



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2002

**L'évolution de la prise en charge de la
précarité aux urgences : un enjeu pour le
directeur des soins**

Évelyne COLORADO LASSERRE

Sommaire

INTRODUCTION	6
PREMIÈRE PARTIE	10
1 - PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE.....	10
1.1 Eléments de la problématique : urgences et précarité.....	10
1.1.1 La suractivité des services d'urgence : une adaptation des usagers aux évolutions.....	10
1.1.2 Le site des urgences, lieu de recours préférentiel des personnes en situation de précarité	11
1.1.3 Le site des urgences, le suivi des soins aux personnes en situation de précarité.....	12
1.2 La précarité aux urgences opère comme révélateur des dysfonctionnements du système de soins.....	12
1.2.1 La précarité et les questions d'éthique.....	12
1.2.2 Le déficit d'ouverture de l'hôpital sur son environnement	14
1.2.3 Le déficit de structure et le déficit organisationnel.....	15
1.2.4 Le déficit de compétences ou l'impossibilité de soigner	17
1.3 Hypothèse.....	20
2 - LE CADRE CONCEPTUEL.....	21
2.1 La précarité : approche de Santé Publique	21
2.1.1 Le mode de définition des populations et les politiques sanitaires et sociales.....	21
2.1.2 Les facteurs déterminants le rapport à la santé.....	22
2.1.3 Définitions de la précarité.....	24
2.1.4 Les populations précaires	25
2.2 Processus de précarisation : approche psychosociologique	27
2.2.1 La situation de l'emploi.....	27
2.2.2 L'affaiblissement des liens sociaux.....	27
2.2.3 Une dégradation des conditions de vie	27
2.2.4 Les cinq étapes de la désocialisation.....	28
2.3 Les dispositifs de prise en charge de la précarité	29
2.3.1 La Couverture Médicale Universelle	29
2.3.2 Les Programmes Régionaux d'Accès Prioritaire aux Soins	30
2.3.3 Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé.....	31
2.4 Mécanismes de l'exclusion à l'hôpital	32
2.4.1 Au niveau individuel	32
2.4.2 Au niveau du système hospitalier.....	33
2.4.3 Au niveau du contexte.....	33

2.5	Le directeur des soins, le cadre réglementaire de ses missions et la précarité aux urgences de l'établissement public de santé.....	34
2.5.1	Le directeur des soins, la précarité, les projets.....	34
2.5.2	Le directeur des soins, la précarité, l'organisation des services	34
2.5.3	Le directeur des soins, la précarité et les compétences infirmières	36
2.5.4	Le directeur des soins, la précarité aux urgences et le management	39
DEUXIÈME PARTIE		41
3 -	MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	41
3.1	Les entretiens semi-directifs.....	41
3.1.1	L'objet d'étude.	41
3.1.2	Le guide d'entretien.....	41
3.1.3	Les personnes interviewées	42
3.1.4	Planification des entretiens	43
3.2	La grille d'analyse des entretiens.....	43
3.2.1	Méthodologie d'analyse des résultats.....	43
3.2.2	Catégories d'analyse et unités d'enregistrement	44
3.3	Le choix des établissements.....	46
3.3.1	Les dispositifs mis en place par les établissements	47
4 -	ANALYSE DES DONNÉES PAR ÉTABLISSEMENT	48
4.1	Établissement N° 1	48
4.1.1	Documents d'établissement N°1	48
4.1.2	Tableaux des données d'entretiens : établissement N° 1	49
4.1.3	Analyse : établissement N°1	53
4.2	Établissement N°2	55
4.2.1	Documents d'établissement N°2	55
4.2.2	Tableaux des données d'entretiens : établissement N° 2.....	56
4.2.3	Analyse : établissement N°2	61
4.3	Établissement N°3	63
4.3.1	Documents d'établissement N°3	63
4.3.2	Tableaux des données d'entretiens : établissement N° 3.....	65
4.3.3	Analyse : établissement N°3	70
4.4	Établissement N°4	72
4.4.1	Documents d'établissement N°4	72
4.4.2	Tableaux des données d'entretiens : établissement N° 4.....	73
4.4.3	Analyse : établissement N°4.....	77
5 -	ANALYSE SYNTHÉTIQUE ET PERSPECTIVES	78
5.1	Représentations de la précarité.....	78

5.2	Soins et compétences.....	79
5.3	L'organisation des soins	81
5.4	Les dispositifs de précarité.....	82
TROISIÈME PARTIE		85
6 - RETOUR AUX HYPOTHÈSES ET PROPOSITIONS		85
6.1	Précarité : orientation du projet d'établissement	85
6.1.1	Première hypothèse opérationnelle	85
6.1.2	Stratégie de projet.....	85
6.1.3	En interne : penser la transversalité.	88
6.1.4	En externe : des besoins impérieux, des coopérations	89
6.2	Précarité : organisation et gestion des soins	91
6.2.1	Deuxième hypothèse opérationnelle.....	91
6.2.2	L'organisation des soins centrée sur les besoins des usagers.....	92
6.3	Précarité : compétences et gestion des ressources humaines.....	96
6.3.1	Troisième hypothèse opérationnelle	96
6.3.2	Les compétences techniques et les compétences sociales	97
6.3.3	La gestion des compétences	98
CONCLUSION		102
BIBLIOGRAPHIE		104
ANNEXES		110

Liste des sigles utilisés

AP-HP Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

CMU Couverture Médicale Universelle

CRESP Centre de Recherche sur les Enjeux Contemporains en Santé Publique

DREES Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

HCSP Haut Comité de la Santé Publique

IAO Infirmière d'Accueil et d'Orientation

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

ORS Observatoire Régional de la Santé

PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMSI Programme de Médicalisation du Système d'Information

PRAPS Programme Régional d'Accès Prioritaire aux Soins

RMI Revenu Minimum d'Insertion

UHRIF Union Hospitalière Régionale de l'île de France

UHSO Union Hospitalière du Sud Ouest

INTRODUCTION

La demande des usagers du système de santé français est d'être mieux écoutés, mieux informés. L'accès direct des malades à leur dossier médical trouve un aboutissement dans le texte de Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du Système de Santé¹. Le développement de la haute technologie médicale a fait passer au second plan les besoins relationnels et de communication. Or, ceux-ci s'imposent aux professionnels des services des urgences notamment par le fait de l'afflux massif des personnes en situation de précarité.

L'hôpital a-t-il pour mission de prendre en compte la demande latente de reconnaissance, d'écoute et de dignité des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ?

La question sociale à l'hôpital n'est pas nouvelle. L'alternance du rapprochement et de l'éloignement du sanitaire, du social et du handicap est sans cesse à l'œuvre dans le temps. La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (création du service public hospitalier) et celle du 30 juin 1975² consacrent la séparation du sanitaire et du social. L'intervention sociale n'entre pas dans les missions dévolues par la loi hospitalière de 1991, sinon de façon secondaire.

Cependant, le développement actuel de la précarité interroge à nouveau l'institution hospitalière dans son ensemble. La loi du 27 juillet 1992 et la circulaire du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies définissent le Secteur Public Hospitalier comme le lieu privilégié de reconnaissance, accès et exercice du droit aux soins de ces populations. La Loi du 27 juillet 1999 sur la Couverture Médicale Universelle repositionne les problèmes de précarisation sociale dans le domaine sanitaire.

La Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a renforcé la complémentarité entre les médecins et les travailleurs sociaux. Ceci se vérifie dans les services de spécialités aussi bien qu'aux urgences. La dimension sociale des soins est intégrée dans les services de gériatrie et les unités de courte durée.

Mais dans toute organisation les difficultés surgissent dans les interfaces des sous-systèmes institués. L'établissement des liens entre les services médicaux, sociaux et d'alternatives à l'hospitalisation se heurte aux cloisonnements. Répondre aux besoins

¹Loi n°2002-303 du 04 mars 2002. Titre II Démocratie sanitaire. Droit fondamental... garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ».

²Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions Sociales et Médico-sociales.

hétérogènes des patients requiert une pluridisciplinarité des décisions et des actions. Face à la complexité, des solutions individualisées émergent.

L'arrivée aux urgences des hôpitaux d'un nombre toujours croissant de malades en situation de précarité a nécessité la mise en place de structures d'accueil et de prises en charges médico sociales³. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont censées faciliter la circulation des personnes dans l'hôpital et l'accès aux réseaux institutionnels et associatifs de soins et d'accompagnement social par l'octroi de personnels supplémentaires sociaux, administratifs, soignants ou médicaux, formés et sensibilisés aux situations de pauvreté.

Or, l'accueil des personnes en situation de précarité à l'hôpital aux services des urgences mobilise de multiples éléments contradictoires qui en conditionnent la qualité et l'efficience.

Des facteurs culturels et économiques créent des dysfonctionnements.

- Le décalage entre la performance technique attendue des professionnels de santé et les attentes des personnes en situation de précarité crée de l'incompréhension et de la souffrance de part et d'autre.
- La logique de rationalité budgétaire des hôpitaux rend difficile l'articulation des différentes logiques du corps médical et soignant et du corps administratif et gestionnaire. Les soins aux personnes en situation de précarité ne sont pas valorisés par le PMSI⁴. Leur réalisation repose sur des compétences professionnelles et sur des politiques de coordination plus que sur une technologie médicale avancée. Or, les ressources humaines représentent une part importante de la dotation globale d'un établissement de santé. De plus, ces soins n'apportent pas une plus-value de reconnaissance institutionnelle.

³ Circulaire du 25 mai 1999 relative à la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

⁴Programme de Médicalisation du Système d'Information apparu en France en 1982, parallèlement à la mise en œuvre du budget global avec pour objectifs la connaissance de l'activité médicale de tous les hôpitaux sur la base d'un référentiel standard et la connaissance du coût de cette activité et pour corollaire l'éventualité d'un financement à la pathologie.

Les effets de l'économie sur le social et le sanitaire orientent le système de santé vers un positionnement plus déterminé de la santé mentale et de la pathologie psychiatrique dans le domaine de la santé en général. La logique d'organisation sanitaire va dans le sens de la réunion des lieux de soins généraux et psychiatriques.

Sous l'impulsion communautaire européenne, la logique professionnelle infirmière a intégré les soins somatiques et les soins psychiatriques dans un diplôme unique en 1992. La dimension relationnelle des soins et plus largement celle des actions de Santé Publique sont-elles suffisamment intégrées dans ce cursus, pour prendre en charge efficacement les personnes en situation de précarité et assumer des situations d'accueil parfois difficiles ? La formation initiale permet-elle aux infirmières d'acquérir les techniques relationnelles pertinentes ?

Il n'existe pas de pathologies spécifiques de la misère et de la grande exclusion⁵. La grande exclusion et la grande pauvreté induisent une aggravation sensible des troubles notamment en raison d'un retard à l'accès aux soins. Mais l'on note une grande incidence des conduites d'addictions (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie). La désocialisation modifie le rapport à l'autre et à soi. Cette particularité est de nature à changer la relation du malade aux soignants et aux soins. La demande de soins peut être inexistante. La sensation de douleur peut être gravement altérée. Les conditions de l'examen clinique sont souvent difficiles. L'alcoolisation peut générer des conduites agressives. L'état d'incurie, la présence d'hôtes indésirables, peuvent rebuter les soignants.

Il est pourtant nécessaire alors d'aller au devant d'un besoin non exprimé explicitement.

Le site des urgences nous a paru être le plus pertinent pour faire l'état de la question de la précarité à l'hôpital. Nous avons limité le thème de notre étude à l'institution hospitalière et particulièrement aux urgences. Les réseaux n'entraient pas dans la problématique à définir. Nous avons également écarté les questions relatives à la prise en charge de la population souffrant de troubles psychiatriques.

Nous avons posé les premiers éléments de la problématique :

- La suractivité des urgences.
- La disparité des situations de soins rencontrées aux urgences.
- Le suivi des soins.

⁵HASSIN J. Chapitre : Grande exclusion et détresse sanitaire. p.108. In LEBAS J. *Précarité et santé. État de santé et prise en charge des populations sans domicile fixe à Paris*. Paris : Flammarion.

Après avoir fait un premier état de la question, nous avons identifié la précarité aux urgences comme révélateur de trois registres de dysfonctionnements du système de soins :

- L'ouverture de l'établissement à l'environnement sanitaire et social.
- Le déficit de structures et d'organisation.
- Le déficit de compétences.

Situant ce travail dans une perspective professionnelle, nous avons bâti l'hypothèse suivante :

« L'évolution du dispositif de prise en charge des personnes en situation de précarité aux urgences de l'Établissement Public de Santé procède de l'implication du directeur des soins »,

Puis, nous avons élaboré un cadre conceptuel. La précarité, les dispositifs de précarité et les missions du directeur des soins en ont constitué les thèmes majeurs. Dès lors, nous avons à restituer les difficultés posées par la prise en compte de la précarité dans les services d'urgence et à les mettre en corrélation avec les missions du directeur des soins.

Nous avons décidé de rencontrer les acteurs du service des urgences de quatre hôpitaux. La lecture de documents des établissements a complété le recueil de données. Nous avons travaillé au niveau des représentations sous trois angles d'approche :

- Les projets d'établissements.
- L'organisation des soins.
- Les ressources humaines.

Nous avons confronté l'analyse synthétique des données recueillies à trois hypothèses opérationnelles. Les dysfonctionnements identifiés ont été traduits en problèmes. Les orientations d'un projet d'intégration de la précarité à l'organisation du service des urgences ont été définies.

Nous avons dégagé des propositions d'actions et les grandes lignes du management de projet du directeur des soins. Cette partie prospective constitue les axes d'un projet professionnel.

PREMIERE PARTIE

1 - PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

1.1 ELEMENTS DE LA PROBLEMATIQUE : URGENCES ET PRECARITE

1.1.1 La suractivité des services d'urgence : une adaptation des usagers aux évolutions

Le champ professionnel hospitalier véhicule 2 idées selon lesquelles,

- Le social par le biais des populations en situation de précarité ferait irruption à l'hôpital à l'endroit des urgences (évitant le paiement immédiat des soins, pour des raisons plus sociales que médicales).
- L'engorgement des services d'urgences serait en rapport avec une consommation particulière des ménages précarisés.

Or, ni l'une ni l'autre ne résistent à l'analyse macro statistique comme le démontre l'étude du CRESP : « *La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine Saint Denis.* ».⁶

L'évolution rapide et profonde de l'hospitalisation (haute technicité, diminution de la durée moyenne de séjour, soins ambulatoires) et les changements de la médecine de ville ont influencé les comportements du public et l'utilisation des urgences. Les patients se sont rationnellement adaptés aux changements du dispositif de soins. L'explication par la précarité est non fondée. En effet, un ensemble complexe de faits convergents provoque l'augmentation de l'activité aux urgences.

Des éléments négatifs :

- L'apparente surconsommation des urgences par des patients bénéficiant de l'aide médicale ou de la Couverture Médicale Universelle⁷ s'explique par la part élevée de médecins de ville considérant ces patients indésirables, du fait du retard que prend le versement du montant des consultations et du fait des opinions très dépréciatives sur ces patients.

⁶FASSIN D., COUILLOT M.F., VASSY C. *La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine Saint Denis.* Les rapports du Centre de Recherche sur les Enjeux contemporains en Santé Publique. UPRES 2359 EMI -U 9905. Bobigny, juin 2001 INSERM

⁷Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Médicale Universelle (CMU) et modifiant le Code de la Sécurité Sociale (réforme de l'Aide Médicale d'État)

- L'augmentation du nombre de praticiens spécialistes ou généralistes en secteur 2 déconventionnés
- Le coût élevé des consultations d'urgence de ville.
- Le désengagement des médecins libéraux de garde.

Des éléments positifs :

- L'image d'excellence dont bénéficient les hôpitaux auprès de la population.
- L'amélioration du plateau technique dans le service d'urgence.
- La certitude d'avoir un bilan complet dans une unité de lieu.

Les usagers se sont adaptés aux évolutions du système de santé.

Le décalage entre les représentations des professionnels de santé et la réalité objective des populations reçues aux urgences est symptomatique. Les « fausses » urgences définies comme l'état de santé ressenti par les patients comme grave ou urgent ne sont pas le fait de patients repérables par des critères sociaux : profession, contacts avec les services sociaux ou problèmes particuliers de cet ordre. Ces patients sont plus souvent de niveau scolaire secondaire ou supérieur, nés hors du territoire français et ne disposant pas d'un médecin traitant. En fait, les caractéristiques de la population reçue aux urgences reflètent celles de la population du bassin hospitalier. Les faits ne valident pas les présupposés sur les patients pauvres, immigrés ou étrangers. Parfois, les comportements non conformes aux normes médicales faussent la perception que l'on se fait des usagers des urgences.

1.1.2 Le site des urgences, lieu de recours préférentiel des personnes en situation de précarité

Le rythme des activités des services d'urgences relatives aux « vraies » urgences et aux « fausses » urgences est différent.

- L'urgence vitale requiert une rapidité d'intervention technique.
- L'urgence ressentie nécessite du temps, de la disponibilité d'esprit c'est à dire une possibilité d'écoute empathique.

Certains établissements ont essayé de gérer cette disparité d'actions en ouvrant une consultation de médecine générale au sein de l'établissement hospitalier. Elle fonctionne sur rendez-vous très souples (pouvant être pris le jour même). Les acteurs institutionnels interviewés remarquent à propos du fonctionnement pratique du dispositif⁸ :

⁸KOTOBI L., LENART C. .Fonctionnement d'un dispositif dit précarité et parcours d'un patient. in FASSIN D.,COUILLOT M.F., VASSY C. La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine Saint Denis.

« S'il est indiqué que le problème de la précarité ne se pose pas aux urgences, il semble toutefois que le public auquel est destiné le dispositif d'accueil, s'adresse aux urgences »...« ...le service des urgences reste, malgré le dispositif d'accueil mis en place, la principale porte d'entrée de l'hôpital pour les personnes en difficulté. Non seulement il demeure *l'endroit le mieux signalisé de l'hôpital*, au sein duquel aucun élément distinctif ne signale l'existence d'un dispositif « précarité », mais il est surtout, la seule structure qui permette un mode d'accès aux soins extrêmement simplifié et affiché comme tel.

...l'accès aux urgences est simple et elles sont ouvertes 24h/24 ».

1.1.3 Le site des urgences, le suivi des soins aux personnes en situation de précarité.

Le service des urgences se préoccupe de mettre en œuvre, pour les personnes en situation de précarité, un suivi de prescription médicale, d'hospitalisation ou de consultations post urgences. Afin qu'il soit le moins aléatoire possible la situation des droits sociaux du consultant doit être évaluée et le patient orienté vers la ressource adéquate. La CMU a allégé les démarches de recouvrement des droits sociaux.

C'est à ce point du système hospitalier que vont se déployer, de façon plus ou moins efficiente, les interactions pluridisciplinaires et en particulier la coopération avec les services sociaux internes et externes au service. La question de la prise en charge sociale des soins aux patients est partie intégrante des soins. Le service des urgences permet d'en saisir toute l'importance pour les patients. De plus, la pertinence des réponses apportées et l'efficacité de leur mise en œuvre en matière de prévention et d'éducation pour la santé répondent aux objectifs de santé publique.

1.2 LA PRECARITE AUX URGENCES OPERE COMME REVELATEUR DES DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTEME DE SOINS

1.2.1 La précarité et les questions d'éthique

Une approche éthique de la précarité nous est donnée par Jacques LEBAS⁹. Le terme de précarité est dynamique. Il renvoie à la notion de fragilité : fragilité du corps et fragilité sociale (chômage, manque de ressources, absence de résidence stable, irrégularité de la situation administrative et solitude).

Les rapports du Centre de Recherche sur les Enjeux contemporains en Santé Publique. UPRES 2359 EMI -U 9905.Bobigny, juin 2001 INSERM

⁹LEBAS J. Médecin, service de médecine interne, Hôpital Saint Antoine. AP-HP. *Eléments pour un débat*. Travaux 1995-96 dans le cadre de l'Espace Éthique. DOIN, 1997

La préoccupation de notre société pour la précarité résulte du fait que chacun se sent concerné par une vulnérabilité sociale qui le menace directement ou indirectement.

L'éthique renvoie à une notion de comportement vis à vis de l'autre, à la question de l'attitude **face** à lui et encore plus **avec** lui. Agissant dans le secteur de la santé, nous sommes d'autant plus en charge de cette responsabilité. L'accueil ou le rejet de la personne en situation de précarité relève de cette responsabilité. Et pas seulement de l'institution qui refoule cette personne, mais celle de la personne qui l'agit.

Cependant, la prise en compte médicale des détresses humaines peut-elle se substituer aux carences de la réponse politique? Quelle que soit la réponse personnelle à cette question, les institutions de soins sont investies d'une responsabilité humaine, sociale et morale dans le domaine de la performance technique et depuis quelques années dans le domaine de la cohésion et du lien social.

De cette situation vont découler des questions sur les missions de l'hôpital. Lieu d'asile et d'assistance destiné aux hommes, l'hôpital est-il aujourd'hui voué à la technologie, à la recherche et à l'enseignement? Qu'en est-il dès lors du droit aux soins des personnes en situation de précarité?

Didier SICARD¹⁰ affirme : "à la suite de cette prise de conscience nécessaire, **il faudra forcément intégrer au fonctionnement de l'hôpital - de façon rationnelle et organisée - la prise en charge des exclus.**" Toutefois, il pose la question de la préservation au sein de l'hôpital de "la relation spécifique avec un être qui se trouve parfois dans des conditions d'existence parfois au-delà de nos seules possibilités de prise en charge".

Ces questions fondamentales sont posées dans le cadre de l'Espace Éthique de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP). Sans clore le débat éthique, en directeur des soins, nous positionnons le cadre de ce travail dans l'espace des pratiques de soins, de l'organisation des services intra et extra hospitaliers, et des politiques médicales d'établissement. Pour ce faire, essayons de répondre à la question suivante : en quoi la présence des personnes en situation de précarité aux urgences opère-t-elle comme révélateur de dysfonctionnements à l'hôpital?

Après ce questionnement nous serons conduit à élaborer notre hypothèse de travail et à développer un cadre conceptuel propre à préciser les notions de précarité, de dispositifs de prise en charge, et les missions du directeur des soins à l'égard de ce problème.

¹⁰SICARD D. .In *Éléments pour un débat*. Travaux 1995-96 Espace Éthique. DOIN, 1997

1.2.2 Le déficit d'ouverture de l'hôpital sur son environnement

Une première réponse générale à notre question, nous amène à approfondir la réflexion. La création des dispositifs spécifiques de prise en charge de la précarité (PASS) font la démonstration de l'incapacité à traiter de façon ordinaire les personnes en difficulté sociale et économique.

- En inscrivant la prise en charge de la précarité à l'hôpital dans le domaine politique et social, les réflexions des auteurs du rapport « Eléments pour un débat » de l'Espace Éthique posent nécessairement la question de l'ouverture de l'hôpital sur son environnement.
- Emmanuel HIRSCH suscite la réflexion. La part réelle de la mission hospitalière en matière d'accueil des exclus peut se concevoir en regard des réponses sociales produites vis à vis de l'ensemble des problèmes de société et de la marginalité en particulier.
- La prise en charge des personnes en situation de précarité doit se faire dans une ouverture de l'hôpital sur l'extérieur, afin de considérer les enjeux de la situation et de tenir compte des compétences, des structures, des relais avec lesquels l'hôpital peut envisager des alternatives. Il s'agit de penser un système d'organisation globale. La constitution de réseaux médico-sociaux pourrait permettre d'améliorer la prise en charge globale des personnes en situation de précarité.

Mais les urgences restent la référence pour les populations démunies. La mise en œuvre des soins passe par la mise en confiance des personnes dans ce lieu d'accueil. Néanmoins, cela n'exclut pas les orientations vers des services précarité, en créant des liens efficaces avec les associations pour permettre la continuité des soins et l'insertion dans le système commun de santé.

L'Hôpital Saint Louis, Paris, 10^{ème} arrondissement, a une démarche innovante¹¹ concrète dans ce sens-là Nous citerons quelques articles de la « Charte des services d'urgences. Accueil et soins des personnes en situation de vulnérabilité sociale ».

- Article 9 : les établissements hospitaliers doivent ouvrir les structures de soins à la présence et au travail associatif.
- Une fiche de liaison doit permettre d'assurer des transmissions entre les différents secteurs : le contenu des informations transmises doit prendre en compte les compétences des interlocuteurs. La personne accueillie doit être tenue informée de cette transmission qu'elle peut refuser.

¹¹Projet pour la création d'un réseau « Associations / Hôpital Saint Louis . Personnes en situation de vulnérabilité sociale », réflexion menée dans le cadre de l'Espace Éthique » AP-HP

- Au sein des établissements hospitaliers doit être développée, en collaboration avec le secteur associatif, une politique de formation au service des différents acteurs, professionnels de santé et professionnels associatifs. ...

La question du déficit d'ouverture de l'hôpital sur son environnement doit être examinée à la lumière de l'organisation des prises en charge, en termes de liaison entre les structures sanitaires et sociales. La coordination des acteurs tant en intra hospitalier qu'avec le secteur extra hospitalier marque le degré d'efficacité de cette ouverture sur l'environnement.

1.2.3 Le déficit de structure et le déficit organisationnel

Les situations de précarité sont généralement abordées et traitées par le service social avec les patients en hospitalisation. Les problèmes des services des urgences, depuis plusieurs années, provoquent des actions médiatiques des acteurs de ce secteur d'activité.

Après le rapport STEG, l'augmentation des moyens alloués aux services des urgences a fait progresser le niveau de technicité et d'efficacité des prestations. L'effectif des médecins a été renforcé à hauteur de 390% à l'AP-HP et le total des vacations a atteint 450%. Dans le même temps le nombre de passages aux urgences croissait de 30%. Les dysfonctionnements perdurent malgré tout :

* heure d'attente

* absences de solutions de dégagement rapides et adéquates

De ce point de vue, on peut alléguer le déficit de structures de soins de suite et de soins de longue durée¹². La saturation des services d'hospitalisation ou d'hébergement peut être réelle.

Le rapport *LEBAS*¹³ quant à lui précise :

"Les états des lieux préalables à l'élaboration des PRAPS¹⁴ considèrent que le dysfonctionnement majeur dans l'accès au système de santé des personnes en difficulté est celui du cloisonnement des pratiques des professionnels de l'action sanitaire et de l'action sociale. Cette difficulté entrave le repérage des besoins réels des personnes. Il est donc nécessaire de créer les conditions nécessaires d'une meilleure connaissance mutuelle des activités, des missions et des responsabilités de chacun. Cette meilleure connaissance passe en particulier par des formations communes".

¹²GELY D. Présidente de l'Association Nationale des Infirmiers Généraux. *Les cahiers de l'ANIG*. N°4.premier semestre 2002.p.4

¹³LEBAS J. *Les permanences d'accès aux soins. Accompagnement de la mise en place des PASS*. Rédaction août 2001 DGS-SD6D. mise en ligne septembre 2001.

<http://www.social.gouv.fr/htm/actu/31-020207.htm>

¹⁴ Circulaire du 23 février 1999 relative à l'élaboration des PRAPS. Programme Régional d'Accès Prioritaire aux Soins.

