue et voilà ils passent régulièrement les voir c'est pour ça que quand ils sont
119 malades, on les repère tout de suite.

120 **Q : Et quand vous parlez de ces agents, ce sont des gens qui font partie de l'X ou c'est des**
121 **équipes à part ?**

122 R : Oui c'est des équipes médiateurs. Voilà

123 **Q : Et du coup, est-ce que les personnes que vous accueillez ils peuvent être au moment de**
124 **l'accueil en crise ?**

125 R : Oui bah oui ça se peut. Bah s'ils ont gobé trop d'héroïne ou de cocaïne, ils sont
126 complètement déchirés quand ils arrivent. Donc après ils ont....on a un monsieur, c'est un
127 gros toxicomane, on l'a accueilli, on l'a inclus dans une démarche de soin et lui ça fait 3 mois
128 qu'il est là. Donc maintenant on l'accompagne tous les matins au centre pour qu'il ait sa
129 méthadone.

130 **Q : D'accord. Oui parce que au niveau de l'ergothérapie, du coup tant qu'il est en crise, il**
131 **n'y a pas moyen d'agir, c'est ça, ou il y a déjà des choses à faire ?**

132 R : Ah bah non non. Là quand il est en crise, non. Même avant quand je prenais en charge les
133 personnes toxicomanes, nous au niveau ergo... notre objectif c'est surtout de resocialiser,
134 redonner des centres d'intérêt parce que se sont des gens qui disent « *bah qu'est-ce que tu*
135 *veux, moi je suis à la rue, moi j'ai rien. A quoi tu veux que je m'accroche* ». Donc l'objectif
136 c'est de les faire s'accrocher à quelque chose.

137 **Q : Ah oui, leur donner une motivation ?**

138 R : Et puis après aussi ils sont capables, les valoriser, leur montrer qu'ils sont capables de
139 faire des choses. Moi là il y a un arménien, je joue aux dames avec lui mais quand je suis
140 arrivée, j'étais nulle, nulle, nulle, nulle. Bon maintenant il m'a donné tout ses petits tuyaux et
141 maintenant je balade mes collègues ! Donc, il est content parce qu'il m'a appris des bons
142 plans pour jouer aux dames donc voilà moi avec lui j'ai fait ce travail là. Bon
143 malheureusement ce monsieur va être remis à la rue parce qu'il a juste une sciatique et que
144 la sciatique il peut la faire soigner dans son pays. Bah voilà, la structure, elle estime qu'il n'y
145 a plus rien à faire dans la structure de soins en fait.

146 **Q : Hum d'accord**

147 R : Mais c'est quand même assez hard comme prévention. Parce qu'on fait un travail avec
148 des gens pendant des mois et des mois et au bout d'un moment on leur dit « *bah voilà c'est*
149 *fini pour vous, on vous remet dehors* »... Moi je compare ça à : on va dans un centre de

CCLXXXII

150 rééducation, voilà quelqu'un s'est pété le bras vous allez le rééduquer, vous faites tout le
151 super boulot quand il va bien, qu'il est rééduqué, vous le foutez dehors, vous lui recasser le
152 bras avant de repartir quoi... Concrètement là je le vois comme ça. Non c'est vrai que c'est
153 une prise en charge bien particulière enfin psychologiquement c'est parfois difficile à.... bah
154 voilà quand on met les gens dehors et qu'il ont pas envie de partir et qu'ils nous regarde
155 avec leurs yeux tout malheureux Voilà ça fait mal au ventre.

156 **Q : Parce que la décision du coup elle est prise au niveau médical, c'est ça ?**

157 R : Oui le médecin, l'assistante sociale et la chef de service.

158 **Q : C'est quand même une décision pluridisciplinaire ?**

159 R : Nous on n'est pas inclus en fait là dedans car nous on s'est attaché à eux en fait.

160 **Q : Ah oui d'accord. Pour rester un peu objectif du coup alors.**

161 R : Bah voilà, donc nous on est pas inclus dans la décision. Mais bon, ils ont raison quelque
162 part.... Voilà... On peut pas... la France, elle peut pas accueillir et soigner tout le monde
163 comme ça pendant des années. C'est pas possible quoi.

164 **Q : Parce que du coup au niveau des personnes que vous accueillez c'est très diversifié ? Il
165 y a beaucoup d'étrangers ?**

166 R : Oui il y a de tout. Il y a des gens qui sont là aussi parce qu'ils ont besoin de soins et qu'ils
167 pouvaient pas avoir dans leur pays, y a des réfugiés politiques... et bah après y a tous les
168 gens, bien français, qui ont eu un parcours de vie chaotique et qui fait que voilà, ils ont des
169 problèmes. Ils ont plus d'argent, ils se retrouvent à la rue. En fait on... un exemple, on a un
170 monsieur qui était architecte, bon bah à chaque fois qu'il y avait remporté un gros projet,
171 un gros budget, il fêtait ça avec les copains et puis voilà, ça commence, ça picole, ça picole
172 un petit peu, tous les jours, un peu beaucoup tous les jours et puis après il y a madame qui
173 en a marre de voir son mari rentrer tous les soirs complètement bourré. Elle se fait la malle
174 avec les gosses et puis lui il déprime et puis il perd son travail, perd sa maison, perd sa
175 famille, il perd tout et puis il se retrouve à la rue... et ça arrive en 2 ans de temps.

