ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Date du Jury : **5- 6 novembre 2002**

PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS

UNE NÉCESSAIRE MODIFICATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ?

Anne-Marie CAILLAT

Sommaire

AVANT PROPOS 1

INTRODUCTION 4

PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE THÉORIQUE 6

1. A L'ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL 6

1.1. L'exclusion 6

1.1.1. Le processus d'exclusion 7

1.1.2. La précarité 7

1.2. Les populations en situation précaire 8

1.2.1. La pauvreté : un indicateur monétaire. 8

1.2.2. Un indicateur de conditions de vie 8

1.2.3. Les pauvres 9

1.2.4. Pauvreté et santé. 10

1.2.5. Santé et accès aux droits 10

1.2.6. La couverture maladie universelle 11

1.2.7. Les figures médiatiques de la pauvreté. 11

1.3. Des besoins d'une population à la santé des personnes 12

1.3.1. .Naissance, enfance, adolescence 13

1.3.2. Santé et travail. 14

1.3.3. Précarité et santé mentale. 14

1.3.4. Des fragilités particulières 15

1.3.5. Les personnes sans domicile fixe 16

2. L'ACCÈS AUX SOINS 16

2.1. Les disparités 17

2.2. Les conditions de l'accès aux soins. 17

2.2.1. Continuité et globalité des soins 18

2.2.2. Les obstacles professionnels à l'accès aux soins. 19

3. SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET PRÉCARITÉ 20

3.1. Les services d'urgences. 21

3.2. Les permanences d'accès aux soins de santé 23

3.2.1. Les recommandations de la Mission PASS. 24

3.3. Les réseaux de soins 25

3.3.1. La multiplicité des références. 25

3.3.2. Les pratiques de réseau. 26
3.3.3. Réseau et urgences..... 28

4. SOINS INFIRMIERS ET PRÉCARITÉ.....29

4.1. L'évolution de la profession..... 29

4.1.1. Les savoirs infirmiers..... 30
4.1.2. L'enseignement en formation initiale. 31
4.1.3. L'exercice professionnel. 32
4.1.4. Les soins aux personnes en situation d'exclusion. 33

DEUXIÈME PARTIE: QUESTIONNEMENT ET HYPOTHÈSE.....35

1. LE QUESTIONNEMENT.....35

2. LES HYPOTHÈSES.....38

TROISIÈME PARTIE: LA MÉTHODOLOGIE 39

1. LES ÉTAPES D'UNE RECHERCHE.....39

2. L'INVESTIGATION ET SES LIMITES. 40

2.1. Le choix du service. 40
2.2. Les hôpitaux. 40
2.3. Les professionnels. 41
2.4. Le recueil d'information. 41
2.5. Les limites de ce travail 42

QUATRIÈME PARTIE : ENQUÊTE ET ANALYSE.....43

1. L'ENQUÊTE.....43

1.1. Les établissements..... 43
1.1.1. L'hôpital A..... 43
1.1.2. L'hôpital B..... 44
1.1.3. L'hôpital C. 45
1.1.4. L'hôpital D. 46
1.1.5. L'hôpital E..... 47
1.1.6. Les pratiques des services d'urgences..... 48
1.2. Les cadres. 49
1.3. Le personnel infirmier. 50
1.3.1. Connaissance des projets de l'établissement. 51
1.3.2. Précarité et savoir. 51
1.3.3. Des connaissances de terrain. 52

1.3.4. Les prises en charge des personnes démunies. 55
1.3.5. Les soins infirmiers des services d'urgences..... 57
1.3.6. PASS et modifications des pratiques. 58
1.4. Les relations dans le partenariat. 59
2. L'ANALYSE EN REGARD SES HYPOTHÈSES 60
CINQUIÈME PARTIE : DES PROPOSITIONS D'ACTIONS. 64
1. DES ORIENTATIONS DE MANAGEMENT.....64
2. LES AXES D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. 65
3. LES MOYENS DE L'ACTION. 66
3.1. La PASS, une réflexion partagée. 66
3.2. L'implication des cadres..... 67
3.3. Des action concertées. 67
3.3.1. Réflexion sur le sens des soins infirmiers..... 67
3.3.2. Pour une bonne utilisation du dossier de soins infirmiers..... 68
3.3.3. Des savoirs sur la précarité. 69
3.3.4. La mise en place de processus..... 69
CONCLUSION 70

Liste des sigles utilisés

ARH :	Agence régionale d'hospitalisation
ATD- Quart monde :	Aide à toute détresse- Quart monde
CMU :	Couverture maladie universelle
COM :	Contrat d'objectif et de moyens
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DSI :	Dossier de soins infirmiers
FASQV :	Fond d'amélioration de la qualité des soins de ville
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PASS :	Permanence d'accès aux soins de santé
PRAPS :	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
RMI :	Revenu minimum d'insertion
SATU :	Service d'accueil et de traitement des urgences
SIDA :	Syndrome de l'immuno-déficience acquise
UHTCD :	Unité d'hospitalisation de très courte durée
UPATOU : urgences	Unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des
VIH :	Virus de l'immuno- déficience humaine

AVANT PROPOS

Depuis leur création, les hôpitaux ont eu vocation d'accueillir les pauvres et les malades. Leur double mission sanitaire et sociale disparaît progressivement au xxème siècle avec les progrès de la science médicale et l'apparition de son plateau technique au profit de l'activité de soins. Leur dimension sociale se restreint à la gestion des structures médico-sociales, hospices, maisons de retraite puis structures pour personnes handicapées.

Du social àla technicité des soins.

Les deux réformes successives de 1958 et 1970 en font un instrument de plus en plus performant axé sur la prise en charge de la maladie. L'étendue des connaissances nécessite et favorise la diversification des spécialités médicales. La médecine se centre sur l'affection et l'organe aux dépens de la globalité de la personne malade, particulièrement dans le secteur hospitalier où sont soignées les pathologies aiguës.

La rupture entre sanitaire et social est consommée lors de la parution de la loi de 1975. Chaque champ développe sa technicité et sa spécificité propre.

Cette séparation se situe dans un système prospère ou chacun peut développer ses outils, sa cohérence, sa spécialisation. Avec le vieillissement de la population, la montée du chômage et de la précarité, les demandes croissantes de soins et de prise en charge sociale entraînent une augmentation des coûts auxquels il n'est plus possible de répondre par une seule logique de développement technique exponentiel. Les réponses à l'exclusion deviennent un enjeu social et de santé publique. C'est dans ce contexte que paraissent les ordonnances du 24 avril 1996 qui donnent une base réglementaire aux réseaux, décloisonnent le système de santé et recomposent l'offre de soins.

Si les établissements hospitaliers, avec la loi de 1970, jouent leur rôle de service de public et ont la possibilité d'intervenir dans la prévention, celle-ci, depuis la création de la sécurité

sociale, relève essentiellement du domaine de l'état. Elle se concrétisera dans la lutte contre les fléaux sociaux, sous l'appellation « de réseau sanitaire spécialisé »[1]

Prévention et réseaux

L'assurance maladie prend en charge le soin curatif tandis que le dispositif de l'état, géré par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), organise la prévention. Il s'agit à cette époque de la lutte contre l'alcoolisme, les maladies mentales, les maladies vénériennes, le dépistage des cancers. Pour JM. VINAS[2] il s'agit déjà d'une organisation en réseau mais relevant d'un dispositif réglementaire souple.

Une première approche des réseaux ville- hôpital se réalise en 1991 avec la montée du SIDA et les difficultés à répondre aux besoins des patients atteints par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). Ils sont suivis, en 1993 et 1994, des réseaux de proximité puis de la prévention de la toxicomanie. L'offre de soins seule d'une part et la prise en charge sociale d'autre part ne répondent plus aux besoins de certaines pathologies. Les circulaires des 17 décembre 1998 et du 23 février 1999 présentent le réseau de proximité comme moyen d'intervention et insistent sur la participation hospitalière aux réseaux sanitaires et sociaux.

Accès aux soins et recomposition de l'offre.

Parallèlement, avec la paupérisation d'une frange de la population, malgré son inscription dans la loi hospitalière de 1991, l'accès aux soins n'est pas garanti pour tous.

Le secteur associatif œuvrant dans l'humanitaire, d'une part, les études scientifiques, d'autre part, démontrent des disparités sociales de santé liées à divers facteurs dont la nouvelle pauvreté et la précarisation de vie. A la fois prise de conscience sociale et réponse politique, le dispositif se traduit par un ensemble législatif qui débute avec la loi du 29 juillet 1992 relative au revenu minimum d'insertion (RMI), suivie d'un ensemble de circulaires relatives à l'accès aux soins des personnes démunies :

- circulaire n° 33 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des démunis

[1] Vinas juan Manuel. « L'avènement des réseaux, de la tuberculose aux ordonnances de 1996 » Actualités et dossier en santé publique. Septembre 1998, n°24, p.13 et 14.

[2] Vinas Juan Manuel. Op. cit.ibid, p.14

Implantation de cellules d'accueil spécialisées et d'aide médicale dans les établissements de santé.

Signature de convention avec l'état pour la délivrance de soins en consultations externes et de produits pharmaceutiques

- Circulaire n° 95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des plus démunis.
- Circulaire n° 736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies

Elle précise les conditions de mise en place des permanences d'accès aux soins de santé.

- Circulaire DGS/SP2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situations précaires.

Dans ces mêmes temps paraissent la loi de 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, et, celle en 1999 portant création d'une couverture maladie universelle(CMU).

Ce corpus réintroduit la dimension sociale de et à l'hôpital, à travers l'accès aux soins et la prise en charge des populations en situation précaire. Il donne un ensemble de directives, dote l'hôpital d'un nouvel outil, les permanences d'accès aux soins (PASS) et conforte un nouveau mode d'exercice, le réseau.

INTRODUCTION

Le choix du thème de ce mémoire relève d'interrogations professionnelles qui ont traversé les dernières années de mon parcours.

Originaire du secteur psychiatrique, dans ce contexte professionnel je me suis confrontée à l'inadaptation des modes d'action dans le cas particulier des personnes sans domicile fixe. Je ne citerai, ici, que la difficulté d'engager un suivi ambulatoire et l'organisation des rendez-vous. L'hospitalisation qui, dans ce cas, facilite la prise en charge et la réinsertion sociale est bien souvent rejetée par la personne en grande précarité. Parallèlement, les besoins ressentis par les acteurs du champ social ne sont pas satisfaits. Ils critiquent l'inadéquation de nos réponses. Critiques adressées au secteur psychiatrique qui ne se limitent pas à une équipe précise mais à un fonctionnement des acteurs et des structures.

Sur le plan local lors des différentes réunions, Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), réseau addiction, les mêmes réflexions sont énoncées et élargies à l'ensemble de l'hôpital.

En cours de formation à l'ENSP, lors du séminaire inter- écoles, le thème de l'accès aux soins entraîne le groupe sur des enquêtes de terrain, en particulier auprès d'ATD Quart monde. Les personnes interviewées confirment la difficulté d'accès aux soins de certains de leurs adhérents, que ce soit en lien avec les structures, leur fonctionnement ou la précarité même. La priorité donnée à la survie ne permet pas aux personnes de se préoccuper suffisamment de leur état de santé. La honte d'être pauvre s'ajoutant aux difficultés financières, elles ne s'adressent au médecin qu'en dernier recours. Faute de soins dans les circuits traditionnels, ces personnes en situation précaires s'adressent aux services d'urgences des hôpitaux pour obtenir les soins nécessités par leur état de santé.

La loi du 29 juillet 1998[3] demande à l'hôpital de renforcer sa dimension sociale. La circulaire du 17 décembre 1998[4] donne comme objectifs d'installer 250 PASS fin 1999 soumises à agrément du directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), de mettre en réseau les professionnels des différents champs, dont les hospitaliers, et insiste non seulement sur les

[3] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

[4] Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

adaptations structurelles mais aussi sur les « changements de mentalités et de pratiques professionnelles ».

Ceci suscite notre question de départ **: Alors que les besoins des populations précaires sont définis, les missions des établissements publics de santé et les moyens à mettre en œuvre précisés, les prestations fournies ne semblent pas répondre aux besoins des usagers en situation d'exclusion. Ces difficultés de prise en charge sont-elles en lien avec les mentalités et les pratiques professionnelles dont la circulaire fait état ?**

Dans une première partie de ce travail, nous présenterons les éléments conceptuels et les notions concernant l'exclusion, la précarité et les besoins de santé de ces populations, pour nous attacher ensuite à développer l'accès aux soins et ses obstacles. Compte- tenu de l'ampleur du sujet, du temps imparti et pour rester dans les limites de notre compétence, nous circonscrirons notre sujet à l'exercice professionnel des infirmiers des urgences.
Nous préciserons dans une deuxième partie le contenu de notre problématique pour arriver à la formulation d'hypothèse de réponse.
Dans la troisième partie, nous nous rendrons sur le terrain, où nous pourrons vérifier la validité de notre hypothèse ou bien la reconsidérer en fonction des éléments recueillis. A partir de l'analyse de ceux-ci, dans la quatrième partie nous nous attacherons à développer, dans le cadre d'un service de soins, des objectifs d'amélioration du fonctionnement et des propositions d'actions.
Directeur de soins, nous auront à organiser, à mettre en œuvre et à évaluer les pratiques de soins dans un souci d'amélioration de la qualité, et à proposer des actions ciblées et pertinentes. L'objet de cette recherche nous permet de nous interroger dès aujourd'hui sur les savoirs, savoir faire et savoir être qui favorisent des prises en charge adaptées aux besoins de santé des personnes en situation précaires dans le cadre hospitalier. Ces conclusions nous permettrons d'intégrer des objectifs appropriés à l'accès aux soins des personnes démunies dans le projet de soins infirmiers que nous auront à animer et à élaborer dès la fin de cette formation. Nous pourrons contribuer à la réflexion sur l'installation du dispositif PASS prévu par l'établissement.

PREMIERE PARTIE : LE CADRE THEORIQUE

1. A L'ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL.

La précarité et l'exclusion sont avant tout des phénomènes sociaux engendrés par des conditions économiques mais leurs conséquences sur l'individu, en terme de parcours et de condition de vie, le met dans une situation telle que le social, seul, ne peut répondre à ses besoins. Les conditions de santé, les difficultés d'accès aux soins de cette partie de la population décident les pouvoirs publics à mobiliser les acteurs de la santé, en particulier les hôpitaux, et du champ social autour d'une mission commune : la prise en charge des personnes en situation précaire.

1.1. L'EXCLUSION

L'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale la définit ainsi : « L'exclusion est la dénégation ou le non respect des droits fondamentaux et notamment des droits sociaux (…) droit à une qualité de vie minimale. »[5]

La notion d'exclusion varie avec les époques. Elle apparaît dans le courant des années soixante avec le livre de René LENOIR « Les exclus, un français sur 10 ». A cette époque de prospérité, il fait référence à une population socialement inadaptée ou restée en marge de la croissance économique et aux familles défavorisées marquées par la pauvreté depuis plusieurs générations. Vers 1980, il s'agit de catégories situées en dehors des rapports de production et des rapports sociaux, des marginaux.

Avec la montée du chômage, la précarité/ pauvreté prend la place de l'inadaptation sociale et l'attention se porte sur des populations adaptées mais victimes de la conjoncture économique. Puis, la notion d'exclusion permet d'appréhender les populations paupérisées et de souligner l'existence de processus qui, de ruptures en crise identitaire, mènent à celle-ci.

[5] Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Rapport 2000. Paris .La documentation française. 2001. 125 p.

1.1.1. Le processus d'exclusion.

Dans un contexte social où se conjuguent l'amenuisement de la solidarité familiale et l'absence de plein emploi, le chômage qui remet en question le statut de l'individu dans la société, mais aussi dans la famille, peut entraîner affaiblissement et rupture des liens conjugaux ou familiaux. La restriction des relations amicales du chômeur atteint dans sa dignité renforce la solitude et aggrave les risques d'exclusion.

Parallèlement, comme nous le dit D. SCHNAPPER « la politique sociale dévalorise, disqualifie ceux auxquels elle apporte des secours. »[6]. Dévalorisation et disqualification qui atteignent les familles et personnes dans leur dignité et viennent expliquer partiellement les hésitations de celles-ci à faire part de leur situation aux professionnels des institutions sanitaires ou sociales.

Pour Claude DUBAR, l'exclusion doit être considérée comme une « construction sociale (….) c'est à dire comme un produit historique de mécanismes sociaux et non comme un état résultant d'attributs collectifs ou individuels »[7]. C'est un double processus structurel, car produit par les institutions, et biographique, parce que l'individu passe par des phases qui l'éloigne progressivement de l'intégration économique et de « l'affiliation sociale ».

Le chômage opposé au travail, principal critère du statut social, se combine avec une diminution de l'intégration sociale, la perte de revenu et le parcours de vie pour entraîner l'individu vers l'exclusion.

Ainsi, celle-ci se construit dans la pauvreté et la précarité en fragilisant, en isolant socialement l'individu.

1.1.2. La précarité

Selon l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale, il n'existe pas d'indicateurs construits permettant l'analyse de la précarité. Si la pauvreté est définie comme une insuffisance de ressources, c'est l'instabilité ou la fragilité des situations sociales qui conduisent à la précarité. L'inégalité des revenus, le mode d'emploi, le capital scolaire, la situation familiale, les conditions de logement et de santé vont interférer avec la pauvreté pour enclencher le processus tout comme l'exclusion qui en est son terme et son versant social. La précarisation est analysée comme « un cumul de handicaps qui provoquent le

---

[6] Schnapper D.« Intégration et exclusion dans les sociétés modernes. » L'exclusion l'état des savoirs, Paris. Edition la découverte. 1996 P.23 à 31

[7] Dubar C. « socialisation et processus » in « l'exclusion, l'état des savoirs », La découverte . P111 à 118

basculement ou le maintien dans la pauvreté. »[8] Ces handicaps peuvent être de nature biologique ou repérés par des indicateurs partiels socio-économiques qui sont l'absence de diplôme, de ressources, la précarité de l'emploi ou de logement, le chômage.

Cette précarité, lorsqu'elle se maintient, ne permet plus d'assumer ses responsabilités, ni de reconquérir ses droits par soi-même. Elle se conjugue avec les notions de vulnérabilité et de fragilité qui dénient à l'individu un statut social et l'accès aux droits communs et en fait un exclu.

L'exclusion, la précarité seraient donc des processus sociaux, dans un contexte économique englobant des populations diversifiées. Leurs dénominateurs communs sont l'insuffisance des ressources, l'instabilité des situations, des difficultés d'accession aux droits, une perte du lien social, leurs problèmes de santé étant parfois cause, parfois conséquence de leur précarisation. Celle-ci atteint l'individu dans son parcours de vie, son intégrité psychologique et physique. Ses conséquences se posent aussi en terme de santé et nécessitent des réponses en terme de soins. Nous tenterons de cerner les composantes de cette population pour comprendre la diversité des situations et des besoins

1.2. LES POPULATIONS EN SITUATION PRECAIRE

Si ni l'exclusion, ni la précarité ne peuvent être, à ce jour, analysées à l'aide d'indicateurs, un facteur commun réunit les populations concernées par le processus, il s'agit de celui de pauvreté.

1.2.1. La pauvreté : un indicateur monétaire.

Le niveau de pauvreté est traduit par un seuil de ressources, en dessous duquel les ménages et individus sont considérés comme pauvres. Ce seuil est fixé par une médiane qui sépare la population en deux parties égales. La population pauvre est située dans la partie inférieure et son niveau de ressource était aux environs de 3650 francs par personne seule en 2000.

1.2.2. Un indicateur de conditions de vie

Mis au point et calculé par l'INSEE, il regroupe vingt huit indicateurs élémentaires en grands domaines dont les difficultés budgétaires, les retards de paiements, les restrictions de

[8] APPAY B. « Précarité, précarisation : réflexions épistémologiques » in « Précarité, risque et santé » Paris. INSERM. p.15 à 27. Collection : Questions en santé publique.

consommation, les conditions de logement. Ainsi l'INSEE démontre, qu'en 1996, l'ensemble des travailleurs pauvres s'élèvent à environ 1,3 millions.