En effet, l'accueil n'est pas seulement un état d'esprit. Il est aussi une résultante organisationnelle.

... « À chaque instant, l'activité de soins est une rencontre entre une personne malade et souffrante et une personne chargée de lui apporter aide et réconfort... et cette activité de soins vécue singulièrement par le patient, est en fait articulée dans une organisation collective, faite de la juxtaposition et de la coordination entre les différentes compétences et des contingences logistiques qui s'imposent au personnel soignant. »¹⁵

Les contingences du service des urgences sont multiples.

- Il est dépendant de l'organisation des circuits de soins en amont et en aval des lits d'hospitalisation des services de médecine, des places en services pour personnes âgées autonomes ou non, des services de psychiatrie infanto-juvénile ou adulte, des lits d'hébergement, des accueils temporaires, des heures d'ouverture des services sociaux, de la connaissance des réseaux et filières de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux¹⁶.
- Il est dépendant de la diversité des pathologies présentées par les patients et de l'activité engendrée par les soins. Les situations différentes des patients sont en interactions dans des lieux concentrés à visée d'efficacité :
 - des personnes en grande détresse maltraitées par un conjoint, un parent
 - des personnes en état de décompensation vitale, psychotique
 - des personnes âgées dont le maintien à domicile a atteint un seuil de précarité majeur
 - des jeunes en rupture scolaire, familiale, sociale

...

à chacun doit être apportée la réponse adéquate pour des soins immédiats, une écoute attentive et bienveillante, une orientation adaptée.

En outre, la création de la fonction d'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) reste dans la plupart des cas lettre morte par manque de personnel ou absence de formation adaptée à cette activité spécifique d'orientation des patients.

L'organisation hospitalière des soins aux personnes en situation de précarité peut mettre les soignants en échec devant la demande de soins.

¹⁵TONNEAU D. L'hôpital et l'organisation. *Gestions hospitalières* n°342. janvier 1995.pp 32-37.

¹⁶Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

1.2.4 Le déficit de compétences ou l'impossibilité de soigner

Nous l'avons vu les urgences sont un espace au sein duquel les professionnels sont confrontés à la conciliation de ce que beaucoup considèrent comme incompatibles : les missions de l'hôpital de haute technologie et celles de l'hôpital pour tous. Il s'agit de garantir l'accès aux soins pour tous, de prendre soin de tous. L'accueil relevant avant tout d'un espace de parole, d'écoute et d'observation permet de comprendre les patients et d'engager des soins adaptés à chacun.

La marge de manoeuvre individuelle des professionnels de santé reste étroite sous la double dépendance des prises de position institutionnelles (projet d'établissement, médical et du service infirmier et projet social) et de la lecture que chacun peut faire des situations qu'il rencontre (système de valeurs individuel).

Néanmoins, le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier renforce le rôle infirmier dans le travail en réseaux, interdisciplinaire et pluriprofessionnel, dans son article 14¹⁷.

La diversité des demandes des usagers requiert de développer un savoir et des compétences spécifiques. Les personnes en situation de précarité ont une demande de reconnaissance, d'écoute et de dignité. La réponse du soignant dépasse sa stricte compétence professionnelle. La dimension de la pratique soignante qui relie médical et social, technique et humain est sollicitée fortement. La capacité d'adaptation et le sens moral des professionnels sont impliqués dans ces réalités délicates du soin.

1.2.4.1 Les soins aux personnes en situation de précarité

Un double mouvement anime la volonté de soulager la souffrance d'autrui :

- La satisfaction narcissique que suscite la compassion, le désir d'aide.
- Le dégoût et la haine que provoque l'image inversée de l'idéal du moi qu'incarne le patient.

« Le désir d'aide a un soubassement narcissique profond. C'est sa propre valorisation que l'on cherche et lorsque le travail concret n'apporte plus de satisfaction narcissique la volonté d'aider les autres s'envole en fumée »¹⁸ ... « le patient casse rapidement le projet thérapeutique, fuit la relation disparaît dans la nature. Il réduit notre travail à zéro. »¹⁹

L'impuissance à soulager cette souffrance éveille chez les soignants un sentiment d'inutilité en écho à ceux du patient. Le clivage dissocie les deux aspects en termes de bon et mauvais objet,

¹⁷Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Art.14 secteurs d'activités et réseaux de soins. Rôle de l'infirmière en santé publique. Éducation, recherche et participation à des actions en équipe pluridisciplinaire.

¹⁸GAULEJAC (de) V. *Les sources de la honte*. éditions Desclée de Brouwer, 1996, p.285-300

¹⁹DECLERCK P. Responsable en 1993 de la Maison Départementale de Nanterre qui accueille les SDF chaque nuit. *De l'ambiguïté à la pitié*. In *Ingérences*, n°1, 1993 cité dans *Les sources de la honte*. De Gaulejac V. éditions Desclée de Brouwer, 1996, p.285-300

il agit comme mécanisme de défense face à cette contradiction, afin de rejeter à l'extérieur ce qu'il y a de mauvais :

- Les vrais et les faux chômeurs.
- Les bons Rmistes et les profiteurs.
- Les pauvres méritants et les pauvres malhonnêtes.
- Les victimes innocentes et les victimes consentantes.

Si l'on considère que la relation d'aide est une relation de pouvoir dissimulée par de bons sentiments, la confrontation du soignant à la honte de celui qui se présente en souffrance, déchu de son statut familial, social et professionnel, peut conduire le soignant à se conforter dans cette relation de pouvoir. Une reconnaissance mutuelle est impossible générant incompréhension, malentendus et impasses. La rupture des soins provoquée par le patient, permet alors au soignant de dégager sa responsabilité et de projeter son impuissance à aider sur le comportement du demandeur et d'être rassuré à bon compte.

« Le mépris est le symptôme de la projection à l'extérieur de la honte intériorisée. C'est parce que nous ne supportons pas l'image qui nous est renvoyée de nous-mêmes par l'homme déchu, que nous ne pouvons le considérer comme notre semblable. »²⁰

Ces mécanismes psychologiques fonctionnent-ils dans la relation de soins à l'œuvre dans les services d'urgence accueillant les personnes en situation de précarité?

Nous avons vu que les dispositifs de prise en charge de la précarité sous la forme des PASS offre la démonstration de l'incapacité de l'hôpital public à traiter de manière ordinaire les personnes en difficulté sociale et économique. En 1998, le caractère marginal de ces dispositifs atteste la faible implication institutionnelle et professionnelle sur ces questions. Les positions oscillent entre bienveillance passive et critique voilée. C'est un premier élément de réponse. En effet, ne s'agit-il pas ici d'une forme de rejet du rôle social de l'hôpital par ses acteurs ? La représentation sociale des soignants des urgences se décline par : hyper technicité, rapidité d'intervention sur les éléments vitaux de la personne. Celle des personnes précaires est à l'opposé : dénuement total, absence d'inscription dans le temps, apathie. Or, la relation de soins n'a pas seulement le sens d'un rapport entre deux individus. Interviennent aussi les représentations sociales. En raison de la forte dimension affective et de l'incertitude souvent radicale qui entourent les soins, le prestataire et le destinataire sont amenés à procéder par ajustements successifs et parfois mutuels où interviennent ces représentations.

Nous avons bien conscience que cet argument est difficilement recevable par les acteurs des urgences de l'hôpital. Cependant, certains d'entre eux posent la question de la double mission

²⁰De GAULEJAC V. *Les sources de la honte*. éditions Desclée de Brouwer, 1996, p.285-300

sanitaire et sociale de l'hôpital. Les modalités des réponses données vont influencer les stratégies et le positionnement des partenaires de l'action.

Sachant que pour d'autres acteurs, Carine VASSY dans son "enquête sociologique sur l'accueil aux urgences"²¹, fait l'hypothèse d'une discrimination positive du personnel de certains établissements vis à vis des personnes repérées comme ayant des difficultés sociales.

Nécessairement la démographie médicale amènera à développer une culture de coordination des interventions et des institutions, de dialogue entre les intervenants professionnels et associatifs. L'évolution de la formation initiale s'engage vers plus de pluridisciplinarité (troncs communs de formation entre professionnels sanitaires et sociaux²²). La prise en charge globale des personnes est envisagée dans le Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires²³. En outre, ce document précise que l'évolution de l'hôpital doit être évaluée. Des éléments tels que la disponibilité d'un hôpital référent pour son réseau, sa capacité à sortir de ses murs, à prendre en compte les besoins de la population qu'il dessert doivent être valorisés en plus de l'efficacité économique.

Ces critères d'évaluation mesureront les orientations politiques des établissements. La mise en œuvre impliquera tous les acteurs de l'hôpital. Dans les vingt années à venir les profils de poste seront modifiés. Les organisations de travail intégreront la coopération avec les acteurs extra hospitaliers : professionnels libéraux et intervenants associatifs.

De cette thématique hospitalière et sociale des populations en situation de précarité aux urgences se dégagent des pistes de travail relevant de la responsabilité du directeur des soins et de la dimension managériale de sa fonction. Nous les préciserons dans le chapitre « méthodologie » sous la forme de critères d'évaluation des pratiques hospitalières au sein des services d'urgences. D'ores et déjà nous pouvons avancer notre hypothèse de travail.

²¹VASSY C. *La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine Saint Denis*. Les rapports du Centre de Recherche sur les Enjeux contemporains en Santé Publique. UPRES 2359 EMI -U 9905. Bobigny, juin 2001 INSERM

²² Article de la Nouvelle République des Pyrénées. LASTERADE Julie. 12 avril 2002. « première année généraliste pour les études médicales. Une réforme des études et des concours en préparation...les aspirants médecins devront partager leurs bancs avec les autres professionnels de santé : la première année des études de santé devrait être commune aux médecins, kinés, sages-femmes, orthophonistes, infirmières, ou encore dentistes ...des cours de biologie, mais aussi, de sciences sociales et sciences humaines. »

²³ DATAR, CREDES Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.. *Quel système de santé à l'horizon 2020*. Paris.2000. La documentation française. 358 p.

1.3 HYPOTHESE

Dans le cadre de notre formation de directeur des soins, la question élaborée dans ce travail se précise en ces termes :

« L'évolution du dispositif de prise en charge des personnes en situation de précarité au service des urgences procède de l'implication du directeur des soins »

Les hypothèses opérationnelles sont déclinées dans le prolongement de la problématique présentée. Trois niveaux de responsabilité du directeur des soins vont être traduits en question au cours de notre démarche d'enquête par entretien.

- 1) Le directeur des soins intègre la prise en charge de la précarité dans la préparation des orientations du projet d'établissement.
- 2) La prise en charge des personnes en situation de précarité aux urgences est développée en termes d'organisation et de gestion des soins par l'encadrement du service des urgences.
- 3) Le directeur des soins intègre les exigences de la prise en charge de la précarité aux urgences dans la gestion des compétences et des ressources humaines.

La précarité au service des urgences est posée ici selon trois directions

- Politique d'ouverture des établissements de santé.
- Organisation des soins.
- Soins et compétences.

Afin de mener notre observation, nous approcherons le phénomène de la précarité sous trois angles différents :

- Santé publique.; définitions, dispositifs de précarité, leviers des soins ?
- Psychosociologique : le rapport à la santé, les populations, les processus de précarisation, de désocialisation.
- Organisationnel : L'hôpital exploite-t-il toutes les opportunités ? Ne génère-t-il pas de l'exclusion ?

Enfin,

- le cadre réglementaire de la fonction de directeur des soins sera mis en corrélation avec les orientations de ses actions dans la problématique de la précarité aux urgences de l'Établissement Public de Santé.

2 - LE CADRE CONCEPTUEL

2.1 LA PRECARITE : APPROCHE DE SANTE PUBLIQUE

2.1.1 Le mode de définition des populations et les politiques sanitaires et sociales

Les populations sont déterminées selon des méta catégories abstraites établies en considération de situations concrètes (maladie, âge, impécuniosité, handicap) et reconstruites en agrégat artificiels (malades, personnes âgées handicapées, enfants, allocataires, retraités) volontairement déliés des contextes particuliers dans lesquels se meuvent les personnes.

« Une sous population est un groupe d'individus ayant en commun un caractère durable généralement culturel, religieux ou ethnique, qui lui confère une identité et des valeurs collectives différentes de celles du reste de la population. Les membres du groupe apparaissent ainsi unis par un sentiment d'appartenance à leur entité (...). Plus concrètement, les différents individus ont entre eux une certaine communauté de comportements qui leur assure aussi une certaine spécificité par rapport aux autres sous populations²⁴. »

Certaines catégories de handicapés correspondent bien à cette définition (caractère durable, attachement à certaines valeurs collectives associées à leur état - autonomie par exemple -, sentiment d'appartenance au groupe des handicapés). En revanche, les « exclus » entrent assez mal dans cette définition. Il y a peu de phénomènes d'identification collective. La faible durée de la situation d'usager de l'hôpital est peu propice à produire une identification à des valeurs collectives. Ces états instables doivent être analysés en termes de trajectoires biographiques par reconstruction des enchaînements typiques de parcours d'exclusion.

Les politiques sanitaires et sociales peuvent être classées en trois grandes catégories :

- Politique de lutte contre la pauvreté par l'insertion sociale.
- Politique visant à réduire les désavantages par la participation sociale des personnes victimes d'une incapacité.
- Politique de traitement ou de prévention de la maladie ou de la santé.

Les droits à la santé comme les droits à la protection sociale peuvent s'analyser comme des droits de l'homme. L'approche verticale par des politiques de plus en plus spécialisées peut avoir des effets de stigmatisation sur les bénéficiaires. Elles seraient contraires à la valeur de non-

²⁴JOURDAIN A.: *Populations, politiques, logiques d'intervention*. Dossier documentaire. Formation initiale des Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales. ENSP 2002

discrimination du service public et du traitement indifférencié et égalitariste de ceux qui ont des droits.

Les politiques sectorielles marquent un recul et cela pour deux raisons principales. La première tient au fait qu'il est de plus en plus difficile d'associer un problème social avec une population cible. La seconde raison vient de la difficulté à mesurer les besoins de santé par l'étude statistique d'une sous population.

D'autre part, la transversalité des politiques sanitaires et sociales est

« *indispensable, difficile mais possible.* »²⁵

Indispensable, parce que nous avons vu les limites de la spécialisation des champs sanitaires et sociaux (11% des déterminants de santé dépendent du soin, culturellement notre système de santé est basé sur le curatif).

Difficile, parce qu'elle suppose beaucoup de contraintes :

- Le pouvoir est de plus en plus éclaté
- La gestion est de plus en plus complexe (niveaux décentralisés, normes européennes, émergence associative, augmentation des corporatismes, paradigme du consensus et de la négociation).

Possible, si l'on intègre la complexité, c'est à dire si l'on est capable de relier tout ce qui a été séparé. Si l'on recentre l'action sur l'usager et sur ses besoins exprimés ou implicites. Et, si l'on est capable de fédérer l'action autour de la démarche de projet.

2.1.2 Les facteurs déterminants le rapport à la santé

Les conditions de vie et l'histoire personnelle influent sur la santé. Le degré de maîtrise culturelle, les ressources non proprement économiques qu'un individu peut mobiliser afin de disposer d'un certain pouvoir sur la conduite de son existence et faire face aux événements, déterminent son rapport à la santé. Ces ressources sont fondées sur son héritage familial, social et culturel. Le degré d'éducation²⁶, la formation, la situation professionnelle, les réseaux de relations influencent les inégalités devant la santé.

Le gradient de l'état de santé est de moins en moins bon lorsqu'on descend l'échelle sociale. Le gradient social de la santé est très ancien. Il ne diminue pas au cours du temps. Il s'accroît de façon de plus en plus inégalitaire.

²⁵LAFORCADE M. *La transversalité des politiques sanitaires et sociales*. ENSP. Cours inter filières. 21 janvier 2002.

²⁶Haut Comité de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes. ENSP. coll. Avis et Rapports. février 1998 p.IX. L'illettrisme concerne 80 000 enfants qui entrent au collège sans véritablement savoir lire, écrire, compter.

Les inégalités constatées depuis des décennies persistent malgré le changement des facteurs de risques, de pathologie et des causes de mortalité. Ce caractère continu suggère une vulnérabilité progressive quand on descend l'échelle sociale. Une enquête épidémiologique longitudinale²⁷ sur une cohorte de fonctionnaires britanniques (indemne de pauvreté et de statut non précaire) montre que si on classe ces personnes en quatre catégories selon leur niveau hiérarchique, chaque niveau hiérarchique va de pair avec un risque de décès supérieur au niveau immédiatement supérieur. Le gradient subsiste si l'on élimine l'effet du tabagisme. Il en est de même pour le facteur de risque alcool.

Les facteurs de risque ne sont pas spécifiquement liés aux maladies. On trouve :

- L'absence d'autonomie dans le travail.
- Le sentiment de ne pas utiliser toutes ses compétences.
- Le sentiment de ne pas recevoir l'estime que l'on pense mériter.
- L'absence d'estime de soi.
- Un sentiment de dévalorisation personnelle.

Les facteurs de risque des personnes en situation de précarité sont majeurs. La perturbation de l'image de soi, le sentiment de sa propre inutilité entraînent une souffrance psychique. Mais s'agit-il pour autant de véritables pathologies mentales ?

Le Rapport 1998 du HCSP nous donne des éléments de réponse :

- La fréquence des affections psychiques classiques (psychose) n'est pas plus grande qu'en pathologie générale.
- La perception des symptômes de la souffrance psychique n'est le plus souvent pas rapportée à des troubles mentaux.
- La demande de soins des personnes en situation de précarité adressée aux services de psychiatrie est faible.
- La prise en charge de cette souffrance psychique des populations défavorisées par les secteurs psychiatriques aboutit à des échecs dans de nombreux cas.

Ces éléments d'analyse laissent penser que la souffrance mentale (honte, agressivité, conduite d'échec) est largement déterminée par la gravité des situations de précarité elles-mêmes²⁸.

Par ailleurs, les personnels de santé sont eux-mêmes confrontés à la maladie, à l'échec des thérapeutiques, à la mort, à la spirale des rechutes successives. Ces éléments renvoient les

²⁷MARMOT M.- G et all. *Health inequalities among British Civil servants : the Whitehall study*. Lancet, 1991. Cité dans HCSP février 1998, p.79

²⁸Haut Comité De La Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes. ENSP. coll. Avis et Rapports. février 1998 p.102

soignants à leurs propres sentiments d'impuissance, d'inutilité. Le management des soignants et du personnel des urgences en particulier doit tenir compte de ces difficultés.

2.1.3 Définitions de la précarité

2.1.3.1 Précarité : définition du Haut Comité de la Santé Publique

« La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Elle se définit comme un «état d'instabilité sociale caractérisée par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi... elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible »

Le phénomène de précarisation toucherait 20 à 25% de la population totale vivant en France soit 12 à 15 millions de personnes²⁹. Les premières analyses des effets de la précarité sur la santé en France font craindre une régression du niveau de santé des populations les plus fragiles, capable d'affecter la population générale et les générations futures.

2.1.3.2 Précarité : définition de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale³⁰

En 1995, l'Union Hospitalière Régionale de l'Île de France³¹ met l'accent sur l'absence d'outils statistiques et de définitions stables des notions et des catégories de population en jeu : exclus, démunis, personnes en situation de précarité.

La Loi du 29 juillet 1998³² va combler ses manques en créant L'ONPES. Ses missions sont définies ainsi :

- Rassembler, analyser, diffuser les données et informations.
- Contribuer au développement de la connaissance et des systèmes d'information.
- Faire réaliser des travaux d'étude, de recherche, et d'évaluation.
- Présenter les données dans un rapport public.

²⁹Haut Comité De La Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes. ENSP. coll. Avis et Rapports .février 1998 p.IX

³⁰Observatoire National de la Pauvreté et de L'exclusion Sociale. ONPES. Rapport 2000. Paris, La documentation française. 125 p.

³¹UHRIF. *Revue hospitalière de France*. N° 6 novembre-décembre 1995 p.628

³²Loi du 29 juillet 1998 n° 98-657 article 153. Décret n° 99-215 du 22 mars 1999 relatif à l'ONPES.

En 2000, l'ONPES confirme le constat de l'UHRIF. La précarité est difficile à définir. Il n'existe pas à proprement parler d'indicateur de précarité. Elle ne peut être mesurée qu'en référence à l'instabilité des situations :

- Irrégularité des revenus.
- Liens entretenus avec le marché du travail.
- Capital scolaire.
- Situations familiales.
- Conditions de logement.
- Conditions de santé.

Il n'existe pas de mesure globale de la précarité en dehors des données partielles (emploi, famille, logement). Néanmoins, de nombreux travaux existent sur le thème de la santé, de l'exclusion et de la précarité sociale. « Ces travaux ont exploré les aspects nombreux que revêt l'exclusion du système de soins dans un pays riche : ils ont été beaucoup pour la création de la CMU. »

En résumé, cet essai de définition montre la difficulté d'appréhender le phénomène de la précarité.

L'UHRIF distingue uniquement trois catégories majeures de population :

- Les exclus : socialement, psychologiquement, économiquement désinsérés qui se heurtent à de réels obstacles pour accéder aux soins malgré les efforts des organisations humanitaires.
- Les démunis : en très grande difficulté sociale connaissant également des difficultés pour accéder aux soins (ouverture des droits).
- Les personnes en situation de précarité : pour qui la santé reste chère.

2.1.4 Les populations précaires

2.1.4.1 Les caractéristiques des populations précaires

- La précarité ne se confond pas avec la pauvreté. Les facteurs de précarité ne se limitent pas aux facteurs économiques (55% des personnes déclarent disposer d'un minimum social³³)
- Elle frappe plus fortement les catégories les plus démunies de la population qui accumulent les handicaps (chômage récurrent ou de longue durée, faibles ressources, absence de logement ou logements insalubres, isolement, solitude extrême, absences de solidarités familiales, incertitude totale vis à vis de l'avenir, maladie, fragilisation psychique) jusqu'à atteindre le seuil d'exclusion.

³³seuil de pauvreté au sens de l'INSEE, son estimation varie de 3500 F par mois et par unité de consommation à 4200 F. ONPES. Rapport 2000 p 101

- Les niveaux de formation sont très faibles : plus de 25% rencontrent des difficultés de lecture et de calcul.
- Elle est avant tout un état de fragilité et d'instabilité sociale dont l'avenir et la durée ne sont pas assurés et qui risque s'il se prolonge de faire glisser ceux qu'il affecte vers l'exclusion.
- L'exclusion est un processus biographique qui ne peut être compris qu'en retraçant les étapes de parcours qui éloignent toujours plus de l'intégration économique (accès au retour à l'emploi) et de l'affiliation sociale (appartenance à un collectif).

Par rapport à la santé elles se présentent ainsi :

- Une sur morbidité.
- Un recours aux soins très tardif aux urgences des hôpitaux.
- Un non recours aux structures psychiatriques traditionnelles.³⁴
- Des comportements à risques importants.
- Peu de sensibilité aux actions de prévention.
- Des difficultés financières d'accès aux soins.
- Une préoccupation de la santé variable en fonction du degré de précarité, jusqu'au déni du corps.

2.1.4.2 L'hétérogénéité des populations précaires

Excepté la fragilité, il n'existe pas de critère pertinent permettant de caractériser de façon homogène les populations précaires:

- Les jeunes de 18 à 25 ans en rupture familiale, au passé institutionnel lourd, souvent avec des conduites addictives.
- Les femmes qui ont vécu des traumatismes (violences conjugales, familiales, en fuite sans ressource sur un territoire étranger, avec des enfants).
- Les demandeurs d'asile et les étrangers en situation irrégulière qui ont subi le traumatisme du départ, les séparations, sans ressource, vivant dans la clandestinité.
- Les gens du voyage : leur grande mobilité freine l'accessibilité aux droits et à la prise en charge.
- Les personnes récemment sorties de prison, les détenus.
- Les personnes âgées dont l'autonomie s'est réduite progressivement, connaissant des troubles de l'orientation temporo/spatiale et esseulées.

³⁴Les personnes soignées dans le cadre de la psychiatrie sont beaucoup plus intégrées que les personnes en situation de grande précarité sociale. HCSP, février 1998

2.2 PROCESSUS DE PRECARISATION : APPROCHE PSYCHOSOCIOLOGIQUE

2.2.1 La situation de l'emploi.

Les grandes évolutions structurelles des trente dernières années ont été marquées par une dégradation du marché de l'emploi. D'une part le chômage et la privation d'emploi (formations diverses, préretraites, contrats emploi solidarité) concernent plus de 5 millions de personnes. Le nombre de salariés pauvres (moins de 5000 francs par mois) représente 15 % de l'ensemble des salariés, parmi eux 11% ont moins de 3600 francs par mois). A cela s'ajoute l'instabilité de l'emploi, la précarisation des conditions de travail et d'entrée dans la vie active qui augmente la fragilisation des conditions de vie. Le basculement vers un processus de dépendance aux services sociaux peut être très rapide (environ deux ans de non-emploi) et conduire vers ce que Serge PAUGAM a nommé la « disqualification sociale »³⁵. Le travail ne représente pas seulement un revenu, lieu d'échanges et de participation à une activité collective, il contribue à la construction de l'identité sociale et de l'appartenance à des groupes.

2.2.2 L'affaiblissement des liens sociaux

En un siècle, 85,90 % de la population rurale s'est déplacée en zone urbaine.

L'instabilité familiale est en augmentation, un tiers des ménages³⁶ est composé de personnes seules.

La création des banlieues dans les années 1950-60 a progressivement constitué un habitat socialement disqualifié. Un Français sur cinq vit en banlieue en Ile de France. Dans les « cités dortoir », le développement de la vie associative est faible. Le système d'appartenance fait défaut. Les codes sociaux manquent pour échanger avec l'entourage et comprendre l'environnement.

2.2.3 Une dégradation des conditions de vie

Après les années 1980 le nombre de bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion s'élève à un million. Les contrats de travail à durée déterminée se sont multipliés. Le nombre de personnes âgées se situant sous le seuil de pauvreté est considérable³⁷. Les sentiments d'insécurité, de dégradation de soi et de son univers se sont développés.

³⁵PAUGAM S. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris PUF 1991

³⁶*ménage* au sens de l'INSEE, c'est l'ensemble des occupants d'une résidence principale, qu'ils aient ou non un lien de parenté. Un ménage peut ne comprendre qu'une seule personne.

³⁷En Aquitaine, 60% des personnes âgées vit avec le Fonds National de Solidarité. Docteur BODIN, op. cit.

« La particularité de chaque processus de précarisation est qu'il concerne une population particulière, hétérogène et qu'il s'alimente directement des dysfonctionnements de l'ensemble de la société³⁸ ».

Néanmoins, les processus de précarisation résultent des interactions de données objectivées telles que décrites ci-dessus et des dynamiques subjectives individuelles. Les atteintes de l'identité, de l'image de soi, des références aux valeurs des générations précédentes empêchent de donner du sens à l'avenir. La perte des repères antérieurs et du sens des événements qui surviennent ne permette plus la mise en perspective des choix de vie.