176 **Q : Ah oui. Et vous avez beaucoup ce type de profil là ?**

177 R : Non non c'est quand même pas la majorité mais ça arrive. Et c'est vrai que c'estc'est
178 choquant quand on rencontre quelqu'un comme ça, qui a de la culture quoi. Parce qu'on a
179 l'image du vieux clochard dégueulasse dans la rue mais en fait la majeure partie c'est pas ça .
180 C'est énormément de jeunes aussi qui sont à la rue parce qu'ils sont en rupture familiale. Ils
181 ont en eu marre de l'autorité familiale, ils ont eu un copain qui leur a dit « *bah vient à la rue
182 au moins là il n'y a pas d'interdit, y a rien du tout* » mais quand ils sont à la rue c'est les
183 boules pour eux quoi.

184 **Q : Et du coup au niveau de votre fil active, vous gérez peu près combien de personnes ?**

185 R : Alors l'année dernière ils ont géré, donc dans la structure où je suis où on a 20 places...
186 euh je crois qu'ils ont géré à peu près 80 personnes sur l'année.

187 **Q : et ...**

188 R : Mais après sur cette ville voilà, il y a pleins d'hébergements différents mais là je ne saurai

CCLXXXIII

189 pas dire. Mais c'est vrai que quand on arrive et qu'on visite tous les hébergements on a
190 l'impression qu'il a plein plein plein de choses qui sont faites pour ces gens... Mais après,
191 paradoxalement on se rend compte que c'est loin loin loin d'être suffisant. C'est rien du
192 tout.

193 **Q : Par rapport à la quantité de population ?**

194 R : Bah par rapport au besoin en fait.

195 **Q : Et du coup. A quels problèmes en général vous êtes fréquemment confrontés avec**
196 **cette population là ?**

197 R : Ah ils veulent nous épouser ! (rire) Non c'est pas le principal problème euh... Non la
198 difficulté c'est la confiance.... Pour vraiment gagner leur confiance. Si on arrive à gagner leur
199 confiance ils vont nous écouter ils vont faire tout ce qu'on va leur dire. Moi là je travaille
200 énormément là avec un monsieur. Il faut impérativement, il n'a pas compris que, si il veut
201 pouvoir rester en France et rester travailler légalement en France il faut qu'il ait un
202 passeport en bonne et due forme et son passeport il est resté bloqué je sais pas trop où en
203 Slovaquie ou en Ukraine. Je ne sais pas trop quoi et il faut impérativement qu'il reparte pour
204 aller chercher son passeport mais lui il dit que si il va dans le pays où il a y a son passeport il
205 va se faire zigouiller alors... voilà la difficulté elle est là. Leur faire comprendre que, bah...
206 qu'il faut impérativement qu'il retourne dans un cursus normal. L'argent ne va pas tomber
207 du ciel, s'il ne travaille pas ou s'il travaille au noir il faut déjà qu'il trouve. Bah voilà quoi. Ils
208 sont en dehors des, voilà ils ne vivent pas dans le même monde que nous.

209 **Q : Et du coup au niveau des stratégies que vous mettez en place pour les mettre en**
210 **confiance, il y a des stratégies particulières ?**

211 R : Ca dépend. Moi là où je travaillais avant, j'ai fait énormément de formation en
212 communication et ça me sert beaucoup. Si ça marche pas dans un sens j'essaye autrement
213 et puis... bah voilà... quoi j'arrive en général à faire entendre les choses. Et puis bon les psy
214 nous aident énormément aussi. Mais ils se méfient beaucoup des psy aussi donc c'est pour
215 ça qu'on a un gros travail avec ces gens là aussi.

216 **Q : Et vous... après ça se rapproche plus de l'ergothérapie, du coup, vous utilisez aussi des**
217 **stratégies de médiation par exemple vous parliez de jouer aux dames, ça peut faire partie**
218 **des.... ?**

219 R : Bah oui parce que ce monsieur là il sait que ça me fait plaisir de jouer aux dames avec lui
220 parce que j'apprends des choses donc il est content de m'apprendre des choses donc il vient
221 me chercher pour jouer aux dames. Moi à partir de là je papote avec lui.

222 **Q : Donc le jeu ça peut être un moyen de médiation, une mise en confiance ?**

223 R : Ah bah bien sûr ! Donc avec lui c'est pas de la rééducation physique c'est vraiment... tout
224 est psychologique avec ce monsieur là. Par contre avec un autre il a une maladie
225 dégénérative qui est en train de lui flinguer les membres. Je joue aux dames aussi avec ce
226 monsieur là car lui il a énormément de difficultés au niveau de la préhension fine et de la
227 dextérité. Voilà les objectifs sont différents autour d'une même activité.