1.2.3. Les pauvres.

En 1996, 4,5 à 5 millions d'habitants en France vivaient en dessous du seuil de pauvreté, dont 950 000 enfants de moins de quatorze ans, et plus d'un enfant sur dix grandit dans un foyer dont le revenu est en dessous du seuil de pauvreté.
Depuis 1990, la paupérisation des ménages salariés ou de chômeurs s'est aggravée. Elle touche diverses catégories, dont les personnes aptes au travail qui à la suite d'un accident de trajectoire, chômage, maladie, rupture, basculent dans la précarité.
Le taux de pauvreté est particulièrement élevé pour les familles monoparentales dont le chef de famille est une femme. Il est augmenté par le nombre d'enfants. La rupture dans les unions, principale cause des monoparentalités, est responsable d'un appauvrissement des parents gardiens qui, lorsqu'il va de pair avec une certaine vulnérabilité, accélère le processus de précarisation.
Les ménages étrangers, ont un taux de pauvreté nettement supérieur à la moyenne, alors que 7% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté, un quart est constitué de familles de nationalité algérienne, marocaine ou tunisienne. Il en est de même pour les personnes dont la nationalité est acquise, avec un pourcentage de 9% de pauvres contre 6% pour les ménages français d'origine. Les lenteurs administratives pour l'obtention du droit de séjour aggrave encore la situation. C'est le cas particulier des demandeurs d'asile.
Le taux de familles en difficultés augmente dans les villes de plus de 20 000 habitants où il atteint un ménage sur six.
Les jeunes de moins de trente ans sont particulièrement concernés, puisque leur taux de pauvreté est supérieur à la moyenne, alors que les personnes entre 65 et 84 ans ont le rapport le plus faible. Il s'élève ensuite au- delà de 85 ans.
Les possibilités de sortie de l'état de pauvreté sont notablement influencées par la qualification, l'âge, l'état de santé. Ce dernier facteur modifiant, d'après enquête, les possibilités de sortie ou de maintien dans le dispositif du revenu minimum d'insertion (RMI).
Un des modes d'entrées dans la désinsertion relève directement de la dégradation de la santé au travail. Le processus est amplifié dans les emplois les moins qualifiés ou il aggrave les conditions de vie. Les accidents de travail, les maladies professionnelles, l'usure physique ou mentale liés à des qualifications réduites seraient une cause de précarisation chez les femmes. Lorsque les ressources ne suffisent plus à assurer la subsistance familiale,

la nécessité de garantir le logement se fait aux dépens des besoins alimentaires et des soins médicaux pas ou peu remboursés.

1.2.4. Pauvreté et santé.

« la pauvreté pause alors des limites innombrables à l'acte de soins, celle de l'intendance de la survie où il est, à nouveau, question de temps. Ce temps, c'est la pauvreté qui le prend à la vie »[9].

La survie dans la pauvreté nécessite de différer tout ce qui n'est pas difficultés immédiates et renforce l'immobilisme de l'individu dont, non seulement les ressources financières, mais aussi physiques et mentales sont altérées.

La gestion du rendez-vous, sa modification, son annulation, seront soumises aux aléas des nécessités quotidiennes et des revenus, d'autant que le courrier n'est pas un mode de transmission traditionnel des personnes en situation précaire et le téléphone parfois absent.

La prescription médicale et la continuité des soins entre en contradiction avec l'impossibilité financière et matérielle de les assumer. L'annonce d'un diagnostic peut entraîner une position de repli, là où l'acte de soins serait nécessaire. Il y a dichotomie entre les pratiques médicales habituelles et le mode de vie des personnes démunies au risque de l'incompréhension du médecin et du retrait du patient qui se sentira rejeté.

Dans le monde de la grande pauvreté, la santé n'est plus un capital, ni une valeur, mais un risque qu'il faut gérer afin de survivre. Pourtant cette population, en raison même de ses conditions de vie, a des besoins de santé qui, s'ils ne sont pas toujours spécifiques sont accrus par la précarité.

1.2.5. Santé et accès aux droits.

La pluralité des travaux sur le thème de la santé, l'exclusion et la précarité sociale ont abordé tous les domaines de la santé et exploré les aspects que revêt l'exclusion du système de soins. Ils montrent qu'il n'y a pas de responsabilités attitrées, mais « des fonctionnements excluants »[10] dans l'accès aux droits. Il s'agit de « l'écart entre les droits

---

[9] Lasné N. « Clinique de l'asservissement » in « Précarité risque et santé ». Paris. INSERM 2001. P253 à 270

[10] Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. « Rapport 2000 » Paris. La documentation française. 2001. 125 p.

affichés et la réalité et de l'importance décisive pour des personnes fragilisées du moindre dysfonctionnement, de la moindre attitude de rejet et suspicion. »[11]

Les droits sont d'autant moins attribués que les personnes en état d'éligibilité sont dans l'ignorance du dispositif en place, des procédures pour y accéder, et ont mal assimilé les règles d'attribution. Ces difficultés sont renforcées pour celles de faible niveau de formation ou ayant des difficultés de lecture.

Le contact direct avec l'assistante sociale ou au guichet reste la principale source d'information, le courrier ou le téléphone sont peu employés.

1.2.6. La couverture maladie universelle.

Depuis l'instauration de la CMU par la loi du 27 juillet 1999, l'évaluation du dispositif a permis de noter une augmentation du nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie. Au 30 juin 2001, ils s'élevaient à 1,2 millions pour la France entière, et à 5,3 millions de personnes pour la CMU complémentaire, soit depuis le 1er janvier 2000, une augmentation de 1,5 millions de nouveaux assurés. Mais depuis le début de l'année 2001, la montée en charge du dispositif montre un net ralentissement.

L'accès aux droits est amélioré, il n'est pourtant pas exhaustif. Au printemps et à l'automne 2000, les milieux concernés n'étaient pas les mieux informés. Les cadres, les professions intermédiaires et les employés connaissaient mieux les mesures que les ouvriers et les non salariés.

Si la CMU a permis une amélioration de l'accès aux soins de la population ciblée, celui reste différent quant à son contenu et montre davantage d'hospitalisations, moins de soins dentaires et optiques que dans la population générale.

1.2.7. Les figures médiatiques de la pauvreté.

Le discours sur la précarité, le choix des thèmes abordés et la manière de le traiter diffusés par les médias influencent directement les représentations du reste de la population. A défaut de constitution de connaissances spécifiques, elles seront les seules références par rapport au problème.

Les personnes sans domicile fixe sont emblématiques de l'exclusion totale tant la représentation du pauvre est centrée sur la privation de logement et d'emploi. Les chômeurs et les travailleurs précaires sont les sujets les plus largement évoqués, puis viennent les mal-

[11] Op. cit Ibid

logés. Dans un cas, on insiste sur le cumul de handicaps entre absence d'emploi et situation particulière, dans l'autre, c'est surtout la précarité de leur situation qui est mise en avant, associée à leur trajectoire de vie.

Dans les sujets sur les habitants des quartiers difficiles, l'exclusion sociale et citoyenne , le chômage sont évoqués et l'accent mis sur l'ennui, l'abandon et les violences diverses qui en découlent.

L'évolution de ces représentations se traduit par l'ouverture de sujets sur les jeunes, les femmes, le surendettement, les handicapés et les malades mentaux. En 1999, réapparaissent des conceptions contrastées de la pauvreté où celle-ci deviendrait un « choix stratégique dans une société d'assistance. »[12]

Méconnaissance de leurs droits par les personnes en situation de précarité, écart entre droits affichés et réalités, décalage entre figures médiatisées et réalités objectives, retour progressif à la moralisation de la pauvreté et fragilité des individus face au moindre dysfonctionnement aggravent, malgré leurs besoins, les difficultés d'accès aux soins des populations précaires.

1.3. DES BESOINS D'UNE POPULATION A LA SANTE DES PERSONNES.

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « Un état complet de bien être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »

Le Haut comité de la santé publique ajoute: « Dans une perspective de santé publique, la santé ne saurait évidemment être limitée à la seule absence de maladie. Une souffrance psychique, même non pathologique, la répétition de troubles bénins, une perturbation de l'image de soi, ou le sentiment de sa propre inutilité seront considérés comme des signes suffisants pour parler de problème de santé. »[13]

Or, la précarité qui laisse des traces durables chez un individu, le rendrait vulnérable et pourrait provoquer à long terme une dégradation de son état de santé. Celui-ci est déterminé par les événements qui marquent son enfance et son adolescence. Le niveau de vie des parents, la violence agie ou subie, le niveau d'éducation hypothèque ce capital. Indépendamment des comportements individuels, la mauvaise qualité de l'environnement social et physique est un facteur aggravant qui se complique d'un style de vie et de facteurs

[12] Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. « Rapport 2000 » Paris. La documentation française. 2001. 125 p.

[13] Haut comité de la santé publique. « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » Rennes. Editions ENSP.1998. 349 p.

comportementaux à risque : conduites addictives, habitudes alimentaires, environnement professionnel. En conséquence, en terme de mortalité, les disparités sont considérables entre les catégories socioprofessionnelles. L'espérance de vie la plus faible concerne les professions les moins qualifiées et le potentiel de santé décroît avec l'échelle sociale.
Pourtant, les différents auteurs sont d'accord, il n'y a pas de pathologies spécifiques des personnes démunies mais bien un cumul et une « intrication des problèmes de type médico-sanitaire, psychoaffectif et socio-économiques ».[14] Leurs maladies sont multiples, les formes aggravées, les symptômes entremêlés.
La progression de la précarité fragilise les populations les plus vulnérables et détériore leur état sanitaire. A terme, c'est une régression qui se traduit en risque pour la santé publique. Ce risque varie avec les âges de la vie, et la particularité de certaines situations. Nous en explorerons quelques unes sans prétendre à l'exhaustivité.

1.3.1. Naissance, enfance, adolescence.

La relation entre l'issue d'une grossesse d'une génération à l'autre entraîne des conséquences sur le long terme. Ainsi, un faible poids de naissance génère la mise au monde d'enfants de petits poids qui est lui-même facteur de risque dans l'étiologie de certaines pathologies de l'adulte. Les inégalités sociales pendant la période périnatale grève ainsi l'avenir de plusieurs générations.
La mortalité foeto-infantile plus importante des enfants nés hors- mariage se corrèle avec celle des groupes sociaux les moins favorisés.
L'environnement socio-économique est reconnu comme directement responsable de certaines affections chez l'enfant : saturnisme, mauvais état bucco-dentaire, trouble précoce de l'apprentissage, troubles du comportement, ralentissement de la croissance par atteinte prolongée de l'état de santé. Dans les milieux économiquement faibles, la consommation de sucres rapides, de graisses aux dépens des protéines animales fait apparaître, dès l'enfance, des situations de grande maigreur ou d'obésité. Par ailleurs, la médecine scolaire fait état de malnutrition, de troubles visuels et auditifs.
Le Haut comité de la santé publique relève un taux de suicide des jeunes et adolescents le plus élevé d'Europe, augmentation qu'elle superpose à l'augmentation du taux de chômage.

[14] Brix A. « La santé des populations démunies » in « politique santé/précarité » Schaetzël Françoise. Rennes. ENSP 1997. P.12 à 16.

1.3.2. Santé et travail.

Dans les emplois les moins favorisés, les facteurs de risque dans l'environnement professionnel sont les plus fréquents, qu'ils soient de nature chimique, physique ou organisationnels. Ses conséquences sont un taux de mortalité plus important et une espérance de vie plus courte.

1.3.3. Précarité et santé mentale.

Selon M. Joubert ,la précarité affecte les individus selon trois registres :

- Dans les dynamiques intersubjectives qui renvoient à l'histoire de chacun et à son inscription dans les réseaux sociaux.
- Dans les processus de régulation qui concernent les trajectoires et les conditions d'affrontement des difficultés quotidiennes
- Dans la mobilisation de soi qui permet de dégager des ressources exceptionnelles face aux événements fortement négatifs.

Or, chez l'individu, la précarité affecte ces trois domaines avec pour conséquences le retrait social, une capacité de régulation réduite lors d'événements difficiles, des ressources atténuées allant jusqu'à l'immobilisme. Elle est cause de tensions et de souffrances psychiques qui ne sont pas toujours suivies de demandes de soins, et nous dit-il :

« Ces situations posent aux intervenants sociaux et professionnels de santé des problèmes difficiles à traiter qui n'entrent pas dans le champ habituel de leurs compétences et mettent en cause, de ce fait, la pertinence des dispositifs de prévention et de soins. »[15]

Pourtant cette souffrance des personnes en situation précaire entraîne des difficultés à faire face à leurs contraintes, dégrade leurs relations familiales et sociales et dévalue l'image et l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. On note, par ailleurs, une plus grande fréquence des troubles mentaux dans les groupes de population désavantagées. Ce fait est confirmé par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale qui constate chez les personnes démunies des maladies psychiatriques ou des troubles du comportement nécessitant des soins appropriés et qui précise :

[15] Joubert M. « Précarité et santé mentale » in « Précarité, risque et santé » Paris, INSERM, 2001. P 69 à 93

« Tout n'est pas en lien avec la psychiatrie de secteur, mais de grandes difficultés tiennent à cette dernière, concernant, par exemple, les sorties d'hôpitaux psychiatriques insuffisamment préparés et de façon plus générale, une pratique inadéquate aux personnes en très grande difficulté. »[16]

Cette fragilité psychique, en lien avec la précarité, ajoutée aux conduites à risque : addictions multiples, conduite automobile dangereuse, violence, les amènent fréquemment dans les service d'accueil et d'urgences.
Si ces comportements et pathologies sont plus fréquents que dans l'ensemble de la population, les personnes précaires et leurs problèmes de santé ne se réduisent pas à ceux-ci. Elles sont globalement psychiquement plus vulnérables et cette vulnérabilité se traduirait sur le plan biologique par une baisse des capacités de régulation de l'organisme et de défense contre les agressions externes.

1.3.4. **Des fragilités particulières.**

En raison de la modicité de leurs ressources financières, des facteurs d'immobilisme et de leur rapport à la santé et à leur corps, les populations pauvres ne se soignent que lorsque leur état le nécessite absolument, elles le font, dans ce cas, dans l'urgence. Cette non prévention entraîne une dégradation de leur santé et accentue la nécessité de soins lourds et d'hospitalisations plus fréquentes que dans les catégories socioprofessionnelles plus favorisées.
Si leur alimentation ne semble pas caractérisée en terme de carences, en revanche leur consommation alimentaire est facteur d'un moindre équilibre nutritionnel et les prédispose à un ensemble de maladies chroniques. Ainsi existe-t-il une prévalence du diabète chez les personnes à faible revenu de plus de soixante cinq ans.
Le risque plus faible de survie à un cancer est directement corrélé à la faiblesse du revenu économique sans que cette fragilité soient, par ailleurs,explicitée. La nature des soins bucco-dentaires est différente en fonction des ressources et les personnes défavorisées bénéficient davantage de prothèses dentaires complètes. Enfin, l'épidémie de SIDA se déplace vers les classes populaires et les personnes sans professions avec un risque accru chez les usagers de drogues.

[16] Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale « Rapport 2000 » Paris. La documentation française. 2001

1.3.5. **Les personnes sans domicile fixe.**

Ce sont les plus marginalisées, et apparaissent chez eux des pathologies qui avaient disparues des pays développés, tout cela aggravé par des déficiences multiples liées à leurs conditions de vie. A la résurgence de la tuberculose, de certaines affections cutanées, de l'alcoolisme, s'ajoute la toxicomanie mais aussi une augmentation des troubles psychiques.
Qu'elles soient de l'appareil respiratoire ou locomoteur, les maladies sont graves, mais le mode de vie précaire de ces personnes se traduit par la délivrance essentiellement de soins de première urgence sans possibilité de continuité qui vont se corréler avec des hospitalisations plus fréquentes et plus longues que dans la population générale.
C'est pour répondre à ces spécificités que s'est créé, au fil des années, une médecine, telle celle du SAMU social, qui tente de répondre aux besoins de santé des pauvres. Ces intervenants ont bénéficié d'une large écoute et ont eu le mérite de mettre l'accent sur des pratiques novatrices qui s'affirment « par opposition à l'inefficacité des pratiques et des institutions existantes »[17]
« Les interventions et les aides doivent être personnalisées » nous dit le Haut comité de la santé publique. L'unicité de chaque cas nécessite de proposer des solutions au plus près de la demande et des besoins. Il propose de mettre en place des dispositifs décentralisés, mais aussi, des lieux de parole et d'écoute permettant à chacun d'exprimer sa souffrance. Il insiste sur la nécessité de former les professionnels du champ sanitaire et social et insiste sur l'exigence d'une vision globale comportant la capacité des différents acteurs à travailler ensemble.[18]

2. L'ACCES AUX SOINS.

Si l'accès aux droits des personnes démunies s'améliore avec la mise en place de la CMU, les disparités en terme d'appartenance sociale d'accès aux soins et d'état de santé ne sont pour autant résorbés. En revanche le refus de donner des soins reste un cas isolé même si certains établissement privé sélectionnent leur clientèle.

---

[17] Mossé P. « Le lit de Procuste » Ramonville ST Agne. ERES. 1997. 162 p. coll. Pratiques du champ social.

[18] Haut comité de la santé publique. « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » Rennes, Edition ENSP.1998. 349 p.

2.1. LES DISPARITES.

Le renoncement au soin en raison de son coût s'ajoute aux inégalités dans le soin préventif. La médecine scolaire et celle du travail ne sont pas exploitées de manière optimum. Le système reste domine par une logique curative et les difficultés de coordination entre généralistes et spécialistes aggravent le problème.

Les soins curatifs ne sont pas exempts de défaut de qualité. Le haut comité de la santé publique, en 1994, évaluait à 1/3 la proportion de décès évitables liés aux dysfonctionnements du système de soins.

A l'hôpital où sont reçus des usagers appartenants aux groupes les plus exposés, majoration des risques sanitaires, faibles consommation de soins, les besoins en soins préventifs ne sont pas toujours reconnus et rarement pris en compte. C'est le cas des services d'urgences, qui nous dit p. Lombrail « ..traitent des consultants itératifs comme les autres, alors que ce mode de recours aux soins traduit leur dépendance à l'égard de cette structure pour leurs soins, ce qui devrait conduire à reconsidérer la nature du service qui leur est rendu : réponse ponctuelle à une demande analysée comme ponctuelle sans prise en compte plus globale des besoins de ces personnes au long cours. »[19]

Quel que soit le patient, mais a fortiori celui en situation précaire devrait, dans un soin de qualité, bénéficier d'une prise en charge globale de ses besoins en terme curatif et préventif pour que soit décelée non seulement la pathologie pour laquelle il s'est présenté, mais aussi celles intercurrentes et devrait avoir accès à la continuité de ses soins.

2.2. LES CONDITIONS DE L'ACCES AUX SOINS.

Selon Andersen et Newman[20], trois facteurs conditionnent l'utilisation des services de santé :

Les déterminants sociétaux : entre autres, l'âge, le sexe, certaines caractéristiques sociales, le niveau d'éducation ou l'activité professionnelle…

Les déterminants individuels :

- Les besoins de santé,
- La prédisposition d'un individu à utiliser des services,
- La capacité à se les procurer.

Or, nous l'avons vu, les populations précaires ne disposent pas de ces deux derniers facteurs.

---

[19] Lombrail P. « Accès aux soins » in « Les inégalités sociales de santé » Paris, La découverte, 2000, p.403 à 418..

[20] In Lombrail P. Op.cit.ibid.

Les caractéristiques du système de soins :

- L'accessibilité caractérise l'accès potentiel ou possibilité, alors que le recours ou utilisation relève de l'accès réalisé.

- L'accès primaire distingue l'entrée dans le système, de l'accès secondaire qui définit le déroulement des soins dont trois propriétés sont fondamentales :

La globalité du soin,
La coordination,
La continuité.

2.2.1. Continuité et globalité des soins.

Elles se caractérisent par un enchaînement logique dans la délivrance des soins finalisés par l'atteinte d'un résultat et se déclinent en plusieurs dimensions :

- Un malade est suivi au cours du temps par un ou plusieurs mêmes intervenants.
- Les soins sont délivrés dans une même institution.
- Les attentes réciproques des malades et des professionnels renvoient à la dimension relationnelle dans la relation de soins.
- Les outils (dossier, carnet de santé, courrier.) qui permettent la gestion de l'information et la communication entre professionnels et avec le malade sont disponibles.
- La coordination ou capacité à gérer le recours aux experts spécialisés multiples générés par les besoins de soins du patient. Cette coordination est corrélative d'un objectif à atteindre différent selon l'appréciation des besoins identifiés.