Malgré tout, il s'agit bien de trajectoires individuelles. Des itinéraires de sortie existent. Les tentatives de ré appropriation des situations permettent de neutraliser ou de compenser les expériences de fragilisation. Le récit de vie, l'élaboration de sa propre histoire en sont un des moyens. Cette construction mentale ne peut se faire que dans un cadre unifié de prise en charge, de soutien, d'accompagnement, à l'opposé des interventions sanitaires et sociales lorsqu'elles sont morcelées.

2.2.4 Les cinq étapes de la désocialisation

Alexandre VEXLIARD³⁹ décrit un état de désocialisation qui sépare l'individu de son groupe, l'homme de l'institution.

1. La phase agressive : rejet du nouvel environnement.
2. La phase régressive : culpabilité, dépréciation de soi (négligence des soins corporels, consommation d'alcool plus ou moins élevée).
3. La phase de dépendance : la rupture avec le passé est consommée ; la personne entre dans une logique d'assistance ; les repères temporels sont provisoires.
4. La phase de rationalisation : le minimum d'identité est conservé et passe par un discours sur l'existence (mythe du clochard volontaire avec un déni de la réalité).
5. La phase de résignation : rejet de toute son histoire, passé et futur sont abolis (après demain est insaisissable, la personne ne peut pas tenir un rendez-vous).

³⁸HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes. ENSP. coll. Avis et Rapports .février 1998 p.IX

³⁹MUCCHIELLI L. *Vexliard (1911-1997) Un pionnier de la recherche sur les processus de désocialisation*. Préface de EMMANUELLI X. VEXLIARD A. *Le clochard : étude de psychologie sociale*. Thèse de doctorat. 1957, éditions Desclée de Brouwer.

2.3 LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DE LA PRECARITE

2.3.1 La Couverture Médicale Universelle

La Loi 99-641 du 27 juillet 1999 porte création d'une Couverture Médicale Universelle (CMU). Elle succède à l'Aide Médicale départementale. Elle transfère la responsabilité de l'instruction des dossiers et de l'attribution de l'aide médicale qui relevait des services sociaux des collectivités territoriales aux Caisses d'Assurance Maladie.

La CMU complémentaire prend en charge avec dispense d'avance de frais, le ticket modérateur, le forfait journalier et certains frais supplémentaires (prothèses dentaires, orthopédie dento-faciale, lunettes).

Au 30 juin 2001, la DREES⁴⁰ fait le constat suivant :

- 2% de la population soit 1,2 M⁴¹ de personnes bénéficient de la CMU de base
- 8,8% soit 5,3 M bénéficient de la CMU complémentaire.
- 39% de cette population a moins de 20 ans (28% dans la population générale)
- 55% est féminine (51% dans la population totale)
- 1 bénéficiaire sur 2 déclare avoir renoncé aux soins avant la mise en place de la CMU.
- 65% de cette population a commencé à se soigner depuis l'obtention de la CMU (pour des consultations, des médicaments, moins pour les soins d'optique et les prothèses dentaires).

Ainsi, les bénéficiaires de la CMU⁴² représentent une population qui se caractérise ainsi :

- Des jeunes scolarisés.
- Plutôt féminine, poids des familles monoparentales.
- Une majorité de chômeurs issus de milieux ouvriers et employés.

En âge et à sexe identique les bénéficiaires de la CMU consomment un peu plus que les autres assurés. Ce qui pourrait refléter des besoins de santé spécifiques. La consommation de soins est très orientée vers les soins de premier recours (plus d'hospitalisation, moins de soins dentaires ou d'optique).

⁴⁰Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Ministère de l'emploi et de la Solidarité. N° 141, octobre 2001

⁴¹M = million

⁴²Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Ministère de l'emploi et de la Solidarité. N° 152, janvier 2002

2.3.2 Les Programmes Régionaux d'Accès Prioritaire aux Soins

Les Programmes Régionaux d'Accès Prioritaires aux Soins⁴³ (PRAPS) représentent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales, services de l'État. DDASS et DRASS coordonnent l'intervention des divers partenaires. Les PRAPS ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité.

Ils ont pour vocation d'évaluer les réussites locales, les manques, les compléments à apporter, à coordonner et à améliorer le système sanitaire et social pour qu'il réponde au mieux aux besoins des personnes en situation de précarité.

Le rôle des différents niveaux d'intervention :

- L'échelon local et départemental est aujourd'hui celui de la mise en œuvre des programmes.
- L'échelon régional est celui de la synthèse des problèmes repérés par les départements. Il permet d'apporter de la cohérence à la politique régionale de santé par le biais des Programmes Régionaux de Santé (PRS). Ceci prend toute son importance par rapport aux contrats de plan État Région, contrats de ville, d'agglomération, de Pays, composantes du développement local et facteur de développement durable, en optimisant les ressources existantes.
- L'échelon national soutient cette dynamique de terrain en organisant des rencontres nationales et interrégionales. Les DRASS et Préfets de région disposent d'une grande liberté d'organisation relativement aux Programmes Régionaux de Santé.

26 PRAPS ont été élaborés au cours de l'année 1999 après une analyse des besoins, une définition des objectifs et priorités, une programmation des actions départementales et régionales, et des procédures d'évaluation du programme et des actions. Dix mille personnes ont été associées à leur élaboration. Mille cent actions ont été développées : des lieux d'écoute, des lieux de formation, des consultations, des réseaux, financés par l'État, Collectivités territoriales, Sécurité sociale et associations.

⁴³ Point sur / PRAPS /21pr.htm/06/09/01. Les PRAPS sont créés par l'article 71 de la Loi d'orientation du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions. <http://www.santé.gouv.fr>

En 2002 s'ouvre la phase d'élaboration des PRAPS de deuxième génération⁴⁴ qui couvriront une période de quatre ans. Conduisant à une étude des déterminants de santé, les PRAPS peuvent apporter un éclairage sur l'impact des autres politiques sectorielles de l'État sur la santé.

- L'élaboration des PRAPS doit prendre en compte les orientations des schémas régionaux d'éducation pour la santé sur les personnes en situation de précarité : souffrance psychique, conduites à risques (alcoolisme, tabagisme, abus de drogue). Seront également concernés la prise en charge de pathologies chroniques (tuberculose), le dépistage de l'infection à VIH, de l'hépatite C ou des cancers, ainsi que la lutte contre le saturnisme.
- Outil d'aide au changement il doit participer au décloisonnement des politiques sectorielles qui ont un impact sur la santé et sur les pratiques professionnelles.
- Il doit s'assurer de l'implication de professionnels importants : l'Université, l'ORS⁴⁵, les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail et les habitants.
- Il doit veiller au développement de la formation des professionnels de la santé et de l'action sociale.
- La création de synergie entre l'élaboration des PRAPS deuxième génération et la révision à mi-parcours des contrats de plan Etat-région 2000-2006 constitue un autre enjeu.

2.3.3 Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

La Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions prévoit la création de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Les PASS ont été mises en place dans le cadre des PRAPS définis plus haut. Ce sont des cellules de prise en charge médico sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Ils ont pour vocation d'assurer des consultations de médecine générale à horaires élargis, des consultations sociales permettant d'accompagner les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits nécessaires, et la délivrance gratuite en cas de nécessité d'examens ou de médicaments.

« Il ne s'agit en aucun cas de créer au sein des hôpitaux, des filières spécifiques pour les plus démunis. Au contraire, ceux-ci doivent avoir accès aux mêmes conditions de soins que l'ensemble de la population. La vocation des PASS est de faciliter leur intégration dans le système hospitalier et d'éviter que le service des

⁴⁴Circulaire DGS/SD 6Dn°2002/100 du 19 février 2002 relative aux PRAPS en faveur des personnes en situation précaire.

⁴⁵Observatoire Régional de Santé

urgences soit, pour des catégories de la population socialement défavorisées, la seule porte d'accès à l'hôpital »⁴⁶

Ce n'est pas sous l'angle précis de l'exclusion que nous abordons la question de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. La multiplicité des situations et des handicaps rend ce concept difficile à cerner. Cependant, le dénominateur de l'exclusion et de la précarité, c'est la souffrance consciente ou non⁴⁷, et ses conséquences dans les rapports avec le reste du monde. La solitude, la dépression parfois la violence imprègnent la relation aux autres.

Il s'ensuit que ces personnes sont toujours "un pas de côté"⁴⁸ par rapport aux dispositifs censés répondre à leurs besoins. Peut-être parce que ceux-ci ne sont pas assez souples, peut-être et surtout parce qu'ils ne regardent pas l'individu dans sa singularité. Approcher les personnes en grande difficulté, en détresse demande beaucoup de doigté, de patience et de professionnalisme. Leur porter secours demande de les "apprivoiser" en les convainquant, en les persuadant, en les réconciliant avec eux-mêmes et avec la vie.

2.4 MECANISMES DE L'EXCLUSION A L'HOPITAL

Dans un travail de L'union Hospitalière du Sud Est⁴⁹ GARY A. et ROSE J.C. proposent un essai de modélisation du processus de l'exclusion et de sa prise en charge et, en particulier des mécanismes de l'exclusion à l'hôpital.

Les facteurs sollicités pour comprendre ces mécanismes sont de niveau individuel, hospitalier et élargi au contexte.

2.4.1 Au niveau individuel

Les mécanismes interindividuels transforment la relation soignant-soigné en relation d'exclusion. Comme le décrit F. GUILLOU⁵⁰, le malade idéal serait celui qui se prête aux investigations, aux thérapeutiques prescrites et surtout celui qui guérit.

Ce qui peut générer un comportement de rejet, c'est sa qualité, l'étiquette qu'il porte : les sans domiciles fixes, les toxicomanes, la personne âgée dépendante, les SIDA, les Psy.... La personne est regardée dans cette seule dimension qui occulte les autres dimensions de l'être.

⁴⁶KOUCHNER B. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Dépêche APM 04 mars 1998

⁴⁷EMMANUELLI X. Président du SAMU Social

⁴⁸idem Emmanuelli X.

⁴⁹UHSE congrès de Mâcon, 1996 : "l'hôpital public et l'exclusion".

⁵⁰GUILLOU F., AIMÉE C., CLOUARD G., *Prise en charge des populations marginalisées. Questions éthiques, jeux de société*. Séminaire interprofessionnel. ENSP 1994, 12p. réf.2p. OE94/0017

- Un comportement non conforme, qui peut n'être pas du seul fait du patient, mais aussi être induit par le système hospitalier, ou par les soignants eux-mêmes, peut être responsable de l'apparition plus ou moins différée du phénomène de rejet.
- L'incapacité à adapter les soins aux besoins des populations précaires peut générer la frustration chez les soignants. La pertinence de l'accueil des plus démunis aux services des urgences est mise en question. Si détresse vitale et détresse psychosociale sont mises en opposition le rejet des patients précaires risque de survenir rapidement.

2.4.2 Au niveau du système hospitalier

L'organisation des structures et des services en décalage avec les besoins de santé de la population, entraîne des réponses inadaptées, source de rejet pour des services dont les missions initiales sont autres (accueil de personnes âgées de plus en plus nombreuses).

La carence d'assistantes sociales au service des urgences de l'hôpital peut occasionner une sortie des patients sans orientation vers la filière sociale adaptée.

Au manque d'adaptation des moyens en structures peut s'ajouter une hiérarchisation des disciplines médicales amenant à considérer la gériatrie comme non noble, c'est aussi parfois le cas pour la psychiatrie.

L'ouverture du système hospitalier est un gage d'évolution des pratiques de soins et techniques. L'isolement des équipes de soins est un facteur de résistance au changement et de capacités amoindries d'adaptation aux besoins des patients.

2.4.3 Au niveau du contexte

Le contexte de l'hôpital est composé du public, des professionnels, des médias, des tutelles, des financeurs, des structures sanitaires autres publiques et privées, des établissements sociaux, publics et privés, des associations, des municipalités, du département, de l'État.

Ces institutions, services ou administrations conviennent à la majorité de la population valide et autonome qui sait les solliciter et trouver l'information. Les personnes dont les capacités sociales sont amoindries, en perte d'autonomie, empruntent systématiquement la filière sanitaire via l'accueil des urgences des hôpitaux publics : de leur propre initiative ou bien de celle des praticiens libéraux, des assistantes sociales de secteur ou des pompiers.

Ainsi, si l'hôpital crée quelques exclus, il se trouve être surtout le lieu de rendez-vous des exclus issus de ce contexte.

2.5 LE DIRECTEUR DES SOINS, LE CADRE REGLEMENTAIRE DE SES MISSIONS ET LA PRECARITE AUX URGENCES DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

Décret N° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des corps de directeur des soins de la Fonction Publique hospitalière.

2.5.1 Le directeur des soins, la précarité, les projets

Par nécessité ou par choix les services des urgences et la précarité sont liés.

En effet, l'augmentation de l'activité des services d'urgence relève d'une adaptation des usagers aux évolutions du système de santé. Les problèmes de précarisation sociale y sont repositionnés notamment du fait de la CMU. En conséquence l'établissement doit mesurer l'ampleur de cette question dans son environnement, son bassin de population. Le projet d'établissement établira les priorités de ces orientations en fonction du diagnostic posé et des projets médicaux coordonnés.

La prise en charge de la précarité aux urgences d'un établissement public de santé est soumise à une multitude d'influences.

Qu'il s'agisse de choix stratégiques en matière

- D'offre de soins de l'établissement dans son environnement (SROS, Priorités nationales de santé, PRS).
- Des projets médicaux de service ;
- De la politique de soins définie dans le projet de soins du service infirmier, de l'organisation et des formations qui en découlent.
- Du projet social en matière de formation, de compétences et de profil de poste.

Sous l'autorité du directeur, le directeur des soins, coordonnateur général des soins, a la responsabilité de l'organisation et de la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, rééducation et médico-technique⁵¹... à ce titre le projet du service de soins en cohérence avec le projet d'établissement assorti du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) doit inscrire la prise en charge des patients au niveau de l'organisation des soins.

2.5.2 Le directeur des soins, la précarité, l'organisation des services

Actuellement, les modes d'organisation des établissements de santé évoluent de la notion de service vers une approche plus collective du fonctionnement. Ils favorisent le décroisement.

⁵¹décret N° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des corps de directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière. Article 4 alinéa 1

Au-delà de la logique d'empilement, il convient de coordonner les projets de services à partir d'un diagnostic commun médical et infirmier.

Les possibilités sont inscrites dans la loi depuis longtemps sans avoir été mises en œuvre jusque-là

Afin d'améliorer la complémentarité entre les services, une organisation en **départements** (définie dans la loi hospitalière du 31 décembre 1970 mais non mise en œuvre à l'époque) avec des équipes médicales tournantes, a été initiée par le CHU de Toulouse.

L'émergence des **centres de responsabilité** (définis par l'ordonnance du 24 avril 1996) vise la globalité de la prise en charge du patient et l'optimisation des moyens. Le CHR d'Orléans prévoit une évolution dans ce sens dans son COM 2000-2004.

L'organisation en **pôles** est récente. Elle regroupe sur un seul site différentes activités liées entre elles par une logique propre de prise en charge des patients. Elle favorise l'homogénéité des secteurs médicaux, la responsabilité des acteurs médicaux à la gestion et à l'organisation des activités.

L'enveloppe hospitalière finance notamment la prise en charge sociale et médico-sociale⁵². Or, le cloisonnement des pratiques des professionnels de l'action sanitaire et de l'action sociale majeure la difficulté de repérage des besoins réels des personnes en situation de précarité. La meilleure gestion des flux de patients améliore en particulier, la prise en charge des personnes en situation de précarité.

« En liaison avec l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, le directeur des soins participe à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins. »⁵³

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, doit favoriser la connaissance des acteurs, susciter les rencontres des soignants, des assistants sociaux, des administratifs du bureau des entrées, organiser leur coopération.

Le respect des principes humanistes du Code de la Santé Publique, de l'éthique et de la déontologie des acteurs de l'hôpital impose que cette activité ne soit pas marginalisée dans l'hôpital. Elle nécessite donc information, communication, concertation, échange. L'interdépendance du fonctionnement des services hospitaliers internes et extérieurs est forte : les urgences « alimentent » l'activité des autres services, de médecine en particulier mais pas

⁵². SUZANNE Olivier URCAM Nord Pas De Calais. cours ENSP 23 avril 2002

⁵³décret N° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des corps de directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière. Article 4 alinéa 3

seulement. Elles ne peuvent bien assurer leurs missions qu'à la condition de trouver des réponses aux problèmes des patients dans ces mêmes services et en liaison avec toutes les ressources extérieures existantes telles que les associations caritatives, Croix Rouge, Comités divers et associations de solidarité, les dispositifs d'hébergement mis en place par les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale. Le directeur des soins doit favoriser l'ouverture des services sur l'extérieur et les partenaires sociaux et coordonner les actions des acteurs intra hospitaliers.

La première charte du malade élaborée et signée le 20 septembre 1974 par Madame Simone Veil, concrétise les perspectives ouvertes en matière de droits des patients par la loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, élaborée sous l'égide de Robert Boulin.

La charte du patient hospitalisé du 06 mai 1995 puis celles des personnes âgées, des enfants, des malades mentaux traduisent une volonté politique de réaffirmer les droits des malades, répondant ainsi à une forte demande sociale. A la suite de la loi du 31 juillet 1991 et des ordonnances d'avril 1996, la loi N° 2002-3030 du 04 mars 2002 confirme et renforce cette volonté politique.

Cette affirmation réitérée des droits des patients, outre son contexte social, s'insère dans la dialectique de la relation soignant soigné, relation qui s'affirme avec détermination dans un processus contractuel de soins, minimisant les dérives de la réification du patient objet de soins.

Le directeur des soins a la responsabilité de coordonner la mise en place des compétences des soignants avec l'enseignement des IFSI et dans le projet de formation du service infirmier.

2.5.3 Le directeur des soins, la précarité et les compétences infirmières

2.5.3.1 La prévention

Les urgences et la PASS de l'EPS consacrent une part importante de leurs activités à la prévention secondaire. Les personnes en situation de précarité sont fragiles et exposées aux risques : hygiène de vie, hygiène alimentaire, conduites addictives, suivi de traitement.

Or, deux présupposés sous tendent les actions de prévention en santé publique.

- Celui de l'éducabilité de l'homme : une présentation des liens de causalité entre telle conduite et telle pathologie permettrait de prévenir celle ci et d'enrayer son développement.

- Le présupposé que nul homme informé ne peut agir à l'encontre de son intérêt. Dans ce cas, l'ambition consiste à vouloir transformer les comportements des individus de manière à ce qu'ils fassent volontairement ce qu'ils doivent faire.

À moyen terme, ces deux illusions peuvent entamer l'intérêt que les soignants portent aux patients et leur capacité à leur apporter une aide soutenue. Nous avons déjà évoqué cette difficulté à maintenir un potentiel soignant quand échecs et rechutes sont omniprésents dans un service de soins. Mais quelles que soient les théories sous-jacentes aux actions de santé publique et de prévention, toutes se heurtent à cette question :

« Pourquoi, connaissant le meilleur, le sujet « choisit-il » le pire ? Là est le mystère, l'opacité, là se niche la singularité. »⁵⁴

La continuité des actions préventives des soignants requiert une réflexion d'équipe. Elle peut être menée sous l'égide du directeur des soins, dans le cadre des réunions préparatoires du projet du service de soins infirmiers.

2.5.3.2 Les soins : prendre soin

Le soin s'inscrit dans un tissu de relations complexes structuré par des relations interpersonnelles. Le « sujet » bénéficiaire des soins est à la fois « objet » et acteur du soin. Mais, la relation n'a pas seulement le sens d'un rapport entre deux individus : le prestataire d'une part et le destinataire du soin de l'autre. Interviennent aussi les représentations sociales. En raison de la forte dimension affective et de l'incertitude souvent radicale qui entourent le soin, le prestataire et le destinataire sont amenés à procéder par ajustements successifs et parfois mutuels où interviennent ces représentations.

Quelle représentation sociale de l'infirmière des urgences est véhiculée par le métier :

- Hyper technicienne
- Rapidité de réaction importante, précision
- S'adresse aux éléments vitaux de la personne

À quoi correspondent les représentations sociales des populations exclues :

- Dénuement total.
- Absence d'inscription dans le temps.
- Apathie.

⁵⁴ LECORPS Ph., PATURET J.B. *Santé publique. Du bio pouvoir à la démocratie*. Rennes ENSP 1999 pp 186, p 105

L'écart entre l'accueil et la vocation des services d'urgences et la demande des populations démunies représente une inadéquation dont il faudra tenir compte pour construire des solutions. La non-demande de la part des démunis alors même qu'il existe des besoins, comment est-elle entendue par les soignants ?⁵⁵

*« Le patient n'a pas souvent d'autres solutions que de s'adresser au centre hospitalier le plus proche qui assure ainsi cette mission palliative. Les services d'urgence se trouvent submergés d'appels et le personnel qui y travaille n'a pas souvent la formation suffisante pour répondre de façon adéquate ».*⁵⁶

Là encore les auteurs soulignent l'importance de la formation des soignants accueillant des personnes en situation de précarité.

- Quelle écoute peuvent offrir les soignants submergés, confrontés à l'urgence vitale, à la mort ?
- Comment est située leur action, leurs interventions de la dernière chance auprès de ces patients laissés pour compte, dans des situations parfois inextricables.

2.5.3.3 La compétence

C'est une notion complexe. Nous la présentons schématiquement. La compétence mobilise connaissances, procédures, expériences, savoir-faire pour accomplir un acte professionnel. Elle est relative à l'action conduite avec efficacité, souplesse, aisance, économie de moyens.

D'après André GUITTET⁵⁷, une compétence s'observe objectivement à partir du poste de travail. Elle est validée par la performance professionnelle qui est dépendante pour une part de l'organisation et du management.

Les dysfonctionnements permettent de mettre en évidence le déficit de compétence et d'en dégager les causes :

- Glissement de tâches
- Manque d'informations (accès au dossier médical la nuit, illisibilité)

⁵⁵ LARDÉ P. *Prendre soin : relations sociales et rationalité. La décision dans les systèmes de soins : prendre soin, un projet de civilisation.* Rencontre AEMCX6 POITIERS Futuroscope, 9 et 10 juin 1997

⁵⁶ BRUN N. *Participation de la psychiatrie de secteur à la prise en charge de la souffrance psychosociale chez les populations adultes en situation de précarité.* Mémoire ENSP. MISP. Avril 2001 p14

⁵⁷ GUITTET A. *Développer les compétences.* Paris ESF éditions coll. Formation permanente en sciences humaines p 11

- Déficience du système de gestion des personnels (manque de formation ou pas actualisée, manque de prospective par rapport aux évolutions, absence d'évaluation des compétences, recrutement sans profils de poste,
- Organisation du travail déficiente (pas de prévision de la « production » de soins à assurer, répartition des activités de production entre les personnels selon leurs compétences, locaux, sécurité, confidentialité, entretien, relation d'aide).

2.5.3.4 Le management et l'organisation

Richard BARTHÈS, directeur d'hôpital, chargé de mission à la sous direction des personnels de la DHOS du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, cite l'apparition de nouvelles pratiques médicales et soignantes, l'accueil médico social, l'émergence de nouveaux besoins comme des motifs d'entrer dans une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Et, à chaque fois dit-il, il faut se poser la question des conséquences sur :

- Les activités.
- Les emplois.
- L'organisation du travail.

C'est en ces termes que les questions se posent au directeur des soins, dans son activité de gestion des ressources humaines et dans sa responsabilité de l'optimisation de l'organisation.

A.LUCAS et O.DERENNE.⁵⁸ décrivent les étapes de la GPEC :

1. En termes d'activité, l'organisation actuelle fait l'objet d'un descriptif, d'une analyse diagnostique de la situation : carte des emplois, référentiels de compétences, tableau des effectifs.
2. Les facteurs d'évolution sont pris en considération. Qu'il s'agisse de la technologie, du marché, du social ou de l'économique. Le projet d'établissement et les projets de service prennent en compte toutes ces dimensions.
3. Enfin, l'organisation future doit intégrer emplois, compétences qui vont découler des activités anticipées dans les projets formalisés (tableau des effectifs, organigramme fonctionnel, référentiels d'activités et de compétences...).

2.5.4 Le directeur des soins, la précarité aux urgences et le management

Situer la prise en charge de la précarité au service des urgences évite la mise en place d'une consultation et d'un circuit spécifiques de soins pour les populations démunies. La stigmatisation des personnes dans un statut socio-économique dévalorisé et dévalorisant serait non conforme

⁵⁸ LUCAS A.,DERENNE O. *Le développement des ressources humaines*. RENNES 2002 ENSP 294 p schéma 17, p87

aux principes fondamentaux du service public : égalité, non-discrimination, libre-choix du médecin ou de l'équipe médicale.

Le directeur des soins est impliqué dans toutes les dimensions soulevées par la question de la précarité.

Dans le cadre de ses missions réglementaires, il va développer la stratégie de management la plus opérationnelle par rapport à cette problématique. Son environnement, peut le conduire à adopter des stratégies particulières. La diversité de situations de précarité est un de ces déterminants sachant que les personnes en situation de précarité ont deux points communs, leur fragilité et leur isolement.

Réunir des cadres compétents. Développer l'information avec pertinence. Focaliser les énergies sur des objectifs précis, priorisés. Susciter la réflexion prospective et les adaptations.

Le management réalisera un équilibre entre trois logiques :

- Le commandement : légitimité, fermeté sur les finalités, les buts, les objectifs.
- La gestion : compétence.
- L'animation : confiance, souplesse sur les voies pour atteindre les buts.

Problématique :

* La suractivité des urgences provient d'une adaptation des usagers aux évolutions du système de santé.

* La précarité met en question l'ouverture de l'hôpital à l'environnement, l'organisation, le fonctionnement et les compétences.

* Toutes ces dimensions procèdent des missions du directeur des soins et nous amènent à poser une hypothèse qui met en corrélation l'implication du directeur des soins et la précarité.

Le cadre conceptuel

* Il tente de définir la précarité HCSP, ONPES.

* Les processus de précarisation et de désocialisation sont présentés en relation avec l'individualisation des soins et les compétences.

* Les dispositifs de prise en charge CMU, PRAPS, PASS sont présentés au titre de l'organisation sanitaire et sociale.

* Le directeur des soins promoteur des évolutions déploie ses actions dans un cadre réglementaire et une stratégie managériale.

DEUXIEME PARTIE

3 - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

3.1 LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

3.1.1 L'objet d'étude.

Les buts de notre travail ont orienté le choix des entretiens semi-directifs.

La recherche doit permettre d'approfondir la connaissance du phénomène étudié. Elle doit déboucher sur un corpus de **propositions : méthodologie et actions**.

Les trois domaines impliquant le directeur des soins que nous avons arrêtés dans les hypothèses sont les suivants :

- La stratégie de projet de l'établissement.
- L'organisation des soins aux urgences.
- Les compétences professionnelles des infirmiers.

Or, les représentations des acteurs influencent leurs choix décisionnels, et c'est à ce niveau des représentations que nous situons notre étude.

La prise en compte de la précarité dans le projet de service infirmier influence les représentations des acteurs. Et ces dernières imprègnent les actions qu'ils déploient.

L'enquête par entretiens semble la plus pertinente pour saisir les représentations. De plus, la complexité du fonctionnement des services des urgences crée des artefacts qui compliquent l'observation de l'organisation des tâches sans amener ici un apport utile, à priori. En outre, l'observation directe dans l'espace-temps imparti à ce travail ne serait pas réalisable.