228 **Q : Vu qu'on est bien engagé sur à proprement parlé de l'ergothérapie, vous êtes diplômée**

CCLXXXIV

229 **depuis quand vous m'avez dit ?**

230 R : J'ai été diplômée en 2000.

231 **Q : Au niveau d'une organisation type d'une journée, quel est votre champ d'action**
232 **privilegié ? La rééducation, la réadaptation ?**

233 R : Alors là dans la structure où je suis c'est très cool. En fait je commence à 9h le matin. On
234 a les transmissions de 9h à 9h30. A 9h30 j'ai une prise en charge avec un monsieur pour la
235 toilette. C'est une prise en charge qui me prend les trois-quarts de ma matinée parce que ce
236 monsieur a vraiment des difficultés à se mobiliser parce que c'est lui qui a une pathologie
237 dégénérative et auditive. Donc on y est de 9h30 à 11h, oui 11h facilement. Il y a 1h30 de
238 toilette. Et encore quand j'arrive à le lever. Parce que des fois il n'a pas envie de se lever. Des
239 fois il faut 20 minutes déjà de blabla pour réussir à le faire se lever. Et puis après je leur lis le
240 journal. Donc en général on commence la lecture du journal, mais ça part en petit peu dans
241 tous les sens parce que mon objectif c'est surtout de les faire discuter, de les faire aborder
242 un thème et avec chacun leur religion, leur conviction, donner leur avis. Parce que ce sont
243 des gens en fait qui sont habitués à plus jamais donner leur avis... et même plus avoir d'avis.
244 Donc moi je les sollicite à ça. Le midi je mange avec eux bah pour leur montrer qu'on est là
245 et qu'on est avec eux toute la journée.

246 **Q : Du coup vous considérez ça comme un repas thérapeutique, ou pas spécialement ?**

247 R : Non pas forcément. Moi je mange avec eux... si je peux apporter mon œil ergo je
248 l'apporte sinon des fois c'est un repas très convivial en tête à tête quoi. Et puis l'après midi
249 ça dépend. Il y a différents types de prise en charge. Soit je fais de l'individuel avec des gens
250 qui physiquement ont mal et je propose des massages, des soins, des soins de bien-être. J'ai
251 mis en place un atelier d'alphabétisation pour certains qui parlent mal et qui écrivent mal. Il
252 y en a d'autres carrément ils ne parlent pas français donc on est en train de travailler
253 justement le français. Voilà ma journée elle se passe comme ça. Et je finis normalement à
254 17h mais je ne suis jamais partie avant 18h. (rire) bah oui parce que quand on est.... c'est
255 l'heure, c'est le début de la soirée, c'est le début des angoisses, c'est comme en psychiatrie
256 et.... c'est pas le moment de partir, c'est le moment où ils vont nous accrocher, où ils vont
257 avoir envie de parler parce que la nuit arrive et que voilà c'est difficile pour eux et voilà.
258 Quand on commence à papoter à 16h55 on peut pas s'arrêter à 17h c'est pas possible.

259 **Q : Vous parlez d'alphabétisation, la proportion des personnes que vous avez qui sont**
260 **analphabètes elle est importante ?**

261 R : En général, ils parlent français. Mais on va dire *wesh-wesh* quoi donc à partir de là ils
262 écrivent comme ils parlent donc pour les démarches administratives c'est vraiment pas
263 évident et même s'ils parlent et s'ils lisent ils on vraiment beaucoup de mal à remplir un
264 document officiel. Donc voilà, mais après il y en a certains qui ne parlent pas du tout
265 français. Mais là sur les 20 il y en a qu'un qui ne parle pas du tout français.

266 **Q : Et du coup dans votre structure est-ce qu'ils ont des besoins ou des demandes**
267 **explicites envers vous ?**

268 R : Bah moi ils me demandent beaucoup de massages parce que c'est la proximité quoi. Et
269 donc en tant que femme c'est sûr qu'ils aiment bien qu'il y ait une femme qui vienne leur

CCLXXXV

270 faire des massages. Là c'est du direct au corps de l'autre. C'est marrant parce c'était un truc
271 que j'aimais pas du tout quand je travaillais en gériatrie. Je n'aimais pas du tout faire des
272 massages aux personnes âgées parce que j'aimais pas cette proximité. Et là en fait, je me
273 rends compte que j'apporte par le massage vraiment du bien-être à mon patient. Bon bah
274 après la difficulté c'est qu'il ne faut pas qu'ils s'embrouille dans sa tête et qu'il pense je ne
275 sais trop quoi. Donc c'est vrai qu'il faut vraiment cadrer les espaces de temps de massage
276 parce que c'est qu'ils veulent nous épouser.

277 **Q : Vous aviez parlé de votre formation en communication. Mais pour travailler avec cette**
278 **population spécifiquement vous avez eu une formation ou une sensibilisation**
279 **particulière ?**

280 R : Non non. En fait j'ai fait toutes mes formations dans l'établissement où j'étais avant. Bon
281 voilà c'était une formation en communication diverse. J'ai fait une formation en
282 synergologie dont j'ai un diplôme de synergologie aussi.

283 **Q : Donc synergologie c'est quoi ?**

284 R : C'est tout ce qui est non verbale la synergologie. C'est en fait tout ce que vous dites pas
285 soit parce que vous avez pas envie de le dire parce que ça regarde personne ou soit par un
286 mensonge mais de toute façon votre corps le dit. Donc un synergologue va savoir rien qu'en
287 étudiant votre posture bah si vous êtes gêné, si vous dites la vérité, si vous racontez des
288 cracs. Voilà si vous, donc à partir de là quand je dis bonjour le matin quand j'arrive je leur
289 serre la main, je leur demande si ça va. Ils me disent toujours que ça va mais je vois tout de
290 suite si ça va ou si ça va pas. Déjà de la manière dont ils sont installés, assis et la manière
291 dont ils me serrent la main. Donc c'est vrai que c'est quelque chose de très très intéressant
292 par rapport à cette population là parce qu'ils cachent beaucoup. Ils ne veulent pas dire, donc
293 bon, donc voilà.