Cette dernière renvoie à la globalité des soins qui « désigne la capacité des professionnels à envisager l'ensemble des besoins de soins d'une personne indépendamment des limites de leurs compétences et(ou) capacités d'action. »[21]

Cette appréciation de la globalité des soins variera avec le jugement du professionnel et son analyse de l'état de santé de la personne en fonctions de ses propres représentations. Elle sera plus ou moins étendue selon qu'elle s'appuie sur un modèle uniquement curatif ou qu'elle englobe la prévention, qu'elle s'attache au bien être mental et social du malade en plus de son bien être physique.

[21] Lombrail p. Op. Cit. ibid.

2.2.2. **Les obstacles professionnels à l'accès aux soins.**

Si la santé est généralement considérée dans notre société comme « le bien le plus précieux », les conditions de survie des populations précaires les amènent à reléguer le problème de leur santé au second rang de leurs préoccupations. Cet état d'esprit, ajouté au manque d'éducation à la santé, les conduit vers un recours tardif aux soins et un suivi approximatif des prescriptions. Ces comportements, qui s'opposent à la culture médicale, sont difficilement compréhensibles par les professionnels de santé.

De plus, l'hôpital, de par son histoire, est une institution centrée sur elle-même et peu ouverte sur la cité. Les médecins hospitaliers sont, de ce fait, moins exposés à la réalité sociale que leurs confrères généralistes. Les actions de coordination entre médecine de ville et hôpital sont encore débutantes et concernent des pathologies spécifiques, SIDA, addictions, soins palliatifs et le travail avec les réseaux de soins reste embryonnaire. Les informations circulent très peu entre la médecine ambulatoire et les praticiens hospitaliers.

L'expérience montre que les professionnels de santé dans leur ensemble doivent vaincre un certain nombre de réticences pour s'occuper des publics les plus démunis :

- Le manque d'information sur ce que représentent les populations défavorisées et donc une crainte à priori, voire un refus de les prendre en charge de peur qu'il fasse fuir la clientèle traditionnelle.
- Le manque de formation par rapport au mode d'approche de ces patients parfois agressifs ou au contraire totalement passifs et dont les demandes dépassent les compétences médicales habituelles.
- La nécessité d'une prise en charge globale du patient se heurte à l'hyperspécialisation du système de santé et donc de la pensée et des pratiques.
- La prise en charge de la souffrance psychique pose problème : « (…) il est impossible de distinguer la dépression des situations de désespérance, et que les deux ne relève pas d'un même traitement. »[22]

Malgré une prise de conscience des difficultés de santé des populations précaires et des expériences novatrices dans ce domaine, la spécificité de l'approche de ces patients pour laquelle les hospitaliers n'ont pas, sauf cas particuliers, d'expérience antérieure se heurte à la spécialisation sur laquelle est construite l'hôpital d'aujourd'hui qui traite la maladie et non la personne dans sa globalité. La continuité des soins, hors hospitalisation, est alors renvoyée au médecin traitant qui est souvent inexistant dans leur cas. Le service public hospitalier fonctionne et accueille les personnes démunies mais la réponse des services d'urgences à leurs besoins serait alors inadaptée.

---

[22] Cité par Haut comité de la santé publique, Op. Cit. ibid.

3. SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET PRECARITE.

La loi du 29 juillet 1998 précise les missions du service public hospitalier dans le cadre de la lutte contre l'exclusion.
Il concourt « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseau. [23]»

« …à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortant, ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »[24]

A cette fin. dans le cadre des programmes régionaux d'accès aux soins (PRAPS) , les établissements public de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, peuvent conclure, avec l'état, des conventions permettant de délivrer gratuitement traitements et soins aux personnes en situation de précarité. Ce recours possible concerne les personnes sans résidence stable, dépourvues de ressources et sans droit à un régime de protection sociale. Il doit rester exceptionnel.
Les permanences d'accès aux soins, structures permanentes, dont l'ouverture est soumise à la décision de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), vient compléter l'ensemble.

« …..Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. »[25]

Pour répondre à ses missions de service public dans le cadre de la lutte contre l'exclusion, le cadre législatif dote l'hôpital d'un certain nombre de moyens. Les PASS et les réseaux sont de ceux-là. Ils viennent conforter un dispositif d'accès aux soins pour tous inscrit dans le

[23] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Souligné par moi.

[24] Loi du 29 juillet 1998 .Op. Cit. Ibid.

[25] Loi du 29 juillet 1998 .Op. Cit. Ibid.

code de la santé dont la porte d'entrée très utilisée dans les hôpitaux est le service d'accueil et d'urgences.

3.1. LES SERVICES D'URGENCES.

Le fonctionnement des services d'accueil et d'urgences est défini par trois textes principaux que sont le décret du 9 mars 1995 et ceux du 30 mai 1997. Les articles R 712-65 et R 712-68 du code de la santé publique précisent que les services d'accueil et de traitement des urgences (SATU) et les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) doivent accueillir sans sélection, vingt quatre heures sur vingt quatre et toute l'année, toute personne en situation d'urgence y compris psychiatrique. Si le SATU doit les prendre en charge en cas de détresse et d'urgence vitale, l'UPATOU doit traiter ou orienter tout patient qu'elle ne peut soigner elle-même. Et, « Lorsque l'état du patient ne justifie pas son admission dans un établissement de santé…. oriente le patient si nécessaire et en vue d'assurer la continuité des soins vers le médecin traitant … vers une consultation externe. ou toute autre structure sanitaire ou toute autre structure sociale adaptée à son état de santé ou à sa situation. »[26]Ces textes orientent les services d'urgences vers des prises en charge multiples et coordonnées dont les pathologies physiques ne sont qu'une partie.

Globalement les hôpitaux assurent correctement cette mission. Mais ils sont, nous dit-on, le principal recours aux soins des personnes en situations précaires, ceux qui n'ont pas les moyens de payer, qui n'ont pas de médecin traitant, ou qui, faute de prise en charge préalable attendent l'inéluctable pour se faire soigner. De plus, le recours aux urgences est particulièrement pratiqué pour les enfants, y compris par les médecins généralistes.

C'est un mode d'accès privilégié des populations défavorisées. Si elles n'ont pas, à priori, de maladies spécifiques qui le nécessitent, leur situation les empêche de disposer de ressources économiques, psychologiques et identitaires qui permettent d'entrer dans une démarche de santé précoce. Dans la multiplicité de leurs besoins, elles trouvent alors, dans ces unités, la disponibilité, l'ouverture vingt quatre heures sur vingt quatre sans rendez-vous, les ressources techniques et l'anonymat qui peuvent les satisfaire.

Ainsi, la crise économique et sociale, par l'accroissement de la précarité a contribué à augmenter le nombre de consultations dans ces services.

Les taux de fréquentation des patients font apparaître une sous représentation des personnes âgées mais une sur représentation de la tranche d'âge 10- 40 ans, dans laquelle

[26] Article R712-73 . Code de la santé publique, http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/code03.ow ?

sont particulièrement présents les étudiants, les étrangers, les immigrés sans papiers, les ouvriers et les non- fonctionnaires dont 25% sont sans médecin traitant.

Les urgences deviennent ainsi la porte ouverte sur le soin, mais plusieurs inconvénients sont à relever.

- La prise en charge ponctuelle privilégie le problème médical, chirurgical ou psychiatrique immédiat.
- Le caractère technique de ce service ne favorise pas la prise en charge sociale souvent différée.
- Les personnes démunies nécessitent un temps relationnel et d'écoute qui n'est pas toujours pris en compte.
- Ni la continuité des soins, ni la prise en charge précoce des pathologies graves ne sont généralement assurées.

Le modèle biomédical qui domine les pratiques hospitalières ne favorise pas la prise en compte de la dimension sociale de l'individu, ni la prévention généralement absente des services hospitaliers. Ainsi la pratique urgentiste se réalise souvent aux dépends d'une évaluation globale des besoins de la personne et de la continuité des soins.

Le retour de la fonction sociale à l'hôpital peut être vécu comme une régression face à une haute technicité, lorsqu'il s'agit d'accueillir la «bobologie » alors que la plupart de ces services sont saturés et débordés par la demande.

Comme le rappelle J. Lebas[27], les pratiques de soins sont celles de l'urgence avec la priorité donnée à l'urgence vitale, la sélection des risques les plus graves aux dépens des problèmes de santé chroniques et des pathologies intriquées qui sont alors reléguées au second plan. Il y a une véritable difficulté à intégrer dans ces pratiques la diversité des situations pathologiques, problèmes médico-sociaux, prévention des risques, prise en charge psychologique des situations précaires.

C'est pourquoi il propose de développer des consultations de médecine générale type « premiers recours ou soins primaires » aux horaires élargis pour répondre à ces difficultés. Il insiste sur la nécessité de changements des mentalités et de modifications des pratiques professionnelles comme y incitait déjà la circulaire du 17 décembre 1998.[28]

Celles-ci ne concernent pas seulement le corps médical. Les para- médicaux, en particulier, les infirmiers sont d'autant plus influencés par le modèle biomédical que dans leur formation initiale, l'accueil et la prise en charge des personnes en situation précaire est abordée succinctement ou absente. Pourtant, l'infirmière d'accueil et d'orientation, lorsque le poste

[27] Lebas J. « Rapport mission PASS » Paris, Bulletin signalétique de la Direction des hôpitaux, 2000. P. 9 à 59.

[28] Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998

existe, et les soignants du service ont une mission de détection des problèmes, de prise en charge globale, éducative et participent à l'orientation du patient.
Malgré les dispositifs préconisés, les patients démunis continuent d'arriver aux portes des services d'urgence ou ils seront orientés ou non vers la PASS et les structures adéquates selon l'écoute et les moyens de repérage dont ils auront bénéficié

3.2. LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE.

Dans le cadre du PRAPS, les cellules d'accueil spécialisées et d'aide médicale préconisées par la circulaire du 17 septembre 1993 sont remplacées par les PASS . Deux cent cinquante de celles-ci auraient dû être installées fin 1999. Selon J. Lebas[29], seules quatre vingt dix étaient opérationnelles sur l'ensemble du territoire avec une moyenne de 4 par région.
Ce sont des structures médico-sociales qui ont pour fonction d'accompagner les personnes démunies dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Elles sont situées dans ou à proximité des services d'urgences pour lesquels elles servent de relais. Elles fonctionnent avec des travailleurs sociaux et peuvent prévoir les modalités de partenariat avec les acteurs sociaux de terrain.[30]
Leurs objectifs de travail sont :

- Le repérage des personnes en difficultés,
- La prise en charge ambulatoire sans délai,
- La récupération des droits sociaux,
- La réintégration des personnes dans le système de droit commun.

Celles actuellement installées sont de trois types différents :
Les PASS internes : Elles sont situées soit au sein de policlinique médicale, des consultations de médecine générale ou auprès des urgences. Elles reçoivent les personnes repérées aux divers points hospitaliers. L'information les concernant est assez peu développée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.
La qualité du service rendue est en lien avec le degré de formalisation des protocoles de repérage et d'accès aux soins hospitaliers.
Les PASS externes : Composées de personnel hospitalier mis à disposition, infirmières, travailleurs sociaux, elles sont hébergées en centre ville dans des locaux dépendants de l'hôpital et partagés avec des associations. Elles sont généralement intégrées dans un réseau, avec une forte implication locale et proposent des consultations à une population

[29] Lebas J. Op. Cit. Ibid.

[30] Circulaire du 17 décembre 1998. Op. Cit. Ibid.

ciblée qui permettent d'établir un véritable lien avec l'établissement hospitalier, ses services et son plateau technique.

L'hôpital dans ce contexte assume sa place dans le soin et la prévention sans empiéter sur d'autres activités.

Les PASS internes- externes : L'hôpital est utilisé par les personnes sans domicile fixe comme lieu d'hébergement de jour et même de nuit. C'est un dispositif ciblé sur les sans-abris, assumant progressivement des situations de précarité plus diversifiées. A vocation sociale prédominante elle fait le lien entre les quartiers sensibles et le service hospitalier.

Les acteurs de terrain sont, dans chaque cas, fortement engagés dans ces fonctionnements, service social toujours, médecins souvent, direction hospitalière et Commission médicale d'établissement obligatoirement, cadres infirmiers plus rarement. Pourtant ces structures ne fonctionnent pas toujours comme elles le devraient, c'est pourquoi, dans son rapport, la mission PASS[31] construit un ensemble de propositions visant à améliorer l'accès aux soins des populations en difficultés.

3.2.1. Les recommandations de la Mission PASS.

Nous ne détaillerons pas l'ensemble dont certaines recommandations ne peuvent être mises en œuvre qu'au niveau national, nous reprendrons les éléments essentiels qui ont trait à notre sujet.

Ainsi, avant la mise en place d'une PASS, il est nécessaire de déterminer les besoins locaux par une évaluation interne et externe, type de clientèle, pourcentage de personnes accueillies relevant d'une PASS.

Le dispositif devra comporter :

- Un Comité de pilotage incluant médecins, pharmaciens, administrateurs, cadres infirmiers et services sociaux. Il sera ouvert aux partenaires extérieurs de l'hôpital.
- Un accueil et des moyens de repérage des personnes en situation de détresse.
- Une consultation médicale de soins primaires et de premier recours.
- Une consultation sociale.
- Une fiche de circulation permettant l'accès au plateau technique et à la gratuité des médicaments.

La consultation médicale, sociale et l'accueil par une infirmière d'orientation pourraient se situer sur un site unique favorisant l'échange des professionnels. L'infirmière disposerait d'indicateurs d'alerte, logement, protection sociale du patient, ressources financières, organisme adressant ou signalant. Elle aurait pour mission de recenser la demande

[31] Lebas J. Op. Cit. Ibid.

médicale et les problèmes de santé associés et de proposer une entretien systématique avec le travailleur social.
S'ajoutent à ceci :

- L'information sur le rôle de l'hôpital dans la lutte contre l'exclusion, sur la PASS et son fonctionnement.
- La formation des personnels médicaux, cadres infirmiers, administratifs et soignants en général. L'encadrement infirmier doit être moteur dans cette structure.

Dans ce cadre, le travail en réseau est une nécessité. Si celui-ci n'est pas forcément centré sur la précarité, il intègre obligatoirement dans ses objectifs les personnes démunies et les difficultés d'accès aux soins.

3.3. LES RESEAUX DE SOINS.

Ni le code de la santé dans son article L. 712-3-2, ni le code de la sécurité sociale et l'article L. 162-31-1 ne définissent ce qu'est le réseau. La pluralité des modes de financement associée à ce manque de définition auxquels s'ajoutent des objectifs voisins ont introduit, dans l'esprit des promoteurs de réseau, une confusion tant sur le plan de l'organisation que sur les financements existants.

3.3.1. La multiplicité des références.

Jusqu'à 2001, nous avions quatre types principaux de réseaux :

- Les réseaux dit « Soubie » soumis à agrément ministériel dont le code de la sécurité sociale dit :

« en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge qu'il s'agisse de soins ou de prévention. ……2° des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. [32]»

- Les réseaux dits « actions expérimentales » soumis à agrément ministériel et qui autorise la forfaitisation de certains actes remboursés par les organismes de sécurité sociale. Ce sont des actions à caractère médical ou social.

[32]Article L 162-31-1 du Code de la sécurité sociale, http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/code03.ow ?

- Les réseaux sans agréments qui peuvent être éventuellement financés dans le cadre du Fond d'amélioration de la qualité des soins de ville (FASQV).

Il « …contribue au financement d'actions.. .. et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. »[33]

- Les réseaux ville- hôpital soumis à l'agrément du Directeur de l'agence régionale d'hospitalisation .

Ils « ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale. »[34]

Ces derniers sont un outil de la restructuration de l'offre de soins hospitalière et devrait permettre une « plus grande ouverture de l'hôpital sur la ville »[35].
Depuis les ordonnances du 24 avril 1996, les réseaux de santé apparaissent incontournables dans la politique de santé. Différents textes viennent préciser leurs fonctionnements et faciliter leur organisation, en particulier l'article 84 de la loi du 4 mars 2002[36] et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Le champ d'application de la pratique de réseau ouvre sur la ville, le médical et le médico-social. Le soin n'est plus le seul objectif, la démarche intègre la prévention. La maladie n'est plus le seul objet des professionnels de santé, le réseau se centre sur la prise en charge globale du patient, son devenir à long terme. Il ouvre sur une autre conception du soin et des réponses de santé à mettre en œuvre.

3.3.2. Les pratiques de réseau.

Elles sont fondées, initialement, sur la coopération et permettent la flexibilité et l'autonomie des unités investies. Il s'agit dans notre propos de coordinations réalisées pour organiser

[33] Décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

[34] Article L 712-3-2- du code de la santé publique.

[35] Circulaire DH/EO n° 97-277 du 09 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements

[36] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

des prises en charge. Dans les deux modèles proposés par le groupe « Image »[37]nous nous intéresseront au réseau de type « biopsychosocial »

- Le modèle biomédical fondé sur une conception organiciste de la maladie et dont l'objectif prioritaire est le soin curatif. Il intègre des acteurs de même discipline, son intérêt est fixé sur une pathologie.
- Le modèle biopsychosocial pour qui la santé s'envisage dans ses relations avec l'environnement. C'est un réseau de proximité avec une participation multidisciplinaire. Il est centré sur les individus et s'adresse à une population.

Ces organisations et les relations de coopération qu'elles entraînent permettent aux professionnels hors des contraintes d'un système hiérarchisé de redevenir acteurs et, par les multiples connexions qu'elles créent, d'être un espace de remise en cause des statuts et des rôles dans des relations d'égalité et de réciprocité. Elles s'appuient sur l'initiative d'un « père fondateur, mais surtout sur le volontariat des ces membres et non sur une structure de type hiérarchique telle qu'elle existe dans les établissements de santé. Son efficacité repose non sur la concurrence mais sur la transversalité et la complémentarité qui donne au réseau sa valeur et son efficience.

La communication est à la base du réseau, elle nécessite l'élaboration d'outils propres qui posent des problèmes éthiques de secret médical, de confidentialité et de respect du choix du patient. La formation commune devient une nécessité pour résoudre les problèmes générés par les insuffisances de savoir ressenties par les professionnels et par l'obligation de situer le rôle de chacun dans la prise en charge.

Pour répondre aux besoins tant des personnes que de la population, il devient nécessaire de travailler ensemble et de manière coordonnée. Cette pratique s'oppose « à la fragmentation des compétences, parfois imperméable à la coopération, prenant volontiers pour fin leurs compétences partielles… »[38]

Le travail de réseau remet en cause les pratiques professionnelles traditionnelles, il permet d'apprendre qui fait quoi dans l'itinéraire d'un patient, et de situer les champs de compétences des acteurs tout en mesurant le recouvrement de ceux- ci. Pour favoriser l'émergence d'une réponse ou chaque professionnel participe à une action collective, il ne suffit pas d'additionner les compétences, il faut les associer. Il devient alors possible de repérer les problèmes exprimés qui ne sont pas de sa capacité et de les résoudre par la

[37]Bourgueil Y. « Les réseaux de soins : quelques repères. » in « Pratiques coopératives dans le système de santé » Rennes, éditions ENSP, 1998,p.11 à 19.

[38] Grémy F. « Réflexions sur les réseaux de soins et de santé, conclusion après une session du DESS, Information et santé, 20 mai 2000 » cité in Larcher P. et Poloméni P. « La santé en réseaux, objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital » Paris, éditions Masson, 2001, p.41 à 47.

coopération. Cette pratique permet aux professionnels du terrain d'acquérir des techniques, des savoirs faire et des savoirs être qui ne sont pas enseignés dans leur formation initiale.
Les réseaux, créés pour pallier au manque dans le suivi et la coordination des soins et au découpage de la pratique en spécialité sur le modèle biotechnologique, tentent de prendre en compte les dimensions de la médecine, du paramédical et du social, dans une intrication de soins très variés, et une construction transversale de l'intervention médico-psycho-sociale. En adaptant leur exercice professionnel, les acteurs de terrain repensent les soins à la personne qui est mise au centre du projet et des préoccupations des différents partenaires dont l'objectif est alors de répondre à ses besoins.
Pour autant tout n'est pas idyllique dans le monde des réseaux, sa fragilité tient à sa construction même. Le volontariat des professionnels est difficilement suscité par les autorités administratives, il répond plus généralement à un initiateur de terrain qui doit malgré tout bénéficier d'une légitimité. Le risque de la disparition ou d'immobilisation du dispositif trouve ici ses limites en cas de départ de celui-ci avant la fin de la structuration du réseau. Un autre problème est l'épuisement généré par ces pratiques dites militantes. Enfin, la transversalité des actions et le volontariat des membres suppose de nouvelles logiques de pilotage souple respectant les initiatives de terrain et la légitimation de l'organisation par au moins une institution.
Outre l'intérêt que présente ces pratiques pour les malades et la population concernée, elles peuvent permettre de réguler les flux dans les établissements de santé.