3.1.2 Le guide d'entretien

Nous avons testé la trame de nos entretiens dans un établissement public de santé, lors du premier stage de notre formation⁵⁹. Une série de questions préparées donnaient un caractère artificiel à nos entretiens. Nous avons recherché la continuité et la fluidité des réponses des personnes interrogées. Nous avons complété nos pistes de réflexion à partir du cadre

⁵⁹ la grille d'entretien exploratoire est présentée en annexe N°1

conceptuel qui s'élaborait progressivement. Enfin, nous avons construit le guide d'entretien⁶⁰ en regroupant la vingtaine de questions initiales, selon quatre axes :

- Les représentations de la précarité à travers les populations rencontrées sur le lieu de travail des personnes.
- L'organisation des soins et des moyens et les difficultés que cela pose au niveau des pratiques soignantes. Les dispositifs de prise en charge sanitaire et social : PRAPS, PASS, réseaux, filières, locaux et personnels.
- Les compétences, la qualification, la formation.
- La connaissance des projets institutionnels relatifs à la précarité par les acteurs de terrain et l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur par l'action des soignants des urgences.

Les mêmes thèmes ont été proposés à toutes les catégories interviewées, afin de pouvoir croiser les données recueillies.

3.1.3 Les personnes interviewées

Le choix des personnes interviewées a été guidé par notre sujet.

Les représentations de la précarité, les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des patients concernaient directement les acteurs proches de la prise en charge des patients. Nous avons limité notre investigation aux infirmières et assistantes sociales.

L'organisation des soins et des moyens relevait de la responsabilité des cadres d'unité.

L'organisation des dispositifs d'accueil, les compétences, la formation et les projets de service impliquaient les cadres et plus largement les cadres supérieurs ainsi que les praticiens hospitaliers et chef de service. Avec cette population nous avons eu plus de difficulté à réaliser nos entretiens. L'éloignement des lieux d'investigation par rapport à notre disponibilité géographique et la période du mois de mai n'ont pas été propices. L'ampleur de ce travail d'enquête a trouvé ici une limite. Nous en assumons ici l'entière responsabilité.

Nous avons interviewé les directeurs des soins, coordonnateur des soins, dans le cadre plus global du projet d'établissement et du projet du service infirmier. Selon la taille de l'établissement nous avons rencontré le directeur des soins référent du service des urgences.

Au total, notre population enquêtée se présente comme suit :

⁶⁰ le guide d'entretien est présenté en annexe N°2

Catégorie	Infirmière	Cadre infirmier	Cadre infirmier supérieur	Directeur des soins coordonnateur	Directeur des soins	Assistant social	Médecin
Nombre entretiens	5	3	3	2	2	3	1

Nous l'avons complétée par la lecture des documents-projets existant dans l'établissement et dans les services.

3.1.4 Planification des entretiens

Nous avons établi un premier contact avec les directeurs des soins de chaque établissement. Nous avons sollicité l'accord de la direction d'établissement et/ou du directeur des soins.

Des rendez-vous avec les personnes concernées ont été pris par téléphone directement ou par l'intermédiaire des cadres ou cadres supérieurs avec lesquels le directeur des soins nous avait mis en relation. Les personnes ont été désignées par les cadres en fonction de leur présence par rapport à la disponibilité de l'enquêteur, sur les lieux éloignés. C'est le cas des infirmières.

Les personnels sociaux travaillant en horaires fixes ont répondu en toute simplicité à cette invitation. Certaines ont dit avoir trouvé un réel plaisir d'être écoutées.

Les cadres et cadres supérieurs souhaitaient connaître les questions avant l'entretien. Nous avons seulement indiqué les grandes lignes du travail que nous menions. La précarité aux urgences : les problèmes posés en termes d'organisation, de compétences, de projets.

Ces entretiens se sont déroulés en mai et juin 2002.

3.2 LA GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

3.2.1 Méthodologie d'analyse des résultats

A partir du cadre conceptuel, nous avons fait le choix d'un certain nombre d'items dans les quatre catégories définies. Ils constituent le guide d'analyse des entretiens. Chaque item a permis le croisement, par établissement, des réponses des différentes catégories de personnes interrogées.

L'analyse par établissement devrait mettre au jour la cohérence ou l'hétérogénéité des prises de positions des acteurs. Les positions du directeur des soins précisent l'impact que peut avoir son engagement sur les équipes des urgences. Cette analyse correspond à la question de départ que nous posions en fin de première partie.

«L'évolution du dispositif de prise en charge des personnes en situation de précarité au service des urgences procède de l'implication du directeur de soins».

L'analyse synthétique, sans distinction d'établissement, permet d'entrevoir les diverses modalités d'approche des acteurs soignants et sociaux des urgences. Elle réalise une somme non exhaustive de réactions aux situations rencontrées. Elle précise les enjeux des personnes et des institutions à l'égard des questions que pose la précarité aux urgences.

Le nombre de sujets interrogés est assez limité. Notre enquête repose sur une hypothèse qualitative. Elle n'a pas de statut scientifique au sens strict. Elle se situe dans une problématique professionnelle nettement affirmée. Elle est sous-tendue par un contexte prégnant qui pour certains établissements est un enjeu d'avenir.

Le dépouillement des entretiens enregistrés a été réalisé dans un premier temps sous la forme d'un relevé linéaire par catégorie d'analyse et par catégorie de professionnel, sans distinction d'établissement.

Puis, l'analyse a été effectuée à partir des éléments classés en tableaux par établissement, par catégorie professionnelle et par catégorie d'analyse. Nous l'avons complétée par les informations provenant des documents d'établissement. Les phrases en italiques sont des citations.

3.2.2 Catégories d'analyse et unités d'enregistrement

3.2.2.1 Les représentations de la précarité des soignants des urgences

Quatre items :

Les processus de précarisation. Ils ont constitué l'entrée en matière de nos entretiens. Les réponses attendues n'étaient pas à proprement parler significatives. Elles devaient permettre une mise en confiance des interlocuteurs.

Les populations précaires. Leur description devait donner une représentation des populations accueillies dans les établissements de l'enquête.

Les processus de désocialisation. Ils devaient nous permettre de saisir la compréhension du phénomène humain que représente la précarité pour les acteurs soignants. Les actions de soins sont intimement liées à la connaissance du processus de désocialisation.

Les comportements à risques. Ils devaient nous permettre de déduire le climat de travail, les inquiétudes, les difficultés rencontrées par les soignants.

3.2.2.2 Les soins aux personnes précaires et les compétences aux urgences.

Cinq items :

Les besoins en soins. L'identification des besoins en soins par les soignants devait nous permettre de rendre compte de la compréhension du processus de désocialisation et la spécificité des actions de soins à mettre en œuvre.

Les comportements difficiles à gérer. Point sensible aux urgences, ils permettent d'approcher le positionnement des acteurs sur la présence des personnes précaires aux urgences. Par extension, les acteurs peuvent se questionner sur les missions des urgences

La problématique soignante. Elle devait nous éclairer sur l'identification des problèmes par les acteurs et sur les ressources manageriales.

Les compétences et la formation. Il nous paraissait important d'identifier en quels termes elles étaient déclinées par les acteurs. La question des missions de l'hôpital pouvait être approfondie. Nous avons supposé que cette question pouvait permettre aux acteurs la remise en question de l'organisation des urgences confrontées à la précarité.

3.2.2.3 L'organisation des soins aux personnes en situation de précarité aux urgences.

Quatre items :

Les procédures d'accueil des personnes en situation de précarité.

Les outils (transmission de l'information, gestion des informations, personnes ressource, quantification de l'activité).

La coordination interne.

Les moyens.

Ces différents critères permettaient d'estimer le degré d'inclusion de la précarité dans le fonctionnement du service.

3.2.2.4 Le dispositif de prise en charge des personnes en situation de précarité aux urgences

Trois items :

La connaissance des PRAPS, PASS et CMU.

L'utilisation des dispositifs de prise en charge.

La coordination externe.

Ces critères semblaient suffisants pour apprécier le degré d'ouverture des services enquêtés sur leur environnement.

L'impact de la politique du service infirmier en matière de précarité aux urgences conclut l'analyse par établissement.

3.3 LE CHOIX DES ETABLISSEMENTS

Notre enquête a été réalisée dans quatre établissements publics de santé polyvalents, de taille et de localisation différente :

- Sud Ouest rural isolé
- Pôle de région Ouest
- Île de France.

Ces trois régions présentaient une certaine hétérogénéité. Or, nous avons fait le choix de prendre le phénomène de la précarité dans son acception la plus ouverte. Il nous a paru important d'avoir une connaissance élargie des réalités de terrain auxquelles sont confrontés les soignants. La mobilité professionnelle des directeurs des soins entre pour une part dans ce choix.

En outre, nous avons sélectionné deux établissements dans la région Île de France (un établissement parisien (10^e arrondissement) et un établissement de l'Ouest parisien (grande ceinture), compte tenu de la dimension et de la diversité des populations de cette région,

- 10 952 011 habitants, 26,4% de jeunes de moins de 20 ans, 15,5% de personnes âgées (plus de 60 ans) contre 20,3% pour la moyenne nationale.
- multiculturelle, 1 301 386 étrangers y résident (11,88%), moyenne deux fois supérieure à la moyenne nationale (5,58%).

Le tableau N° 1 (page suivante) présente les dispositifs institutionnels « précarité » mis en place par les établissements.

3.3.1 Les dispositifs mis en place par les établissements

Tableau N° 1

Établissement	N°1	N°2	N°3	N°4
Passages aux urgences /jour	75	78	50	75
PASS PASS	Mise en place 1 mois 1 A.Soc., 1 garde PH Urg., 1 consultation psy.	Consultation médico sociale à proximité	Fonctionne depuis sa création par la loi, 0,5 A.Soc.	0,5 A.Soc., Fonctionnement A.Soc. et Urg. proximité ancienne
Projets	Créer le réseau sanitaire et social, chef de service très impliqué	Rapprochement PASS/Urg.Coopération Urg./associations, PH, chef de service, direction très impliqués	Depuis 5 ans restructurations de l'offre de soins, DS et direction impliqués dans l'offre de soins	Restructuration complète des urgences, pas d'implication particulière sur le dossier précarité
Annuaire santé social, circ.2000 /364, 8/06/2000	Pas formalisé	oui	oui	Assistante sociale
Rencontres cadres /partenaires	Non	Maintes fois cadre infirmier	Quelquefois cadre supérieur infirmier	Oui Assistant Soc.
Action DS /précarité	Cadre infirmier supérieur responsable projet PASS,	DS porteur du projet assoc./ hôpital dans les instances et auprès des assoc.	Depuis 5 ans DS a suscité les évolutions de l'offre de soins/précarité	Les projets en cours, restructuration des Urg.
Exigences de postes, Profils, identifiés	Non	Non	Non	Non
Formation continue/ infirmières/précarité	Non	Oui, possibilités, Régulation, groupe de réflexion	Non, un cadre sensible aux problématiques sociales	Oui, gestion et maîtrise de la violence, sur place pluridisciplinarité, psy et alcoologie
Régulation, concertation/précarité	Non	Oui, a existé, n'existe plus	Non	Non
Aide de la psychiatrie	hospitalisations	hospitalisations	hospitalisations	Présence 24h/24

4 - ANALYSE DES DONNEES PAR ETABLISSEMENT

4.1 ETABLISSEMENT N° 1

4.1.1 Documents d'établissement N°1

La procédure de « mise en œuvre de la prise en charge des populations en situation de précarité » doit répondre aux missions de l'établissement de santé, au projet d'établissement. Ils sont repris dans le préambule. «...prise en charge de la détresse physique, psychique et sociale auprès des populations en situation de précarité ».

Les missions de la PASS sont rappelées :

- Amener aux soins et permettre les relais avec d'autres établissements et/ou structures pouvant intervenir dans la réinsertion.
- Redonner des repères afin de permettre une réintégration progressive des populations.

La procédure s'applique à l'ensemble de l'hôpital (la prise en charge de la précarité doit être une préoccupation de l'ensemble du corps médical et du personnel paramédical).

L'offre de soins recouvre les soins immédiats et au long cours sur le plan médical et social. Les urgences ont un rôle de repérage, d'orientation, de relais dans la prise en charge médico-sociale.

Le suivi doit être assuré par le biais d'un dossier commun médical, paramédical et social. La PASS est un dispositif ouvert à la médecine libérale et à tout professionnel extérieur qui souhaite y intervenir dans le cadre d'un réseau au sein de la PASS.

4.1.2 Tableaux des données d'entretiens : établissement N° 1

Établissement N° 1 Représentations de la précarité	Infirmière	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Processus de précarisation	Les processus de préc. sont décrits : facteurs socio-économiques (revenus, emplois), logement (absence, insalubrité, non investi par la personne), vieillesse, maladie	L'accent est mis sur le flou de la notion de précarité. La précarité n'est pas seulement le problème des urgences. tout l'hôpital est concerné, mais les urgences sont les premiers en contact.	La fusion de deux établissements a occupé toutes les énergies cette année. La mise en place de la PASS est confiée au cadre supérieur.	Les personnes qui viennent à la PASS n'ont pas forcément un problème médical
Populations	Personnes âgées, jeunes adultes, adolescents, sans papiers, SDF, femmes	Les détenus. Ceux qui posent problèmes, ce sont les patients nouveaux. Le temps assistante sociale est trop limité.	Prépondérance des personnes âgées et des personnes complètement désinsérées du tissu social	Jeunes, âgées, des gens qui ont un travail ou pas, des SDF
Processus de désocialisation	solitude familiale, sociale, rejet, rupture,	Des gens qui vont jusqu'au bout d'eux-mêmes		
Comportements à risques	Alcool, violence, incurie,	agressivité		Problème d'achat des traitements est de plus en plus fréquent

Etablissement N° 1	Infirmière	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Soins et compétences				
Besoins en soins	Besoins fondamentaux : hygiène, alimentation, repos, besoin d'être rassuré	Précision : les besoins sont sociaux et psychologiques. Problème dermatologiques et dentaires pour les détenus	Partir des besoins fondamentaux et répondre à la souffrance psychologique	Faire entrer les personnes dans un circuit de soins. Des problèmes bucco dentaires et dermatologiques
Comportements difficiles à gérer	Agitation, agressivité verbale et physique, refus des contraintes, refus de soins, dissimulation de la précarité	La demande du patient est difficile à décrypter. Le dialogue est souvent difficile		La non-demande de soins ou d'aide
Problématique soignante	Les réponses doivent être immédiates, la demande est déguisée, les médecins ne savent pas toujours quoi faire. On est <i>superficiel</i> . On gère le moment. <i>Personne ne sait quoi faire</i>	Allier les urgences vitales et la gestion des patients qui séjournent dans la salle d'attente. On ne prend pas les soins dans toutes leurs dimensions. Si la personne ne peut subvenir à ses soins chez elle, l'assistante soc. Doit intervenir.	Nous avons une mission d'accueil de toutes les personnes qui arrivent ici à défaut de trouver une réponse dans leur environnement social ou médical	On ne peut pas forcer les gens à se soigner, il faut maintenir un lien, être à un moment où ils vont être décidés. Le problème médical cache souvent un besoin d'aide, d'écoute
Compétences	L'action de soin est floue on essaie de faire quelque chose mais bon... <i>le temps que l'Assistante sociale arrive à faire quelque chose</i>	Les compétences sont inhérentes à la fonction infirmière : observer, écouter, détecter à travers un mot la précarité. La PASS devrait amener une collaboration infirmière/assistante sociale plus régulière, plus rapide	Les infirmières de secteur psychiatrique sont plus aptes à gérer les patients précaires. Elles ont l'habitude des entretiens. Le passage plus régulier de l'assistante sociale est une aide à la gestion des situations.	Réussir à détecter quelqu'un qui pourrait être amené à avoir besoin de la PASS
Formation	Pas de formation envisagée	Il faudrait des formations extérieures qui correspondent à nos problèmes	Polyvalence aux Urg. , une capacité à passer des relais	Participer aux réunions de service Urg., ensemble infirmières/A.Soc.

Etablissement N° 1	Infirmière	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Organisation des soins				
Procédure, information,	L'agent administratif et l'assistante	Pour mettre en place la PASS une	Il n'y a pas de procédure d'accueil	Un cahier de liaison Urg./ service

Etablissement N° 1 Organisation des soins	Infirmière	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
	sociale s'occupent des papiers. L'assistante sociale est appelée si nécessaire. un dossier urgences, une liste de structures d'hébergement sont à disposition dans le service.	procédure écrite coordonne le travail de l'A.S et des infirmières. Un questionnaire d'entrée est demandé par le chef de service (Urg. et PASS). Je ne suis pas sûre qu'on soit très à l'aise pour le remplir. Affichage aux Urg. Des heures de la PASS et N° tél.	particulière. Il y a une procédure dans le projet de la PASS. Elle règle l'articulation sanitaire et social. L'information : affichage hall d'accueil hôpital et Urg., consultations, livret d'accueil, plaquette d'information	social, un questionnaire à utiliser par les infirmières pour détecter rapidement les situations de précarité. <i>Certaines personnes viennent directement à la PASS après avoir vu l'affiche aux Urg.</i>
Tableau de bord de l'activité		<i>Nous n'avons pas d'indicateur, une petite rubrique pour l'A.S au dossier urgences (appel, passages)</i>	Pas de tableau de bord, mais les chiffres recueillis par l'A.Soc pourraient être exploités.	
Coordination interne	Les infirmières appellent l'A.S, le médecin les structures d'hébergement. Le relais avec les services d'hospitalisation se fait par la fiche de liaison et par appel téléphonique de l'infirmière. On ne sait pas toujours à qui s'adresser. L'A.S n'a pas de bureau aux Urg, elle voit les patients dans les box.	<i>J'interviens pour imposer une hospitalisation quelques fois. En fin de semaine l'administratif de garde règle les problèmes d'avance de médicament avec la pharmacie. Il n'y a pas de garde sociale. on reporte au lundi et on hospitalise la personne.</i>		Il y a toujours un médecin des Urg. joignable. Travailler avec les infirmières sur le questionnaire et sur notre organisation de travail, c'est difficile de trouver une place dans une équipe qui se connaît qui travaille depuis longtemps ensemble
Moyens	<i>On n'a rien. On n'a pas de structure pour les accueillir. La variabilité de l'activité Urg. permet de prendre du temps avec les personnes précaires. Sinon, c'est eux qu'on laisse de côté pour un bon bout de temps</i>	<i>L'implication chef de service Urg. dans la PASS = puissant soutien. On a réussi à avoir des locaux : une pièce dévolue à l'accueil, un bureau médecin et A.S. pallier zone de passage et d'attente commune</i>	Il faut des postes d'A.Soc et de psychologue qui soit dans l'écoute. la coordination A.Soc et infirmières développe la prise d'initiatives vers les structures extérieures.	Les heures d'ouverture du service social sont limitées. Il n'y a pas de permanence. Passage quotidien aux Urg. le poids du médecin chef de service est important. Il est engagé sur ce problème de la précarité

Etablissement N° 1 Dispositif de prise ne charge	Infirmière	Cadre supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Connaissance PRAPS P A S S , C M U	PRAPS inconnu PASS sa mise en place a initié un travail commun des Urg. Et du service social animé par le cadre supérieur. CMU, les infirmières ne se préoccupent pas de la prise en charge sociale. elles signalent à l'A.S les personnes en fin de droit	N'a pas participé à des réunions relatives aux PRAPS. Supervise la mise en place de la PASS		Connaitre les gens pour travailler ensemble, la CMU a concerné beaucoup de personnes
Utilisation du dispositif	Les places en structures sont insuffisantes. Le recours à l'hospitalisation est assez fréquent. Le SAMU social est sollicité. Les associations humanitaires sont contactées par l'A.Soc.	Il n'y a pas de lien direct avec les structures extérieures.	Pallier le manque de médecin traitant par des consultations, cabinets médicaux, dont le fonctionnement serait proche de celui des Urg. pour les populations précaires.	SAMU social, travailler en partenariat avec les médecins libéraux, surtout un dentiste et un dermatologue qui veuillent recevoir des personnes précaires
Coordination externe	Les médecins, l'A.S et le cadre supérieur sont les relais des partenaires extérieurs. Les infirmières sont très centrées sur le service et connaissent peu les acteurs	Il n'existe pas encore de réseau. Les A.S vont le construire progressivement. <i>Je tiens à ce que les infirmières soient associées à ce maillage.</i>	Créer un réseau, construire des relais avec les foyers d'accueil en particulier, c'est l'objectif à atteindre dans l'année en cours.	Nous devons construire le réseau, la PASS a seulement un mois d'existence

4.1.3 Analyse : établissement N°1

Remarque : le directeur des soins coordonnateur (DSC) est absent depuis un an. Le directeur des soins stagiaire (DSS) assure un intérim, un jour par semaine, jusqu'à sa prise de fonction officielle en fin d'année. La fusion de l'établissement avec un établissement hospitalier voisin a constitué la priorité de l'année écoulée.

Les processus de précarisation sont évoqués. Ils font partie de la compréhension communément admise du phénomène. Ils ne sont pas indicatifs sur le plan professionnel d'une réflexion particulière (comme nous l'indiquons au point 3.3.2.1). Le service des urgences reçoit en majorité des personnes désinsérées socialement et des personnes âgées. Mais il n'y a pas de tableau de bord précis sur cette question.

Les personnes interrogées évoquent la solitude familiale, sociale, le rejet intervenant dans la désocialisation. Les effets de la désocialisation (la honte, la gêne) sont signalés sans être réellement identifiés comme tels (la demande est déguisée, dissimulation de la précarité).

Les soins ne sont pas satisfaisants (superficiels, trop rapides) au regard des infirmières. En termes de compétences et de formations, le discours est imprécis, excepté les compétences supposées des infirmiers de secteur psychiatrique (DSS). Le cadre supérieur fait référence à une formation qui aiderait à résoudre les problèmes de service posés par la précarité aux urgences en termes d'organisation du service. Le DSS évoque la polyvalence. Les besoins de communication, d'éviter les dangers et les besoins vitaux doivent être pris en compte. Il insiste sur la capacité à passer des relais. Cela suppose une bonne connaissance des partenaires des soins intra et extra hospitaliers.

Les comportements à risque ne sont pas évoqués sur un registre de dramatisation. Les personnes en situation précaire ont élu les urgences comme lieu de repos la nuit. Le jour, ils vagabondent dans l'hôpital au gré des contraintes imposées par les soignants pour restaurer le calme et la sérénité des « autres » patients. La situation des personnes âgées se résout avec difficulté du fait du manque de place et du manque de médecins traitants. L'hospitalisation est une solution de dégagement éventuelle.

Le DSS assure la continuité des orientations du DSC relativement à la PASS. Le déficit de la médecine de ville doit être compensé. La volonté politique est de construire un réseau

encore inexistant, référents identifiés et connus, supports et circuits d'informations. Pour cela il faut dynamiser l'action du service social et la coopération avec le service infirmier. La mise en place de la PASS correspond à cette nécessité de complémentarité des dimensions sanitaire et sociale pour les patients et d'ouverture à la médecine libérale et à tout professionnel de santé extérieur⁶¹. L'action du cadre infirmier supérieur est fondamentale dans le contexte de cet établissement (absence prolongée du DSC, absence de cadre d'unité des urgences). Le projet PASS a stimulé la réflexion et la coopération des infirmières et des assistantes sociales. Un questionnaire d'entrée est en cours d'élaboration par les assistantes sociales. Mais, on perçoit des réticences chez les soignants des urgences. La réflexion est en cours sur les différentes actions de soins : exploration avec le patient de ses ressources, de ses conditions de vie (repérage des patients en situation de précarité⁶²) et les gestes techniques. La prise en compte de la précarité doit être intégrée dans l'organisation du travail des soignants. L'organisation se heurte à la variabilité des rythmes d'accueil des vraies urgences. *La variabilité de l'activité permettrait de prendre du temps.* Mais, à défaut d'inscrire les besoins en soins des patients précaires dans une organisation adaptée les infirmières disent *gérer le moment et l'immédiateté.*

Une quantification de l'activité précarité est souhaitée par le cadre supérieur.

L'ouverture de l'établissement sur son environnement n'est pas maîtrisée par les soignants. Les initiatives des infirmières sont centrées sur l'hôpital. L'institution dégage peu à peu des moyens dans ce secteur prégnant de l'activité des urgences. Cependant, il y a une politique relative à la précarité. La création de la PASS en témoigne. La définition des missions de l'hôpital est rappelée dans la procédure PASS.

Il n'est pas possible de mesurer l'impact du positionnement du directeur des soins. Son absence n'est pas la raison de ce constat. L'établissement réalise le projet de PASS dans ce contexte. Le mode de fonctionnement général de l'établissement s'effectue sous le mode inductif. Les décisions prises partent du constat d'une réalité et d'une série d'adaptations, de réajustement. Les missions de l'établissement à l'égard de la précarité (traduites dans le projet d'établissement), la conception des soins aux personnes en situation de précarité (définie dans le projet de service infirmier) renforcent la synergie des acteurs des urgences. Elles donnent à voir aux acteurs des urgences et de l'établissement le sens de leur présence

⁶¹ inscrite dans « la procédure de mise en œuvre de la prise en charge des populations en situation de précarité ».

⁶² idem note 62.

dans l'organisation générale des services. Le directeur des soins et l'équipe d'encadrement sont les porte voix du sens de l'action. Leur présence est donc une condition de l'efficacité.

4.2 ETABLISSEMENT N°2

4.2.1 Documents d'établissement N°2

« Personnes en situation de vulnérabilité sociale » (réseau Associations/Hôpital), annuaire de réseau précarité, fiche de liaisons hôpital/associations, projet de résolution des services d'urgences. Ce sont des documents de réflexion et d'organisation.

Le projet médical a pour vocation de demeurer un hôpital de proximité et de répondre en s'adaptant aux besoins des patients. L'ouverture de l'hôpital sur la ville se traduit par les consultations et les actions en faveur des malades les plus démunis.

- 1 Consultation sans rendez-vous : médecine interne et médico-sociale de précarité (1993 accès aux soins et délivrance de traitement pour tous). Un réseau de précarité projeté. Une consultation sans rendez-vous de spécialités dermatologie et MST
- 2 Aux urgences maintien d'un accueil indispensable. Malades de spécialités. Urgences internes des malades hospitalisés. Des consultations sans rendez-vous, permettre un rapprochement de l'hôpital et de la ville ;
- 3 Deux pôles UPATOU (décret du 30 mai 1997). Urgences médicales ou chirurgies vraies. Un site d'accueil ville/ hôpital orienté vers le patient et le médecin de ville associant des hospitaliers et des praticiens libéraux (lieu de collaboration et de formation).

Le projet de soins est la traduction de la politique de la direction du service infirmier et des 33 projets de service en cohérence avec les orientations du projet médical.

Axe N°1 : prise en charge quelle que soit la maladie, le handicap, l'âge, la religion, la situation sociale.

Axe N°2 : chaque professionnel de santé... garantit à la personne soignée : sa compétence technique, relationnelle, éducative.