294 **Q : Mais ils veulent pas dire par honte ou par habitude de ne plus dire en fait ?**

295 R : Bah il y a peut-être des 2. Après c'est vrai avant où j'étais, j'avais fait des formations où
296 j'étais démunie par rapport au deuil. Bah voilà la personne âgée, elle meurt, la famille, bah
297 faut trouver les bons mots pour la famille. Et ça m'avait vraiment posé problème. Là, ce qui
298 me pose problème dans la structure où je suis, et je vais réclamer des formations pour ça,
299 c'est bah voilà... qu'est-ce qu'on dit à un gars qu'on fout dehors. Moi je suis vraiment
300 démunie par rapport à ça et... du coup je me débène et du coup quand je sais qu'ils doivent
301 s'en aller et qu'ils n'ont pas envie. Et bin je m'arrange pour pas les croiser. Mais c'est pas la
302 bonne solution.

303 **Q : Du coup, après c'est une petite parenthèse, vous avez des débriefing avec la**
304 **psychologue au niveau de votre boulot par rapport à ça ?**

305 R : Oui mais c'est assez compliqué car assistante sociale et psychologue, elles sont assez
306 écartées du reste de l'équipe médicale. Bon quand elles ont des entretiens avec des
307 psychologues ça reste... on sait pas en fait. On sait pas ce qui s'est passé. C'est quelque
308 chose qui reste très... très secret. Et c'est dommage parce que je pense que cela pourrait
309 nous aider à les accompagner autrement mais voilà... de toute façon partout, que se soit
310 dans n'importe quelle structure vous avez accès à tout le dossier médical pour pouvoir
311 prendre en charge votre patient correctement, mais les entretiens psy on les a jamais. C'est

CCLXXXVI

312 même très difficile d'avoir accès à l'assistante sociale qui est sensée faire des démarches
313 pour eux, mais qui leur explique pas forcément bien. Mais je veux dire qu'à partir du
314 moment où ils ont.... Enfin s'ils accrochent bien avec nous ils nous demandent à nous. Ils ne
315 demandent pas forcément à l'assistante sociale. Et du coup donc nous on n'a pas les bonnes
316 informations à leur donner parce que l'assistante sociale nous transmet pas forcément.

317 **Q : Parce que du coup au niveau du pluridisciplinaire c'est un peu plus difficile. Vous avez**
318 **pas trop de retours ?**

319 R : Oui. Mais en même temps on a aussi notre carte à jouer. Enfin je veux dire qu'en temps
320 qu'ergo, les messieurs qui sont là me racontent beaucoup. Ils me racontent beaucoup leur
321 parcours, leur vie, leurs angoisses, leurs difficultés, leurs peurs, et ça ils ne racontent pas
322 l'assistante sociale. Et ils ne le racontent pas non plus à la psy car ils savent qu'ils ont affaire
323 à une psy et ça leur plait pas du tout. Quelque part on a aussi nos petites infos et on les
324 garde secret pour nous aussi (rire) mais bon voilà, c'est question de confiance. Ils nous ont
325 fait confiance, on ne peut pas non plus.... tout aller raconter quoi.

326 **Q : Et vous pensez que c'est quelque chose typique à votre structure ou c'est une manière,**
327 **un fonctionnement assez général par rapport à cette population ?**

328 R : Non non. Là c'est spécifique à la structure quand même. Voilà c'est avec ce public là que
329 c'est vraiment un public, c'est très particulier. Je veux dire des fois pour gagner leur
330 confiance on est obligé de faire une connerie avec eux. Enfin, c'est pas partout qu'on fait ça.
331 Bon après y a connerie et connerie. Enfin je veux dire, on va non plus... aller chercher leur
332 drogue pour eux. Mais par exemple on veut aller à un rendez-vous médical. Ils s'y opposent,
333 ils ne veulent pas y aller, et bin on va leur laisser fumer leur merde 5 minutes avant d'aller
334 dans la structure médicale.

335 **Q : Oui c'est des petites entorses.**

336 R : Voilà. C'est des deals. On est toujours toujours dans la négociation. C'est quelque chose
337 qui est très fatigant. Quand j'ai démarré, j'étais creuée parce qu'il faut négocier H24... c'est
338 ... impressionnant, c'est vraiment que ça. De la négociation, négociation, négociation.

339 **Q : Comment vous définiriez la notion d'accompagnement avec cette population ?**

340 R : Comment je peux décrire l'accompagnement ?

341 **Q : Oui comment définir cette notion pour vous qu'est cela représente avec cette**
342 **population ?**

343 R : bah... c'est... c'est un mélange de psychiatrie et de...oh lala comment le décrire ? j'en sais
344 rien ! C'est tellement particulier. C'est vraiment un accompagnement.... De proximité quoi.
345 C'est pas comme quand on a un patient qui vient qui a sa séance et qui vient et voilà c'est
346 terminé. Là on ne parle pas de ça. Apres on est référent de certains Ça peut arriver qu'il
347 nous appelle un dimanche en disant « *je suis super mal, je suis super mal est-ce que je peux*
348 *te voir ?* »

349 **Q : Oui c'est beaucoup plus dans le relationnel en fait ?**

350 R : Oui c'est vraiment.... Et puis voilà ils nous prennent du temps ils nous prennent de
351 l'énergie. Beaucoup beaucoup d'énergie. Et on est vraiment obligé de se protéger par

CCLXXXVII

352 rapport à ca.