3.3.3. Réseau et urgences.

Le fonctionnement d'un réseau peut permettre une amélioration de la gestion des urgences :
En amont par :

- Une meilleure prise ne charge des malades.
- Un suivi plus précis des pathologies susceptibles de décompensation.
- Un dossier commun.
- Des action d'éducation des patients et de leur famille.
- L'anticipation du nombre de situations génératives de consultations en urgence.
- La possibilité de réserver une place dans l'hôpital de référence du réseau.

En aval par :

- Une organisation cohérente des soins à domicile.
- Une prise en charge rapide à partir des urgences.
- Une mise en route d'un ensemble coordonné de soignants.
- Un prompt retour à domicile.

Les réseaux sont nombreux et diversifiés, leur objectif de travail et la population traitée l'est tout autant. Un réseau de proximité peut, une fois constitué, rester ciblé ou se donner différentes missions dont l'accès aux soins des populations démunies. Sa transversalité et sa composante médicale, para- médicale et sociale est parfaitement adapté à ce type d'action. Dans ce cas la participation du travailleur social de la PASS, du cadre infirmier des urgences de préférence ou d'une infirmière du service d'urgences nous paraît essentiel pour favoriser l'émergence d'un travail de réflexion et de coordination. Le guide du service de soins infirmiers « Normes de qualité » est clair à ce sujet « Toute personne en situation d'exclusion bénéficie d'une prise en charge au sein d'un réseau médico-social ».[39]

4. SOINS INFIRMIERS ET PRECARITE.

Le monde de la santé hospitalière, nous l'avons vu, est fortement incitée à modifier sa culture professionnelle et à se former à la prise en charge des personnes démunies. Or l'histoire, la manière dont il s'est constitué et ses interdépendances en particulier avec les médecins vont fortement influencer le métier infirmier. Nous n'écrirons pas, ici, ce parcours qui nécessiterait une étude à lui seul, nous nous contenterons d'explorer succinctement quelques pistes qui permettront d'éclairer les pratiques.

4.1. L'EVOLUTION DE LA PROFESSION.

Elle est indissociable de celle de la médecine et de la culture médicale. Auxiliaire du médecin dans les années 1950, enseignée par eux dans les écoles, elle fait l'apprentissage des tâches techniques que les médecins prescrivent dans les services qu'ils dirigent. Ces actes techniques, qui se développent avec la biotechnicité de la médecine, vont progressivement prendre la place du rôle moral assumé pendant le XIXème et la première partie du XXème siècle.

La médecine organiciste ordonne le soin infirmier par type d'appareil, par catégories de malades et c'est autour des technologies d'investigation et de la pathologie que s'articule l'organisation hospitalière et le soin technique infirmier. Si les fonctions et la qualification infirmières d'aujourd'hui n'ont plus grand chose à voir avec celles des années cinquante, il n'en reste pas moins que le modèle biomédical a considérablement influencé la profession.

---

[39] Guide du service de soins infirmiers : « Normes de qualité » 2ème édition septembre 2001. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/soins_inf/normes/prisench.htm

Les diplômes n'ont cessé de se diversifier et la profession n'a pas échappé à cette spécialisation qui caractérise les métiers depuis 1970. Si elle paraît dans un premier temps garantir la compétence et la dextérité, elle a pour corollaire la parcellisation des actes aux dépens du malade lui-même, de la globalité de sa personne et, nous dit P. Mossé, « Au centre de la pratique infirmière se trouve la nécessité de gérer la contradiction entre la spécialisation, gage de compétence et la prise en charge globale de la personne soignée ».[40] La spécialisation s'exerce aux dépends de la polyvalence, oriente les compétences vers l'exécution de l'acte prescrit. Laissé hors prescription médicale, dans le cadre du « rôle propre » les soins de nursing sont de plus en plus laissés au second plan pour être délégués aux aides- soignants.

L'évolution des relations infirmières- médecins tend vers l'émancipation des premières vis à vis des seconds, par deux actions en apparence contradictoire, en se « rapprochant de la pratique médicale », et en cherchant à « démédicaliser les soins infirmiers »[41]. Elle se traduit par un savoir spécifique illustré par la démarche de soins, le diagnostic infirmier et la défense du rôle propre, il nous reste à voir si ceux-ci se traduisent en acte sur le terrain.

4.1.1. Les savoirs infirmiers

Longtemps assujetti au corps médical, l'enseignement infirmier apprenait de celui-ci les bases de l'anatomo-physiologie et des notions sur les maladies auxquelles s'ajoutait une approche des soins infirmiers tels qu'ils devaient les pratiquer. L'exercice du métier était essentiellement constitué des actes d'application et d'exécution des prescriptions du médecin. Sa conception se modifie progressivement avec l'approche des théories anglo-saxonnes du soins infirmiers diffusées dès 1962 par le conseil international des infirmières. La définition des soins infirmiers de Virginia Henderson adoptée dans son cinquième rapport par l'organisation mondiale de la santé (OMS) est dès lors reprise dans le programme d'enseignement infirmier de 1972. La formation de base dispensée dans les Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) s'appuie sur un modèle conceptuel dérivé de ces théories.

Le rôle, nous dit-on « représente une ligne de conduite, un ensemble d'attitudes requises pour soigner »[42], tandis que le processus de soins s'appuie sur les connaissances et débute par un acte de discernement qui permet de distinguer la nature des problèmes posés et la

[40] Mossé P. Op. Cit. Ibid.

[41] Collière MF. « Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers »Paris, Inter Editions, 1982, 357 p.

[42] Collière MF. Op. cit. ibid.

nature de l'aide à apporter. Encore faut-il que les capacités de discernement permettent de faire le lien entre les différentes observations des soignants et les information émises par l'usager. Les bases de ces trois dimensions , les connaissances, savoir, le rôle ou savoir être et les capacités de discernement partie d'un savoir faire vont s'acquérir pendant la période de formation, alors que le «décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier » officialise et engage chaque professionnel à l'exercice de son «rôle propre ».

4.1.2. L'enseignement en formation initiale.

Ne pouvant préjuger du déroulement de l'enseignement dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), nous nous appuierons sur « le dernier Programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier »[43].

L'infirmier doit être apte à répondre aux besoins de santé dans les différents domaines préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation. Il doit prendre en compte l'ensemble des problèmes posés y compris la détresse physique ou psychologique. Il participe à la prise en charge sociale. Pour cela, le programme comprend une approche globale de l'homme. La dimension culturelle n'est pas oubliée elle est rappelée dans le module soins infirmiers, en même temps que les différents niveaux de demande.

Dans le module «Santé publique », une place est faite à l'identification des populations vulnérables, aux programmes d'action prioritaires et aux interférences entre le sanitaire et le social. Il est donc possible d'aborder la précarité et l'exclusion dans ces chapitres. En revanche, le soin aux personnes en situation précaire n'apparaît pas en tant que tel et l'intégration de ce sujet dans les programmes relève de l'intérêt des IFSI pour ces questions.

Les différentes pathologies sont toujours enseignées par appareil au risque de maintenir la dichotomie entre une approche organiciste et celle globale de la personne soignée. Mais, Il est rappelé, à cette occasion, « ...il revient à l'équipe enseignante de faire prendre conscience aux étudiants en soins infirmiers de l'imbrication des pathologies qui nécessitent une prise en charge globale de la personne soignée par une équipe pluridisciplinaire ».[44]

Ainsi, la personne globale, ses dimensions culturelle et sociale sont présentes dans le programme d'étude. L'accueil, le soutien psychologique, la prévention et l'éducation pour la santé ne sont pas oubliés mais la précarité n'est pas abordée en tant que telle pas et la démarche de soins ne pourra pas s'appuyer sur des connaissances spécifiques.

---

[43] Programme des études conduisant au diplôme d'état infirmier » annexe à l'arrêté du 23 mars 1992. Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de l'intégration, n°92/13 du 7 mai 1992.

[44]« Programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier » Op.Cit.Ibid.

4.1.3. L'exercice professionnel.

Il est encadré par le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier du 11 février 2002[45] dont nous retiendrons les éléments en lien avec notre sujet qui se situent soit dans le cadre du rôle propre soit dans celui de prévention et d'éducation à la santé. Nous supposons, à priori, que les actes prescrits par le médecin en fonction d'une pathologie donnée sont effectivement réalisés. Nous nous intéresserons, ici, à la capacité d'effectuer une analyse de situation et de répondre à celle-ci hors des actes techniques.

« Article 1er.- L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse…la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé……. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

« Article 2- Les soins infirmiers…ont pour objet dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économique, sociale et culturelle :
….favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels.. . »

« Article 3 – L'infirmier…..Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins….Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers »

Dans le cadre de son rôle propre, il accomplit notamment des actes :
« Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

Aide et soutien psychologique ; »

[45] Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel du 16 février 2002.

« Article 14- Selon le secteur d'activité ou il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise dans le domaine suivant :

…Formation, éducation, prévention, dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires

.Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle…

Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

….Il participe également à des actions…ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes. »

La prise en charge de la personne soignée débute par l'accueil dès son arrivée et se déroule jusqu'à sa sortie où la coordination dont les transmissions sont le support va s'extérioriser aux partenaires hospitaliers ou non. Le discernement professionnel dont l'acte de soin adapté est la finalité s'appuie sur le recueil de données. Le discernement ou raisonnement clinique est enseigné sous la forme démarche de soins qui part des éléments recueillis pour aboutir au diagnostic infirmier dont découle la programmation des actions nécessaires. L'ensemble participe du projet de soins centré sur le patient, dont celui-ci est un acteur. Le dépistage est le résultat d'une analyse, la prévention et l'éducation des actions qui en découlent.

Le dossier de soins infirmiers est le support écrit de cette démarche. Il contient tous les éléments concernant le patient et ses soins. Il est un facteur de la coordination entre professionnels. Sous une forme adaptée à la prise en charge des personnes en situation précaire, nous retrouvons cette démarche dans le guide du service de soins infirmiers : »Normes de qualité ».

4.1.4. Les soins aux personnes en situation d'exclusion.

Cinq points de ce guide[46] relèvent de la politique d'établissement, nous ne les reprendront pas dans ce chapitre, ils seront étudiés dans les propositions d'actions. En revanche, les normes de qualité qui s'appliquent aux actes infirmier se déclinent dans un processus complet qui part de la reconnaissance d'une souffrance sociale dès l'arrivée de la personne pour se conclure par une continuité des soins à sa sortie :

- Les modalités d'accueil sont adaptées aux besoins et comportement de la personne ;

[46] Guide du service de soins infirmiers, Op.cit.ibid.

- Tout les moyens sont mis en œuvre pour faciliter le recueil de données et l'évaluation des besoins de santé du patient,
- L'écoute et l'observation doivent permettre la compréhension des attentes et la capacité de la personne à se soigner,
- La personne soignée est impliquée dans son projet de soins. Elle est informée sur l'organisation du service et des soins,
- L'analyse de la situation et les observations sont transcrites dans le dossier de soins infirmiers et transmises à l'équipe médico-sociale,
- L'infirmier collabore à l'élaboration du projet de soins avec l'équipe médico-sociale ;
- En fonction des besoins de la personne soignée, il l'oriente vers les professionnels compétents,
- Il réalise des soins éducatifs adaptés à la situation et aux ressources du patient,
- La sortie est préparée, les observations sont communiquées, la fiche de liaison est transmise et l'infirmière prend contact avec l'équipe qui assurera la continuité des soins.

Des caractéristiques précisent les résultats, en terme d'évaluation : Non seulement les soins requis sont acceptés par le patient, mais il a reçu les informations écrites sur les structures et personnes à joindre en cas de nécessité. Préalablement, l'infirmière a contacté les professionnels concernés.

Du rôle moral à l'infirmière technicienne, les pratiques professionnelles ont évolué pour s'orienter depuis une trentaine d'années vers la prise en charge globale de la personne, aidée par une méthodologie basée sur la démarche de soins puis le diagnostic infirmier. La profession reste cependant attachée aux actes techniques gage d'une compétence reconnue par le corps médical et qui ont fondé leur pratique en service hospitalier. Ce guide des normes de qualité intervient afin de les faire agir dans un champ de compétence qui, officiellement reconnu, n'est investi que partiellement en raison de leur attachement à la technicité, facteur de leur identification au médecin et gage de leur autonomie. Ce guide vient leur rappeler la dimension de leur rôle propre, et la nécessité maintenir ou acquérir des bonnes pratiques en ce domaine.

DEUXIEME PARTIE: QUESTIONNEMENT ET HYPOTHESE

1. LE QUESTIONNEMENT

Depuis la moitié du xxème siècle, la haute technicité développée par le monde médical, dans les hôpitaux, a orienté la culture hospitalière vers une démarche curative centrée sur la pathologie. Le soin infirmier, dégagé du travail social, s'est construit à partir du modèle médical et de l'organisation hospitalière scindée en services par organes et pathologies. En réponse à la biotechnicité, le personnel infirmier a assis sa compétence sur les actes techniques aux dépends de la globalité de la personne, malgré la méthodologie de la démarche de soins qui, après recueil de données et analyse, devrait permettre d'élaborer les réponses à tous les besoins du malade.

- Dans ces conditions, comment la dimension sociale de l'individu en situation précaire est-elle prise en compte dans les services d'urgences ?

Les professionnels hospitaliers, médecins et infirmiers, par leur exercice dans un monde relativement clos, sont peu exposés à la réalité sociale, et n'ont de la précarité qu'une connaissance limitée au cas des patients rencontrés. Elle n'est pas complétée par de véritables apports théoriques. L'enseignement sur ce sujet, en formation initiale infirmière, absent du programme, est laissé à la discrétion des IFSI. Le thème de l'accès aux soins et de la précarité à fait l'objet, de priorités d'inscription au plan de formation continue des établissements.

- Les infirmiers des urgences sont-ils sensibilisés sur ces questions ?
- Qu'elles sont leurs connaissances sur le sujet ?

Les services d'accueil et d'urgences qui ont mission d'accueillir toutes les personnes sans discrimination n'échappent pas au modèle biotechnologique. La prévention y est absente, la prise en charge des patients partielle, non pérenne, et défavorisée par une coordination aléatoire avec la médecine libérale et quasi inexistante avec les acteurs du champ social en cas de carence de réseau. Le guide du service de soins infirmiers : « Normes de qualité » vient rappeler les bonnes pratiques infirmières en ce domaine.

- Les pratiques infirmières correspondent-elles aux normes de qualité requises ?

Parallèlement, nous avons une population défavorisée dont les pathologies intriquées dans des dimensions physiologiques, psychiques et sociales nécessitent une approche globale,

dont ni la prévention, ni l'éducation à la santé, ni la continuité des soins ne devraient être absentes. Cette population dépourvue de moyens financiers et souvent sans suivi médical nécessite une écoute approfondie et une coordination des soins pour répondre à ses besoins. Or, la demande de ses patients n'est pas toujours explicite, elle est parfois absente. Leur rapport à la santé, au temps, leur implication dans le suivi des prescriptions entre en contradiction avec la conception médicale de l'organisation et de la bonne délivrance des soins. Ces personnes, parfois dépourvues de droits sociaux, se soignent généralement dans l'urgence et arrivent préférentiellement aux portes des services d'accueil et d'orientation des urgences. Ceux-ci doivent répondre à la fois aux pathologies vitales nécessitant une haute technicité, aux maladies courantes considérées comme de la « bobologie », à la souffrance psychique, aux troubles mentaux, aux conduites addictives et à la souffrance sociale à laquelle ils ne sont pas préparés. La pluralité de ces troubles requièrent des connaissances élargies qui dépassent la cadre d'une formation généraliste et requiert une multidisciplinarité. L'accueil, l'écoute, le recueil de données, l'analyse de situation sont essentiels pour faciliter le travail de l'équipe et l'orientation du patient, ils relèvent du rôle propre infirmier.

- Or, si celui-ci est présent dans la législation comment- est-il véritablement mis en œuvre sur le terrain ?

- La fiche de recueil de données facilite-t-elle le relevé des éléments permettant la reconnaissance d'une souffrance sociale, d'une souffrance psychique ?

L'accessibilité aux soins relève, entre autre, de l'accès potentiel et d'une information large sur les possibilités existantes. L'accès primaire se définit par l'entrée dans le système. Il est renforcé par l'accès aux droits qui en cas d'absence peut être récupéré par l'intermédiaire de l'assistante sociale hospitalière. L'accès secondaire définit plus spécifiquement la qualité des soins dispensés. Tandis que la globalité du soin renvoie aux facultés d'analyse des praticiens, médecins, infirmiers, l'enchaînement logique repose sur les outils facilitant la coordination et l'information, sur la connaissance de l'éventail des réponses possibles et sur les capacités à se coordonner avec les différents professionnels nécessaires aux besoins préalablement définis du sujet. Les outils sont le dossier du patient, les courriers, le téléphone.

- Quel usage est-il fait du dossier de soins infirmiers, support de la réflexion clinique et de la transmission d'information ?

L'application des prescriptions, la poursuite du traitement, le suivi du patient sont trois éléments qui participent à la continuité des soins. Or, celui-ci n'a pas toujours les moyens d'engager les frais adéquats, il n'a pas obligatoirement de médecin traitant, ses soins peuvent nécessiter l'intervention d'un spécialiste, psychiatre ou autre, ses droits ne sont pas

toujours acquis, son hébergement et l'accès à une alimentation correcte ne sont pas garantis.

- Comment l'équipe d'urgence et plus spécifiquement les infirmiers, s'organisent-ils pour répondre à l'ensemble des problèmes posés ?

Le dispositif PASS est en lui-même un facteur de coordination et de la continuité des soins des personnes en situations difficiles, mais n'est pas présent dans tous les établissements publics de santé.

- Comment s'organise la prise en charge des personnes en situation précaires là où il n'y a pas de PASS ?
- Lorsqu'elle existe, comment s'articule-t-elle avec le service d'accueil et d'urgences.
- A-t-elle participé à une modification des pratiques professionnelles infirmières ?

La coordination se concrétise dans la constitution d'un réseau ville- hôpital formalisé dont tous les acteurs du service d'accueil et d'urgences devraient avoir une excellente connaissance. Le réseau permet d'orienter le patient à sa sortie, selon ses nécessités, et favorise sa réintégration dans le système de droit commun. Par la pluralité de ses intervenants et les modalités de son fonctionnement, il est un lieu d'échanges, de constitution de nouveaux savoirs et de confrontation des pratiques. Outre que les réseaux précarité n'existent pas en tout lieu, les hôpitaux n'y participent pas systématiquement et les professionnels hospitaliers ne pas sont culturellement préparés à s'y investir. Le modèle hiérarchique prédominant et le type d'organisation auxquels ils sont habitués ne les prédisposent pas à la flexibilité et à l'autonomie à la base de ce nouveau mode d'exercice.

- Dans l'orientation des personnes précaires, quelle part les infirmiers accordent-ils au réseau ?

La lutte contre l'exclusion est une mission de l'hôpital, l'installation d'une PASS et la création d'un réseau ville- hôpital sont soumis à l'agrément du directeur de l'ARH.

- Ces éléments qui doivent favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité sont-ils repris dans le projet d'établissement, dans sa partie médicale ou de service soins infirmiers ?
- Le personnel infirmier est-il sensibilisé à cette dimension ?

L'ensemble de ces interrogation nous ramène à notre questionnement de départ et à la formulation de nos hypothèses.

2. LES HYPOTHESES

Suite à notre question de départ, les éléments théoriques dont nous avons pris connaissance et le développement de notre problématique Ils nous semble notamment que :

La culture et les pratiques professionnelles des infirmiers des urgences ne permettent pas de répondre avec efficience aux besoins de santé des populations démunies en terme de :

- Prise en charge globale de la personne,
- Coordination,
- Continuité des soins.

Dans ce domaine l'implication des directions des soins est essentielle. Elle doit être relayée par les cadres des services concernés.

Ce personnel soignant ne bénéficie ni d'une sensibilisation suffisante aux problèmes sociaux, ni d'une connaissance opérationnelle des problèmes de santé posés par la précarité.

- direction des soins, la commission médicale d'établissement, à travers les différentes composantes du projet d'établissement est un facteur de sensibilisation des professionnels du soins.
- Le plan de formation est un outil d'acquisition ou d'approfondissement de ces connaissances

La complexité des pathologies des personnes démunies nécessitent la complémentarité d'une approche multidisciplinaire.