Axe N°3 : l'ensemble des professionnels de santé assure la continuité des soins et une prise en charge coordonnée en renforçant l'organisation du travail en équipe et la complémentarité entre les différents intervenants hospitaliers et extra hospitaliers.

Le projet de soins est un challenge pour les professionnels... attitude à créer et prévoir les évolutions du monde de la santé et à y réagir

4.2.2 Tableaux des données d'entretiens : établissement N° 2

Établissement N° 2					
Représentations de la précarité	Infirmière	Cadre	Directeur des soins	Assistante sociale	
Processus de précarisation	Les facteurs de précarisation sont décrits : socio-économiques, logement	L'accent est mis sur le flou de la notion de précarité. Précarité de l'emploi (CDD, saisonniers, chômage)	L'âge n'aide pas à clarifier la notion de précarité, les gens de la rue sont plus jeunes qu'il y a 20 ans mais tout aussi délabrés après 1 an.		
Populations	De plus en plus jeunes, femmes, SDF, personnes âgées, les <i>habitués</i>	Évolution. Hier des personnes de 45-50 ans, aujourd'hui de 17-18 ans. Certains ont 20-30 ans de rue	Beaucoup de SDF, des personnes qui sont dans la rue sans plus aucune attache, ni sociale ni familiale		
Processus de désocialisation	Rejet, solitude, rupture. Identification : <i>peut-être que je m'y retrouverai un jour, moi, à leur place</i>	Solitude détresse. 1 an de rue c'est déjà la grande précarité. Les gens sont assez détruits dans leur tête	Perte de la relation au corps, à sa propre histoire, et donc perte de toute relation aux autres et au monde.		
Comportements à risques	Alcool, tabac, hygiène, <i>ils ne sont pas coopératifs</i>	La grande exclusion, la détresse	L'alcoolisation, l'auto –hétéro agressivité, le non recours aux soins.		

Établissement N° 2 Soins et compétences	Infirmière	Cadre	Directeur des soins	Assistante sociale
Besoins en soins	Les soins, c'est pas la 1 ^{re} chose qu'ils demandent. Le corps n'est pas leur préoccupation, l'image d'eux-mêmes non plus. Ils arrivent le soir, ils demandent rien. Ils viennent discuter avec nous. Le tabagisme, les toux, la tuberculose, les ulcères de jambes ;	La demande des gens n'est pas la technique. Les soins consistent à accompagner, la reconstruction de la personne, dans la durée. Ils s'agit de soins palliatifs souvent. Il faut trouver un lieu stable pour les stabiliser. Mais, ça commence ici.	Il s'agit de soins de longue durée pour la population que nous accueillons. Mais, les personnes en précarité n'ont pas accès à la rééducation, par exemple.	
Comportements difficiles à gérer	Ils veulent tout, tout de suite. L'incurie est difficile à supporter par les autres patients dans la salle d'attente. Ils n'aiment pas ce qu'on leur impose.	L'attente est vécue comme un refus de soins. La tolérance à l'attente est très faible. Cela nécessite une attention particulière. Ils ne peuvent pas répondre aux contraintes d'un rendez-vous de consultation. Les rechutes sont régulières.	Les comportements que génèrent la promiscuité, et l'affluence massive de patients : nervosité, agressivité,	
Problématique soignante	L'accueil des SDF aux urgences quand on est jeune diplômé, on ne s'y attend pas. Quelle attitude adopter ? être gentil, être sévère ? On ne peut pas les forcer à se soigner s'ils ne veulent pas. On les connaît tellement, on devient des confidents, des copains. Les soins ne sont pas désinvestis parce que notre cadre est très impliquée. Mais, certains refusent de s'en occuper.	Les patients précaires , on les envoyait promener. Ils attendaient des heures à l'accueil. Certains ont subi des violences, des injures de la part de soignants. Des agents en situation de vulnérabilité/effet miroir. Certains renvoie la précarité au domaine social. Ils se débarrassent du problème. La précarité est exclue du champ hospitalier. Les Urg. Vitales représentent 2% de l'activité et les professionnels viennent chercher de la technique !!!!	Entrer dans la perspective des projets d'établissement et du service des Urg.. l'accueil des personnes en précarité s'impose à nous du point de vue philosophique, humaniste et déontologique. Être novateur et sortir des cadres habituels de réflexion sur ce problème.	

Etablissement N° 2 Soins et compétences	Infirmière	Cadre	Directeur des soins	Assistante sociale
Compétences	Ne pas les juger. Prendre le temps. Leur parler tous les jours. Les faire repartir dans le droit chemin. Être patient. Être ferme parfois tout en les respectant. <i>J'ai cru que j'avais été méchante... Il m'a dit au revoir à demain ! Être les personnes avec qui ils vont renouer des relations humaines.</i>	Rechercher le sens du service des Urg., de l'accueil de ces personnes. Lire ses travaux sur les Urg. (étude du CRESP). Faire un travail de recueil législatif. Se confronter au médecin qui refuse une inscription en consultation : <i>c'est le rôle du cadre.</i>	Savoir partager en équipe les réactions que suscitent les soins à ces personnes, avec le cadre. En tirer une expérience. Faire un apprentissage quotidien des dimensions des soins les moins valorisantes.	
Formation	La concertation, une réunion où on peut vider son sac pour ne pas le faire sur les patients. Avec <i>l'ancienneté, je gère mieux certaines choses avec eux. Savoir pourquoi ça marche avec l'un et pas avec les autres.</i>	Un module de formation interne : difficulté d'adapter la pratique à la législation. Faire le point sur le ressenti de l'accueil des précaires surtout celui de nuit. Travailler sur les missions du service avec d'autres équipes de service d'Urg.	Participer à des groupes de réflexion sur ce sujet. Se remettre en question à la lumière des approches différentes que l'on rencontre.	

Établissement N° 2 L'organisation des soins	Infirmière	Cadre	Directeur des soins	Assistante sociale
Procédure, information,	Pas de procédure d'accueil particulière. Ils sont étudiés comme les autres. Avec une douche avant de filer à l'accueil. C'est valable pour tout le monde si c'est nécessaire pour les soins. C'est quand même assez difficile de les gérer. Il existe une liste de structures et de personnes ressource dans le service	Le mode de fonctionnement des Urg. Correspond aux attentes des populations précaires(H24, pas de RDV, à la demande, sans engagement). L'accueil est complètement assuré par les équipes paramédicales	Nous refusons la ségrégation sociale, nous intégrons la mission sociale de l'hôpital	
Tableau de bord de l'activité	Il y en a beaucoup mais moins qu'avant. (réorganisation du service des pompiers)	Pas d'outils de mesure de l'ensemble des problèmes de précarité. L'âge n'est pas un bon critère.	Pas de tableau de bord, mais une analyse des événements critiques.	
Coordination interne	On appelle les partenaires du réseau. On les connaît bien. Le cadre intervient si les services refusent une hospitalisation.	Les Longs séjours ne veulent pas de ces personnes là alors que les soins doivent s'inscrire dans la durée. J'impose les hospitalisations dans les services quand cela est nécessaire.	Beaucoup de conviction et de ténacité pour mobiliser les acteurs internes sur la particularité des projets.	
Moyens	Locaux : on a une douche, un vestiaire qu'on renouvelle régulièrement. On a toujours le recours de la pharmacie de l'hôpital. On les dépanne, on les envoie à la consultation le lendemain pour l'ordonnance précaire.	Il n'y a pas d'hébergement possible, même si on a ouvert la salle des brancards la nuit pendant quelques temps. Les missions de l'hôpital sont-elles d'héberger parce qu'il y a une marginalité sociale ? c'est une question !	Les Urg. assurent une grosse activité de suivi de traitement hospitalier. Les unités de soins ont du mal à faire le suivi des patients en induction de chimiothérapie (complications, soins palliatifs). Nous sommes devant une transformation de la vocation des services d'urgences.	

Etablissement N° 2 Dispositif de prise ne charge	Infirmière	Cadre	Directeur des soins	Assistante sociale
Connaissance des PRAPS, PASS, CMU	l'infirmière que j'ai rencontrée connaît les différents partenaires (réunions à de nombreuses reprises). La PASS est à proximité des Urg. En fait, c'est un lieu de consultation médico-sociale.	Partager, se connaître pour découvrir les connexions possibles et résoudre des cas particuliers très rapidement, avec les partenaires du sanitaire et du social. Le SAMU social est le recours prépondérant. Les associations sont en déficit de place. La CMU n'est pas initiée au niveau des Urg., c'est le secrétariat de l'accueil.	Il y a un projet de faire un service Accueil ville /hôpital, avoir des relais avec des associations, des personnes volontaires de jour comme de nuit pour gérer ces personnes en attendant que les assoc. puissent les prendre en charge, l'A.Soc serait plus disponible pour les Urg..	
Utilisation du dispositif	Les Urg. Ne sont pas le lieu le plus adapté, il n'y a pas d'A.Soc mais bon <i>prendre 2 minutes, on a toujours 2 minutes pour parler à quelqu'un</i> ! toutes les solutions d'hébergement sont sollicitées. Les places en structures manquent. Les patients refusent ces solutions parfois. Le recours à l'hospitalisation peut s'imposer.	<i>On a le projet d'ouvrir le service aux associations. Nous avons travaillé avec nos partenaires sur notre approche mutuelle de l'hébergement et de la prise en charge des soins.</i>	Sur l'initiative de l'hôpital une coopération entre les Urg. et les partenaires du secteur social devrait voir le jour. Cela demande beaucoup de concertation en interne et en externe. Mais la pression des usagers nous l'impose et la déontologie également..	
Coordination externe	Toutes les infirmières peuvent appeler les partenaires du réseau social. <i>Nous ne pouvons pas travailler sans eux.</i>	Le problème de l'absence des médecins traitants est rédhibitoire.	Un praticien hospitalier des Urg. est très impliqué dans les projets, le chef de service donne son aval	

4.2.3 Analyse : établissement N°2

Cet établissement a une configuration particulière du fait de la prépondérance des personnes en grande précarité accueillies aux urgences. Le problème a été pris à bras le corps par les professionnels de terrain soutenus dans leur démarche par le directeur des soins. Depuis trois ans, les professionnels interviewés participent à un groupe de réflexion éthique sur ce thème. L'établissement est partie prenante de cette démarche⁶³ (médecins de la consultation précarité, chargé de mission auprès de la direction). Des soignants et des acteurs associatifs échangent leurs points de vue. Une « charte des services d'urgences. Accueil et soins aux personnes en situation de vulnérabilité sociale » a été élaborée. Elle définit des modes de coopération et de formation entre les hôpitaux et les associations.

L'infirmière affiche une proximité avec les patients précaires. *Peut-être que je m'y retrouverai un jour moi, à leur place. On devient des confidents, des copains.* L'identification relative au patient n'est pas médiatisée en tant que mécanisme de défense psychologique du soignant. Les effets néfastes ou les ressorts qu'il peut constituer comme levier de soins ne sont pas identifiés. Cependant, ils agissent favorablement dans certains cas. Cette infirmière évoque la sortie d'un patient du cercle infernal de la précarité, à la suite d'une parole qu'elle n'avait pas maîtrisée. *J'ai cru que j'avais été méchante et que j'allais prendre un coup.* Cette évocation positive sera la seule de nos interviews. Nous y voyons un effet de la prise en compte de la précarité par la direction du service infirmier.

Les réponses présentées à la question sur les processus de désocialisation témoignent de la réflexion menée sur ce sujet. *Perte de la relation au corps, à sa propre histoire, de toute relation aux autres et au monde.* Il en résulte une adaptation des soins et des services rendus aux patients : *soins de longue durée (DSC), la demande des gens n'est pas la technique, accompagner, reconstruction de la personne, soins palliatifs (cadre), le corps n'est pas leur première préoccupation, ils viennent discuter avec nous (infirmière).* L'intolérance à l'attente, à la frustration est identifiée par le cadre comme un symptôme. Elle nécessite une *attention particulière*. Le rejet par les soignants ou l'exclusion du service sont peu probables à partir de cette conception des comportements des patients précaires.

L'infirmière définit la parole comme un acte soignant, une compétence. L'ancrage psychoaffectif du patient au soignant est un des leviers des soins. Le cadre infirmier situe la recherche du sens des actions menées aux urgences et de l'accueil des personnes

⁶³ Réseau Associations/Hôpital qui réunit associations, personnels des services sociaux, des PASS et des services d'urgences.

précaires dans les compétences au même titre que la base réglementaire. Le directeur des soins va dans le même sens. Les dimensions des soins les moins valorisantes, celles qui ne sont pas hyper technicisées, doivent faire l'objet de *l'apprentissage quotidien des infirmières*. La globalité de la personne dont les professionnels se *gargarisent* a été évoquée (cadre). Elle ne doit pas rester lettre morte.

L'organisation des soins prend acte de la difficulté majeure pour ces populations de s'engager ou de respecter une contrainte (pathologie psychosociale). Le fonctionnement des urgences correspond au mode de fonctionnement des personnes en situation de précarité. L'équipe paramédicale assure complètement l'accueil des personnes précaires. Elle travaille à un ancrage malgré tout dans une durée qui s'installe en pointillés au fil des jours. L'organisation prend acte et s'adapte (solicitation des acteurs associatifs pour aider à gérer ces personnes, dans les locaux hospitaliers, le temps de trouver une solution acceptable et acceptée). Les soignants interviewés ne s'inscrivent pas dans la plainte. De fait, ni le manque de temps ni le manque de place ou de personnel ne constituent le leitmotiv des soignants en lieu et place de l'écoute de la plainte des patients. Ce constat n'est pas vérifié pour l'ensemble de l'équipe de l'unité.

Il n'y a pas d'outils particuliers de mesure. Mais un plan d'organisation précis partagé avec les partenaires associatifs. Les partenaires sont connus. Les contacts sont fréquents. La personne présente en service et disponible effectue les démarches sans distinction de grade. L'assistante sociale n'a pu être interviewée du fait de la non-concordance de nos disponibilités. Elle est affectée au service de médecine. Elle intervient aux urgences sur appel. Rarement. Les soignants ne sont pas dépendants de sa présence. La PASS existe en tant que consultation médico sociale. Elle opère une adaptation aux pathologies prévalentes des personnes précaires (dermatologie). Son rapprochement géographique des urgences est projeté à moyen terme.

Cet établissement est dans un projet novateur. La philosophie des soins est de répondre aux besoins des usagers. L'équipe réfléchit avec d'autres équipes d'urgences aux limites des missions de l'hôpital dans le contexte social actuel. Le directeur des soins présente les dossiers devant les commissions de l'établissement. La direction d'établissement est partie prenante. L'engagement dans le projet d'un praticien hospitalier des urgences dynamise la réalisation. L'innovation a cependant du mal à s'implanter auprès des associations. Elles hésitent à s'engager eu égard aux moyens dont elles disposent.

On peut clairement mettre en lumière la cohérence des conceptions des personnes interviewées (infirmière, cadre, directeur des soins). Et la synergie qui se développe s'enrichit sans ostracisme *des approches différentes que l'on rencontre (DS)*.

Dans ce cas précis notre hypothèse semble globalement confirmée sur les trois registres que nous avons présentés : orientations du projet d'établissement, gestion des ressources humaines, organisations des soins.

4.3 ETABLISSEMENT N°3

4.3.1 Documents d'établissement N°3

Cet établissement subit les effets de la fermeture des entreprises du département (une fuite des jeunes vers les bassins d'emploi plus attractifs) et le vieillissement de la population. L'installation de situations de précarité à caractère médico social se développe.

Une enquête de prévalence est menée, en 1995, par le service infirmier sur l'ensemble des unités de court séjour, de suite et d'hébergement.

Projet d'établissement :

- Création d'un département de gériatrie et d'une cellule de coordination gériatrique.
- Unité d'accueil de personnes en situation de détresse
- Alternatives à l'hospitalisation, (hôpitaux de jour, service de soins à domicile).
- Unité de consultation et de soins ambulatoires.
- Consultation d'alcoologie.
- Centre de planification et d'éducation familiale.
- Centre de dépistage anonyme et gratuit du SIDA ;

Projet médical :

- Optimiser les organisations entre services pour renforcer la prise en charge globale et coordonnée.

Projet du service infirmier :

Axe N° 1 :

- Identifier les situations médico psycho sociales.
- Mettre en œuvre une prise charge coordonnée entre les différents acteurs.
- L'hôpital doit être acteur et partenaire dans un réseau de prévention et d'information

Axe N° 2 :

- Développer et mettre en œuvre des prises en charge médico psycho sociales pour les personnes de tout âge en situation de détresse afin de les orienter vers les structures les plus adaptées.

4.3.2 Tableaux des données d'entretiens : établissement N° 3

Établissement N° 3 Représentations de la précarité	Infirmières	Cadre	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Processus de précarisation	Les facteurs de précarisation sont décrits : socio-économiques, logement	Flou de la notion de précarité. Emploi, revenus, logement	Idem cadre	Délabrement physique lié à des troubles confusionnels de la sénescence, les situations de violence et d'agressivité subies par les personnes.	La crise de l'emploi, les problèmes se présentent à l'hôpital mais les solutions ne sont pas hospitalières
Populations	Familles nombreuses, personnes âgées, peu de SDF, les habitués	Jeunes adultes, adolescents, femmes battues, familles nombreuses, SDF, détenus, routards, étrangers, tentative de suicide, la population majoritaire= personnes âgées	Les personnes âgées représentent la population dominante, mais nous avons tous les cas de figure en quantité relativement faible par rapport aux grandes métropoles	Personnes âgées population prépondérante ici, les femmes les adolescents et les jeunes en début de marginalité.	Jeunes, adolescents, personnes âgées, familles nombreuses, femmes battues, quelques routards,
Processus de désocialisation	Solitude, désorientation, rejet familial,	Des ruptures successives, fragilité, vulnérabilité, solitude familiale,			
Comportements à risques	Ébriété, sous alimentation, hygiène, toxicomanie	Alcoolisation, appel au secours, <i>ils n'en peuvent plus</i> , tentatives de suicide			

Etablissement N° 3 Soins et compétences	OInfirmières	Cadre	Cadre Infirmier Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Besoins en soins	Dans un premier temps, on prend soin de eux, on fait une toilette, une douche, on donne un bon repas, on installe, on s'exprime aussi	Les besoins fondamentaux, un toit, à manger, dormir, être écouté, <i>entendu comme une personne humaine qui nous est proche</i>		Faire un accueil médico-social et améliorer l'accessibilité des soins au niveau des Urg. pour les personnes précaires: pallier l'absence de réponse de l'environnement après 17H, dimanche et fériés	L'hospitalisation est un tremplin à prise en charge dans un réseau, utiliser le système hospitalier marque le début d'une réintégration sociale ;
Comportements difficiles à gérer	L'alcoolisation, l'incurie des patients dans la salle d'attente	Refus des contraintes, ils ne veulent pas être confrontés à la misère autour d'eux, Précarité cachée, qu'on ne peut pas avouer, un prétexte est mis en avant,		L'instabilité qui met en échec les projets de réinsertion, le refus des contraintes.	Le recommencement, la répétition, être confronté à l'impuissance, à la frustration, à l'anxiété. Pour les services, on est un peu Lourdes : « faites quelque chose »
Problématique soignante	On passe le relais de suite, immédiateté de la réponse à donner, être superficiel, ne pas aller au fond des choses, les besoins sont masqués, on fait tout, il y a un amalgame, est ce que c'est notre rôle ?	<i>il faut du temps pour mettre quelque chose en place, on les voit revenir régulièrement, l'intérêt pour la technique au détriment de l'accueil de ces personnes,</i>		Identifier ce sur quoi on peut agir, articuler, réorganiser, passer des relais, orienter.	Gérer la situation de crise, de rupture qui n'a pu se régler avant l'hospitalisation. reconnaître la personne en tant que sujet. Se renvoyer la balle : sanitaire et/ou social
Compétences	Accueillir très rapidement et orienter, savoir rassurer	Soutenir les patients dans la durée de leur démarche, le profil de poste : associer l'écoute et l'accueil à la technique, décrypter les comportements, avoir le sens de l'accueil		Il n'y a pas de compétences spécifiques à l'accueil des personnes, les besoins fondamentaux doivent être pris en compte, les situations sociales doivent être traitées avec l'A.Soc.. bien connaître l'environnement social.	Savoir reconnaître chez le patient que quelque chose est en train de changer. La foi dans l'humain. Toujours penser que l'Autre a quelque chose en lui qui peut changer. Responsabiliser les personnes : droits et devoirs

Etablissement N° 3 Soins et compétences	Infirmières	Cadre	Cadre Infirmier Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Formation	On n'est pas formé pour les accueillir	Spécialiser des postes à compétences plus sociales, la formation ne peut pas tout apprendre, il faut un intérêt pour ces personnes-là		Les soignants doivent utiliser le dossier de soins et s'engager dans les transmissions ciblées.	Des valeurs professionnelles et personnelles. Travailler avec des psychiatres pour mieux comprendre la dimension psychologique de la personne.

Etablissement N° 3 Organisation des soins	Infirmières	Cadre	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Procédure, information,	Il n'y a pas de procédure particulière, on les reçoit comme tout le monde. Il y a des numéros de téléphone mais pas utilisés par les infirmières.	Séparer la bobologie de l'Urg. vraie et faire un pôle social, c'est mon idée	Les Urg. sont employées par les personnes de façon très banale, hôpital, urgences sont bien connus	Une fiche de coordination prépare les alternatives à la sortie pour les personnes e plus de 80 ans.	Donner une priorité aux difficultés médico psycho sociales dans l'établissement, permanence sécurité sociale près de la PASS, vestiaire, douche
Tableau de bord de l'activité	Pas de tableau de bord particulier	Pas de tableau de bord de l'activité précarité, il y a peut-être plus de gens qui ont maintenant la CMU	L'activité précarité est en augmentation mais elle ne génère pas de points PMSI, et nos moyens n'augmentent pas	Pas d'outils de mesure de la dépendance à domicile et de la qualité du maintien à domicile. Cela éviterait les entrées en catastrophes aux Urg.	
Coordination interne	<i>Moi, j'ai jamais fait appel à une A.Soc. c'est la surveillante qui joue ce rôle de coordination avec les autres partenaires. Le besoin de coordination est plus important en hospitalisation.</i>	Cadre contact l'A.Soc. il n'y a pas de garde sociale, on se débrouille, on trouve des solutions. L'A.Soc est référent des 3 unités Urg., UCSA et personnes en détresse	Le cadre des Urg. est aussi le cadre de l'unité pour personnes en détresse et de l'UCSA elle a une place pivot dans la coordination des professionnels des soins et du social	Le cadres et les médecins assurent la coordination. Le service social est très présent à partir de la PASS.	Une connaissance mutuelle des cadres des services et des urgences facilite le travail, nous faisons des liens, nous intervenons dans tous les services.
Moyens	On n'a pas le temps, pas les moyens. Dans les autres services l'A.Soc. viendra plus facilement.	Manque de place pour la PASS dans les locaux Urg., manque de temps quand il faut être à la technique, des lits porte permettent de temporiser mais ne résolvent pas tout.	Un projet de restructuration des Urg. est en cours de validation.	Les soins aux personnes précataires sont rendus difficiles parce que les fausses Urg. embolissent l'activité. Le temps et la disponibilité existent si les Urg. se recentrent sur détrences vitales.	Supervision, régulation des phénomènes psychologiques d'exclusion avec les médecins du service des personnes en détresse aide à mieux appréhender la réalité, il faut du temps pour avoir une culture d'établissement.

Etablissement N° 3 Dispositif de prise ne charge	Infirmières	Cadre	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Connaissance des PRAPS, PASS, CMU	PRAPS terme inconnu, le terme PASS est inconnu bien qu'elle fonctionne depuis plusieurs mois, la CMU gérée par l'agent administratif et l'A.Soc.	PRAPS connu du cadre, ne va pas aux réunions, PASS indépendante des locaux Urg., mais dans l'hôpital, CMU dossiers ouverts par secrétaire, des personnes échappent encore à la CMU	Va aux réunions PRAPS avec le chef de service, l'A.Soc. est l'acteur principal, elle passe sur appel du cadre des Urg.	Créer des réseaux, maintien à domicile, développer l'HAD, établir des conventions avec la psychiatrie, avec les équipes mobiles pour personnes âgées.	PASS : permettre l'accès aux soins, le CODES (comité départemental d'éducation pour la santé) est associé à la PASS
Utilisation du dispositif	Déficit de place dans les rares structures de proximité, l'hospitalisation est utilisée en cas de nécessité.	Structures quasi inexistantes, SOS femmes battues, CHRS manque de place, unité d'accueil personnes en détresse existe depuis plusieurs années sur l'hôpital	La nuit, en fin de semaine il n'y a plus de médecin traitant	Le dispositif interne est assez élaboré : une structure de coordination gériatrie, une unité d'accueil des personnes en détresse	Des services sociaux extérieurs dynamiques, les places pour personnes âgées sont très limitées, des actions en direction des jeunes (lycées, MST, naissance)
Coordination externe	C'est le cadre ou l'A.Soc. qui se mettent en contact avec les structures, le médecin parfois	Faire des relais, aller au devant de ces personnes avec les municipalités, avec les médecins généralistes qui l'ont défrut	Le cadre assure cette coordination, elle connaît bien les différents partenaires du réseau médico-social externe	Un cadre et un cadre supérieur assument la responsabilité de plusieurs unités ouvertes sur l'environnement et connaissent bien les partenaires médico-sociaux	Manque de moyens pour mettre en place des actions de prévention plus conséquentes, prévention du suicide des jeunes

4.3.3 Analyse : établissement N°3

L'emploi, la faiblesse ou l'absence de revenus, l'insalubrité du logement sont invoqués à la question des processus de précarisation. Le cadre note la difficulté à définir précisément la notion de précarité. Elle recouvre une multitude de situations.

La population décrite est très diversifiée. Les personnes âgées représentent le groupe le plus important. Les familles nombreuses en difficulté sont également citées. L'âge n'est pas un critère pertinent. Toutes les catégories sont concernées. Les SDF sont peu nombreux.

Les processus de désocialisation font référence à la perte des repères familiaux et sociaux, au rejet familial, aux ruptures successives, à la solitude. Les comportements à risque sont dominés par l'alcoolisation. Les tentatives de suicide représentent des situations marquantes. Le cas d'un enfant de huit ans est évoqué. Il fut le point de départ d'une réflexion de l'établissement sur les réponses possibles aux besoins des personnes en situation de détresse.

À la question des soins une configuration particulière apparaît dans le discours des infirmières et du cadre. Les besoins fondamentaux, hygiène, alimentation, réconfort, sont pris en compte par les infirmières. Les infirmières définissent leurs missions en référence aux urgences médicales. Elles sont étonnées d'être interviewées sur la précarité. Elles ont un peu de mal en début d'entretien à définir ce que ce mot *doit* recouvrir pour elles. Il nous semble avoir perçu la crainte d'un jugement de notre part.

Les aspects sociaux des prises en charge des patients sont d'emblée confiés au secrétariat, au cadre des urgences et à l'assistante sociale. Une des deux infirmières n'a jamais appelé l'assistante sociale. La seconde l'a fait une fois à l'occasion d'un décès. À contrario, le cadre a des contacts quotidiens avec l'assistante sociale de la PASS. Les infirmières ne connaissent pas le terme « PASS ». Elles sont surprises d'apprendre qu'une PASS fonctionne sur l'établissement depuis plusieurs mois.