353 **Q : Parce que oui du coup vous arrivez à mettre des limites par rapport à votre vie**
354 **personnelles ?**

355 R : Bah ça dépend. On peut.... Oui de tout façon il faut mettre les limites parce que voilà si
356 c'est eux ou nous autant qu'on se protège nous quand même. Mais ... bon moi si par
357 exemple le dimanche en question, le gars avec qui je suis référente m'appelle je le sens
358 super mal je vais lui donner rdv à un endroit, on va aller boire un café. Ca me gêne pas par
359 contre si ce jour là j'ai prévu quelque chose avec mon fils ou ma famille je vais lui dire
360 « *écoute là je ne suis pas là on se fera demain* ». Donc je vais trouver un deal pour qu'il
361 tienne le coup jusqu'au lendemain. Le lendemain je travaille je vais pouvoir me libérer un
362 petit moment ou même aller manger un truc le midi avec lui. Mais c'est vraiment dans la
363 négociation. Voilà moi je me rends assez disponible parce que Bah voilà j'ai choisi ce
364 travail là et que ça me plait et donc voilà mais faut vraiment mettre des limites. Il ne faut
365 pas que ce soit au détriment de ma vie personnelle de ma vie familiale.

366 **Q : Dans la même veine, comment vous définiriez la notion de participation sociale pour**
367 **les personnes sans domicile fixe ?**

368 R : De participation sociale ?? euh... bah de toute façon c'est du 100% social ce qu'on fait. Je
369 suis dans une structure médicale certes mais ce qu'on fait c'est du 100% social. Au niveau
370 médical, je veux dire qu'on pratique pas l'ergothérapie comme on la pratique en
371 établissement. C'est pas possible... c'est.... Il faut déjà que le patient adhère. Et quand ils
372 arrivent là, ... bah pour eux ergothérapeute c'est quoi. Ils n'en savent rien.

373 **Q : Quand vous leur définissez le métier vous avancez quoi comme arguments ?**

374 R : Ah bah de toute façon j'avance rien. Ils le voient sur ma blouse. Alors soit ils demandent
375 ce que c'est qu'un ergothérapeute et je leur explique ce que je fais et comme ça ça les invite
376 à venir voir ce que je propose... soit ils n'en ont rien à faire. Ils ont une personne devant eux,
377 ils sont contents de pouvoir parler avec cette personne là et puis c'est tout et ça passe
378 comme ça. Je vais c'est pas comme en psychiatrie où on va voir les gens et on leur dit « *il*
379 *y a l'atelier d'ergothérapie on vous propose ça, ça, ça.* » Parce qu'ils ne vont pas venir. Ils
380 faut vraiment aller les chercher au plus profond d'eux même pour vraiment pour gagner leur
381 confiance. Et c'est seulement quand leur confiance elle sera gagnée que je pourrais leur dire
382 « *et bien voilà c'est après-midi je fais un atelier céramique si vous avez envie de venir y*
383 *participer, venez voir* » mais avant d'en arriver là il se passe un temps fou.

384 **Q : Toutes les activités que vous proposez, c'est plus des activités de médiation pour**
385 **engager la conversation si je comprends bien. Et du coup est-ce que vous avez quand**
386 **même un peu comme en rééducation, une partie bilan ou des outils spécifiques pour**
387 **évaluer des choses spécifiques ?**

388 R : Oui oui parce que on a des gens quand même qui sont... bah physiquement atteints.
389 Comme là le monsieur avec qui je travaille la toilette on fait des bilans réguliers au niveau
390 de la force musculaire, au niveau de l'apprentissage enfin du réapprentissage des gestes de
391 la vie quotidienne par rapport à ses difficultés. Donc il y a oui des gens comme ça, mais c'est
392 infime.

CCLXXXVIII

393 **Q : Oui ok, donc c'est plus la médiation qui est majoritaire ?**

394 R : Oui, oui.

395 **Q : En général vous définissez des plans de traitement ? Parce que vous avez des**
396 **personnes sur un temps donné, vous savez sur combien de temps vous allez les avoir ?**

397 R : Et non ! On en sait pas du tout. Comme là le monsieur arménien qui est arrivé. Il est
398 arrivé avec suspicion d'une hernie discale. Il était plié en deux. En fait, il s'était fait opéré
399 d'une hernie discale il y a quelques années en Belgique et donc là il est arrivé en France pour
400 de nouveaux soins mais après scanner et IRM et compagnie, il s'avère que l'hernie n'est pas
401 opérable. Le problème c'est qu'elle lui occasionne une grosse sciatique. Donc c'est pour ça
402 qu'il a très très mal et qu'il est plié en 2. Donc on l'a gardé tout le temps où on ne savait pas
403 ce qu'il avait exactement et on l'a soigné, antidouleurs et compagnie. Mais là on arrive en
404 bout de course parce qu'une sciatique, on a besoin de quoi ? on a besoin d'antidouleurs, de..
405 et puis on a besoin de marcher et il peut le faire dans son pays. Donc ce monsieur va être
406 mis dehors. Donc moi en fait, j'ai fait tout un travail avec lui mais concrètement dans le vent.
407 Donc parce qu'il va être mis dehors mais c'est un monsieur qui normalement n'était pas du
408 tout clochardisé. C'est un monsieur... qui normalement n'était pas à la rue. Il est arrivé là
409 pour des soins. Maintenant il nous dit qu'il ne peut pas retourner dans son pays pour des
410 raisons X ou Y. Mais nous, courant avril on va le mettre dehors. Donc ça veut dire qu'on va le
411 mettre dehors plié en deux avec son pactage. Et il ne sait pas où aller. Donc c'est vrai que
412 c'est parfois, parfois difficile.

