

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	7
---------------------------	---

Première partie

Soigner les sans-abri en urgence

Chapitre I

L'urgence et la santé des sans-abri	27
Les publics sans-abri : des difficultés de santé spécifiques?	27
<i>Les sans-abri : entre représentation, statistiques et réalités</i>	27
<i>Des pathologies prévalentes</i>	31
<i>Un recours tardif aux soins</i>	33
<i>Une offre de santé inadaptée ou insuffisante</i>	34
Genèse de la réponse en urgence	36
<i>Naissance et limites de l'urgence sociale</i>	36
<i>L'urgence hospitalière : de l'hospitalité à la médicalisation</i>	40

Chapitre II

Les normes de la médecine d'urgence et le terrain d'étude	45
La professionnalisation de l'urgence : de l'accueil au tri des patients	45
<i>L'accueil du tout-venant : un savoir-faire spécifique?</i>	45
<i>Contrainte sociale, encombrement des services et logiques de tri</i>	48
Les dispositifs locaux de soin des sans-abri	54
<i>Dispositifs existants sur le terrain d'étude</i>	54
<i>Des difficultés d'accès aux soins persistantes</i>	55
La structure des urgences de l'hôpital Grand-Est	56
<i>Les fonctions</i>	57
<i>Les locaux et l'ordonnancement des patients</i>	58
<i>L'organisation temporelle au service</i>	62
Conclusion de la première partie	65

Deuxième partie

Mobilisation du personnel aux urgences

Chapitre III

Les patients sans-abri aux urgences de l'hôpital Grand-Est	71
Résultats de l'enquête quantitative	71
<i>Des admissions non participatives</i>	71
<i>Des patients à distance de l'urgence vitale</i>	73
<i>Difficultés de communication, refus de soin et faux-motifs de consultation</i>	75
<i>Sortie des urgences</i>	76
<i>Deux profils-types de patients</i>	76
Les idéaux types de l'urgence	77

Chapitre IV

De l'accueil à la prise en charge	81
Les réponses aux demandes de mise à l'abri	81
<i>Deux discours de justification</i>	83
<i>Trois critères de décision</i>	85
La décision d'admission aux urgences	87
<i>Les patients adressés par le SAMU et par la police</i>	87
<i>Les patients adressés par un autre service ou venus d'eux-mêmes</i>	88
L'identification de repères mobilisateurs et démobilisateurs dans le soin	93

Chapitre V

La mobilisation face à la pathologie et à la problématique sociale	97
La proximité à l'urgence vitale	97
La problématique sociale	99
<i>La réponse aux besoins primaires</i>	99
<i>La veille médico-sociale</i>	101
<i>L'intervention sociale aux urgences</i>	103
<i>Influence du contexte institutionnel et des caractéristiques des personnels</i>	107
Le contact corporel et la réaction face aux plaintes du patient	110
<i>Les soins corporels</i>	110
<i>Douleurs et plaintes</i>	114
L'intérêt intellectuel	116

Chapitre VI

La mobilisation face à la qualité et à la discipline du patient	123
Les admissions itératives : sentiment d'impuissance et logiques de routine	123
Le mythe du patient non demandeur	128
<i>La non demande et ses interprétations</i>	128
<i>Un mythe remis en cause</i>	131
Le refus de soin	134

L'indiscipline, l'absence de coopération, l'agitation et l'agressivité	141
<i>Conclusion de la deuxième partie.</i>	149

Troisième partie

Sortie du patient, mobilisation des partenaires

Chapitre VII

La mobilisation des partenaires médicaux et sociaux	155
La préparation à la sortie vers un service médical ou social	155
<i>Trouver une place : entre temporalités et compétition.</i>	155
<i>Les modalités de transfert des patients</i>	157
<i>Les stratégies et les procédés de présentation</i>	160
Le transfert vers les services hospitaliers : l'idéal-type du bon malade	163
<i>La proximité de la pathologie avec la spécialité</i>	163
<i>La qualité et la discipline du patient</i>	166
<i>La charge de soin</i>	168
<i>La valeur de gestion du patient</i>	170
<i>L'âge et le cumul des difficultés</i>	172
Le transfert vers les services sociaux : l'idéal-type du bon usager	174