Les infirmières disent manquer de temps et de moyens. Les fausses urgences et la variabilité de l'activité détresse vitale interrompent régulièrement toute autre prise en charge. Il n'y a pas d'infirmière d'accueil et d'orientation. Le relais doit être passé rapidement. La superficialité des réponses aux personnes en situation précaire constitue les éléments de la problématique soignante. L'amalgame des tâches à effectuer est un obstacle à une prise en

charge des différentes dimensions des soins. La question des missions des urgences est évoquée par les infirmières. Le cadre prend acte de ces difficultés et pallie le manque. Le fonctionnement sépare le pôle médical du pôle social. Cette analyse repose sur un nombre minime de personnes interviewées. Elle doit être relativisée.

Au niveau organisationnel le cadre est responsable de trois unités recevant des personnes précaires : urgences, Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (patients en détention), et le service d'hospitalisation brève (quatre lits) pour les personnes en détresse. Le cadre supérieur est dans une autre logique organisationnelle. Il est responsable du service des urgences, du SMUR et de la réanimation. La fonction de relais social du cadre répond aux besoins des patients.

Le médecin chef de service des urgences interviewé a pour objectif de soigner tout le monde. C'est la position de tous les praticiens de la communauté médicale. La prise en charge sociale des soins ne peut être un problème en regard des situations médicales des patients. La problématique émergente est celle des familles en difficulté pour lesquelles les cas de maltraitance à enfants semblent se développer, à couvert. La maltraitance des personnes âgées est également préoccupante. *Ce que l'on voit n'est que la partie émergée de l'iceberg.* Il regrette le silence des médias à propos des problématiques rurales. La précarité des grandes communautés urbaines ne doit pas occulter l'isolement des personnes en milieu rural. Si le tissu social maintient encore les personnes dans des réseaux relationnels, l'isolement est en évolution constante.

L'établissement présente un chaînage cohérent au niveau du circuit des patients et de la prise en charge complète des besoins. La prise en compte de la précarité est ancienne. Le directeur des soins évoque la violence et l'agressivité subies par les personnes dans des conditions de vie qui sont de plus en plus difficiles. Dès 1996 il a suscité une enquête pour identifier les besoins des usagers dans ce domaine, auprès de tous les services de l'hôpital. Les réponses élaborées ont été inscrites au projet d'établissement.

- Une structure de coordination gériatrie, une fiche de coordination au niveau des services pour les personnes de plus de quatre vingt ans.
- Une équipe mobile pour personnes âgées, en coordination avec les réseaux de soins à domicile.
- Une unité d'accueil pour les personnes en situation de détresse, quatre lits
- La PASS située à proximité des urgences (hôpital monobloc) fonctionne depuis sa création dans la loi. Elle répond aux besoins des personnes précaires en hospitalisation et aux urgences. Elle reste ouverte aux usagers hors hospitalisation (une douche, un vestiaire, un repas possible).

Nous nous trouvons dans le cas d'un établissement dont l'infrastructure vis à vis de la précarité a été pensée et mise en place. La dichotomie soins et social semblerait être le mode de fonctionnement privilégié du service des urgences. Dans la mesure où le cadre remplit la fonction de liaison avec le service social, il s'agit de modalités d'organisation particulières. Nous pouvons entrevoir la particularité de la question de la précarité aux urgences que posait déjà Jacques LEBAS⁶⁴. La prise en charge globale des patients renvoie aux missions de l'hôpital public. Le problème de la précarité aux urgences se pose en termes de responsabilité individuelle et collective, par rapport à la résolution des aspects éthiques des pratiques hospitalières (high-tech et social). Les professionnels doivent pouvoir inscrire leur réflexion sur le sujet dans un cadre collectif. Le projet du service infirmier traduit cette difficulté en objectif : allier des logiques professionnelles, des logiques de fonctionnement et des logiques d'enjeux..

4.4 ETABLISSEMENT N°4

4.4.1 Documents d'établissement N°4

Projet d'établissement : répondre aux priorités nationales et régionales de Santé Publique, mettre en place des organisations et des modalités de fonctionnement centrées sur le patient, s'ouvrir sur l'environnement et rechercher des complémentarités.

Projet médical : qualité et sécurité, organisation centrée sur le patient.

Contrat d'objectifs et de moyens : assurer aux urgences une prise adaptée, restructurer les activités ambulatoires, promouvoir les réseaux et la complémentarité, développer les actions de Santé Publique.

Projet du service infirmier : garantir la dispensation de soins personnalisés en respectant le contexte psychosociologique et culturel de la personne soignée, garantir la cohérence des soins en développant l'interprofessionnalité interne et externe, initier une réflexion sur les valeurs communes et l'élaboration d'un projet de soins pluridisciplinaire. Un état des lieux sur la pratique et l'organisation des soins par rapport à la précarité a été effectuée : personnalisation de l'accueil, connaissance des souhaits de la personne et consentement à la sortie, dispensation de soins éducatifs, respect des cultures, relation d'aide effective, collaboration avec les partenaires sociaux. Ces indicateurs ont recueilli des scores supérieurs à 70%.

⁶⁴ Cf. première partie

4.4.2 Tableaux des données d'entretiens : établissement N° 4

Établissement N° 4 Représentations de la précarité	Infirmière	Cadre	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Processus de précarisation		Flou de la notion de précarité, chômage, fragilité, conditions de vie, maladie	Pas de droits ouverts		les jeunes revendiquent une marginalité pendant 4-5 ans
Populations	Jeunes marginalisés, étrangers, errants, les personnes âgées	Précarité en prison, jeunes adultes, personnes âgées	Précarité en prison, jeunes, beaucoup de mineurs, mineurs étrangers, beaucoup de personnes âgées	Personnes âgées, SDF, adolescents confrontés au suicide, femmes battues, gens seuls, angoissés	Personne en sit. Irrégulière, sans papiers, mineurs étrangers, petits artisans, commerçants, agriculteurs, personnes âgées sans entourage, femmes isolées
Processus de désocialisation	Solitude, misère, fragilité, rejet familial, perte de toute relation au corps	Rupture, isolement	s'installe de plus en plus dans la précarité, c'est un cercle	Rupture avec la vie sociale et familiale, une souffrance psychologique, conditions de vie insupportables et fragilité	<i>Les sans papiers, ils n'existent pas mais ils sont là avec le risque d'exclusion si on fait une démarche, c'est une histoire personnelle</i>
Comportements à risques	Faim, solitude, fatigue, état général altéré, ne plus subvenir aux besoins primaires	Alcoolisation, recours tardif aux soins	Fragilité qui dure,	Alcoolisation, violence, agressivité, tuberculeuse non traitée,	Alcooliques, accès aux soins, recours tardif, mise en échec de toute solution, refus des foyers, incapacité à prendre son traitement.

Établissement N° 4 Soins et compétences	Infirmière	Cadre	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Besoins en soins	Leur parler, être écouté, s'aligner, hygiène corporelle	Soigner et orienter	Dermatologie et dentaire prépondérant en détention	Une aide psychologique, un temps d'écoute	La souplesse des urgences fait son succès auprès de ces populations
Comportements difficiles à gérer	Agressivité, alcoolisation, afflux massif de patients	Très demandeurs, ils encombrant les lits d'urgence, ils n'ont rien à faire là	Les urgences ne sont pas le lieu le plus pertinent d'accueil de la précarité	Les toxicomanes, les comportements délicieux,	
Problématique soignante	L'entrée quotidienne du même patient pendant plusieurs jours peut émauser notre patience, mettre du sens dans la répétition	<i>Soins qui ne relèvent pas des infirmières en soins généraux même si elles sont capables</i>	Désinvestissement possible dans le cas d'affectation prolongée dans le service, fatigue, de plus en plus d'agressivité reçue	Prendre son métier dans toutes ses dimensions, <i>Je ne pense pas que les soignants aient en tête toutes leurs missions et les missions du service.</i> La violence des soignants	Infirmières sont techniciennes elles n'écoutent plus, elles n'ont plus le temps. On ne s'inquiète pas de savoir si le patient peut suivre son traitement
Compétences	Écoute attentive, décoder les messages, mettre à l'aise, rassurer, observer, expliquer, respect, tolérance, calme	Pluridisciplinarité (A.Soc.) et complémentarité : infirmières de secteur psychiatrique et d'alcoolologie, savoir <i>décoder plein de choses avec des sous-entendus</i>	Retrouver le sens du soin, faire une toilette, accueillir, sortir de la technique et des bureaux, gérer la violence également avant qu'elle ne se déclenche	Pas des infirmières sur ce secteur, l'entretien d'aide ne se décrie pas,	<i>Les urgences sont le lieu prioritaire de soins, l'A.Soc. a une écoute, c'est pour ça qu'on l'appelle. Poser les bonnes questions par rapport aux moyens de se soigner</i>
Formation	Formations spécifiques mais qui ne s'acquière pas en un jour	Infirmière psy pour l'écoute, l'habitude des entretiens	Gestion de la violence et de l'agressivité, maîtrise de la personne, notions juridiques et sociales, A.Soc. associée, et mobilité interne y compris des cadres	Des relais avec des éducateurs, du temps d'A.Soc. et du temps psychologique	Les médecins entendent la détresse sociale, les infirmières ne l'entendent plus.

Etablissement N° 4 Organisation des soins	Infirmière	Cadre	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Procédure, information,	Il n'y a pas de procédure particulière, tout le monde est vu par le secrétariat, l'IAO fait l'orientation	Pas de procédure, le bip de l'A.Soc, pas de liste de structures ou de personnes ressources, l'A.Soc. est la personne ressource du service	La prise en charge sociale et administrative est faite par le bureau des entrées. Pas de projet construit pour le moment mais une préoccupation quotidienne.	Les chiffres de l'activité des Urg. seront multipliés par 2 en 2010, il y a un projet de restructuration des Urg. à 5-6 ans. Les équipes Urg. doivent décrire une file précarité.	Refus des circuits spécifiques aux populations, pas de discrimination
Tableau de bord de l'activité	Pas de tableau de bord	Traçabilité dans le dossier de soins, l'A.Soc doit avoir des statistiques	Pas de tableau de bord, des fiches de postes, une durée d'affectation comprise en 3 et 5 ans.	45 000 passages par an	
Coordination interne	IAO contacte l'A.Soc. le médecin appelle directement l'A.Soc.	La coordination se fait avec l'A.Soc depuis longtemps, elle a un bureau aux Urg.	La seconde prise en charge c'est l'IAO qui informe l'équipe qui prévient l'A.Soc.	Une A.Soc. assure la coordination, ça repose beaucoup sur elle et sur les cadres.	Le personnel s'adapte. Avant les infirmières m'appelaient pas les médecins. Maintenant les médecins m'appellent, pas les infirmières.
Moyens	infirmières de secteur psychiatrique 24h/24h et des infirmières alcoolologues viennent chaque matin	Les Urg. ne sont pas du tout le meilleur endroit sauf s'il y a un gros problème de santé. l	Des box pour isoler les patients alcoolisés, puis sur les brancards dans les couloirs par manque de place	Les moyens ne doivent pas passer avant l'examen attentif des besoins des patients et des équipes pour travailler au mieux.	Réunion avec le directeur quand apparaît un phénomène nouveau. Il faut un relais institutionnel. Le temps fait la bonne collaboration mi-temps aux Urgences.

Établissement N° 4 Dispositif de prise ne charge	Infirmière	Cadre	Cadre Supérieur	Directeur des soins	Assistante sociale
Connaissance des PRAPS, PASS, CM U	On travaille depuis longtemps avec l'A.Soc en dehors de la PASS. PRAPS pas connu, beaucoup de patients encore sont hors CMU.	Système PASS pas très connu, fonctionnement quotidien avec A.Soc. depuis longtemps.	Le directeur gère la PASS avec l'A.Soc. pas d'installation réelle encore mais un fonctionnement bien rôdé avec l'A.Soc.(bureau aux Urg.)	La PASS vient entériner un travail social inséré aux Urg. depuis longtemps.	La PASS n'a rien apporté, la CMU n'a pas changé grand chose, il y a de moins en moins de structure, des problèmes de places et de lits
Utilisation du dispositif	Beaucoup de patients reviennent, ils refusent les structures trop fermées, trop contraignantes. Les associations humanitaires et caritatives.	Il faudrait des lieux spécifiques en parallèle, loin ou près des Urg.	On installe beaucoup de précarité au niveau national mais on ne resocialise pas, mission de l'hôpital ? envoi de patients sur la consultation de généralistes sans rendez-vous.	Manque de places d'aval pour personnes âgées malgré les structures hospitalières existantes, foyers pour SDF, accueil femmes en difficulté gestion DDASS au sein de l'hôpital, structure généraliste petites Urg.	L'entretien obligatoire avec l'A.Soc. me dérange. Partenariat énorme CHR, mission locale, cellule d'accueil et d'orientation, associations, l'hôpital répond aux carences de l'extérieur
Coordination externe	C'est essentiellement l'A.Soc. qui contacte les structures, les associations.	Ils sont trouvés dans la rue par les pompiers qui les amènent aux Urg., ou des voisins appellent parce que la personne seule ne sort plus.	L'hospitalisation est parfois un choix plus rapide face à ces populations précaires. Des relais avec des foyers sont parfois possibles mais peu de places.	L'urgence sociale peut être une urgence mais pas une urgence médicalisée. Les infirmières ne sont pas formées à la prise en charge sociale. l'A.Soc. a toute sa place.	Les professionnels extérieurs devraient être plus souples(recevoir sans RDV), une rigueur qui ne colle pas avec les populations précaires qui ne fonctionnent pas comme ça.

4.4.3 Analyse : établissement N°4

Les processus de précarisation sont évoqués par le cadre sans originalité par rapport aux trois autres établissements. Ce service d'urgences reçoit une diversité de populations précaires. Les cadres insistent sur le nombre important de mineurs et de mineurs étrangers. L'assistante sociale précise que les « sans papiers » sont en nombre croissant. Une catégorie de population est généralement passée sous silence : les agriculteurs, commerçants, artisans aux revenus très limités, endettés qui ont des problèmes d'accès aux soins (retards de cotisations), ne se soignent pas. Cela fait une particularité de cet établissement.

La dureté des conditions de vie associées à la vulnérabilité individuelle initient les processus de désocialisation. Les comportements à risque sont semblables à ceux décrits par les professionnels des autres établissements. L'infirmière cite : la faim, la solitude, la fatigue.

À la question des soins et des compétences les unités de sens du discours de l'infirmière sont en cohérence avec ceux du directeur des soins (*écoute, aide psychologique*). *Les soins somatiques et l'orientation rapide* sont privilégiés par le cadre. Il apparaît une dissonance dans l'approche de la problématique soignante. D'une part, *les soins aux personnes en situation de précarité ne relèvent pas des infirmières en soins généraux*. D'autre part, la *globalité des dimensions du métier d'infirmière* est rappelée. Par ailleurs, la spécificité des compétences relationnelles est relevée, *l'entretien d'aide ne se décrète pas*.

La violence des soignants, le désinvestissement sont évoqués. La répétition des allées et venues des patients représente une difficulté supplémentaire dans les relations aux patients. Les formations proposées ciblent la gestion de la violence et de l'agressivité. La pluridisciplinarité est souhaitée par le directeur des soins. La difficulté de prise en charge globale des patients peut générer un positionnement d'exclusion, *soins qui ne relèvent pas des infirmières de soins généraux même si elles en sont capables*, ou de complémentarité, *assistante sociale, éducateurs, psychologues, infirmiers de secteur psychiatrique et d'alcoologie*.

L'amalgame de professionnels différents ne résout pas pour autant les difficultés réelles des urgences. Les besoins des patients (soins somatiques, relationnels, éducatifs), les compétences professionnelles et les contraintes de fonctionnement du service fondent l'organisation des soins aux personnes en situation de précarité aux urgences. L'articulation

de ces trois niveaux se fait à partir de choix philosophique, éthique et politique au plan de l'institution.

L'assistante sociale constate une évolution des pratiques infirmières à l'égard des problèmes sociaux. *Avant, les infirmières m'appelaient. Elles ne le font plus. Maintenant, ce sont les médecins. Avant, ils étaient tournés vers la technique. Aujourd'hui ce sont eux qui entendent la détresse sociale.* L'assistante sociale est, dans les discours présentés, le référent privilégié. La coordination se fait spontanément selon un schéma bien intégré au fonctionnement (IAO, équipe, assistante sociale). Les soignants ne sont pas en contact direct avec les éléments du dispositif. La structure accueil médecine de ville supplée les urgences en cas d'afflux massif de patients. Le manque de places pour personnes âgées et en foyers complique le fonctionnement des urgences.

Nous sommes en présence d'un fonctionnement complexe. La pratique de coordination des soignants et de l'assistante sociale est ancienne. Des dissonances apparaissent dans les discours. La restructuration des urgences fournira l'opportunité d'une mise en cohérence. Nous ne pouvons affirmer que notre hypothèse est validée.

Ces différents niveaux de réflexion inspirent les orientations des projets structurels et managériaux de l'établissement. Ils construisent le sens de l'institution, et par réflexivité donnent du sens à la pratique des acteurs. Des perspectives se dessinent.

5 - ANALYSE SYNTHETIQUE ET PERSPECTIVES

Des perspectives d'amélioration se dégagent de l'analyse synthétique des difficultés exposées dans les entretiens. Les réflexions et les propositions d'actions du directeur des soins en découlent. Elles seront exposées dans la troisième partie de ce travail.

5.1 REPRESENTATIONS DE LA PRECARITE

Les processus de précarisation évoqués par les personnes interviewées sont bien connus et communs à tous les établissements. Les populations précaires sont présentées de façon similaire avec une prépondérance selon la situation géo démographique. Les détenus sont évoqués par les cadres sensibilisés à cette population particulière par leur responsabilité au niveau des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires. L'âge n'est un critère pertinent pour aucun des acteurs.

Au niveau individuel, l'exclusion et la précarité doivent être analysées en termes de trajectoire personnelle (X. Emmanuelli et entretien : *c'est une histoire personnelle*). Au

niveau collectif la difficulté de définir des politiques sanitaires et sociales par population trouve, ici une illustration. Néanmoins, Monsieur Laforcade nous incite fortement à rechercher la transversalité dans la résolution des problèmes de Santé Publique (Cf. paragraphe 211). La démarche de projet est propre à recentrer l'action sur les usagers. Les soins individualisés s'exercent dans la même logique.

Les facteurs de désocialisation ne sont pas évoqués en termes de maîtrise culturelle, ressources, héritage familial, social, culturel, éducation, formation. Il y a un silence des soignants, assez général, sur ce qui pourrait être un des leviers des soins. L'évocation des aspects positifs de la personne, *toujours penser que l'Autre a quelque chose en lui qui fait que ça peut bouger*, est rarement sollicitée. La durée des prises en charge aux urgences dans les organisations rencontrées est un obstacle à cette évocation. Elle demande temps, disponibilité d'esprit : ne pas être simultanément requis à des tâches à caractère d'urgence vitale. Elle suppose un savoir-faire, une expérience, *l'entretien ne se décrète pas*.

Les comportements à risques, tabagisme, alcoolisation sont des facteurs constants. Le recours tardif aux soins est fréquent. La violence, l'hétéro et l'auto agressivité ne sont pas dramatisées dans les entretiens. Cet aspect du problème n'est pas aussi prépondérant qu'on aurait pu s'y attendre. Les problèmes dermatologiques et bucco dentaires sont prévalents. La dimension préventive est difficile à concevoir au niveau des urgences. Néanmoins, une des PASS a des programmes d'actions extérieurs à l'hôpital en collaboration avec le Comité Départemental d'Éducation pour la Santé.

5.2 SOINS ET COMPETENCES

Les besoins des patients sont identifiés sur des plans différents. Les besoins fondamentaux immédiats (hygiène, alimentation, repos) sont pris en compte d'emblée. Parfois exclusivement. Mais, les soins *ce n'est pas la première chose qu'ils nous demandent*. Les besoins sont masqués, déguisés *un faux problème est mis en avant*. Être rassuré, pouvoir acquérir son traitement, parler avec quelqu'un, être là rester là A ces demandes exprimées parfois non explicitement s'ajoutent des comportements difficiles à gérer : intolérance à l'attente, absence de demande, refus des contraintes et des solutions proposées, refus de soins, tout vouloir, tout de suite. La problématique soignante se constitue sur plusieurs plans : la durée d'un projet de soins n'est pas suffisante, (sauf à considérer que le patient revient quasiment tous les jours pour certains, *les habitués*), la superficialité des réponses (la personne n'a pas d'histoire, pas de passé), l'immédiateté occulte le travail relationnel à

moyen terme, l'inanité des échanges soignant/soigné (*faire parler sans aboutir à des actions*), le relais rapide passé à d'autres professionnels (se décharger), l'amalgame des soins (*on fait tout*).

Beaucoup d'incertitudes entourent cette prise en charge des patients précaires. *On ne sait pas trop l'attitude à adopter, être gentil, être sévère*. Certains soignants les fuient, d'autres les « aiment », *on a une relation avec ces gens-là on a une relation d'amitié avec certains, on connaît tout d'eux*. Les médecins eux-mêmes, *ils se sentent désarmés, ils n'ont pas non plus de solution*. Parfois la tonalité du discours que nous avons recueilli est dévalorisant, *on ne fait que..., personne ne sait quoi faire, on essaie de faire quelque chose mais bon..., on fait tout*.

Les infirmières regrettent, *on n'est pas formé pour*. Les jeunes diplômées ne s'attendent pas à accueillir des SDF aux urgences. Une majorité assez large de cadres interviewés pense qu'il n'y a pas de formation spécifique. Ce sont les *compétences inhérentes à la fonction d'infirmière*. Les compétences sont déclinées en termes de valeurs morales (patience, respect, tolérance, attention aux autres), en termes d'actions (observer, écouter, expliquer), en termes de savoir-faire (décoder les messages, donner du sens, coopérer).

Le potentiel thérapeutique des soignants ne peut être maintenu qu'en prenant certaines mesures. Un seul cadre interviewé estime que les équipes doivent être accompagnées. Pour lutter contre les attitudes de rejet non déontologiques (souvent consécutives d'un « effet miroir »), le désinvestissement des soins aux personnes démunies, les soignants doivent pouvoir échanger leurs points de vue, *vider son sac*. La concertation, la régulation d'équipe est un des rôles du cadre. Ce point de vue n'est pas très répandu dans nos entretiens. Pas de formation spécifique mais une formation permanente qui mettrait à l'épreuve du discours la réalité quotidienne.

Le rejet de la précarité dans le domaine social posé par certains cadres (*ces soins ne relèvent pas des soins généraux*) est à interpréter à la lumière des choix médicaux et stratégiques de l'établissement. Il est significatif d'une difficulté. Il mérite d'être travaillé pour identifier les problèmes concrets que l'exclusion serait censée résoudre.

L'analyse psychosociologique ne peut rendre compte de l'ensemble des dysfonctionnements de l'hôpital au regard de l'accueil de la précarité. L'analyse organisationnelle est une porte d'entrée à la compréhension.

5.3 L'ORGANISATION DES SOINS

Les services étudiés n'ont pas de procédure d'accueil particulière pour les personnes en situation de précarité. Un principe est affirmé : pas de discrimination. Les professionnels excluent de facto l'idée d'un mode d'accueil qui répondrait de façon spécifique aux besoins des personnes. Il semble que nous soyons là dans le registre idéologique par excellence. Il convient de débrouiller ce message par des éléments concrets.

Les dossiers de soins existent avec des fiches de liaison en direction des services d'hospitalisation. Un seul établissement a élaboré une fiche en direction des associations qui assure un certain suivi des patients précaires. Une liste de structures d'accueil extérieures existe dans les services. Elle est utilisée par tous les soignants et/ou par le cadre, par le cadre exclusivement ou n'est jamais utilisée. Tous les cas de figures ont été rencontrés dans notre étude. Mais, il n'existe, dans aucun des cas, de recueil de l'activité d'accueil des personnes précaires. Elle n'est pas quantifiée. Les critères restent flous. Le bureau des entrées enregistre le nombre de patients CMU.

Un agent administratif, le secrétariat médical traitent les questions de prise en charge avec l'assistante sociale si le problème est important. L'assistante sociale peut être appelée par les infirmiers ou le cadre. Dans certains services son passage systématique quotidien est organisé. La quotité de temps assistante sociale réservé aux urgences est en général de 0,5. La relation de ces deux partenaires découle de leur ancienneté dans le service. L'assistante sociale est appelée pour les prises en charge sociales et la recherche de structures d'accueil. Les horaires d'ouverture du service social et l'absence de garde sociale sont un réel problème. L'hospitalisation du patient constitue parfois la seule alternative.

La coordination interne, avec les autres professionnels est assurée par le cadre. Les infirmières ont une plus ou moins grande autonomie selon le contexte. Il n'existe pas de suivi des soins extra hospitaliers. Les personnes reviennent ou non aux urgences.

Le temps manque pour réaliser des soins d'écoute, pour ce *genre de chose, parler, écouter*. Cette plainte est générale aux services rencontrés à l'exception de l'un d'entre eux. Il y a parfois une volonté affichée de ne pas s'engager dans la démarche d'écoute du patient puisqu'on ne peut aller au bout de la démarche. Cette « plainte » est un élément fort, à prendre en considération. Laisser les soignants dans l'impossibilité d'accomplir une tâche qui leur est assignée produit des effets néfastes. L'insatisfaction génère des réactions négatives. La qualité des soins et l'épuisement des professionnels en sont les enjeux.

Les locaux sont souvent surpeuplés. La gêne occasionnée par la mauvaise hygiène des patients et les comportements excessifs est gérée par l'aménagement d'une douche et d'un vestiaire. Alors que l'assistante sociale représente le référent privilégié pour la majorité des services son bureau est exceptionnellement situé aux urgences. Les problèmes de manque de lits et places en soins de suite, moyens et longs séjours, hébergement se posent sur tous les sites (personnes âgées, adolescents, femmes).

La question de l'organisation des soins a souvent soulevé le problème de la pertinence de ce lieu d'accueil. Les urgences doivent-elles répondre à une vacance sociale ?

Les personnes précaires viennent aux urgences. La précarité est là. Cette question est signifiante de l'ampleur du problème. Ce sont les cadres au sens large qui se la posent. Nous nous trouvons devant la même problématique que celles des soignants. Les cadres ont besoin de réponse à leur problème d'organisation de circuits, de temps, de locaux, de coordination. La difficulté consiste à s'extraire d'un système existant qui a accompli des adaptations pour l'imaginer sous une forme innovante. Le directeur des soins doit permettre à l'équipe d'encadrement de construire ces innovations à partir d'une définition des missions des urgences. La conception personnelle des professionnels intervient dans les modalités de gestion du problème de la précarité aux urgences. Un consensus semble se dégager dans chaque équipe qui donne une tonalité particulière à chaque service. Elle doit être en harmonie avec les choix d'établissement.

La cohérence des actions dépend de la coordination des éléments du dispositif collectif.