413 **Q : Quand vous avez des situations moins exceptionnelles que ça on va dire, vous mettez**
414 **en œuvre des objectifs, des moyens, des principes d'intervention ou pas ?**

415 R : Non parce qu'on ne sait jamais où on va. Les gens ne sont pas motivés du tout donc ils
416 peuvent très bien adhérer pendant 2 semaines et puis après on les voit plus. Et comme on
417 ne peut pas les empêcher d'aller à la rue, il y a des après-midi où on ne fait rien. On ne fait
418 rien mais on est là dans la structure, mais les gars ils sont tous partis. Mais l'objectif est
419 qu'on soit là quand ils reviennent. Car s'ils reviennent mal on va devoir les prendre en charge
420 tout de suite.

421 **Q : Ok. C'est beaucoup d'urgence du coup ?**

422 R : Bah oui et non...voilà c'est dû au SDF. On ne peut pas l'obliger de rester là. Les infirmiers
423 ont même beaucoup de mal à les attraper le matin de bonne heure pour leur faire leur soin,
424 leur donner leurs médicaments parce qu'ils se lèvent, ils se barrent. A 6h du matin des fois il
425 n'y a plus personne dans la structure. Ils se sont levés et ils sont tous partis.

426 **Q : Alors que normalement c'est un centre d'hébergement où ils doivent rester ou il n'y a**
427 **pas de contrainte particulière ?**

428 R : Non il y a pas d'obligation. C'est un centre où on les soigne, c'est médicalisé mais c'est
429 pas un hôpital. Et puis même un hôpital ils arrivent pas à rester à l'hôpital. Ils sont tellement
430 pas patients. Ils sont vraiment... c'est des gens qui ont la bougeotte. Ils sont impatients. Ils
431 ne peuvent pas... quand on doit les emmener à une consultation médicale ils doivent
432 attendre 1/2h c'est une catastrophe pour eux.

433 **Q : Et vous en tant qu'ergo, vous les accompagnez dans toutes ces démarches là ?**

CCLXXXIX

434 R : Oui oui. On fait beaucoup de sorties avec eux. Par exemple, la semaine dernière, on est
435 allé à Intermarché. On en a emmené 3 avec nous donc j'y suis allée avec une AMP. Donc ça
436 été une grande aventure ! (rire). On est partis 3/4h mais en 3/4h on peut écrire un roman
437 sur ce qui s'est passé. C'est...(rire) Il faut...il faut les accompagner pour se mettre de l'autre
438 coté de la barrière et voir comment les gens nous regardent en fait. C'est...voilà...donc il y a
439 tout un travail sur l'aspect, le regard de l'autre. On va faire ses courses...et bien voilà on
440 décide de faire une soupe et bin on va aller au marché mais au marché il s'agit pas d'acheter
441 80 carottes et 3 patates car on a pas besoin de 80 carottes. Eux ils sont complètement à coté
442 de la plaque. On a un budget mais ils vont acheter n'importe quoi.

443 **Q : Au niveau thérapeutique, c'est vraiment d'arriver à leur donner des repères, des trucs**
444 **comme ça ?**

445 R : Voilà. Le minimum pour une vie à peu près normal.

446 **Q : Est- ce que le terme de modèle conceptuel ça vous parle ?**

447 R : Non...

448 **Q : Ok j'avais juste une question par rapport à ça. Si vous voulez, maintenant à l'école, on**
449 **nous apprend les modèles conceptuels. En gros, c'est des modèles d'intervention, en**
450 **caricaturant, selon des courants en ergothérapie, par exemple modèle d'occupation**
451 **humaine ou des choses comme ça. Non ça vous parle pas ?**

452 R : non, non.

453 **Q : Parce qu'en fait, si vous voulez, il y a un modèle que je trouve très intéressant mais ça**
454 **va peut-être pas vous parler. C'est le modèle Kawa : une représentation assez symbolique**
455 **de sa vie et de ses problèmes. Et je voulais avoir si vous trouviez ça pertinent en tant**
456 **qu'ergothérapeute d'utiliser ce type de modèle pour arriver à travers ce modèle de s'en**
457 **servir comme une médiation pour arriver à mettre en exergue les problèmes principaux**
458 **que les personnes rencontrent. Et je voulais savoir si vous trouviez cela pertinent d'utiliser**
459 **ce modèle avec ce type de population ou se serait... ?**