- Service social,
- Secteur psychiatrique,
- Structures sociales et associations œuvrant dans la précarité.

Le réseau de proximité est un élément important de la coordination et de la continuité des soins, et un lieu d'acquisition de savoirs et savoirs faire, mais les infirmiers ne sont pas préparés à cette pratique.

Après avoir déterminé notre démarche méthodologique, la formulation de nos hypothèses, nous amènera auprès des professionnels où nous pourrons vérifier leur validité ou leur remise en cause après analyse des résultats obtenus.

TROISIEME PARTIE: LA METHODOLOGIE

1. LES ETAPES D'UNE RECHERCHE.

Nous avons débuté ce travail par une recherche exploratoire tant documentaire que de terrain afin de préciser son sujet avant agrément. La session interprofessionnelle des écoles de service publique, à laquelle nous avons participé dans le cadre de notre formation à l'ENSP, avait pour thème « l'accès aux soins des personnes défavorisées ». Nous avons bénéficié, à cette occasion, d'interventions diversifiées portant sur la CMU, le PRAPS, les PASS et les réseaux de proximité, les structures sociales, et ATD-Quart monde. C'est auprès de cette association que nous avons effectué l'enquête de terrain précitée.

Nous avions, auparavant, du sujet une connaissance succincte en partie législative à laquelle s'ajoutaient les rapports Lazarus[47] et « psychiatrie et grande exclusion »[48] plus une expérience limitée à notre pratique de secteur psychiatrique. Or les travaux sur le sujet de la précarité sont multiples et explorent les différentes approches de ce problème soit dans sa complexité, soit en traitant un point particulier. Nous n'aurions pu les consulter tous dans le temps restreint qui nous était imparti. Nous avons fait le choix de prioriser ceux qui avaient une assise officielle, les travaux du Haut comité de la santé publique et de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, auxquels s'ajoutent quelques ouvrages de sociologie.

Ce problème de santé publique a généré de nombreux textes officiels, lois, décrets, circulaires, depuis le début des années 1990. Notre recensement n'est peut-être pas exhaustif. Nous avons essayé d'en extraire ce qui nous paraissait essentiel en référence à notre thème.

L'enjeu de santé publique qu'est devenu l'exclusion a débouché sur des travaux et ouvre sur des recommandations qui concerne directement la pratique hospitalière. Ainsi en est-il du rapport de la Mission PASS, et du guide du service de soins infirmiers : « Normes de qualité », qui ouvrent notre réflexion sur les axes d'amélioration de l'accès aux soins que nous pourront proposer.

---

[47] Lazarus A. Rapport « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » Paris, délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, délégation inter ministérielle au revenu minimum d'insertion, février 1995, 59 p.

[48] Rapport du groupe de travail psychiatrie et grande exclusion, Paris, secrétariat d'état à l'action humanitaire d'urgence, juin 1996, 39 p.

En revanche, l'approche infirmière de la précarité semble n'être traitée que dans de rares articles dans des revues non disponibles au moment de mes recherches. L'enquête devrait permettre de combler ce déficit.

2. L'INVESTIGATION ET SES LIMITES.

2.1. LE CHOIX DU SERVICE.

Interpellée sur ce sujet lors de notre exercice en secteur psychiatrique nous aurions pu choisir ce milieu que nous connaissions bien. Hors nous prendrons notre fonction dans un centre hospitalier général et il nous semblait judicieux de nous y préparer en centrant notre sujet sur des pratiques, qui sans nous être étrangères, nous étaient moins familières. Les patients démunis sont accueillis dans tous les services de soins, mais comme nous l'avons souligné, leur difficulté à prendre en charge leur santé, font des services d'urgences le lieu de leur accueil préférentiel.
Nous avons opté pour les services d'accueil et d'urgences, indépendamment de leur classification en SATU ou UPATOU. Les personnes en situation précaires, contrairement aux usagers mieux informés, ne choisissent pas leur lieu de soins mais se rendent en cas de nécessité à l'hôpital le plus proche de leur domicile. Leur moyen de transport souvent limité leur laisse peu d'autres possibilités. Pour cette raison, tout établissement public ou participant au service public, doté d'un service d'urgences, pouvait devenir le lieu de notre enquête.

2.2. LES HOPITAUX.

A défaut d'informations plus précises qui nous seraient fournies lors de la démarche elle-même, la structuration ou non de l'accès aux soins par un dispositif PASS nous semblait un critère possible de sélection. Nous avons débuté la collection d'informations lors de notre second stage. Nous connaissions la diversité des situations de différents hôpitaux, nous avons mis à profit celle-ci pour déterminer nos terrains d'enquête. Il s'agit de cinq établissements, trois d'entre eux sont équipés de PASS de type internes, deux ne le sont pas. Malgré cela, il nous paraît, a posteriori, manquer une expérience reposant sur une PASS externe riche en connexion avec le réseau.

2.3. LES PROFESSIONNELS.

Il s'agit, en première intention, des infirmier(e)s des services d'accueil et d'urgences, au nombre de deux par unité, afin de limiter les spécificités inhérentes à une personne, mode de pensée, pratique particulière.

Puis nous nous sommes intéressé au positionnement des cadres. Nous avons, ici, un échantillonnage limité à trois personnes. Un service en était dépourvu, l'infirmier faisant-fonction était en formation de cadres de santé, Un autre ne s'est pas présenté au rendez-vous, il était parti en congé.

Nous avons rencontré les directeurs de soins des établissements concernés, mais sans pour autant les inclure dans ce travail.

2.4. LE RECUEIL D'INFORMATION.

Les savoirs-faire et savoirs-être des infirmiers face à la précarité étant aussi importants dans l'objet de notre étude que les connaissances théoriques, la méthode d'investigation idéale était l'observation directe des pratiques infirmières. Ce n'était pas envisageable dans un délai aussi court. Nous savons que le fait d'être étudié modifie les comportements, et que seule l'imprégnation par l'enquêteur permet de pallier à cet inconvénient. Nous avons éliminé le questionnaire qui ne répondait pas à nos besoins, pour un choix de méthode intermédiaire, l'interview dans le cadre d'entretiens semi-directifs. Le support d'entretien comprend quelques questions fermées mais d'autres ouvertes qui permettent une expression plus libre de chaque interviewé.

Chaque entretien s'est déroulé individuellement, sur le lieu et pendant le temps de travail. Si il a favorisé le développement des réponses, parfois permis de les faire préciser, il a généré un certain nombre de difficultés.

Sur deux lieux d'investigation, le personnel n'était pas disponible pour répondre à nos questions, la charge de travail et le nombre de patients en soins et en attente ne le permettaient pas. Nous avons dû fixer un autre rendez-vous.

Les entretiens ont été régulièrement perturbés par les entrées et sorties du personnel du service, sauf dans deux établissement où ils se sont déroulés dans le bureau du cadre.

2.5. LES LIMITES DE CE TRAVAIL.

Elles sont inhérentes au choix des professionnels concernés :

- Ses conclusions ne peuvent être généralisées à l'ensemble des infirmiers des services hospitaliers.
- Nous ne pourrons pas préjuger du fonctionnement des PASS, ni des réseaux lorsqu'ils existent.
- Nous ne connaissons ni les implications, ni les conceptions du corps médical en ce domaine.
- Nous ne savons rien sur les attentes des usagers et des acteurs du champ social exclus de cette investigation.

Les situations rencontrées ne reflètent pas obligatoirement le fonctionnement de l'ensemble des services d'accueil et d'urgences. Nous savons par la lecture de divers articles que certains hôpitaux sont très impliqués dans la prise en compte de l'accès aux soins des personnes précaires.

Malgré cela, en fonction de l'analyse de ces cinq situations, nous pensons pouvoir dégager quelques principes généraux applicables dans le cadre du service de soins infirmiers qui optimiserons la prise en charge des besoins des personnes démunies.

QUATRIEME PARTIE : ENQUETE ET ANALYSE.

1. L'ENQUETE.

Après une présentation rapide des cinq établissements, nous explorerons les réponses des cadres, puis celles des infirmiers.

1.1. LES ETABLISSEMENTS.

De taille et d'équipements diversifiés, ils sont situés dans la même région, dans trois départements différents.

1.1.1. L'hôpital A

Il prétend à une vocation départementale, ses services présentent un large éventail de spécialités. Son service d'accueil et de traitement des urgences bénéficie des interventions d'une équipe de liaison de psychiatrie dépendante du secteur qui lui est rattaché.
Des consultations médicales spécifiques sur rendez-vous fonctionnent dans le cadre de la PASS. Elle est gérée par le chef de service « tout seul » nous dit une infirmière. Le réseau précarité existe, ses coordonnées figurent sur la porte de l'assistante sociale de la structure qui est située entre les urgences et l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD).
Le recul de l'hospitalo- centrisme et le travail en réseau santé-social sont repris dans le projet d'établissement, dans ses composantes médicales, soins infirmiers, schéma directeur informatique. Une formation sur le thème de la précarité est inscrit au plan de formation continue et un groupe de travail sur l'accès aux soins a fonctionné sur l'établissement.
Nous n'avons pu rencontrer le cadre du service, en revanche parmi les deux soignantes interviewées, l'une, infirmière d'accueil et d'orientation, remplaçait le cadre pendant ses absences. Diplômée de 1987, elle était affectée dans ce service depuis cette date. L'autre, infirmière depuis 1993, y travaillait depuis six ans. Toutes les deux considèrent que l'hôpital s'inscrit dans sa mission d'accès aux soins des personnes démunies, en particulier en raison de la PASS. Mais, aucune n'a participé à la formation sur le thème de la précarité, alors qu'elles reconnaissent n'avoir pas de connaissances spécifiques en dehors de celles acquises sur le terrain. La seconde a ajouté : « c'est proposé, mais ça n'intéresse personne ».

Alors, que nous avions repéré les informations concernant le réseau précarité dans le couloir de leur locaux, l'une ne sait pas si un réseau existe, l'autre ne sait pas si il y en a un formalisé et ne connaît pas d'autre interlocuteur que l'assistante sociale, qui, précise-t-elle, « n'est pas aux urgences ». Le service social gère les problèmes d'obtention des médicaments et dispose de tickets de bus pour les déplacements des patients indigents.
Le raisonnement clinique, comme outil de la prise en charge, est une préoccupation du directeur des soins. Le dossier de soins infirmier (DSI) s'articule autour des transmissions ciblées auxquelles l'ensemble du personnel soignant est formé. Malgré cela, aucune donnée n'est écrite, sur ses supports et les deux agents renvoient l'une sur le médecin, l'autre sur l'assistante sociale le recueil des informations concernant les éléments sociaux ou médico-sociaux tels que la situation professionnelle, les conditions de logement, les habitudes de vie. Seule est utilisée la fiche médicale des urgences.
Le travail d'orientation des infirmières consiste essentiellement à faire appel à l'équipe psychiatrique, médecin ou infirmière. Une infirmière ajoute : « On appelle la PASS, c'est eux qui font tout le travail ». Le chef de service est très investi dans ce fonctionnement, et les médecins appellent directement l'assistante sociale en cas de besoin. Il semble que la totalité du fonctionnement du dispositif repose sur le personnel de la PASS, médecin et travailleur social, en l'absence de ceux-ci, dans les situations les plus cruciales, le personnel démuni à recours à l'hospitalisation.
L'implication institutionnelle que l'on retrouve dans le projet d'établissement, dans l'investissement médical, PASS et réseau, celle de la direction des soins dans le dossier de soins infirmiers ne transparaît pas. Les pratiques infirmières se limitent à l'orientation de la personne en situation précaire lorsque sont détectés des problèmes spécifiques, sociaux ou psychiques. Les procédures de repérage et de prise en charge de la détresse sociale sont absentes.

1.1.2. L'hôpital B.

Son activité est moins large que le précédent, puisque depuis deux ans, dans le cadre des restructurations hospitalières, le service de chirurgie, la gynécologie-obstétrique et le bloc opératoire sont fermés et redéployés au bénéfice de la clinique locale. L'unité d'urgence s'articule avec cette dernière pour la prise en charge des patients. Une dotation en lits- porte, dont un est réservé à la psychiatrie et l'autre à la précarité, permet d'héberger et de soigner des patients sur une très courte durée. La PASS, dans laquelle est développée une consultation médicale et la prise en charge sociale, est financée dans le cadre du contrat d'objectif et de moyens (COM). L'affectation d'infirmières du secteur psychiatrique sur des

horaires 10 heures/21 heures permet une prise charge pluridisciplinaire. Si l'assistante sociale travaille avec des partenaires extérieurs, le réseau n'est pas encore formalisé, mais une procédure est en cours. Actuellement, un classeur social, qu'elle peut consulter à tout moment, est à la disposition de l'équipe soignante.

La formation autour du thème de la précarité existe, mais selon le cadre, n'est pas accessible aux infirmières, elle est réservée à l'assistante sociale qui leur communique des renseignements. La liaison entre ces dernières est à la fois verbale, une transmission d'information à lieu le matin, et écrite par l'intermédiaire d'un cahier où sont notés les éléments concernant la personne orientée sur la PASS. Le dossier du patient, ajouté au cahier, est mis à disposition du travailleur social.

L'infirmière a, ici, un rôle d'accueil et d'orientation du patient. C'est elle qui le reçoit, il est vu ensuite par le médecin et adressé immédiatement à l'assistante sociale. Une procédure construite dans le cadre du service infirmier met en place un démarche spécifique aux patients en situation précaires. Une fiche du dossier de soins permet de recueillir quelques données sur chaque patient, mais elle n'est utilisée qu'en cas d'hospitalisation ou de problème particulier. Le support le plus utilisé est le dossier médical du service d'urgences dont les éléments médicaux et soins infirmiers doivent être séparés dans l'avenir.

Dans le service proprement dit ne sont traitées que les urgences, mais le relais mis en place avec l'assistante sociale ou le médecin de la PASS évite de laisser une personne en détresse sociale. Le recouvrement des droits, nous dit le cadre, favorise la continuité des soins. Lorsque celui-ci ne peut être immédiat, l'équipe se mobilise pour trouver une solution de remplacement ou assumera, elle-même, les soins.

La coordination et la collaboration entre les infirmières des urgences, l'assistante sociale et le secteur psychiatrique semble être un point fort de cette organisation, structurée par une procédure. Le recueil d'information est écrit et comprend quelques éléments médico-sociaux, mais les ceux de repérage systématique de la détresse psycho-sociale sont absents et le dossier de soins infirmiers est utilisé à minima.

1.1.3. L'hôpital C.

Il fournit, entre autres prestations, des activités de chirurgie, médecine, gynécologie/obstétrique, pédiatrie, et gère, lui aussi, un secteur de psychiatrie. Si le dispositif PASS est inscrit dans son projet d'établissement, il ne pourra se mettre en place qu'après la construction d'un nouveau bâtiment permettant le réaménagement du service d'urgences augmenté de quatre lits d'UHTCD.

La précarité est un thème du plan de formation continue, dont une des infirmières interrogées a bénéficié.
Le dossier de soins infirmiers vient d'être réactualisé. La fiche de recueil de données intègre des informations médico-sociales et les habitudes de vies du patient, mais son emploi reste aléatoire dans les services de soins généraux. Seule la fiche d'observation est remplie par les soignants du service d'urgences, en cas d'hospitalisation du malade uniquement. Le support écrit reste le dossier médical des urgences. Il n'existe ni procédure établie de prise en charge des personnes démunies, ni indicateurs de repérage des situations de précarité.
Ce service ne traite effectivement que l'urgence. En fonction des décisions médicales, les infirmières tentent d'orienter le patient vers ce qui leur semble le plus adapté, sans pour autant l'impliquer dans la démarche. Selon le cadre, les infirmières sont centrées sur les gestes techniques qui garantissent la qualité de leur travail.
En cas de besoin estimé, il est fait appel à l'assistante sociale hospitalière qui nous dit-on « gère beaucoup de choses ». Si elle est indisponible, que le patient nécessite des soins, il est, alors, hospitalisé. Ceux présentant un état d'alcoolisation ou de dépression sont orientés vers l'unité d'alcoologie ou de psychiatrie. Le psychiatre de garde est appelé selon les besoins, et, un ou plusieurs infirmiers du service psychiatrique peuvent être amenés à se déplacer aux urgences. Il s'agit fréquemment ,dans ce cas, de problème d'agitation. L'hiver, pour les personnes sans domicile fixe, l'infirmière s'adresse au commissariat de police qui envoient un agent les chercher et leur ouvrir l'hébergement de nuit.
La prise en charge multidisciplinaire semble réduite aux cas extrêmes. L'hospitalisation dans un service de soins vient prendre, ici, la place d'une orientation plus adaptée.
Les réponses des soignantes sur la participation des services d'urgences à la mission hospitalière de lutte contre l'exclusion est moins élaborée que celle de leurs collègues. La bonne volonté, remplace la réflexion collective. Les étapes constitutives de la démarche de soins, recueil des données, projet de soins, transmission d'information lors de la coordination sont absentes. Le raisonnement clinique, lorsqu'il existe, s'élabore à partir de critères tronqués. La démarche de soins est soit absente, soit incomplète.

1.1.4. L'hôpital D.

C'est un établissement de cinq cents lits, qui comprend entre autre chirurgie, médecine, réadaptation fonctionnelle, gynécologie/obstétrique. Le dispositif PASS n'est constitué que d'une consultation sociale effectuée par l'assistante sociale recrutée spécifiquement pour ce poste. Son bureau qu'elle a déserté est situé dans le service d'urgences. C'est une structure qui dysfonctionne que cette désertion ajoutée à des absences longues et répétées en soit la

cause ou la conséquence. Le cadre supérieur de santé et les infirmiers des urgences ne connaissent ni le sens de Permanence d'accès aux soins de santé, ni son existence sur le site. Les consultations médicales spécifiques n'existent pas, en revanche leur mise en place entre dans le projet du directeur qui à pris ses fonctions en janvier 2002. L'intervention d'infirmiers et des médecins du centre médico-psychologique du secteur de psychiatrie à l'hôpital D. est prévue et organisée par une convention entre les deux structures concernées. Le réseau de proximité est informel et le contact avec les personnes et structures non médicales sont du rôle de l'assistante sociale.

Malgré cette situation, en concertation avec le médecin, les infirmiers orientent selon les besoins identifiés du patient. Ils adressent au centre hospitalier psychiatrique du département, les malades éthylique, atteints de troubles mentaux ou pressentis comme tels. Ils peuvent joindre le centre médico-psychologique dont ils ont les coordonnées, mais les professionnels les plus mis à contribution sont les assistantes sociales hospitalières qui « connaissent les différentes organisations, les différentes solutions » nous dit-on. En son absence, le patient est gardé le plus longtemps possible ou hospitalisé

Les infirmiers interviewés n'ont pas remarqué, dans le plan de formation, de thème portant sur la précarité, l'exclusion ou l'accès aux soins.

Malgré un dossier de soins infirmiers investi et une formation en cours sur les transmissions ciblées, le dossier médical des urgences est le seul support écrit utilisé par les soignants qui notent les renseignements administratifs concernant le patient, les soins effectués par le personnel infirmier. Le fonctionnement de la PASS repose totalement sur une assistante sociale absente dont le projet, intéressant d'après le Directeur des soins, n'est pas mis en œuvre.

L'accès aux soins, et même aux droits, des patients en situation d'exclusion paraît relever plus de la volition des acteurs que d'une organisation réfléchie et structurée, en lien probablement avec l'implication modérée d'une équipe de direction, qui était, il est vrai, réduite à deux personnes depuis dix huit mois.

1.1.5. L'hôpital E.

Situé dans une ville de 14 000 habitants, il a conservé une activité chirurgicale mais à perdu celui de maternité. Il n'existe pas de PASS et un projet d'amélioration d'accès aux soins des plus démunis qui avait vu le jour en 1999, dans le service d'urgences est abandonné par l'actuelle direction du centre hospitalier. Ce projet, inscrit dans le projet de service de soins infirmiers, auquel avait participé le cadre infirmier, le personnel soignant et l'assistante sociale prévoyait des formations qui n'ont pas eu lieu. En revanche, celles sur l'accueil dont

tout le personnel des urgences a bénéficié a eu, semble-t-il, un impact positif sur la manière d'être et la conduite d'un entretien. Une fiche comportant des indicateurs de repérage des personnes en situation est opérationnelle, mais elle n'est pas toujours remplie.