5.4 LES DISPOSITIFS DE PRECARITE

Le terme de PRAPS n'est pas connu des infirmières dans les établissements enquêtés. Il peut être connu des cadres. Néanmoins, l'encadrement est peu impliqué dans les réunions organisées à l'occasion des PRAPS. Le cadre supérieur assiste parfois aux réunions prévues. Or, *connaître les partenaires permet de découvrir les connexions possibles et de résoudre des cas particuliers très rapidement. De plus, cela permet de préparer la création du réseau.*

Pour la PASS, nous avons relevé différents niveaux d'information. Elle peut être inconnue des infirmières bien que fonctionnant dans l'établissement depuis plusieurs mois. En cours d'installation, l'objectif est de développer la coopération infirmières/assistantes sociales. Elle peut être spécialisée en dermatologie et succéder à une consultation médico sociale sans rendez-vous. Existante depuis peu, elle correspond à un mi-temps d'assistante sociale. Des

cas de figures divers signent une adaptation du système hospitalier au contexte. L'innovation survient lorsque le système parvient à sortir de l'adaptation pour développer une nouvelle logique d'organisation.

Le terme de CMU est connu des infirmières. Sa gestion relève de l'assistante sociale, du secrétariat médical ou de l'agent administratif du bureau des entrées, selon l'organisation et le moment de l'admission du patient. Elle n'est jamais initialisée aux urgences. Les soignants ne veulent pas gérer les moyens des soins. *On soigne d'abord*. Les traitements sont mis à disposition par la pharmacie hospitalière si nécessaire. Certains patients revendiquent des soins du fait de leur inscription à la CMU. *J'ai la CMU, vous devez me prendre pour des consultations. Je viens parce que j'ai la CMU*.

Les structures sont en déficit de lits et places. Parfois elles sont rejetées par les patients (parce que trop contraignantes). L'hospitalisation permet de gagner du temps, (un jour ou deux, le temps nécessaire à l'assistante sociale pour trouver une solution). Mais, l'hospitalisation se heurte au manque de lits. Le court séjour ne répond pas aux besoins des patients. Les services sont réticents à accueillir les patients. La consultation précarité est évoquée dans un établissement. Elle répond au fonctionnement des personnes précaires, à la demande et sans engagement. Le SAMU social est un partenaire privilégié en région parisienne. Des réunions de travail sont communes avec les urgences. Les associations sont les relais principaux de l'environnement social des urgences. Un service accueil ville/hôpital est en projet sur un des hôpitaux. L'ouverture des portes de l'hôpital aux acteurs associatifs pourrait se réaliser concrètement avec la participation coordonnée des hospitaliers et des acteurs associatifs à la gestion intra muros des patients précaires.

Les projets d'établissements sont assez peu connus des soignants et cadres de proximité. La filiation de leurs actions n'est pas identifiée de façon évidente. Les soignants semblent immergés dans leur réalité quotidienne sans possibilité de distanciation. Le sens collectif de l'évolution des missions des urgences reste lointain.

La question du dispositif de précarité devait amener les personnes interviewées sur le thème de l'ouverture de l'hôpital sur son environnement. L'élargissement du cercle des partenaires des soins se réalise lorsque la nécessité l'impose. A partir de là les soignants développent une autonomie plus grande. Les cadres représentent une force de propositions. Ils sont associés à l'élaboration des projets médicaux. L'analyse des problèmes de service nécessite des tableaux de bord. L'objectivation des situations est difficile mais essentielle pour comprendre et convaincre les partenaires institutionnels. La connaissance des priorités de

Santé Publique, des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire peut favoriser la mise en place des indicateurs. La recherche de la cohérence est fondamentale pour s'assurer de la cohésion des acteurs autour des projets de service. C'est un travail de fond. Le directeur des soins en est le promoteur.

Notre étude sur les documents d'établissements est succincte. Cependant, elle nous permet d'affirmer que les quatre établissements prennent en compte la précarité. Pour autant les dysfonctionnements et le questionnement des acteurs perdurent. L'analyse des besoins, la définition des priorités, la programmation d'actions et leur évaluation mobilisent le directeur des soins. Il va déterminer la politique du service de soins à ces différents niveaux stratégiques, organisationnels et de management. Les propositions émergentes procéderont de l'interaction réflexive des services et de la direction d'établissement.

* L'enquête par entretiens semi-directifs et l'étude des documents d'établissements rendent compte d'une prise en charge pragmatique et différenciée de la précarité au niveau de l'établissement. Les problèmes particuliers posés au service des urgences ne sont pas traités spécifiquement.

* L'analyse montre une homogénéité des représentations des soignants. Le contexte géo démographique détermine la prépondérance de certaines populations.

* Le déficit de structures, de lits et places suscite des restructurations. La prise en charge des personnes n'est pas structurée de façon formelle en amont et en aval des soins.

* La problématique de soins des patients se heurte au concept d'urgence. Les soins sont dépendants de l'organisation.

Des perspectives d'actions se dégagent pour le directeur des soins. Les projets doivent impulser :

* La transversalité et intégrer la pluridisciplinarité structurée, coordonnée.

* Structurer le temps, comprendre la variabilité de l'activité.

* Assurer les suivis de soins, coopérer avec les acteurs relais.

* Définir les profils de postes et les compétences.

* Structurer l'articulation des compétences.

TROISIEME PARTIE

6 - RETOUR AUX HYPOTHESES ET PROPOSITIONS

6.1 PRECARITE : ORIENTATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

6.1.1 Première hypothèse opérationnelle

« Le directeur des soins intègre la prise en charge de la précarité dans la préparation des orientations du projet d'établissement. »

Dans notre enquête les documents d'établissement rendent compte de la prise en charge institutionnelle de la précarité. La participation du directeur des soins est difficile à mesurer à partir des entretiens que nous avons menés. Les déterminants du projet d'établissement sont multiples. L'histoire de l'établissement, sa situation dans le contexte hospitalier national, régional et local, les enjeux professionnels des acteurs en font partie. Les Ordonnances de 1996 permettent une lecture décentralisatrice de la décision. La contractualisation rénove le processus décisionnel. En effet, dans le respect de la politique générale définie en commun, les décisions de base sont prises au niveau du Centre de Responsabilité. La coopération du président de la Commission Médicale d'Établissement, des chefs de service et du directeur des soins est primordiale. À ce niveau stratégique le directeur des soins apporte sa contribution à la prise en compte de la précarité. L'encadrement associé à cette logique décisionnelle marque le caractère ascendant de la décision.

Cependant, aucune mesure de l'activité de précarité n'est réalisée. Elle est difficile. Les critères sont flous. Tous les cadres en font la remarque. La mission sociale de l'hôpital n'est pas proposée aux acteurs en référence à la réglementation et à la loi. Les finalités des actions quotidiennes ne sont pas claires dans les esprits. L'amélioration de l'organisation est délicate dans ce contexte où l'encadrement doute de l'opportunité de la prise en charge de la précarité aux urgences.

6.1.2 Stratégie de projet

La stratégie est dépendante d'un certain nombre de facteurs.

Le directeur des soins se situe dans le cadre de ces contraintes. La précarité ne produit pas de points ISA. En été, la fermeture des lits accroît les difficultés de fonctionnement des

urgences⁶⁵. La démographie médicale freine la mise en place d'une pause de onze heures après vingt quatre de présence des internes⁶⁶. Or, les ressources constituent un des critères majeurs de la réalisation. La campagne budgétaire 2003 donne des orientations au niveau des urgences dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité aux soins.

La réflexion éthique est nécessaire à l'action. La connaissance de la législation sociale ne l'est pas moins. Il importe que les projets soient inscrits dans une orientation écrite, claire. Les entretiens nous ont montré des acteurs remettant en question la présence des personnes précaires aux urgences ou à contrario adoptant cette présence pour impulser des changements. L'éthique mobilise les acteurs. Elle résulte des échanges internes ouverts à l'extérieur de l'établissement qui peuvent garantir le respect de la légitimité sociale du projet. Les Ordonnances de 1996, la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions ont « ranimé » la mission sociale de l'hôpital. La loi du 04 mars 2002 renforce cette dynamique. L'exigence de communication est un des moyens de construire avec les partenaires de l'hôpital une relation de confiance partagée. Les situations par trop contraignantes créent une tension peu propice à la discussion sur des réorganisations innovantes.

Il est important de ne pas couper le niveau stratégique de l'organisation du niveau opérationnel. Le terrain doit en permanence interroger la stratégie dans une alternance porteuse de réajustements et d'appropriation réciproque des problématiques. La stratégie de communication en elle-même prend toute son importance. Les priorités déterminées dans le projet d'établissement peuvent faire des déçus de la priorité sacrifiée. Il importe que des débats aient lieu sur les indicateurs, sur les objectifs, les moyens, les méthodes.

Le processus stratégique doit se dérouler selon ce que MINTZBERG appelle le traitement collectif de la stratégie. Le traitement des problèmes posés par la précarité aux urgences engage les médecins, les soignants, les services sociaux, administratifs et médico techniques. La responsabilité du directeur des ressources humaines et du directeur des soins rend primordiale leur coopération étroite au sein de l'équipe de direction.

L'analyse de l'environnement en termes d'opportunités ou de menaces va prendre en compte la pénurie médicale, paramédicale, des travailleurs sociaux, le vieillissement de la

⁶⁵ article du jeudi 15 août 2002. le Monde. *Les médecins urgentistes dénoncent une situation « absolument épouvantable ».*

⁶⁶ accordé aux internes par l'ancien ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner, à compter du 1^{er} mai 2002, décret d'application non encore paru au Journal Officiel.

population et des personnels, et l'infrastructure médicale externe. La stagnation de l'économie ne ralentit pas les phénomènes de précarisation. Les effets de la réglementation peuvent compliquer la projection d'une transformation.

L'analyse des données internes est impérative. Nous avons vu que les locaux des urgences ont difficilement intégré l'activité de l'assistante sociale. Les moyens d'accueillir sont insuffisants. Cependant, certains établissements ont l'opportunité de repenser le système dans un projet de restructuration complète des urgences à cinq ans. Le poids des compétences est considérable. La précarité ne représente pas un domaine d'investigation attractif pour la recherche. La valorisation de la technicité des soins appelle un autre mode d'approche des soins aux personnes précaires. Les soins d'aide à la construction des liens sociaux requièrent un niveau de technicité qui reste encore à définir au niveau du service infirmier.

La formulation de la stratégie survient alors que plusieurs scénarios ont été élaborés et des critères de choix formulés.

- Le recours tardif aux soins génère l'aggravation des pathologies et en majore le coût. La mauvaise orientation initiale suscite des ré hospitalisations. La coordination déficiente avec les structures d'hébergement, d'accueil multiplie les réadmissions aux urgences. Ce constat obère la rentabilité du système en place.
- La satisfaction des usagers doit être recherchée. Les délais d'attente sont importants. L'inconfort est grand : la promiscuité est démesurée, l'insécurité parfois excessive. Les professionnels peuvent faire les mêmes remarques sur ces points et les vivent au quotidien. La qualité et la sécurité des soins ne doivent pas être atteintes par le dépassement du seuil de tolérance des usagers et des professionnels.
- La mise en œuvre va inscrire le projet dans une recherche d'allocation de ressources. Cela peut être dans le cadre d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens passé avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation, ou l'utilisation « d'enveloppes fléchées ». Le projet d'établissement peut avoir prévu une restructuration et l'intégrer à son budget prévisionnel.

Les indicateurs de suivi de l'activité sont la préoccupation prépondérante du directeur des soins à ce niveau comme à celui de l'évaluation des besoins en début de démarche. Les outils de suivi des ressources humaines, comme ceux relevant de la technologie sont précieux. Ils demandent une concertation permanente et une collaboration étroite des membres de l'équipe de direction et de l'encadrement.

La phase de diagnostic permet de connaître la structure et son environnement. Le rôle des indicateurs pertinents est essentiel. L'analyse des informations, l'interprétation des données, le recueil permanent des avis et des propositions, la priorisation permettent de déterminer des buts et des voies pour les atteindre.

Le système d'information doit être performant, tant en termes de capacités relationnelles qu'en termes de bureautique informatique. Il doit permettre une information régulière claire. La mise en débat favorise l'émergence et l'appropriation des projets. L'identification des divergences et des convergences vient nourrir la démarche stratégique. Le directeur des soins apporte sa collaboration. Sa connaissance des services et de la stratégie des professionnels est importante. Maîtrise du processus stratégique et proximité des services favorisent l'émergence de la démarche projet. Le directeur des soins appréhende la globalité de la démarche. Il peut identifier des enjeux individuels et des enjeux symboliques (différentiels de représentations) notamment dans la proximité et la confiance mutuelle qu'il entretient avec l'encadrement de l'établissement.

6.1.3 En interne : penser la transversalité.

La réflexion doit être menée en termes de trajectoire. Avoir une vision transversale du processus d'accueil des personnes en situation de précarité modifie la perspective. Il ne s'agit pas de modifier le positionnement géographique des acteurs des urgences. Le changement intervient sur la perspective. Autrement dit, il faut mobiliser la réflexion de tous les services sur la trajectoire des patients. La diversité des populations nous y engage. L'identification des besoins polymorphes des usagers l'impose à tous les services d'activité de l'hôpital. Un référentiel opératoire commun permet de développer une plus grande souplesse des actions mises en œuvre par les soignants.

Les bénéfices de ce changement de point de vue sont observables.

- Les personnes en situation de précarité ne relèvent pas du seul service des urgences. La co responsabilité des services vis à vis de la précarité augmente la coopération inter services. Les hospitalisations pertinentes sont rendues moins difficiles. Le service ne décharge pas les urgences d'un patient indésirable. Il répond à un besoin identifié en matière de soins.
- Le décloisonnement sanitaire et social entame la standardisation des pratiques. La collaboration des différents professionnels à l'élaboration d'un référentiel commun favorise la mutualisation des connaissances. La qualité de l'évaluation de la

problématique des patients rend plus pertinente l'orientation et augmente ses chances de succès.

- L'intégration du patient dans une démarche de santé favorise la réactualisation des liens sociaux. L'accès aux soins n'est plus une fin en soi, ni pour lui ni pour les soignants. Les modalités d'accès et les filières de soins suivies par les bénéficiaires sont motivées par les besoins traduits en demande. Les soins répondent moins à une logique institutionnelle et professionnelle qu'à celle de la demande.
- Les soignants réinvestissent la globalité de la personne. S'ils sont en première ligne sur le problème de la précarité, les soignants des urgences ne sont plus isolés. Le projet soignant intègre une dimension politique. L'hôpital rompt avec la balkanisation des services.

Rêve ? Utopie ? La précarité nécessairement fait évoluer les établissements de soins.

6.1.4 En externe : des besoins impérieux, des coopérations

Le monde hospitalier doit se décentrer de lui-même et s'ouvrir sur l'extérieur afin de limiter l'engorgement et jouer son rôle de relais dans un système de santé beaucoup plus large. L'activation des liens avec la médecine de ville, le développement des alternatives à l'hospitalisation, la recherche de réponses adaptées à de nouveaux besoins sociaux sont les passages obligés de cette ouverture dans le contexte actuel.

Nous avons limité notre sujet. Les infrastructures de psychiatrie, les réseaux de soins sont absents de notre étude. Néanmoins, ce serait une incohérence intellectuelle de ne pas évoquer les initiatives d'ouverture à l'environnement opérées par certains établissements.

- À Saint Nazaire, les médecins généralistes participent à la consultation gérontologie sur le site des urgences.
- Le SROS Nord Pas de Calais a prévu l'installation d'un cabinet de médecine généraliste aux urgences pour la prise en charge des urgences de bobologie (les médecins sont payés à l'acte par l'assurance maladie).
- Roubaix a ouvert une Maison de santé où collaborent médecine de ville et médecine hospitalière. Trois objectifs sont réunis : éviter l'afflux massif de personnes en difficulté aux urgences, bénéficier d'une médecine préventive, et d'une ouverture des droits.

La dimension des PASS requise par la loi n'est pas atteinte. C'est un dispositif fragile. Il se résume parfois à un mi-temps d'assistante sociale et à la délivrance des traitements et des examens. Les consultations de médecine générale sans rendez-vous restent à mettre en place dans bien des établissements. Un lien constant doit être établi entre les besoins des personnes et les offres institutionnelles de biens et de service. Lorsque les besoins sont impérieux des formules innovantes apparaissent. Les mentalités s'ouvrent à d'autres modalités d'actions.

Nous restons dans les limites tracées de notre étude. Nous distinguons la notion de filière du concept de réseau. Ce dernier évoque les acteurs qui interviennent dans le domaine. La filière rend compte de la réalité du point de vue du malade.

L'action du directeur des soins se situe ici dans une stratégie de filière. La filière définit le circuit d'un malade ou d'un ensemble de malades présentant des caractéristiques communes et se trouvant successivement dans plusieurs espaces de soins.

La rationalisation de l'accueil des personnes en situation de précarité aux urgences suppose quelques évolutions organisationnelles.

Objectifs	Stratégie de projet	Moyens
Finalités, buts, objectifs Mobilisation		L'éthique, la loi, la réglementation, la législation sociale, les codes et règles professionnelles
Appropriation du projet		Dialogue du niveau stratégique et du niveau opérationnel
Implication Coopération		Traitement collectif de la stratégie, médecins, soignants, services sociaux, administratifs, médico techniques, tous les services sont concernés
Problèmes	Trajectoire du patient, transversalité	Pistes
Offre de soins, problèmes de lits et places		Lits moyens et longs séjours, Restructurations Formes n ^{elles} d'hébergement, Alternatives °
Démographie médicale, problèmes, conflits Pénurie travailleurs sociaux, paramédicaux		IAO Consultation infirmière, Orientation patient dans chaînage des activités des urgences
Aggravation des pathologies, ré hospitalisations		Évaluation problématique patient, Coordination des structures, Prévention, collaboration san./soc.
Problème technicité / relationnel, social Décloisonnement sanitaire et social		Valorisation des soins relationnels (nouvelle technicité), PMSI, indicateurs, circuit du patient
Insatisfaction des usagers, promiscuité, délais d'attente, insécurité		Organisation de l'accueil, intégrant la précarité, orientation sur soignants dédiés à cet accueil

6.2 PRECARITE : ORGANISATION ET GESTION DES SOINS

6.2.1 Deuxième hypothèse opérationnelle

« La prise en charge des personnes en situation de précarité aux urgences est développée en termes d'organisation et de gestion des soins par l'encadrement. »

L'absence de procédure est un fait marquant de cette partie de l'étude. La prise en charge n'est pas organisée à l'exception d'un cas : l'IAO reçoit toutes les personnes arrivant aux urgences.

La raison avancée et reprise par l'ensemble des personnes interviewées est au premier abord tout à fait légitime. « Pas de discrimination ». Il nous semble que cet argument trompe à leur insu ceux-là-même qui l'emploient.

Nous trouvons un élément de compréhension dans l'ouvrage de Vincent de Gaulejac⁶⁷.

Le mépris serait une projection de la honte intériorisée. La honte est liée à la culpabilité. La précarité de nos semblables nous renvoie à la responsabilité collective de son existence. Historiquement, la profession infirmière plus que toute autre ne peut s'autoriser une quelconque répulsion à leur égard. Il nous est difficile de rejeter les personnes démunies ou de les mépriser. Pourtant la hiérarchie professionnelle au sein de l'hôpital ajoute à la déconsidération des personnes soignant des populations précaires. Or, la non-discrimination est inscrite au plus haut degré de la hiérarchie des normes. Utilisée aux urgences elle réalise un compromis. Les personnes sont prises en charge « malgré tout ». Mais on ne s'autorise pas à intégrer leur souffrance singulière dans un cadre organisé. On ne reconnaît pas la précarité au même titre qu'une autre souffrance.

Nous pensons important de comprendre ce mécanisme. Les projets d'organisation ne peuvent s'élaborer qu'à la condition d'avoir dépassé cette contradiction. Dans la mesure où ce verrou ne serait pas levé, les meilleures raisons du monde feront échouer toute tentative de changement. Prudence et discernement sont primordiaux devant cet enjeu.

La seconde difficulté soulevée dans les entretiens concerne l'absence d'outils d'évaluation de l'activité précarité. Les critères de précarité sont difficiles à définir. Mais la quantification des actes de soins ne semble pas insurmontable.

Nombre de toilettes réalisées. Nombre de repas proposés. Temps passé à parler avec les patients. Temps passé à débrouiller les conflits entre patients...

Des indicateurs d'activité peuvent décrire, quantifier l'activité de façon sommaire au début.

⁶⁷ op. cit. paragraphe 1.2.4.1 *Les soins aux personnes en situation de précarité.*

Nombre de patients CMU. Nombre d'appels à l'assistante sociale. Nombre de retour aux urgences. Historique des patients. Nombre d'hospitalisations : services destinataires. Courbes des admissions sur vingt quatre heures...

Le temps est précieux aux urgences. Le directeur des soins doit s'assurer que les cadres s'organisent pour produire de tels relevés d'information sans perturber l'activité.

Ces deux obstacles surmontés, les pistes nouvelles d'une organisation peuvent être parcourues. Le directeur des soins a une forte responsabilité de mise en marche de l'équipe des urgences.

6.2.2 L'organisation des soins centrée sur les besoins des usagers

La confrontation de la seconde hypothèse opérationnelle et de l'analyse des entretiens nous amène à structurer un ensemble de propositions. Elles doivent naturellement s'inscrire dans la démarche stratégique présentée plus haut.

Éléments de la ré organisation

Concrètement, les éléments à prendre en compte dans la réorganisation de la prise en charge de la précarité aux urgences sont multiples.

- Le contexte
 - Les usagers : les besoins, les demandes.
 - Les professionnels : leurs attentes, leurs insatisfactions, leurs craintes, les conflits, les crises (reconnaître ce qui existe en termes d'améliorations possibles et non en points faibles).
 - L'environnement : les opportunités, les menaces.
 - L'hôpital : son organisation, son fonctionnement, les enjeux, les contraintes, les réseaux d'influence, la diversité des services.
- Les moyens
 - Groupe de pilotage.
 - La formalisation.
 - L'information, la communication (rendre compte des évaluations faites, rechercher la caution des acteurs, voir les opposants, les alliés).
 - Les instances (CME, CSSI) et le Conseil de service.
 - La logistique ;
 - L'évaluation.
- Les personnes impliquées dans le projet
 - Directeur
 - Directeurs adjoints

- Directeur des soins
- Président de la CME
- Médecin chef de service et praticiens hospitaliers
- Cadre supérieur infirmier
- Cadres infirmiers
- Usagers

Les étapes de la ré organisation

Le projet s'inscrit dans la durée (cinq ans). Il est important de se donner le temps au début de la démarche pour identifier les forces en présence. Les étapes de la réorganisation sont classiques. La première année est consacrée à l'élaboration du projet.

La définition des finalités et des buts est réalisée à partir de la législation et de la réduction des dysfonctionnements.

- Offrir aux patients démunis disponibilité, écoute, qualité de prestation.
- Offrir aux patients des urgences un meilleur accueil, confort, sérénité, diminuer l'attente, faire baisser l'agressivité, les tensions.
- Pourvoir aux traitements quotidiens de patients en grande difficulté dans un contexte relationnel significatif de l'intérêt que l'on porte à leur personne.
- Répondre aux besoins des patients que le médecin ne peut être en mesure de satisfaire.
- Diminuer l'engorgement des urgences, fluidifier les flux.
- Économiser le temps médical.
- Diminuer les coûts des hospitalisations contraintes, des échecs d'orientation.

Faire le diagnostic et évaluer le coût des dysfonctionnements.

<i>Dysfonctionnements</i>	<i>Coûts des dysfonctionnements</i>
Absence de procédure	Coopération forcée inter services = perte de temps et d'énergie, inadéquations
Absence d'outils de mesure de l'activité	Absence de visibilité = désorganisation, temps, énergie, évaluation du coût impossible
Coordination intra et extra hospitalière non structurée, pas d'intégration de l'hôpital dans le réseau social et dans le réseau de soins	Prise en charge aléatoire, pas de contrôle de l'efficacité, dépendance des soignants
Absence de temps d'écoute et de disponibilité, absence de référents soignants précarité	Insatisfaction des usagers, insatisfaction du personnel : frustration, absentéisme, conflits

Dysfonctionnements	Coûts des dysfonctionnements
Absence de locaux, de durée pour construire un projet de soins individualisé	Qualité et sécurité des soins : promiscuité, absence de confidentialité, agressivité
Manque de lits et places en aval des urgences	Inadéquation des hospitalisations
Pas de suivi extra hospitalier	Fréquence des ré admissions augmentée
Pas d'action de prévention	Mauvais indicateurs de santé de la population

Les prospectives sont élaborées dans une démarche qualité. Les opérateurs sont les plus aptes à proposer les améliorations du système.

- *Les modalités opérationnelles* vont permettre le fonctionnement de la pluridisciplinarité et la mise en place d'une filière de soins répondant à des besoins spécifiques des usagers. Elles doivent être définies en termes de
 - Procédure d'admission administrative, médicale, soignante, repérage et circuit du patient avant, pendant et après le passage à l'hôpital.
 - Protocoles de soins, protocoles thérapeutiques, prise en charge, accueil, soins, entretiens sociaux, infirmiers, psychologiques, psychiatriques.
 - Les critères de l'urgence doivent être redéfinis.
 - Domaines et temporalité des interventions des professionnels : médecins, infirmiers, assistants sociaux, aides soignants, aides medico psychologiques, cadres.
 - La coordination avec les autres services doit être formalisée : moyens et longs séjours, coordination gérontologie, convention avec les services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile.
 - Relation entre les professionnels, relations avec les structures, ville, tissu social.
 - L'activité de coordination sera reconnue comme un acte professionnel favorisant les soins, du fait de l'interdépendance des activités auprès du patient et de la solidarité autour d'un même projet
 - Les outils existants doivent être pérennes et améliorés si besoin : dossier de soins, fiches de liaison (intra et extra hospitalière), listes de structures.
 - Les tableaux de bord d'activité doivent être élaborés. La coopération avec le département d'information médicale et le médecin responsable en particulier fonctionnera régulièrement.
 - La coopération avec les associations peut conduire à créer de nouvelles formes d'hébergement (Maison communautaire).

- *L'organisation matérielle* doit être déclinée à partir des besoins des usagers et des équipes pour fonctionner dans l'orientation du service de soins qui aura été définie.
 - Les locaux nécessaires à la prise en charge des soins d'hygiène, repas, vestiaire doivent être conçus comme des locaux de soins accueillants.
 - Les locaux destinés à la prévention, aux entretiens infirmiers, à l'entretien social ou psychologique, à la distribution des médicaments et à la réalisation des petits soins doivent être suffisamment nombreux
 - Le dossier patient commun informatisé doit comporter les renseignements nécessaires et suffisants à une reconnaissance du patient comme une personne.
 - La mobilité des équipes sur l'extra hospitalier doit être rendue possible : suivi et contrôle de soins, rencontres des acteurs relais du social.
 - Les patients transférés d'unité doivent faire l'objet d'un accompagnement adapté afin de diminuer les rejets éventuels des services.
 - La logistique doit être adéquate : téléphone, bureautique, véhicule de secteur possible sur demande

Les moyens sont ensuite déclinés en fonction du contexte et de la conjoncture. Le projet a une dimension architecturale. Il a un coût qui doit être évalué. En termes de ressources humaines les effectifs, les compétences peuvent générer des dépenses.