Chapitre VIII

Une offre de prise en charge fragmentée et immédiate.	181
Profils complexes versus spécialisation des services	181
Les conduites addictives entre urgences médicales, psychiatriques et policières	187
Monsieur B.	187
<i>Des pathologies chroniques prises en charge sur le court-terme.</i>	187
<i>Un « tournant » : le passage du temps-court au temps-long</i>	188
<i>Du « patient » au « consommateur de soin » stratège</i>	189
<i>Le décalage temporel dans l'appréhension de la santé</i>	191
Monsieur D.	192
<i>Des admissions contraintes</i>	193
<i>Un patient « ingérable » pour les urgences et la police</i>	194
<i>Une adaptation des démarches cliniques et sociales</i>	195
<i>La gestion de la déviance par les urgences.</i>	195
<i>De l'identité situationnelle et des stratégies des patients.</i>	196
Le manque de coordination	198
<i>Le partenariat avec les services sociaux et médico-sociaux.</i>	199
<i>Une collusion de l'anonymat et un patient qui ne se plaint pas</i>	201
Le bricolage et les solutions palliatives	202
<i>Conclusion de la troisième partie</i>	207

Quatrième partie

**Débats et controverses du traitement
de la précarité en urgence**

Chapitre IX

Les tensions sectorielles entre urgence sociale et médicale	213
L'hôpital : régulateur des limites de l'urgence sociale?	213
<i>Soigner et assister dans l'espace public</i>	213
<i>La révolution de l'« aller vers » et le paradigme de la victime</i>	216
<i>La remise en cause de l'urgence sociale</i>	217
<i>L'urgence chronicisée et sa dimension normative</i>	222
Les allers-retours entre les urgences et la rue	225
<i>La psychopathologie de la clochardisation</i>	225
<i>Le choix de la personne</i>	227
<i>L'impossible projection vers l'avenir</i>	228
<i>La disqualification sociale et la stigmatisation</i>	230
Le housing first : sortir de l'urgence et limiter les hospitalisations itératives	231
<i>La remise en cause des systèmes de paliers</i>	231
<i>Expériences étrangères</i>	233
<i>Une expérience locale</i>	235
<i>Accompagner dans le temps et lever le stigmate</i>	236

Chapitre X

Le soin de la précarité à l'hôpital : enjeux managérial et financier	237
Le patient dit « précaire » : un surcoût hospitalier ou un gain financier?	237
<i>Un surcoût temporel, structurel et lié aux impayés</i>	238
<i>Bedblocker et Gomer</i>	240
<i>Un surcoût à nuancer</i>	242
Entre rationalité managériale et principes de solidarité	244
<i>Le changement de paradigme éthique</i>	244
<i>La T2A : des effets pervers et un système mal adapté aux patients « précaires »</i>	245
<i>Le financement de la précarité à l'hôpital : quels indicateurs?</i>	247
<i>Comparatifs de financements étrangers</i>	254
Les apports d'une sociologie du financement de la précarité	256
<i>Entre modèle entrepreneurial et principes de solidarités</i>	256
<i>Le financement controversé de l'hôpital public</i>	257
<i>L'intérêt collectif au détriment des plus précaires?</i>	258
<i>Évaluer la précarité des patients : les écueils de catégorisation</i>	259
<i>La référence au patient « moyen »</i>	260

Chapitre XI

L'urgence et l'éthique de responsabilité dans le soin des personnes défavorisées	263
La responsabilité envers le sans-abri en question	263
<i>Entre médicalisation et sanitarisation : jeux de pouvoir et contestations</i>	263

La « psychologisation » du social et la promotion de l'autonomie	266
Urgence sociale et médicale : de la victime au responsable	268
La responsabilité systémique face aux inégalités de soin	270
La précarité ignorée	270
L'« excuse » de l'urgence, le primat de l'action et la responsabilité face au résultat	271
Conclusion de la quatrième partie	277
Conclusion	281
Bibliographie thématique	287
Annexe	309
Table des documents	311