Le travail sur projet a semble-t-il permis de clarifier le rôle de chacun, car les infirmières, en cas de détresse sociale ou psychologique n'hésitent pas à appeler l'assistante sociale dont le bureau est sur place, ou le Centre médico-psychologique logé dans les locaux hospitaliers. Les médecins interviennent peu dans le cadre de la précarité nous précise le cadre qui nous décrit la prise en charge comme globale : « On ne s'attache pas qu'à la pathologie ». Cette globalité est cependant réduite à l'orientation et ne permet pas une véritable continuité du traitement du patient qui en cas de difficulté pécuniaire ne dispose que d'une journée de traitement.

La fiche transmissions ciblées du dossier de soins infirmiers est la seule utilisée et seulement en cas d'hospitalisation. Sinon le médecin écrit dans le dossier médical.

Comme dans les autres structures, en cas d'absence de l'assistante sociale, le recours reste l'hospitalisation de la personne démunie.

Malgré la modicité des moyens dont dispose ce service, il semble que la réflexion engagée dans le cadre du projet ait permis une sensibilisation à la précarité et une pratique qui n'est finalement pas éloignée de structures mieux dotées.

1.1.6. Les pratiques des services d'urgences.

Dans les cinq services concernés, l'absence du travailleur social se traduit par un recours à l'hospitalisation soit en raison d'absence de domicile connu soit pour faciliter la continuité des soins. Malgré la présence parfois de « carnets d'adresses » ou d'un classeur social, les acteurs, infirmiers, médecins, plus préoccupés du soin, ce qu'on ne saurait leur reprocher, que du coût de ces solutions palliatives, n'utilisent pas les structures d'hébergement, hors celle de nuit citée. Le contact avec «l'extérieur » relève du seul domaine de l'assistante sociale, comme la pratique de réseau formalisé. Ce dernier ne peut pas jouer, dans ce cas, son rôle de régulateur des admissions et des sorties, ce qui aggrave l'engorgement des services d'urgences sans pour autant favoriser la prise en charge rapide des problèmes sociaux des patients dont certains refusent d'être hospitalisés.

Les service C et D, dans lesquels l'intervention des équipes de psychiatrie est moins structurée, sont plus enclin à orienter les personnes à comportement addictif, dépressif ou dont les troubles mentaux sont supposés ou avérés vers l'hospitalisation complète, là où une prise en charge ambulatoire moins lourde et moins marquée socialement pourrait prendre le

relais. Ils ajoutent ainsi à la dévalorisation et à l'image négative du sujet, le stigmate de la folie véhiculée par les représentations populaires de la psychiatrie..

Le personnel infirmier participe diversement à l'orientation du patient. Parfois elle relève uniquement de la décision médicale, parfois d'une concertation d'équipe, sinon, il est habilité à prendre des initiatives. Il joint alors l'assistante sociale de l'établissement ou ses collègues du secteur psychiatrique, son intervention se restreint à un cadre de référence limité. La dimension sociale et psychologique de l'individu n'est pas de son domaine, il ne sait pas faire et le dit. Ainsi le travail en collaboration institutionnalisé le satisfait, il permet d'obtenir des réponses là où auparavant, il était démuni mais en contrepartie, son travail se limite au repérage des situations nécessitant les interventions de ces acteurs. Une personne, cependant, semble connaître des difficultés, les relations avec le personnel de psychiatrie.

Hormis, le service B, dont le cahier de liaison est le support d'un recueil de données écrit, les informations collectées par les infirmiers sont transmises verbalement entre les membres de l'équipe et aux différents intervenants. Le dossier de soins infirmiers n'est pas opérationnel dans ces services qui ont recours à un support médical dont les éléments sociaux autres qu'administratifs sont généralement absents. Plusieurs soignants invoquent le manque de temps pour l'écrit, d'autres regrettent son absence, l'un exprime un vif mécontentement pour « la paperasse remplie ». Les informations sur la situation du patient sont recueillies préférentiellement lors des soins, il ne s'agit pas d'un vrai recueil de données dit l'une, d'autres emploient le terme « discuter ». Cet entretien est donc informel, les éléments recueillis parcellaires sont globalement perdus après le départ du patient sauf en cas de transfert dans un autre service. En aucun cas, ils ne sont utilisés dans un raisonnement clinique construit et le patient n'est ni objet, ni participant dans un projet de soins. Nous sommes dans le domaine de l'empirisme où les décisions reposent sur les habitudes et nous craignons que des problèmes bien réels ne soient ni détectés ni pris en compte. Cet absence d'écrit pose la question de l'effectivité de la continuité des soins et de la qualité de la coordination entre les intervenants.

1.2. LES CADRES.

Les trois cadres de santé rencontrés sont ceux des services **B**, **C**, **E**. **B** est affectée sur le service d'urgences/SMUR à cinquante pour cent, **C** est dans ce poste et dans l'établissement depuis deux semaines. Dans ce travail, la représentation de la fonction est restreinte par ces situations particulières.

Pour ces trois personnes, le rôle des services d'urgences consiste à accueillir toute les détresses physiques, psychiques ou sociales, en ce sens ils participent à la mission

hospitalière de lutte contre l'exclusion sociale que son objectif soit inscrit dans le COM ou dans le projet d'établissement.

Les connaissances sur les structures favorisant l'accès aux soins sont réduites. Un cadre ne connaît pas le dispositif PASS, ni le sens du mot réseau, les deux autres ne savent pas si il existe.

Si pour améliorer l'accès aux soins des populations précaires, un cadre propose de reprendre le projet qui n'a pas vu le jour, l'autre se satisfait de ce qui existe compte- tenu des locaux actuels, le troisième, après nos explications, suggère une PASS et propose un travail plus régulier avec l'assistante sociale. Les réponses, partielles à chaque fois, sur les besoins d'adaptation de la formation des infirmières se déclinent, au total, en quatre points cités par leur encadrement :

- Un enseignement sur la précarité en formation initiale,
- Une progression dans la détection des personnes démunies,
- De meilleures capacités en entretien,
- Un savoir-être.

En dehors du cadre **E**, l'investissement sur le sujet semble limité. La connaissance des projets de l'établissement est à peine plus précise que celle des infirmières et à aucun moment ils n'abordent leur rôle dans l'organisation de l'accès aux soins des personnes démunies. L'encadrement du service **E**, est motivé par le sujet mais déçu par l'abandon d'un projet sur lequel il avait travaillé. Dans le service **B**, il ne semble pas être l'élément moteur attendu et son implication dans la mise en place des moyens de la lutte contre l'exclusion n'est pas apparue lors des entretiens. L'arrivée de **C**, dans une unité où la question reste en suspend, est trop récente pour que nous puissions nous prononcer, mais à ce jour, son manque de connaissances sur le sujet n'est pas favorable à une action pertinente et efficace.

Leurs réponses divergent parfois avec celles des membres de leur équipe, sur l'utilisation des supports écrits, fiches du dossier de soins infirmiers et indicateurs de repérage. Dans ce cas nous avons tenu compte, pour notre analyse, des réalités des pratiques infirmières.

1.3. LE PERSONNEL INFIRMIER.

L'échantillon rencontré est composé de neuf femmes et un homme. Leurs diplômes s'étagent de 1982 à 2000, et l'ancienneté de leur affectation dans le service d'urgences varie de 15 ans à 6 mois.

1.3.1. Connaissance des projets de l'établissement.

La majorité, huit personnes ne savent pas si le projet d'établissement ou sa partie médicale intègre dans ses objectifs la lutte contre l'exclusion, Une seule émet une supposition positive et une autre est affirmative. Elles ne sont pas guère mieux informées sur le projet de soins infirmiers dont six infirmières ne connaissent pas la teneur. Pour ce dernier, en raison de la variété des réponses dans un même service, nous pouvons supposer que cela tient en partie à l'intérêt ou à l'investissement des personnes. Malgré cela, soit l'information n'arrive pas au personnel infirmier, soit il ne la reprend pas à son compte dans son quotidien et nous pouvons nous interroger sur la validité d'objectifs élaborés sans la mobilisation des personnels concernés.

1.3.2. Précarité et savoir.

Hormis trois parmi plus jeunes diplômés qui ont abordé le sujet pendant leur formation, les autres soignants reconnaissent n'avoir aucunes connaissances sur la précarité à part celles acquises sur le terrain qui est nommé sept fois comme lieu de cet apprentissage. Ce n'est pas un sujet systématique du plan de formation. Le thème ne motive pas, en font foi des réflexions comme « Ça n'intéresse personne », « Nous, comme on a des infirmiers de psychiatrie, on laisse facilement la place ». De ce fait, sur dix interviewés, quatre seulement ont des notions dont ils nous disent qu'elles sont succinctes et ne remplacent pas l'expérience.

Etablissement	**Date diplôme**	**Date affectation**	**Thème inscrit plan formation**	**Formation suivie**	**Thème dans formation initiale**
A	1993	6 ans	Oui	Non	Non
A	1987	15 ans	Oui	Non	Non
B	1982	2 ans 1/2	Non	Non	Non
B	1986	2 ans	Non	Non	Non
C	1990	11 ans	Oui	Oui	Non
C	1993	2 ans 1/2	Oui	Non	Oui
D	2000	1 an	Non	Non	Oui
D	2000	2 ans	Non	Non	Oui
E	1995	6 mois	Non	Non	Non
E	1986	14 ans	Non	Non	Non

L'enseignement sur la précarité est très inégalement réparties parmi ces professionnels, il est remplacé par des connaissances qui s'acquièrent essentiellement au contact des patients sur une base pratique.

1.3.3. Des connaissances de terrain.

Nous tenterons de déterminer d'une part quelles sont leurs représentations des personnes en situation précaire, quels sont les indicateurs de repérage dont ils disposent, les problèmes rencontrés et, les réponses apportées.

1.3.3.1. Infirmiers et personnes en situation précaire.

A la question :Qui sont, pour vous, les personnes en situation précaires ou démunies ? la variabilité des réponses induit une connaissance réduite et non construite. Nous pouvons retrouver quelques grandes lignes dont nous ne savons si la limitation est en rapport avec le contexte local, avec l'absence de détection des situations de détresse ou avec les représentations véhiculées par les médias. La précision apportées aux descriptions nous font pencher vers une exploitation des cas rencontrés caractérisés par une situation. Nous trouvons dans cette énumération :

Les catégories	**Citées**
Les personnes sans domicile fixe	5 fois
Les revenus : absence, insuffisance, RMI	5 fois
L'éthylisme	4 fois
La couverture sociale, absence ou CMU	4 fois
Les familles nombreuses	3 fois
Le travail : Absence, chômage	3 fois
Les personnes âgées au revenu modeste	3 fois
Absence de logement	2 fois
Les femmes seules avec enfant	2 fois
Les étrangers résidents temporaires	2 fois
Les forains	2 fois

A laquelle s'ajoutent, les gens seuls, ceux en rupture familiale, les femmes battues, les personnes immigrées, quelques familles, les personnes désocialisées ou marginalisées par les troubles mentaux ou le handicap, et, ceux qui en ont fait le choix.

Nous remarquerons que les personnes sans domicile fixe sont avec celles à revenus insuffisants les plus fréquemment citées alors que les familles d'origine étrangère résidant en France, dont le taux de pauvreté est important, en sont absentes. Au total, des connaissances partielles, qui, une fois regroupées s'approchent d'une synthèse des populations concernées, mais dont les fragments individuels ne constituent pas un vrai savoir. Ce sont les éléments épars d'un vécu.

1.3.3.2. Les problèmes de santé des personnes démunies.

La véracité des problèmes évoqués ne peut être mis en doute, tant la majorité d'entre eux se recoupent mais les plus prégnants évoquent essentiellement ceux de la grande exclusion. Afin de ne pas alourdir notre exposé, nous ne retiendront que ceux les plus fréquemment cités.

Problème de santé	**Type**	**Cités**
En lien avec l'hygiène		6 fois
	Macération : 1	
	Mycose, gale , poux : 1	
Cutanés		5 fois
	Ulcères : 2	
	Escarres : 2	
	Engelures : 1	
En lien avec l'alimentation		5 fois
	Dénutrition : 1	
	Déshydratation : 1	
	Cachexie : 1	
Alcoolisme et pathologies associées		5 fois
Diabète aggravé		3 fois
Problèmes rénaux		2 fois
Problèmes dentaires		2 fois
Troubles psychologiques		8 fois
	Dépression : 2	
	Tentative de suicide : 2	
	Repli sur soi : 4	

Les tentatives de suicide concernent les jeunes et les personnes âgées sans famille ou désocialisées et les pathologies générales rencontrées dans le reste de la population s'ajoutent aux problèmes spécifiques.
L'agressivité verbale ou physique, un communication difficile en raison de problème de langue, de langage ou de compréhension et la détresse morale complète ce tableau. Les moyens de repérage de la détresse sociale employés par les soignants reprennent des éléments cités précédemment.

1.3.3.3. Le repérage de la détresse sociale.

Il est « instinctif », au « feeling » nous disent les infirmiers et se fonde sur l'observation et le dialogue avec le patient. Il n'est pas fait référence à un système construit comprenant des indicateurs. Pourtant ceux-ci existent, et se basent sur les typologies prédéfinies par les infirmiers eux-mêmes. Nous présenterons les plus utilisés.

Les indicateurs	**Cités**
Absence de couverture sociale	6 fois
Présentation, tenue vestimentaire	6 fois
Etat physique, niveau d'hygiène, état cutané	5 fois
Les habitués	5 fois
Détection lors des relations verbales	4 fois
Difficultés de communication, compréhension	2 fois
Alcoolisme	2 fois
Besoin de manger exprimé	2 fois
Détresse morale	2 fois
Couverture maladie universelle	2 fois

Les conditions de logement, l'emploi, les habitudes de vie ne sont pas retenus par ces professionnels qui obtiennent généralement ces informations lors des soins. Le dépistage de la précarité se fait sur des éléments limitatifs immédiatement visibles ou exprimés par le patient. Leurs représentations de la précarité remplace une pratique théorisée. Et nous sommes fondés à nous demander s'ils prennent en compte les personnes ou les familles pauvres qui ne répondent pas à leurs critères.

1.3.4. Les prises en charge des personnes démunies.

Les mêmes soins sont dispensés selon les personnes, selon les pathologies, six interviewés nous affirment : « il n'y a pas de différence ». Pour huit d'entre eux, le temps d'écoute du patient est essentiel et plus long dans les cas de précarité, mais cela dépend des disponibilités et du contexte. Ses limites sont fonction de la charge de travail et des urgences à traiter. Pour cette raison, une prise en charge correcte, telle qu'ils l'entendent, n'est pas toujours réalisable. La compassion comme la compréhension des difficultés psychologiques sont présentes dans le discours des plus jeunes diplômées et deux d'entre elles soulignent la nécessité d'adapter le langage et le comportement. A contrario, d'autres expriment leur lassitude et leur exaspération face à la violence et aux états d'ébriété à répétition. Le désir de bien faire est évident mais les obstacles matériel ou psychologique sont fréquents. L'écoute, le dialogue, l'accueil, du patient, le comportement du professionnel seront variables selon les conceptions, la tolérance de celui-ci et selon le moment du soin. Cette variabilité influe sur les conditions de la prise en charge globale de la personne soignée, renforcée par l'absence de recueil d'informations et d'analyse des besoins. Les réponses qui en découlent et la qualité de l'orientation risquent d'en pâtir.

1.3.4.1. L'orientation.

C'est une pratique qui nous est décrite par des actes et fondée sur des observations sans qu'il ne soit fait référence à une analyse de situation. En raison d'une estimation d'un besoin et lorsque ses capacités sont dépassées, l'infirmière oriente le patient sur des professionnels qu'elles jugent plus compétent. Ses partenaires privilégiés sont situés dans un champ restreint à l'enceinte hospitalière qui n'est dépassé que lors de rares occasions par quelques soignants non représentatifs. Il s'agit de :

- L'assistante sociale « bien utile ». Elle est contactée soit par le soignant, soit directement par le médecin. Si le besoin est urgent, elle se déplace dans le service , sinon un rendez- vous est fixé au patient. Elle est de loin la plus sollicitée par les soignants.
- Les équipes de psychiatrie, que ce soit les infirmières de secteur présentes dans le service, l'équipe de liaison, le Centre médico- psychologique ou les services d'hospitalisation. Il leur est fait appel dès qu'il est question de problèmes psychiques, de troubles mentaux ou d'agitation.
- Le médecin de la PASS dont la secrétaire médicale fournit la date de consultation.
- Les foyers d'hébergement dont les adresses vont être fournis à la personne sans domicile et joints par téléphone par le soignant. Le cas est plus rarement cité.

- Les infirmières libérales en cas de poursuite des soins à domicile.

Les contacts sont directs, les personnes sont en présence les uns des autres ou téléphoniques lors d'un éloignement.

Trois personnes font état de fascicule ou de carnet de renseignement mis à leur disposition et qui leur permet de fournir d'informer et de diriger le patient. Dans un établissement, ceux-ci ne sont adressés aux organismes concernés que sur prescription médicale.

L'accompagnement social est totalement délégué à l'assistante sociale de l'établissement dont l'absence génère, certains jours ou horaires, le report ou la non réponse au problème. Dans les réflexions infirmières, son action est l'objet d'une confusion entre continuité des soins et conditions matérielles de celle-ci.

1.3.4.2. La continuité des soins.

Dans l'esprit des infirmiers, la continuité est soins est fréquemment confondue d'une part avec le suivi du patient lui-même dans le service, d'autre part avec le rôle social de la personne qui permet le recouvrement des droits. Or, si ces deux versants en font partie, elle ne se résout pas à cela. Lorsque la PASS fonctionne, elle est un instrument repéré de cette continuité dont on nous dit qu'elle permet au patient d'être revu par le médecin sans que celui-ci fasse l'avance des frais. En dehors ceci, elle est absente, sauf si le patient revient, limitée à l'hospitalisation ou déléguée au travailleur social et se recoupe avec l'orientation. La relation des événements est alors essentiellement verbale.

Pour les plus démunis, ou ceux sans couverture sociale, la poursuite du traitement ne peut se réaliser en dehors de la délivrance des médicaments par l'hôpital. Dans un établissement, elle est gérée par l'assistante sociale. Dans les autres, le traitement est donné par les infirmières pour 24 heures maximum, ou renvoyé à la décision du patient qui est dit « libre d'aller à la pharmacie ». Le soignant ajoute : « on ne peut pas tout gérer ». Si les ressources sont insuffisantes, la prescription n'est pas appliquée, ou le traitement peut débuter mais est arrêté faute de moyens. Le patient ne bénéficie pas de la démarche curative, il peut même développer une résistance à certaines spécialités et son état de santé en être aggravé.

Si la coordination avec les spécialistes cités ne pose pas de problèmes relationnels particuliers, les outils de la transmission d'informations écrites sont particulièrement absents.

A la sortie du malade, les soins infirmiers sont réalisés dans le cadre de la PASS, aux urgences ou délivrés par une infirmière libérale, ils sont alors prescrits/écrits (ou supposés tels) par le médecin. En revanche, ceux du rôle propre restent dans la mémoire du soignant qui les a engagés. Ils ne sont pas transmis par écrit à ses collègues du service ou libéraux. Ils ne participent pas à la construction d'un projet centré sur le patient dont celui-ci serait

partie prenante. Cette transmission à minima, et l'absence de projet met l'infirmier des services d'urgences en dehors de la continuité des soins.