460 R : Oui c'est vrai qu'il faut essayer. Je veux dire tout est bon à essayer parce que des fois on
461 est un peu à cours. La semaine dernière, il y a 15j ours, on a discuté pour un de nos
462 messieurs. On a carrément repris la pyramide de Maslow. Alors on s'est dit « *voilà, lui ça*
463 *cloche à quel niveau ?* » Alors c'est sûr que ça cloche à pleins de niveaux mais l'urgence elle
464 est à quel niveau ? et en fait on s'est rendu compte qu'il avait un gros problème avec
465 l'alimentation du coup il mange pas ou pas comme il faut...bon voilà c'est un
466 monsieur....pour avoir un repas correcte ça coûte relativement cher. Une dose d'héroïne ça
467 coute 10 euros, voilà, et avec sa dose d'héroïne il fait 2 jours. Donc pour 2jours bah vous
468 mangez pas....bah quelqu'un à la rue ne peut pas se nourrir correctement avec 10euros pour
469 2 jours. Donc concrètement lui dans sa tête il a 10euros, il va acheter sa dose de cam. Ils
470 mettent en place des manières de penser, des cursus comportementaux mais c'est
471 complètement aberrant. On a eu une dame qui a été très très longtemps à la rue. Elle portait
472 des longues jupes et pas de culotte. Et quand elle devait faire ses besoins, paf... elle
473 s'accroupissait et écartait sa jupe. C'était comme ça là où elle se trouvait. Et en fait ils se
474 mettent une carapace pour ne plus que les gens, le regard des gens ne les dérangent même
475 plus en fait, au bout d'un certain temps ça les dérange plus.

CCXC

476 **Q : Parce que c'est une sorte de déni du coup ?**

477 R : Non ils se protègent comme ça. C'est vrai que nous quand on va se promener avec eux on
478 est regardés. Tous les gens nous regardent...bah moi j'ai fait pareil, j'ai mis ma carapace « *et*
479 *bah c'est bien les gens ils peuvent me regarder moi je m'en fou je fais mon boulot, je pense*
480 *que je le fais bien. J'apporte quelque chose*» donc je mets ma carapace et puis... et puis voilà
481 quoi. Et bien eux ils font pareil. Mais quand on fait ça pendant 20 ans au bout d'un moment
482 ils ne se rendent même plus compte que leur comportement n'est pas adapté à une vie
483 sociale normale.

484 **Q : Oui c'est pas forcémentc'est plus une habitude d'avoir mis sa carapace plutôt qu'un**
485 **trouble psychiatrique ?**

486 R : Oui voilà. Mais bon après ça leur crée une attitude qui génère un trouble psychiatrique
487 quand même.

488 **Q : Et au niveau de votre structure, elle a quel statut ? C'est une association ?**

489 R : C'est une association. Ça a démarré il y a 10 ans. C'était tout petit. C'était un autobus qui
490 donnait des fringues aux sans abris, qui leur donnait des soupes, qui ...petit à petit ils se sont
491 rendus compte des besoins. Ils ont créé ...un centre d'accueil où pareil, on leur donnait un
492 repas gratuit, une douche, la possibilité de laver leur linge. Et puis après en accueillant ces
493 gens, ils se sont rendus compte des différentes difficultés et ils ont créé des structures en
494 lien avec les difficultés de ces personnes là. Et maintenant c'est énorme et puis il y en a dans
495 plusieurs grosses villes de France.

496 **Q : Et les financements, c'est avec l'Etat ?**

497 R : Oui il y a une aide de l'Etat. On travaille aussi beaucoup avec des structures, par exemple
498 ici quand ils sont malades on va les faire soigner, on a des convention avec les hôpitaux.
499 C'est tout du ... ça marche tout au filon. Les médecins qui viennent sont des médecins
500 bénévoles, les cliniques qui viennent en général se sont des jeunes cliniques qui démarrent
501 parce qu'ils ont besoin de ce faire une clientèle et être payer un minimum. Les gens ne
502 viennent pas soigner cette population là par grand plaisir.

503 **Q : Il y a beaucoup de partenariat qui sont mis en place du coup ?**

504 R : Oui. Et beaucoup de bénévoles. Parce que voilà, c'est pas donner à tout le monde de
505 travailler avec cette population là. Moi quand j'ai démarré j'étais malade.

506 **Q : Parce que comment vous avez connu l'association et pourquoi vous avez du coup**
507 **changé de carrière en fait ?**

508 R : Je voulais revenir dans l'agglomération pour être prêt de ma famille et je ne trouvais pas
509 de travail en tant qu'ergo et le jour où j'ai trouvé ça j'ai sauté dessus. Mais les premiers jours
510 j'étais super mal. Je me sentais agressée par la crasse, j'avais l'impression que je sentais
511 mauvais enfin je me sentais très très mal. Et puis après j'ai appris à connaître les gens avec
512 lesquels je bosse tous les jours et à trouver ce qu'il y avait de bon en eux. Parce qu'il y a du
513 bon en eux. Je veux dire, à chaque fois qu'on sort le soir...et bien moi ils me disent « *Fais*
514 *attention à toi* ». Alors que moi je vais rentrer, je vais dormir dans mon lit, dans ma maison.
515 Bon potentiellement je cours beaucoup moins de risque qu'eux qui sont à la rue. Mais

CCXCI

516 voilà...il y a énormément...je veux dire au niveau professionnel j'ai pas appris grand chose au
517 niveau des techniques d'ergothérapie mais au niveau humain on prend une claque.