1.3.5. Les soins infirmiers des services d'urgences.

L'étude des réponses infirmières sur leur conception des soins aux personnes démunies fait apparaître un partage entre soins techniques et soins relationnels. Mais ils disent nettement plus pratiquer les premiers que les seconds qui, en terme de soutien psychologique sont parfois délégués directement à leurs collègues de psychiatrie. En revanche, ils insistent sur cette composante dont ils nous disent l'importance. Il s'agit de « privilégier le dialogue, dédramatiser, expliquer » pour l'une, « d'accueil, d'écoute, de parole » pour d'autres. Dans un service, les soins de nursing sont effectués par des infirmiers. La pratique du soutien social est moins partagée et les infirmiers s'interrogent sur l'efficacité de leur action.
La « dimension humaine », le « pouvoir soulager », « faire ce qu'il fallait » sont présents dans le discours mais relativisé par des interrogation sur leurs capacités dans les prises en charge relationnelles ou sociales pour lesquelles ils ne se sentent pas toujours préparés, et par le temps dont ils disposent. Certains sont seuls pendant leur service et ne peuvent répondre à la totalité de la demande. L'évaluation des besoins est mis en parallèle avec l'urgence des problèmes à traiter et l'acte technique empiète sur la globalité du sujet, en particulier dans le service **C** ou aucune réflexion n'est engagée sur la précarité. La démarche et le projet de soins sont évoqués comme impossibles à mettre en œuvre dans le contexte. La prévention, dans laquelle les soignants ont un rôle central, est oubliée du soin. La dimension éducative est retenue, généralement réduite à quelques conseils dont l'hygiène est le principal thème. Un seul infirmier développe son intérêt pour cet outil qui favorise autonomie et responsabilité du patient face à sa maladie.
Le raisonnement clinique, le projet centré sur le patient n'éclairent pas, ici, l'infirmier sur l'ensemble des besoins du patient, les soins sont réduits aux actes immédiatement nécessaires.
La moralisation est présente lorsqu'il s'agit de la personne précaire et dénote une prise en charge dont le rejet n'est pas exclu.
« Ces gens là » est une expression que nous avons relevé au cours de tout un entretien, elle est présente quoique moins systématique dans un autre. On nous parle « d'irréductibles qui veulent vivre en dehors de la vie sociale », le manque d'hygiène est souligné. On nous dit que ces «personnes là, ne sont pas regardés comme les autres », leur présentation physique en serait la cause. Les « habitués lassent ».

Nous relevons un décalage entre une théorie de la personne globale et des ses besoins, un désir de s'y conformer et des pratiques parcellisées dont les actes techniques sont les plus présents. La charge en soins d'une part, des manques dans la formation d'autre part viendraient renforcer ce processus.

Au total, un regard et des pratiques contrastées que nous mettrons en rapport avec :

- La proximité de la formation initiale. Les deux plus jeunes diplômés font plus fréquemment référence à la personne globale, à la démarche et au projet de soins, pour exclure explicitement ces deux derniers points de leur pratique.
- La réflexion engagée sur l'accès aux soins des personnes en situation précaire, à laquelle nous semble-t-il, les personnels des services **B** et **E** sont plus sensibilisés, ce qui est pas le cas dans les établissements **C** et **D**.
- Des individualités. En effet, dans trois services, l'appréhension du problème varient selon les personnes rencontrées. Elles oscillent entre compréhension et moralisation.
- L'ancienneté dans l'affectation pourrait peut- être expliquer les positions de l'infirmière qui exprime une forte lassitude et un moindre intérêt pour le sujet.

La diversité des contextes de service, son impact sur les organisation et les personnels ne nous permet pas de dire si l'abord du thème en formation initiale ou continue modifie, à lui seul, notablement les pratiques. Nous n'avons pas relevé de différences essentielles entre ceux qui ont étudié la question dans l'un ou l'autre de ces contextes et ceux qui n'ont profité d'aucun apport de connaissances particulières. L'échantillon concerné est probablement trop restreint.

1.3.6. PASS et modifications des pratiques.

Les PASS ne sont présentes que dans trois établissements dont le **D** où la structure n'est pas connue des soignants des urgences. Tous travaillent indifféremment avec les assistantes sociales présentes sur le site et n'ont pas perçu de modifications dans leurs pratiques de soins entre avant et après l'installation des dispositifs. Cependant nous notons quelques petites variations :

Dans le service **A**, une soignante nous dit ne pas s'occuper du tout de la structure, pendant que sa collègue relève une meilleure organisation, un éventail de réponses plus étendues qui ne résout pas pour autant toutes les questions. Celle de l'hébergement reste souvent sans solution.

Dans le service **B**, la PASS apporte des changements sur le plan technique, dans la continuité des soins, elle « ouvre des portes ». Lors du second entretien, l'abord infirmier de la personne en situation précaire se trouve modifié par les éléments fournis par l'assistante

sociale. L'agressivité ou la situation peut être analysée et comprise, et évités les a priori et les catégorisations. Ici, la collaboration est organisée et des réunions quotidienne favorisent les échanges professionnels.
De ces exemples, nous retiendrons que les modifications professionnelles paraissent plus évidentes lorsqu'une concertation effective et organisée préside à la collaboration établie.

1.4. LES RELATIONS DANS LE PARTENARIAT.

Les relations de travail avec les assistants sociaux hospitaliers non seulement ne posent pas de problèmes aux infirmiers interrogés mais ils sont satisfaits par les compétences développées par ceux-ci.
Là où elle instituée la collaboration avec les infirmiers de secteur psychiatrique apportent des savoirs faire, lors des entretiens ou prise en charge qui élargit celles de leurs collègues de soins généraux, dans le sens ou ceux-ci apprennent à leur contact. Une réserve d'une seule interviewée fait état du « monde particulier » qu'est la psychiatrie et d'un manque de connaissances de leur champ d'action.
Il est fait référence à la complémentarité de ces professions dans l'abord du patient précaire et dans les soins. Pour cela, ces différents intervenants sont vécus comme des aides précieuses et sont réclamés lorsqu'ils n'existent pas.
En revanche le réseau est le grand absent de ce partenariat. Les infirmiers ne savent rien de lui et parfois ignore jusqu'au sens du mot. Ils n'intègrent dans ce terme ni les quelques relations extra- hospitalières dont ils font mention par ailleurs, ni répertoires d'adresses qui sont à leur disposition dans les services.
Il s'agit donc de relations limitées à une pratique exclusivement hospitalière, peu ouverte sur la cité dont nous ne pouvons dire si l'absence d'ouverture est liée à un désintérêt ou à un manque d'information et de préparation. Nous l'avons vu, son extension permettrait de résoudre des difficultés d'hébergement et surtout d'inclure le patient dans un projet de soins ou les éléments sociaux et de santé seraient coordonnés dans une véritable dimension globale. Si nous ne pouvons exiger des soignants des compétences sociales qui dépassent le cadre de leur fonction, nous ne pouvons pas non plus demander à l'assistante sociale de gérer le soin pour lequel elle n'est pas formée. L'absence de transmissions entre les acteurs du champ social et ceux du soins, entre le monde de la santé hospitalier et celui de la ville pénalise le patient en situation précaire pour lequel il s'arrête aux murs de l'hôpital, lorsque ce n'est pas à ceux du service.

2. L'ANALYSE EN REGARD DES HYPOTHESES .

La culture et les pratiques professionnelles des infirmiers des urgences ne permettent pas de répondre avec efficacité aux besoins de santé des populations démunies.

Si globalement, les infirmiers des services d'accueil et d'urgences répondent à leurs missions dans un souci d'humanité et de bien faire, si leur compétences techniques ne peuvent pas être mise en doute, loin de l'enseignement initial et malgré une connaissance théorique de la globalité de la personne, les soins restent essentiellement techniques et la démarche empirique. Lorsque les besoins repérés ne sont plus dans le domaine de compétences qu'ils se reconnaissent, ils adressent le patient aux professionnels qui leur semblent les plus adaptés et laissent ceux-ci assumer la continuité de la prise en charge. Quelques soient par ailleurs la qualité de l'accueil ou de l'écoute, la personne n'est pas au centre d'un projet construit a partir d'une analyse commune dans lesquelles viendraient s'articuler les actions des uns et des autres. Ils sont dans l'urgence et ne traite que celle-ci, que les causes de ces pratiques soient le manque de temps invoqué, l'adhésion à un modèle biotechnique jamais évoqué, ou un ressenti de manque de capacité dans le domaine de la relation d'aide ou du soutien social. Malgré la polyvalence développée depuis1992, les jeunes diplômés disent leurs difficultés dans ces registres et agissent comme leurs aînés.
Parce qu'ils travaillent dans un service ou la prise en charge est théoriquement ponctuelle, le dossier de soins infirmiers comme support des données et de transmission d'informations n'est pas utilisé et continuité des soins est limitée à deux types d'orientation : service social et service de psychiatrie sans transmissions écrites dans quatre cas sur les cinq présentés. Nous voyons, a contrario, qu'un minimum est organisé dès que le patient nécessite un suivi plus pérenne dans un service d'hospitalisation. La connaissance est présente mais n'est pas utilisée en raison de la spécificité du service. Nous sommes dans une adaptation culturelle ou la pratique prime sur le savoir.
Toutes les directions des soins ont mis en place le dossier de soins infirmiers mais c'est avec celles qui ont organisé le travail sur l'accès aux soins des personnes précaires que les changements de pratiques sont les plus perceptibles. Elles se modifient dans le sens d'un accueil plus organisé, de réponses sociales ou psychiatriques plus systématique, d'une meilleure compréhension et tolérance à la désocialisation. Et nous pouvons constater, mais la situation est unique dans cette investigation, qu'un cadre au moins est fortement engagé dans ce projet. La taille de notre enquête ne nous permet pas d'affirmer que le rôle de l'encadrement est essentiel mais nous ne voyons pas comment il pourrait en être autrement. Ils sont les relais de la direction des soins dans l'animation, la coordination et la mise en place des projets dans chaque service.

Ce personnel soignant ne bénéficie ni d'une sensibilisation suffisante aux problèmes sociaux, ni d'une connaissance opérationnelle des problèmes de santé posés par la précarité.

Sur les sites enquêtés, les soignants ont acquis sur le terrain les connaissances sur la précarité. Nous avons vu, elles sont parcellaires, chaque soignant fait référence à quelques types de patients, à des problèmes spécifiques qui dénotent une expérience réelle mais pas un savoir construit. La compassion, ou une certaine moralisation prend la place de l'évaluation clinique et le manque d'hygiène est stigmatisé. Si l'histoire du patient est douloureuse et écoutée, la compréhension du processus qui les a amené là est rarement présent et les besoins qui en découlent non répertoriés. Les propositions d'action en terme de santé physique et psychique qui pourraient en découler sont inexistantes ou se concrétisent par l'orientation sur l'assistante sociale et le personnel de psychiatrie seuls recours dans ce déficit. Face à une certaine uniformité des pratiques, nous nous sommes interrogée sur la validité de notre questionnement, sur la fonction des infirmiers des urgences et sur notre conception des soins peut-être trop influencée par notre expérience de la sectorisation psychiatrique. Pourtant, étayée par nos références théoriques, nous pensons que le rôle de coordinateur des soins est essentiel et qu'il doit débuter dès l'arrivée du patient, c'est à dire aux urgences. C'est à partir de celui-ci, que pourra se mettre en place un panel de soins adaptés aux besoins recensés. Il ne peut reposer que sur une solide connaissance du processus de précarisation et de ses effets sur la santé. Et, c'est seulement après qu'interviennent les partenaires concernés. La formation reste la clé de ces modifications mais elle est indissociable d'une réflexion sur le rôle de l'infirmier, la dimension du soin et sur ses supports de travail.

Pourtant les formations, qu'ils sont peu à avoir suivi et pour lesquelles ils sont critiques, n'ont pas modifié véritablement leur approche. Nous pouvons nous interroger sur le contenu de cet enseignement, sur la période à laquelle il est effectué, sur ses applications possible dans le service. Surtout, nous pensons qu'elles doivent être reliée à des objectifs dans lesquels elle prend son sens et concerner un groupe suffisamment important pour que les modifications soient effectives et durables. Elles sont un outil de mise en action des projets de l'établissement, mais ceux-ci ne peuvent reposer que sur elles.

Le personnel infirmier connaît peu, et souvent pas du tout, la part de l'engagement de son établissement dans la lutte contre l'exclusion. Si nous prenons comme modalité d'implication hospitalier la mise en place du dispositif PASS et son adhésion à un réseau, nous constatons que les soignants ne se sentent pas concernés par sa mise en place, sauf à en retirer quelques bénéfices organisationnels. En revanche, là ou une procédure est construite,

leur investissement est plus marqué, leur renseignements plus fiables et ils inscrivent l'objectif dans le projet de soins infirmiers. La participation au projet du service donne des résultats identiques. L'intérêt des soignants pour les composantes du projet d'établissement et l'accès aux soins s'établit par leur participation aux travaux en lien direct avec leur activité quotidienne. L'information sur les objectifs de l'établissement est nécessaire mais non suffisante, c'est par l'implication dans des processus qui les concernent directement que nous pouvons les amener à s'interroger et se sensibiliser aux modifications de leurs pratiques professionnelles.

La complexité des pathologies des personnes démunies nécessitent la complémentarité d'une approche pluridisciplinaire.

La prise en charge sociale, le recouvrement des droits, les ressources financières, le logement sont des garanties dont le patient a besoin pour continuer ses soins. La reconstruction du lien social, les aides à la réinsertion ne peuvent être assumée par les infirmiers du service d'urgences. Le champ social à son domaine propre pour lequel ils n'ont pas les connaissances requises. L'intervention du travailleur social nous semblent essentiel pour cette aide dont la personne démunie ne saurait se passer.

La souffrance psychique, la dépression, le repli sur soi, les addictions nécessitent une prise en charge souvent longue et des soins particuliers qui ne peuvent être traités dans le cadre des urgences, et pour lesquels des connaissances spécifiques sont nécessaires. Une orientation suivie d'un premier entretien avec le personnel de psychiatrie dédramatise la situation, favorise l'établissement de liens qui ne peuvent être que favorables à la poursuite du traitement.

Selon les besoins, ces professionnels sont largement mis à contribution dans les services d'urgences. Lorsqu'ils sont peu présents, ils font défaut à un personnel dépassé par ces problèmes multiformes.

En revanche, les associations œuvrant dans la précarité sont absentes dans les réponses des infirmières qui, de plus, travaillent peu avec les structures sociales. Cette absence privent les professionnels hospitaliers d'un ensemble de moyens d'action et de connaissances d'un autre terrain : le social, qui pourrait donner un éclairage nouveau aux problèmes rencontrés et élargir leurs possibilités d'analyse.

La véritable pluridisciplinarité se construit dans les échanges autour d'un patient et de sa problématique. Ce sont les différentes approches qui éclairent une situation donnée et permet de proposer des solutions nouvelles dans lesquels chaque participant pourra s'impliquer à son niveau de compétence. Or si l'intrication des problèmes sociaux et de santé sont fréquents dans la population précaire, les actions sont exclusives d'un champ et

n'intègre pas les autres acteurs. Bien évidemment, il n'est pas envisageable de convoquer l'ensemble des personnes concernées par un patient lors d'une réunion formalisée. En revanche, des rencontres doivent favoriser les échanges et participer à la construction d'un réseau où les transmissions d'informations écrites et les contacts téléphoniques ou informatiques viendront prendre le relais.

Le réseau de proximité est un élément important de la coordination et de la continuité des soins, et un lieu d'acquisition de savoirs et de savoirs faire, mais les infirmiers ne sont pas préparés à cette pratique.

Nous ne pouvons démontrer la validité de cette hypothèse, mais seulement dire qu'effectivement la pratique de réseau leur est étrangère. A part un infirmier qui spontanément insiste sur l'absence de réseau et du manque qu'il occasionne, nous trouvons chez les autres une absence d'information, voire d'intérêt. Les cadres de santé n'en savent pas davantage que les membres de leur équipe.
Leur ouverture à la collaboration avec les travailleurs sociaux et les équipes de psychiatrie nous laissent cependant supposer que passé un temps d'adaptation, il pourrait y trouver une véritable utilité professionnelle.

Conclusion

Malgré des variations en relation avec les implications de l'établissement, les organisations de service, leur sensibilisation au problème de la précarité, les individus, il se dégage une grande homogénéité dans les pratiques professionnelles infirmières. Elles se retrouvent dans l'absence de projet de soins centré sur le patient lui-même qui découle d'un déficit dans :

- Le recueil de données,
- L'évaluation des besoins de la personne soignée,
- Les connaissances opérationnelles sur la précarité,
- L'utilisation du dossier de soins infirmiers,
- Un partenariat élargi.

De ce fait la démarche préventive est oubliée, l'éducation est réduite aux conseils d'hygiène et la coordination qui permet la continuité des soins est incomplète.

CINQUIEME PARTIE : DES PROPOSITIONS D'ACTIONS.

1. DES ORIENTATIONS DE MANAGEMENT

Une modification des pratiques professionnelles ne peut se réaliser sans l'adhésion des professionnels concernés, sans leur donner les moyens d'engager une réflexion et sans un relais et un soutien dans leur service d'affectation. Nous pensons que leur ralliement est en relation avec une véritable connaissance des objectifs à atteindre et leur implication dans la détermination de ceux-ci. Quelque soit les insuffisances que nous avons relevées, les soignants sont responsables, investis dans leur métier et souhaitent l'exercer au mieux de leurs possibilités. A ce stade de notre réflexion, la participation des acteurs du soins et de l'encadrement à l'élaboration des objectifs et des moyens à mettre en place pour répondre à leur mission nous paraît essentielle pour définir des axes concrets adaptés aux besoins et aux réalités de terrain, mais non suffisante. Le relais des choix effectués par le service de soins repose sur un encadrement compétent, conscient de ses missions et reconnu dans sa fonction.

Quelle que soit les orientations de la politique de soins, l'exercice professionnel se déroule dans des services où le médecin est la référence. L'influence de celui-ci sur les modes d'organisation et sur les pratiques infirmières est déterminante. Les soignants se reportent souvent aux choix médicaux et à la manière de faire du service où ils travaillent. L'implication de ceux-ci dans une démarche est fréquemment fonction des positions du chef de service. L'importance des orientations médicales se traduit dans le projet médical, et la cohérence du projet de l'établissement hospitalier nécessite une collaboration effective entre la direction des soins et le corps médical. Un projet d'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation précaire porté, uniquement, par l'un ou l'autre de acteurs ne suffira peut-être pas à mobiliser le personnel soignant. En revanche, la conjonction de trois composantes fortes, direction, médecins et service de soins ne peut que favoriser la cohésion autour d'un axe commun.

Malgré cela, le service de soins doit se donner des moyens spécifiques pour améliorer ses actions. L'implication des acteurs dans le projet de soins infirmiers et ses objectifs qui les concernent, le développement de l'information des professionnels, les actions de formations en sont les supports.

Les difficultés que nous avons relevées dans l'orientation des patients porteurs de souffrances psychiques se situent dans les services où la présence infirmière des secteurs psychiatriques est réduite ou inexistante. Nous en déduisons que ces intermédiaires entre urgences et psychiatrie, sont nécessaires pour l'élaboration de savoirs nouveaux et la

réduction du recours à l'hospitalisation. Si l'affectation de ces personnels directement dans le service d'urgences n'est ni toujours nécessaire, ni toujours possible, l'intervention d'une équipe de liaison intervenant à la demande et porteuse d'explicitations sur les modalités de prise en charge nous paraît un indispensable complément aux pratiques urgentistes. Elle n'est réalisable qu'après une évaluation des besoins.

Enfin, le manque de temps relatés relève d'une étude de charge en soins qui permettrait de préciser le nombre de postes nécessaires et les organisation à mettre en place pour satisfaire aux besoins des usagers.

L'ensemble de ces moyens serait complété par un dispositif PASS dont le fonctionnement et l'installation nécessitent quelques préalables.

Il nous paraît difficile à une époque d'incitation au travail en réseau de rester dans une vision hospitalo-centriste. La participation des usagers à la vie hospitalière devrait inciter à étendre la réflexion de l'établissement à son environnement et enrichir celle-ci des expériences associatives ou institutionnelles diversifiées dont nos nouveaux partenaires sont porteurs.

2. LES AXES D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

Il s'agit de :

- L'appropriation de la démarche de soins par le personnel infirmier,
    - Recueil de données écrit,
    - Raisonnement clinique,
    - Elaboration du projet de soins,
- L'utilisation effective du dossier de soins infirmiers support du raisonnement clinique et de la transmission d'information.
- L'élaboration d'un travail commun au service de soins sur le sens du soin,
    - Le projet de soins centré sur le patient,
    - La fonction de coordinateur des soins,
    - La continuité des soins.
- L'information des soignants sur les objectifs de l'établissement en ce qui concerne l'accès aux soins des personnes en situation précaire.
- La sensibilisation du personnel à l'accueil et la prise en charge des personnes démunies,
- L'ouverture sur le partenariat et le réseau,
- L'implication de l'encadrement de santé dans la mise en place et le suivi des projets.

Ces axes seront développés dans les actions suivantes.