518 **Q : Oui, j'imagine.**

519 R : Bah oui !

520 **Q : D'accord, d'accord. Et du coup j'aurai peut-être une dernière question....ça va au**
521 **niveau temps vous...**

522 R : Oui oui par contre après je vais devoir y aller après.

523 **Q : D'accord alors une dernière question du coup. Est-ce que vous connaissez les équipes**
524 **mobiles psychiatrie précarité ?**

525 R : Oui je connais mais on ne travaille pas forcément avec eux nous ici.

526 **Q : parce qu'il n'y en a pas forcément dans la région ?**

527 R : Si il y en a mais en fait si vous voulez les gens sont répartis dans des secteurs
528 psychiatriques en fonction de leur domiciliation et comme on a beaucoup de gens qui ne
529 sont pas domiciliés, du coup on ne peut pas les faire entrer dans le cursus psychiatrique et
530 les faire soigner donc on est obligé de...travailler autrement.

531 **Q : Oui vous parlez de secteur, de sectorisation. Parce que oui en fait les équipes mobiles**
532 **ont... si je me suis bien renseignée, elles ont cette vocation de pas être sectorisées**
533 **justement. D'aller dans la rue, faire un travail de rue un peu comme les éduc spé dont vous**
534 **m'avez parlé qui interviennent.**

535 R : Ah bah oui oui si, il y a l'équipe D. qui fait ça je crois...eux oui oui on travaille avec eux.

536 **Q : Donc ils vous amènent les gens, enfin ils permettent à ce que les personnes dans la rue**
537 **viennent plus dans votre structure ou... c'est ça ?**

538 R : En fait eux vont les rencontrer dans la rue et s'ils estiment que...bah...voilà que cette
539 personne là soit mise à l'abris pendant un certain temps parce qu'elle court un danger
540 et...enfin plus important que d'habitude à la rue oui ils vont nous solliciter pour qu'on
541 l'héberge et viendront la voir dans notre structure.

542 **Q : Ok, je vous remercie pour toutes vos réponses et votre disponibilité.**

543 R : Merci à vous et bonne journée.

544 **Au revoir.**

545 Au revoir.

Précarité, exclusion... et pourquoi pas l'ergothérapie « de rue » ?

Le modèle Kawa, une source d'évaluation pour l'implication dans le soin

Marie Vanzetti

Introduction : L'exclusion est un processus d'isolement et de rupture sociale pouvant affecter l'intégrité physique et psychique. En France des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont spécialisées dans l'accompagnement vers un retour aux soins des personnes en situation d'exclusion et souffrant de troubles psychiques. Contrairement à l'Australie, elles ne comportent pas d'ergothérapeute. Aussi nous pouvons nous demander par quels moyens, l'ergothérapeute, intervenant dans une équipe interdisciplinaire de proximité, peut-il contribuer à l'implication dans un parcours de soin, des personnes en situation d'exclusion présentant des troubles psychiques ? **Hypothèse** : Par l'utilisation du modèle Kawa, l'ergothérapeute apporte une pratique évaluative complémentaire au sein d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) afin d'impliquer activement, dans le soin, la personne en situation d'exclusion souffrant de troubles psychiques. **Méthodologie** : Des entretiens semi-directifs ont été effectués auprès de sept professionnels d'EMPP (médecin, infirmiers, psychologues). Une analyse des verbatims a ensuite été réalisée concernant la population, la démarche évaluative, l'interdisciplinarité et la connaissance du métier d'ergothérapeute. **Résultats et discussion** : Les professionnels utilisent une démarche d'évaluation systématique par des entretiens. Cependant, ceux-ci ne sont pas formalisés d'un professionnel à l'autre. De même l'implication des usagers dans le soin est encore difficile et les professionnels sont confrontés à des problèmes d'ordre culturel. Aussi l'intégration d'un ergothérapeute utilisant le modèle Kawa, au sein d'une EMPP pourrait s'avérer complémentaire à la pratique de l'équipe. Bien qu'il existe une méconnaissance de l'ergothérapie parmi les professionnels interrogés, ceux-ci sont favorables à cette pratique dans le domaine de l'exclusion. Néanmoins, les modalités d'une mise en place au sein des EMPP sont encore en réflexion, à ce jour.

Mots-clefs : *Ergothérapie, exclusion, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, modèle Kawa*

Precariousness, exclusion... why not « street occupational therapy »?

Kawa Model, source of evaluation for involvement in care.

Introduction: Exclusion is a process of isolation and social disruption which can affect physical and mental integrity. In France, Homeless Health Outreach Teams (HHOT) are specialized to the support of persons who are in situation of exclusion with mental disorders. Contrary to Australia, they don't include occupational therapist. By what means does the occupational therapist, involved in an interdisciplinary outreach team, could contribute to the involvement in care pathways of person with mental disorders in a situation of exclusion? **Hypothesis**: By the use of the Kawa model, occupational therapist could bring a complementary approach in a Homeless Health Outreach Team, to actively involved in cares person with mental disorders in situation of exclusion. **Method**: Investigation consisted of semi-structured interviews with different professionals of HHOT (Doctor, nurses, psychologists). Analysis of content has been made about population, evaluation approach, interdisciplinary and knowledge about occupational therapist work. **Results and discussion**: Professionals use systematic evaluation approach by personal interview. However, there are not formalized from a professional to another. We can also observe that involvement of person in care pathways is hard. Moreover, professionals meet cultural difficulties. An occupational therapist approach with Kawa model, could be complementary for HHOT. Although there is a lack of knowledge about occupational therapy among professionals interviewed, they are positive to this practice in the field of social exclusion. Nevertheless, modalities of implementation in HHOT are nowadays in reflection.

Key words: *Occupational therapy, exclusion, Homeless Health Outreach Team, Kawa model*

CCXCIII