3. LES MOYENS DE L'ACTION.

3.1. LA PASS, UNE REFLEXION PARTAGEE.

Préconisée par Lebas J. dans le rapport le rapport mission PASS[49], la constitution d'un comité de pilotage PASS relève de la décision du directeur d'établissement. Nous le citons cependant ici, car tel qu'il est proposé il permet la concertation entre les acteurs hospitaliers impliqués dans l'accès aux soins des personnes en situation précaires. La participation des associations et services sociaux partenaires en fait un lieu de rencontre et d'échanges sur les besoins des usagers et leurs difficultés de prise en charge. L'implication des cadres de santé privilégient leur information, l'élaboration d'une réflexion et les échanges avec les partenaires extérieurs. Ils apportent dans ce groupe leur connaissance effective des services et auraient mission de transmettre au personnel soignant les renseignements recueillis.

Nous ajouterons que leur participation dans la phase préalable d'évaluation interne des besoins de l'établissement et la réflexion sur le dispositif PASS à mettre en place est essentielle pour la définition des modes d'utilisation de celui-ci par les professionnels. Compte- tenu des interrelations entre services d'urgence et PASS, la création d'un groupe de travail composé, entre autre, des soignants concernés mais incluant au minimum médecins et service social favorisent la mise en œuvre d'un outil adapté et la définition des principes de collaboration. C'est l'occasion d'élaborer

- Un livret sur la PASS pour la faire connaître d'une part au professionnels, d'autre part aux usagers,
- Les premières procédures de fonctionnement,
- Un répertoire d'adresses des partenaires externes.

En revanche, la construction et le mode d'emploi de la fiche de circulation qui permet d'accéder au plateau technique hospitalier, aux examens complémentaires et d'obtenir la délivrance gratuite des médicaments méritent d'élargir le groupe aux services concernés, médico-techniques, pharmacie et représentants des services administratifs.

Compte- tenu du déficit des connaissances des professionnels hospitaliers dans le domaine de la précarité, nous proposons que le système de repérage des situations de détresse sociale ne soit construit qu'après formation sur le thème.

La procédure d'évaluation de l'accès aux soins mériterait d'être élargie par un regard des usagers sur les critères qui la compose. Dans cet état d'esprit, elle pourrait être réalisée par

[49] Lebas J. Op. cit.ibid.

le comité de pilotage et ses participants externes. De toute façon, l'ensemble des outils cités seraient à lui soumettre pour validation.

3.2. L'IMPLICATION DES CADRES.

Elle n'est pas spécifique à l'accès aux soins des personnes en situation précaire, elle concerne l'ensemble de l'activité des personnels soignants, et leur vigilance doit s'exercer en particulier dans la qualité des pratiques de soins. Leur adhésion au projet est essentielle pour que celui-ci soit mis en action dans les unités. Leur connaissance limitée de la précarité, des partenariat possible, du champ de compétences de chacun ne permet pas d'évaluer correctement les bonnes pratiques de soins en ce domaine. Leur sensibilisation tant à leurs responsabilités qu'à celles des soignants devraient les engager à plus d'attention dans l'élaboration des prises en charge des patients et l'utilisation des outils méthodologiques.

Elle peut prendre plusieurs dimensions :

- Une formation/réflexion sur la fonction d'encadrement dans l'institution.
- L'intégration dans les groupes d'évaluation sur les pratiques professionnelles.
- Si la démarche de soins n'est pas connue, ce qui arrive chez les cadres dont la formation est ancienne, réactualisation des connaissances.
- Une formation sur le thème de la précarité dont nous parlerons plus en détail.
- Implication dans l'élaboration du projet de soins infirmiers.

Les différentes actions et leur mise en place sont déterminées avec le cadre lors d'une procédure d'évaluation au minimum annuelle, et un accompagnement par le directeur des soins ou par l'encadrement supérieur de santé peut l'aider dans sa démarche de perfectionnement.

3.3. DES ACTION CONCERTEES.

En raison des éléments relevés lors de notre analyse, nous proposons un ensemble d'actions concertées pour répondre aux besoins générés par une prise en charge de qualité des personnes en situation précaire.

3.3.1. Réflexion sur le sens des soins infirmiers.

L'élaboration du projet de soins infirmiers est une opportunité à saisir pour aborder le sens du soin infirmier. L'évaluation préalable des besoins implique l'ensemble des soignants dans

l'analyse de leurs pratiques. Alors que les membres du groupe participant à l'élaboration des objectifs sont sensibilisés à ceux-ci et sont plus attentifs à leur atteintes. Pour éviter que le projet devienne une affaire de spécialistes, ils doivent être les représentants de leurs collègues dans un échange continu sur l'avancée des travaux et les avis et réflexions de ceux-ci. La recherche documentaire qui sous-tend cette construction lui donne une dimension formatrice. L'inscription des bonnes pratiques de soins, l'utilisation du dossier de soins infirmiers, leur évaluation et la démarche pour y parvenir prennent alors une dimension officielle dont les membres du groupe de travail deviennent aussi les garants.

Les soins infirmiers sont exercés dans des services dont les objectifs et les organisation ont leur particularités et nous proposons, dans un souci de cohérence, de travailler sur des orientations avec le corps médical afin de renforcer le sens de nos propositions communes. Le projet de soins infirmiers avec ses spécificités propres doit décliner les axes du projet de management de l'établissement qui peuvent être repris dans son domaine. Le projet d'établissement propose alors au personnel un ensemble d'axes de travail communs qui ne peuvent que renforcer sa cohésion sous réserve que la publicité interne donnée à ce projet soit suffisamment généralisée pour que tout le monde y ai accès.

L'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation précaires inscrit dans cette démarche bénéficie d'une triple implication, direction, corps médical et soins infirmiers. Les formation nécessaires à son atteinte sont alors proposés au plan de formation de l'établissement.

3.3.2. Pour une bonne utilisation du dossier de soins infirmiers.

La démarche du projet de soins infirmiers est nécessaire mais non suffisante en elle-même. Nous rappellerons brièvement que le DSI est une composante du dossier patient dont l'autre partie essentielle est médicale. Nous n'aborderons pas ici la complexité du rangement, de l'archivage et de l'accès à l'information dès l'arrivée du patient. Nous soulignerons cependant que ses deux parties devraient être complémentaires, ce qui suppose un minimum de réflexion commune que nous aimerions concrétiser. La diversité des patients accueillis ne peut se traduire par des supports hétéroclites, l'harmonisation doit se réaliser dans une perspective de décloisonnement par la participation des représentants des services à son élaboration.

Parallèlement, son application dans les services relèvent des missions de l'encadrement. Cependant nous voyons pour l'application des recueils de données, du raisonnement clinique et des transmissions deux éventualités : dans la première, les cadres après s'être formés deviennent formateurs des équipes soignantes, dans la deuxième, la formation est

effectuée par un organisme extérieur, mais le procédé est plus long et plus onéreux pour l'établissement.
Quelque soit le procédé choisi, le dossier de soins doit être accompagné d'une large diffusion de son mode d'utilisation, de procédure et d'évaluation régulière de son contenu. Si les deux premières ne bénéficient pas toujours d'une attention soutenue, la dernière parce qu'elle souligne les inadéquation sans pénaliser l'agent est un facteur de modifications de pratiques. Ces actions générales ne peuvent viser seulement les services d'urgences, en revanche leur intégration dans le processus est nécessaire et doit être complétée par un ensemble de connaissances spécifiques sur la précarité.

3.3.3. Des savoirs sur la précarité.

Sans définir, ici, un programme type, nous pensons qu'ils doivent comporter deux parties. Une concerne les apports théoriques sur les processus de précarisation, ses conséquences sur les personnes et leurs besoins, et le rôle des hospitaliers dans la lutte contre l'exclusion. L'autre s'appuie sur les expériences de terrain des professionnels et les associations du social et permet la rencontre avec ceux-ci dans un contexte d'échanges. Les intervenants doivent être choisis parmi les acteurs locaux ou régionaux avec une préférence pour ceux qui exercent dans le cadre d'un réseau local ou non. Sans être exhaustive, une participation large serait souhaitable afin d'être représentative de la diversité des institutions, situations et des champs de compétences. Le but est de favoriser des prises de contact qui se concrétiseront par la suite. Bien évidemment, la qualité de leur intervention ne doit pas être pour autant négligée, et le bénéfice de ces actions sur les représentations de la précarité doit être évalué.

3.3.4. La mise en place de processus.

Que ce soit la diffusion du processus du guide de soins infirmiers, l'élaboration d'une procédure de d'accueil et d'orientation des personnes en situation précaires, ou la mise en place d'un système de repérage des personnes en détresse sociale, leur appropriation s'appuie sur une élaboration participative des soignants. L'objectif n'est pas de multiplier des supports qui trop compliqués ou trop nombreux finiront par être abandonnés, mais de simplifier leur utilisation et de les intégrer dans la mesure du possible aux supports existants. Les indicateurs d'alerte sont peuvent faire partie du recueil de données du dossier de soins infirmiers, le processus de prise en charge couplé avec la procédure, seul un travail avec les personnes concernées pourrait nous fournir des indications complémentaires.

CONCLUSION

Le champ limité de notre investigation et les pratiques diversifiées et parfois novatrices dans le soin aux personnes démunies ne nous permettent pas d'affirmer que toutes les prises en charge infirmières ressemblent à celles que nous avons décrites. Nous rappellerons que selon les organisations des établissements et l'intérêt porté au sujet, les différences portent sur l'accueil, l'utilisation de l'écrit, les relations entre les partenaires ou sur la coopération entre les acteurs.

Cependant nos propositions d'actions déploient un large éventail de moyens qui peuvent être reprises soit totalement, soit partiellement selon les situations. L'étude et ses orientations s'appliquent non seulement aux services d'urgences mais aussi au divers services d'hospitalisation, lorsque les moyens développés dans la prise en charge des personnes ne sont pas optimum. Les notions de besoins, de continuité des soins sont applicables quels que soient les services ou les personnes. Les moyens à mettre en œuvre pour un soin de qualité concernent l'ensemble des professionnels infirmiers.

Les patients démunis sont hospitalisés plus souvent et plus longtemps que la moyenne des usagers. L'abord de la précarité développé dans le cadre d'un plan de formation continue intéresse tous les personnels des services où les cas de détresse sociale sont présents, c'est- à- dire, presque tous.

L'exercice professionnel des soignants que nous avons interrogés, nous interpelle dans notre fonction de directeur des soins, sur la qualité de notre management et ses conséquences sur la motivation des personnels et les prestations fournies. Nous sommes indirectement invitée à la coopération entre les divers corps de métiers hospitaliers afin de créer des convergences, qui facilitent l'émergence de projets communs et des pratiques cohérentes dans un souci d'efficacité au service des usagers. En retour, nous impliquons l'encadrement soignant dans leur intérêt pour le sujet et leur responsabilité.

Les besoins en expertises nouvelles, en coordination autour du patient nous incitent à dépasser les murs hospitaliers pour s'ouvrir sur un partenariat élargi au champ social et à la cité. Au- delà du sujet, c'est une interrogation sur nos capacités à réagir à de nouvelles orientations, à de nouveaux besoins et nos capacités d'adaptation. Puis, la précarité et les questions qu'elle nous pose nous ramènent au cœur de l'hôpital et de ses missions de service public et nous interrogent sur les pratiques des services d'hospitalisation et le secteur psychiatrique.

B i b l i o g r a p h i e

Vinas juan Manuel. «L'avènement des réseaux, de la tuberculose aux ordonnances de 1996 » Actualités et dossier en santé publique. Septembre 1998, n°24, p.13 et 14.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. « Rapport 2000 », Paris, La documentation française. 2001. 125 p.

Schnapper D.« Intégration et exclusion dans les sociétés modernes. » L'exclusion l'état des savoirs, Paris. Edition la découverte. 1996 P.23 à 31

Dubar C. « socialisation et processus » in « L'exclusion, l'état des savoirs » La découverte . P111 à 118.

APPAY B. « Précarité, précarisation : réflexions épistémologiques » in « Précarité, risque et santé » Paris. INSERM. p.15 à 27. Collection : Questions en santé publique.

Lasné N. « Clinique de l'asservissement » in « Précarité risque et santé ». Paris. INSERM 2001. P253 à 270

Haut comité de la santé publique. « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » Rennes. Editions ENSP.1998. 349 p.

Brix A. « La santé des populations démunies » in « politique santé/précarité » Schaetzël Françoise. Rennes. ENSP 1997. P.12 à 16.

Joubert M. « Précarité et santé mentale » in « Précarité, risque et santé » Paris, INSERM, 2001. P. 69 à 93

Mossé P. « Le lit de Procuste » Ramonville ST Agne. ERES. 1997. 162 p. coll. Pratiques du champ social.

Lombrail P. « Accès aux soins » in « Les inégalités sociales de santé » Paris, La découverte, 2000, p.403 à 418.

.

Lebas J. « Rapport mission PASS » Paris, Bulletin signalétique de la Direction des hôpitaux, 2000. P. 9 à 59.

Bourgueil Y. « Les réseaux de soins : quelques repères. » in « Pratiques coopératives dans le système de santé » Rennes, éditions ENSP, 1998,p.11 à 19.

Grémy F. « Réflexions sur les réseaux de soins et de santé, conclusion après une session du DESS, Information et santé, 20 mai 2000 » cité in Larcher P. et Poloméni P. « La santé en réseaux, objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital » Paris, éditions Masson, 2001, p.41 à 47.

Guide du service de soins infirmiers : « Normes de qualité » 2ème édition septembre 2001. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/soins_inf/normes/prisench.htm

Collière MF. « Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers », Paris, Inter Editions, 1982, 357 p.

Programme des études conduisant au diplôme d'état infirmier » annexe à l'arrêté du 23 mars 1992. Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de l'intégration, n°92/13 du 7 mai 1992.

Lazarus A. Rapport « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » Paris, délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, délégation inter ministérielle au revenu minimum d'insertion, février 1995, 59 p.

Rapport du groupe de travail psychiatrie et grande exclusion, Paris, secrétariat d'état à l'action humanitaire d'urgence, juin 1996, 39 p.

Liste des annexes

- **Textes de référence cités,**
- **Supports d'entretien.**

TEXTES DE REFERENCE CITES

Lois :

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle.
Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Décrets :

Décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville.
Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel du 16 février 2002.

Circulaires :

Circulaire n° 33 du 17 septembre 1993, relative à l'accès aux soins des démunis.
Circulaire n° 95-08 du 21 mars 1995, relative à l'accès aux soins des plus démunis.
Circulaire DH/EO n° 97-277 du 09 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d 'établissements
Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999, relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.
Circulaire DGS/SP2 n° 2000-324 du 13 juin 2000, relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

Articles du code de la santé :

[1] Article R712-73 . Code de la santé publique
[1] Article L 712-3-2. du code de la santé publique.

Articles du code de la sécurité sociale :

[1] Article L 162-31-1 du Code de la sécurité sociale.

SUPPORT D'ENTRETIEN

Infirmiers des services d'urgences

Dans le cadre de la formation de directeur de soins, le thème de mon mémoire est « Précarité et accès aux soins »Une nécessaire modification des pratiques professionnels ? Le présent entretien se situe dans la démarche d'investigation autour de ces pratiques infirmières. Les informations fournies lors de cet entretien seront protégées par l'anonymat.

- 1 - Favoriser l'accès aux soins des personnes en situations précaires est une mission des hôpitaux. A votre connaissance, comment votre établissement s'inscrit-il dans cet objectif ?

- 2 - Quels moyens se donne-t-il pour atteindre ce but ?

    - Projet d'établissement ?
    - Projet médical ?
    - Projet de soins infirmiers ?
    - Formation du personnel ?

- 3 - Qui sont, pour vous, les personnes en situations précaires ou personnes démunies ?

- 4 - Dans le cadre de votre fonction soignante, comment repérez-vous une personne en situation de précarité ?

- 5 - Faites-vous un recueil d'informations pour chaque patient dès son arrivée ?

- 6 - Ce recueil d'informations comprend-il des éléments sociaux, médico-sociaux tel

    - La situation professionnelle,
    - Les conditions de logement,
    - Les habitudes de vie… ?

- 7 - Pour vous, qu'est ce que les soins infirmiers dans un service d'urgence ?

- 8 - Lorsque vous repérez des problèmes spécifiques, que proposez vous à ces personnes pour les aider à les résoudre ?
  – Vers qui les orientez-vous éventuellement ?
  – En discutez-vous avec le médecin du service ?

- 9 - A votre avis, quels problèmes spécifiques les situations précaires entraînent-elles ? En terme de :
  - Pathologies ?
  - Relations sociales ?
  - Continuité des soins ?

- 10 - Avez-vous des connaissances spécifiques sur la précarité, l'exclusion, et ses conséquences sur les personnes ?
  - Sur les réponses que vous pouvez y apporter en terme de soins infirmiers ?
  - Si oui, dans quel cadre les avez-vous acquises ?

- 11 - Comment ces connaissances se traduisent-elles dans ces prises en charge ?
  - Etes-vous plus accueillant ?
  - Plus attentif ?
  - Plus disponible pour les écouter ?
  - Ou, ces personnes sont-elles reçues comme tout autre patient ?

- 12 - De quelles questions vous préoccupez vous particulièrement ?
  – soins infirmiers uniquement
  – éducation à la santé
  - possibilité de continuité des soins à la sortie de l'hôpital
  – soutien psychologique
  – soutien social

- 13 - Si vous ne pouvez apporter vous-même de solution, orientez-vous ces patients vers les services ou professionnels compétents ? Dans ce cas :

- Vous leur donnez les renseignements nécessaires ?

– Vous intervenez afin de faciliter la mise en relation entre le patient et le professionnel concerné ?

- Par téléphone

- Par écrit

– Eventuellement, vous vous informez des suites de cette mise en relation ?

- 14 - Ces professionnels œuvrent-ils dans le cadre d'un réseau de proximité ?

- 15 - L'établissement, dans lequel vous travaillez, a-t-il, à votre connaissance, initié une politique volontariste d'accès aux soins de la population en situation précaire ?

- 16 - A-t-il créé une permanence d'accès aux soins (PASS) ?

– Quels sont les professionnels qui travaillent dans le cadre de la PASS ?

– Etes-vous en relation de travail avec ce personnel ?

– Si oui comment vous organisez-vous ?

- 17 - L'ouverture de la PASS a-t-elle changé quelque chose dans votre approche des soins aux personnes démunies ? Si oui, lesquelles ?

- 18 - L'établissement adhère-t-il à un réseau de proximité ville /hôpital ?

- 19 - Avez-vous des relations avec les professionnels participant à ce réseau ?

- Si oui, quelles en sont les conséquences en terme d'accès aux soins des personnes démunies ?

- Cela a-t-il eu un impact sur votre conception de l'accueil et du soin à ces personnes ?

- 20 - Vous est-il facile de travailler avec des personnels d'autres champs et pourquoi ?

SUPPORT D'ENTRETIEN

Cadres des services d'urgences

Dans le cadre de la formation de directeur de soins, le thème de mon mémoire est « Précarité et accès aux soins » et l'adaptation des pratiques professionnelles infirmières aux besoins des personnes démunies. Le présent entretien se situe dans la démarche d'enquête. Les éléments fournis lors de cet entretien seront protégés par l'anonymat..

1. Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation précaire est une des missions des hôpitaux, comment votre établissement s'inscrit-il dans cet objectif ?

2. Cet objectif fait-il partie
   - Du projet d'établissement ?
   - Du projet médical ?
   - Du projet de soins infirmiers ?
   - Du plan de formation continue ?

3. Selon vous, quel est le rôle des urgences dans l'accès aux soins des personnes démunies ?

4. Comment le service remplit-il son rôle par rapport à ces personnes ?

5. Les soignants réalise-t-il un recueil d'informations pour chaque patient ?
   - Si oui, comprend-il des éléments sociaux, médico-sociaux, lesquels ?

6. le personnel soignant a-t-il à sa disposition des indicateurs permettant de repérer les personnes en situation précaires ?

7. Si des problèmes spécifiques apparaissent, qui les prend en charge ?
   - Infirmiers
   - Médecins
   - Autres

8. Ces patients sont-ils orientés vers des professionnels spécialisés ?
   - De l'établissement
   - De l'extérieur
   - Par qui
   - Comment
   - Lesquels

9.A votre avis, la formation des IDE est-elle adaptée à ce type de prise en charge ?

10.Comment le service se situe-t-il dans
   - La prise en charge globale de la personne ?
   - La continuité des soins ?

11.Existe-il une PASS dans votre établissement ?
12. Quelles sont les relations de travail entre PASS et urgences ?

13. L'établissement adhère-t-il à un réseau de proximité
    - Si oui, quelles sont vos relations de travail avec ce réseau ?

14.Eventuellement qu'envisagez-vous pour améliorer l'accès aux soins des personnes démunies ?