Simplement, le directeur des soins veillera à ne pas promettre ce qu'il ne pourra pas tenir. Il aura étudié le coût de cette réorganisation en concertation avec les directeurs fonctionnels. Cette partie du projet est d'une importance capitale puisque d'elle va dépendre la réalisation ou la mise en attente du projet.

La mise en œuvre fait l'objet d'une évaluation au terme d'une année de fonctionnement. Le projet est réajusté.

Organisation et gestion des soins
Procédures coordonnées d'admission : Médicale, administrative, soignante, sociale.
Tableaux de bord, activité, planning, effectifs, absentéisme, SICS, qualification, évolutions, emplois
Circuit des patients avant, pendant, après l'hospitalisation
Protocoles thérapeutiques et de soins : Accueil, soins, entretiens, prise en charge
Coordination, Relations entre les professionnels intra et extra hospitaliers, reconnaître la fonction de coordination, en identifier l'activité, les compétences, les outils (dossier patient commun informatisé).
Organisation matérielle, locaux/activité hygiène, technique, relationnel, social, prévention, bureautique

Le projet de service des urgences doit traduire la volonté partagée entre les soignants d'intégrer les dimensions relationnelle et sociale. La cohésion d'équipe ne peut se faire que sur le partage de certaines valeurs qui auront été discutées. La création d'une filière de soins organisée représente une alternative non discriminatoire. Elle est la construction institutionnelle d'une réponse aux besoins spécifiques identifiés des usagers. La valorisation de l'écoute empathique prend alors tout son sens. La connaissance de la législation sociale ne reste pas la spécialité de l'assistante sociale. Les infirmières réinscrivent les soins dans toutes les dimensions de la personne bio psycho socio culturelle. Nous allons à présent construire quelques propositions relatives aux soins et aux compétences de la filière de soins précarité aux urgences.

6.3 PRECARITE : COMPETENCES ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

6.3.1 Troisième hypothèse opérationnelle

« Le directeur des soins intègre les exigences de la prise en charge de la précarité aux urgences dans la gestion des compétences et des ressources humaines. »

- Les besoins fondamentaux pris en compte en priorité ne posent pas de problème de compétences. Ils sont accomplis par les infirmières et/ou les aides soignants dans des conditions difficiles.
- Les besoins sociaux s'inscrivent dans des schémas différenciés (PASS à proximité des urgences, appel téléphonique à l'assistante sociale, passage quotidien de l'assistante sociale prévu, rendez-vous donné à la PASS). Ils sont complètement assumés par le service social.
- Le suivi médico social à la sortie des urgences est aléatoire : en service d'hospitalisation (cas le plus favorable), en consultation sociale, en structures, pas de suivi (pas de demande, pas de possibilité d'accueil la personne repart dans la nature).
- Les besoins de sécurité, de reconnaissance, de considération et les besoins relationnels sont pris en compte de façon inorganisée et perdent de leur efficacité.

L'incidence de l'organisation sur la qualité des soins est déterminante. Outre cela, les soignants rencontrent des difficultés (dévalorisation des actions menées, incertitudes sur les attitudes à adopter, fuite, rejet, évitement). Les propositions du directeur des soins se centreront sur des points particuliers de deux fonctions.

- La fonction infirmière : les soins dont l'efficacité n'est pas optimale.

- La fonction cadre : le maintien, le développement des compétences des soignants et la mise en place de la coordination.

6.3.2 Les compétences techniques et les compétences sociales

Le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier renforce la responsabilité et l'engagement des professionnels. Le rôle propre en particulier prend en compte les besoins de santé de la population, le contexte sanitaire et social, l'offre de soins en réseaux.

Nous relevons ici les points relatifs aux compétences de soins et de coordination.

Modifications apportées par le décret du 11 février 2002 et relatives à la problématique étudiée.		
	Soins Compétences techniques	Coordination Compétences sociales
Article 1		Organisation de l'exercice infirmier en relation avec les autres professionnels des autres secteurs d'activité.
Article 2	Évaluation et soulagement de la douleur et de la détresse psychique, qualité des relations avec le malade, souffrance est remplacée par détresse.	
Article 3	Protocoles de soins sur l'initiative de l'infirmière.	
Article 4		Exercice en collaboration à domicile : aides soignants, aides medico psychologique.
Article 5	Soins en santé mentale.	
Article 9		Rôle de coordination infirmière, médecin, professionnels, équipe pluridisciplinaire.
Article 13	Reconnaissance de la situation d'urgence et de la détresse psychologique.	
Article 14	Rôle de l'infirmière en Santé Publique, pratiques addictives, tuberculose, VIH, saturnisme	Secteurs d'activité et réseaux de soins. Participation à des actions en équipe pluridisciplinaire.

Il est important que les professionnels s'imprègnent du sens des modifications apportées par ce décret. Leurs pratiques quotidiennes vont en découler et subir des évolutions. Le

directeur des soins doit être à même de mettre en place des mesures d'accompagnement des professionnels.

6.3.3 La gestion des compétences

La prise en compte de la détresse psychique et l'organisation de la coopération font référence à des compétences techniques et sociales. Elles rejoignent les éléments de la problématique soignante repérés dans notre enquête.

Les compétences techniques :

- Intégrer la globalité de la personne, sa vie, son histoire.
- Connaître les ressorts psychologiques de la précarité et de la désocialisation.
- Comprendre les comportements d'intolérance à la frustration, de refus des contraintes ou des soins.
- Développer l'écoute empathique. Savoir rassurer, poser des limites.

Les compétences sociales :

- Connaître l'environnement sanitaire et social du service. Être capable d'échanger des informations avec les professionnels de secteur d'activité différents, de travailler en réseau avec les partenaires.
- Être capables de gérer des contacts téléphoniques avec les responsables d'associations, de structures pour résoudre les situations.

Compétences techniques et compétences sociales représentent les cibles dans la démarche plus large de réorganisation des urgences. L'évolution des emplois doit se réaliser dans un cadre méthodologique dont le directeur des soins et le directeur des ressources humaines sont les garants.

La démarche

Partant des emplois types, sous l'effet de la transformation des missions des urgences, l'organisation du travail se structure sur le repérage des situations professionnelles.

- Les finalités
- Les activités
- Les relations avec les autres emplois
- Le champ d'autonomie et de responsabilité
- Les problèmes complexes à résoudre
- La position de l'emploi dans le chaînage des emplois
- L'organisation

L'ensemble des fonctions exercées par les soignants suscite une organisation par équipe polyvalente avec rotation des rôles et des missions.

Les compétences requises seront identifiées et sélectionnées en référence aux orientations du projet d'établissement, du projet de service et des projets transversaux (qualité, hygiène, informatisation...). Quelles compétences nécessite la réduction des dysfonctionnements de l'unité mesurés et analysés ? Un référentiel d'emplois et de compétences existe-t-il sur l'établissement ? Quels sont ceux qui correspondent aux besoins de l'unité ?

Les contenus

Les compétences particulières que nous avons repérées peuvent être déclinées en différents savoirs dont nous reprenons la typologie dans l'ouvrage collectif de A.LUCAS et O. DERENNE : *Le développement des ressources humaines*⁶⁸.

Typologie des savoirs	Contenus	Moyens de formation
Savoirs formalisés	La psychopathologie de la désocialisation. La législation sociale.	Cours magistraux. Documentation. Groupe de réflexion.
Savoirs procéduraux	Protocoles d'admission, de recueil d'information, de coordination avec les partenaires et différents professionnels.	Groupes de travail. Conseil de service. Commission du Service de Soins Infirmiers.
Savoirs agis • Savoirs faire	Mener un entretien d'aide.	Participer à des entretiens menés par des infirmiers ayant une expérience des services de psychiatrie, d'alcoologie, soins palliatifs. Mener des entretiens.
• Savoirs pratiques	Mettre en œuvre les techniques d'entretien et atteindre une certaine maîtrise technique, d'adaptation aux situations	Tutorat du cadre
• Savoirs être	Établir des liens avec les partenaires des soins.	Tutorat du cadre

Les acteurs et les conditions de la mise en œuvre

Les cadres sont les plus proches des aspects opérationnels de la démarche de gestion des emplois et des compétences. Leur intégration au début de la démarche est primordiale : formés aux techniques et partie prenante du projet. Ils se placent en position de réflexion

⁶⁸ LUCAS A., DERENNE O. *Le développement des ressources humaines*. Rennes ; ENSP, 2002. 294 p.

stratégique : repèrent les évolutions de leur secteur d'activité, le rythme, les événements susceptibles d'interférer, les options possibles.

L'engagement du directeur d'établissement est un atout stratégique. Le directeur des ressources humaines est garant des finalités du projet, des méthodes et des outils, aux côtés du directeur des soins.

Tous les acteurs des services sont confrontés aux difficultés posées par l'évolution des missions aux urgences. Un comité de pilotage pluriprofessionnel corrélé à celui de l'organisation, des groupes de travail créent une dynamique de changement. La communication permanente entre le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, l'encadrement, les équipes est une des conditions de la réussite.

Le management

L'évolution des organisations et des soins crée une perturbation dans les équipes. Les réactions peuvent être négatives si le projet est mal compris. Les temps de concertation et de réflexion partagée facilitent l'acceptation du changement.

Dans tout projet de changement l'intérêt, les gains pour les acteurs sont facteurs d'implication et d'adhésion à la démarche. Nous en avons identifié quelques-uns. Ils ne comprennent pas ceux liés à « l'intéressement » individuel ou collectif que suppose la démarche de réorganisation de l'accueil et des soins aux urgences.

- Développer des compétences en technique relationnelle (entendre une demande, écoute empathique, identifier un sens et le formuler).
- Développer des compétences en législation sociale qui permettent de médiatiser les relations aux patients.
- Situer son action dans le cadre global des orientations de l'hôpital.
- Sortir de l'unité de soins (contacts avec les partenaires extérieurs).
- Augmenter son espace d'initiatives, autonomie, responsabilité.
- Ouverture des possibilités sur les soins ambulatoires.

La formation initiale doit permettre de réduire les écarts de représentations des nouveaux diplômés avec la réalité actuelle des urgences. La problématique des urgences suppose, au niveau de la formation, une collaboration du directeur des soins, des directeurs d'institut de formation paramédicale et cadre, des praticiens hospitaliers.

La formation continue d'ordre clinique peut s'effectuer dans le cadre d'une mutualisation des savoirs et savoir-faire. Le partage d'expériences est générateur de mobilisation et de changement. La pratique des techniques d'entretien, la dédramatisation des situations à

risques favorisent la diminution de l'anxiété provoquée par les comportements non conformes.

Le développement des entretiens d'aide et de la coordination avec les partenaires est porteur d'incertitudes, d'hésitations. Les initiatives doivent pouvoir être discutées en équipe avec le cadre. Les relations avec les patients gagnent à être régulées, analysées. Cet accompagnement est propre à maintenir le potentiel thérapeutique des soignants et leur motivation.

La question des effectifs soignants sera d'autant mieux traitée que des tableaux de bord de suivi seront en place. Les indicateurs (absentéisme qualitatif, quantitatif) sont à même d'éclairer sur le climat social qui influence la réalisation du projet. Les possibilités d'évolution des agents comme la mobilité dans les filières de soins peuvent représenter des leviers individuels importants. La question des ressources humaines dans un tel projet ne peut se passer de la collaboration du directeur des ressources humaines, du directeur des soins et de l'encadrement.

La réorganisation innovante se fonde sur l'éthique et sur la législation.

L'évolution favorable du projet est subordonnée à plusieurs conditions.

* La concertation du niveau stratégique et du niveau opérationnel.

* Le traitement collectif de la stratégie.

* La performance du système d'information.

La transversalité en termes d'organisation est adaptée aux trajectoires de soins des patients démunis.

La filière de soins aux personnes démunies peut ne pas être discriminatoire : elle doit être structurée.

Les PASS n'ont pas atteint leur plein épanouissement : décroisement sanitaire et social, coopérations intra et extra hospitalières des professionnels nécessitent des conditions favorables.

L'intégration des dimensions relationnelles et sociales passe par

* Le développement des compétences.

* Une évolution des emplois.

* Une organisation polyvalente avec rotation des rôles et des missions.

Le management du projet, des gains en termes ...

* D'excellence professionnelle.

* D'autonomie et responsabilité.

* De mobilité, de motivation.

CONCLUSION

La loi et la réglementation inscrivent l'exercice du droit à la santé des personnes en situation de précarité de façon privilégiée dans le Service Hospitalier Public. Nous avons exploré la mise en œuvre de cette obligation au service des urgences de quatre établissements hospitaliers, en regard de l'implication du directeur des soins.

Notre enquête fait apparaître un traitement de la précarité, pragmatique et différencié selon les réalités locales des établissements. Ils adaptent leur stratégie au contexte intra et extra hospitalier. Progressivement la transversalité fonde les projets de restructuration. Le directeur des soins, à l'interface de la stratégie et de la mise en œuvre des réorganisations, prend la mesure des changements de mentalité que suppose cette adaptation. La définition des missions des urgences fait l'objet de nombreuses questions des professionnels à la lumière des réalités de terrain et des orientations de la politique de Santé Publique.

Concrètement, la prise en charge des personnes en situation précaire au service des urgences vient se greffer sur l'organisation existante⁶⁹. L'adaptation des acteurs au développement de cette activité répond de façon aléatoire aux besoins des usagers, créant de part et d'autre des insatisfactions.

Nous avons identifié le principe de non-discrimination allégué par les soignants comme un obstacle à la volonté d'organisation d'une prise en charge spécialisée de cette population. Situer la prise en charge de la précarité au service des urgences évite la mise en place d'une consultation et d'un circuit spécifiques de soins pour les populations démunies. La stigmatisation des personnes dans un statut économique dévalorisé et dévalorisant serait non conforme aux principes fondamentaux du Service Public : égalité, non-discrimination, libre-choix du médecin ou de l'équipe médicale. Le respect de ces principes génère des difficultés contraires à leurs finalités. La prise en charge des personnes en situation de précarité ne donne pas lieu à une réorganisation globale du fonctionnement des urgences.

Néanmoins, la prépondérance de la précarité engage le directeur des soins dans une démarche prospective.

⁶⁹ textes du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé.

Confronté à cette problématique il doit construire un positionnement stratégique et opérationnel dans le contexte de l'Établissement de Santé. Les finalités de son action visent la réduction des incohérences du système et le développement de la coopération et de la coordination intra et extra hospitalières. Les propositions d'actions se fondent sur la logique des besoins des usagers et non sur les logiques professionnelles et institutionnelles.

Structurer le temps spécifiquement nécessaire à la prise en charge des personnes en situation de précarité. Intégrer la variabilité de l'activité. Assurer un suivi des personnes intégrant les acteurs relais. Structurer l'articulation des compétences, des temps et des lieux d'exercice. Donner du sens aux prises en charge brèves, interrompues par les patients.

La précarité aux urgences ouvre pour le directeur des soins le registre de la coordination pluriprofessionnelle garantissant une qualité des soins.

Enfin, nous avons exploré l'évolution des compétences en référence au décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

La politique du service infirmier se doit de minimiser les effets d'une sur valorisation de la technicité par rapport aux soins d'accueil, d'écoute, de décryptage des comportements. Dans ce registre-là la technique n'est pas absente. Les soins relationnels ne peuvent relever de la spontanéité des soignants. Le champ des compétences nécessite une collaboration du directeur des soins et du directeur d'école paramédicale (compétences initiales, leur développement dans le temps). La gestion du potentiel thérapeutique des soignants est également fondamentale en termes de qualité de soins aux patients et de santé des professionnels. Le directeur des soins et le directeur des ressources humaines partagent cette préoccupation constante.

Au terme de ce mémoire notre projet est-il atteint ? Notre intention de faire le point sur l'implication du directeur des soins dans l'évolution de la prise en charge de la précarité a ouvert un champ complexe d'orientations possibles. Les réponses sont à construire en partenariat. Tous les niveaux de l'organisation hospitalière sont concernés. Nous avons pu saisir toute la complexité de l'exercice plénier des missions du directeur des soins.

De surcroît, la question sociale à l'hôpital convoque à une réflexion éthique toute l'institution hospitalière.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

GAULEJAC (de) V. *Les sources de la honte*. éditions Desclée de Brouwer, 1996, 315 p.

GUITTET A. *Développer les compétences*. Paris ESF éditions coll. Formation permanente en sciences humaines.

idem Emmanuelli X.

LE BOTERF G. *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Éditions d'Organisation, 3^{ème} édition 2001, 539 p.

LEBAS J. *Éléments pour un débat*. Travaux 1995-96, Espace Éthique, AP-HP. DOIN, 1997

LEBAS J. *Précarité et santé*. Paris ;Flammarion.p.108 ; HASSIN J. *État de santé et prise en charge des populations sans domicile fixe à Paris*. Chapitre :*Grande exclusion et détresse sanitaire*.

LECORPS Ph., PATURET J.B. *Santé publique. Du bio pouvoir à la démocratie*. Rennes ENSP 1999, 186 p.

LUCAS A.,DERENNE O. *Le développement des ressources humaines*. Rennes 2002 ENSP 294 p

MUCCHIELLI L. *Vexliard (1911-1997), un pionnier de la recherche sur les processus de désocialisation*. VEXLIARD A. *Le clochard : étude de psychologie sociale*. Thèse de doctorat. 1957, éditions Desclée de Brouwer.

PAUGAM S. *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris PUF 1991

Rapports

CENTRE DE RECHERCHE SUR LES ENJEUX CONTEMPORAINS EN SANTÉ PUBLIQUE (Les rapports du). FASSIN D., COUILLIOT M.F., VASSY C. *La question sociale à l'hôpital. Urgences et précarité en Seine Saint Denis*. UPRES 2359 EMI -U 9905. Bobigny, juin 2001 INSERM, 202 p.

DATAR, CREDES Rapport Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* Paris. 2000. la documentation française. 358 p.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes. ENSP. coll. Avis et Rapports. février 1998, 349 p..

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. Rapport 2000. Paris, La documentation française. 125 p.

UNION HOSPITALIÈRE DU SUD EST Congrès de Mâcon, 1996 : *L'hôpital public et l'exclusion*. GARY A. et ROSE J.C.

Textes Législatifs Et Réglementaires

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions Sociales et Médico-sociales.

Loi du 29 juillet 1998 n° 98-657 article 153. Décret n° 99-215 du 22 mars 1999 relatif à l'ONPES.

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Médicale Universelle (CMU) et modifiant le Code de la Sécurité Sociale (réforme de l'Aide Médicale d'État)

Loi n°2002-303 du 04 mars 2002. Titre II Démocratie sanitaire. Droit fondamental... garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ».

Loi n°2002-303 du 04 mars 2002. Titre II Démocratie sanitaire. Droit fondamental... garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ».

Décrets du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences dans les Établissements de Santé.

Décret N° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des corps de directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière.

Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Circulaire du 23 février 1999 relative à l'élaboration des PRAPS. Programme Régional d'Accès Prioritaire aux Soins.

Circulaire du 25 mai 1999 relative à la mise en place des PASS. Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

Circulaire DGS/SD 6Dn°2002/100 du 19 février 2002 relative aux PRAPS en faveur des personnes en situation précaire.

Documents Non Publiés

BRUN N. *Participation de la psychiatrie de secteur à la prise en charge de la souffrance psychosociale chez les populations adultes en situation de précarité*. Mémoire ENSP. MISp. Avril 2001 p14

Docteur BODIN. Faculté de médecine de Bordeaux II. Responsable du SAMU SOCIAL. Santé Publique. Maîtrise de Sciences Sanitaires et Sociales de l'UPPA. PAU mai 1999

GUILLOU F., AIMEE C., CLOUARD G. *Prise en charge des populations marginalisées. Questions éthiques, jeux de société*. Séminaire interprofessionnel. ENSP 1994, 12p. réf.2p. OE94/0017

JOURDAIN A. *Populations, politiques, logiques d'intervention*. Dossier documentaire. Formation initiale des Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales. ENSP 2002

KOUCHNER B. Secrétaire d'État à la santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Dépêche APM 04 mars 1998

LAFORCADE M. *La transversalité des politiques sanitaires et sociales*. Cours inter filières. ENSP 21 janvier 2002.

LARDÉ P. *Prendre soin : relations sociales et rationalité. La décision dans les systèmes de soins : prendre soin, un projet de civilisation*. Rencontre AEMCX6 POITIERS Futuroscope, 9 et 10 juin 1997

LEBAS J. *Les permanences d'accès aux soins. Accompagnement de la mise en place des PASS*. Rédaction août 2001 DGS-SD6D. mise en ligne septembre 2001. <http://www.social.gouv.fr/html/actu/31-020207.htm>

Point sur / PRAPS /21pr.htm/06/09/01. <http://www.santé.gouv.fr>

Projet pour la création d'un réseau « Associations/Hôpital Saint Louis . Personnes en situation de vulnérabilité sociale », Espace Éthique AP-HP

SUZANNE Olivier URCAM Nord Pas De Calais. Note de cours ENSP 23 avril 2002

Articles De Revue, Périodiques

DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ÉTUDES DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. Ministère de la santé et de la Solidarité. N° 141, octobre 2001, N° 152, janvier 2002

GELY D. Présidente de l'Association Nationale des Infirmiers Généraux. *Les cahiers de l'ANIG*. N°4.premier semestre 2002.p.4

TONNEAU D. L'hôpital et l'organisation. *Gestions hospitalières* n°342. janvier 1995.pp 32-37.

UNION HOSPITALIÈRE RÉGIONALE D'ÎLE DE FRANCE. *Revue hospitalière de France*. N° 6 novembre-décembre 1995 p.628

ANNEXES

Annexe 1 Grille d'entretien exploratoire

Annexe 2 Guide d'entretien

ANNEXE 1

Grille Entretien Exploratoire Février 2002

- 1- Quel est le type population qui arrive aux urgences de votre établissement ?
- 2- Les problèmes de ces personnes relèvent-ils du champ médical ou du champ social ?
Pouvez-vous estimer la proportion des personnes pour lesquelles la problématique sociale est prépondérante ?
- 3- Disposez-vous de moyens pour prendre en compte cette problématique sociale ?
- 4- Connaissez-vous les dispositifs sociaux capables de répondre à leurs problèmes ?
- 5- Est ce que cette information facilite le désengorgement des services d'urgences et l'orientation des patients ?
- 6- Est ce que les PASS sont isolées des services d'urgences ?
- 7- Est ce que les services d'urgences désinvestissent les soins aux personnes démunies ?
- 8- Avez-vous pensé à une autre forme d'action qui faciliterait le désengorgement ou qui éviterait cet afflux de patients démunis aux urgences ?
- 9- Pensez-vous pertinent de relier dans la même problématique l'engorgement des services d'urgences et l'afflux des populations démunies ? Ce lien est-il fort ? Représente-t-il seulement un élément d'un ensemble plus complexe et si oui quels sont les autres facteurs ?
- 10- Pensez-vous que l'hôpital doit remplir une mission sociale d'accueil ?
- 11- Quelles sont les caractéristiques des personnes en situation de précarité, si vous aviez à les définir, les décrire que mettriez vous en avant, quels sont leurs points communs, qui sont-ils ?
- 12- Quelles sont leurs attentes, celles auxquelles vous pouvez répondre et celles qui dépassent les possibilités du service, pour lesquelles vous n'êtes pas missionnés ?
- 13- Y a t-il des besoins auxquels vous souhaiteriez répondre mais pour lesquels vous ne disposez pas de moyens ? Quels seraient ces moyens ? Y a t-il des solutions simples qui pourraient améliorer l'accueil de ces personnes ? pourquoi sont-ils difficiles à mettre en place,
- 14- L'établissement dispose-t-il de lits d'hébergement temporaire ? Sont-ils utilisés quels problèmes posent-ils ?
- 15- Comment coordonnez-vous vos actions avec le service social concrètement ?
- 16- A qui adressez-vous les personnes en situation de précarité, avez-vous des liens avec la municipalité

- 17- Est-ce que les PASS et les PRAPS remplissent leurs fonctions d'information sur l'organisation des solutions sociales aux problèmes des populations démunies aux intervenants des urgences ?
- 18- Pensez-vous que les réseaux sont la solution aux problématiques sociales des patients qui sont admis aux urgences ou bien n'y aurait-il pas des solutions internes à l'hôpital de quel ordre sont ces solutions
- 19- Dans quelles actions, domaines l'infirmière générale peut-elle s'impliquer pour participer à l'amélioration de la prise en charge de la précarité aux services des urgences
- 20- Le projet de votre service intègre-t-il la permanence d'accès aux soins de santé, en avez-vous discuté avec l'infirmière générale et le président de la CME
- 21- Pensez-vous que les compétences seraient spécifiques à ce type d'accueil, y-a-t-il une infirmière formée à ce type de patients
- 22- Les soignants confrontés aux problèmes de précarité sont-ils accompagnés pour ce type d'accueil : formation ou supervision ou
- 23- Une liste des partenaires des soins est-elle établie et portée à la connaissance des soignants des urgences
- 24- Avez-vous rencontré à l'occasion de réunions sur le thème de la précarité des partenaires s'occupant des personnes en difficulté sociale, combien de réunions ont été suscitées
- 25- Une procédure d'accueil des personnes en précarité est-elle rédigée dans votre service
- 26- Quels sont les moyens dont disposent les soignants ou le service social pour rencontrer les partenaires et entrer en contact avec eux : bureau particulier, téléphone, temps de déplacement(disponibilité du service), véhicule, informatique
- 27- La difficulté des patients à formuler une demande de soins, comment la résolvez-vous
Quels sont les dysfonctionnements du système hospitalier qui vous semblent les plus préjudiciables à la bonne prise en charge des populations démunies ?

ANNEXE 2

Guide d'entretien Mai 2002

Thèmes : Questions permettant de relancer l'entretien

Représentations de la précarité

1. Quel est le type de population qui arrive aux urgences de votre établissement ?
Quelles sont les pathologies prévalentes ?
2. Quel est le nombre de passages aux urgences par jour/par an ?
3. Comment décririez-vous la population précaire, quels sont les points communs des personnes en situation précaire ?
4. Par qui sont-elles adressées ?
5. Les problèmes de ces personnes relèvent-ils du champ médical ou du champ social ? Pouvez-vous estimer la proportion des personnes pour lesquelles la problématique sociale est prépondérante ?
6. Pensez-vous pertinent de relier dans la même problématique l'engorgement des services d'urgences et l'afflux des populations démunies ? Ce lien est-il fort ? Représente-t-il seulement un élément d'un ensemble plus complexe et si oui quels sont les autres facteurs ? Est-ce que les services d'urgences désinvestissent les soins aux personnes démunies ?
7. Quelles sont leurs attentes, celles auxquelles vous pouvez répondre et celles qui dépassent les possibilités du service, pour lesquelles vous n'êtes pas missionnés ?

Organisation des soins et moyens

8. le cadre infirmier prend-t-il en compte la précarité dans l'organisation du travail et des soins en particulier organisation de l'équipe pluridisciplinaire
9. La CMU est-elle initiée à partir des urgences (réponse du bureau des entrées : pas seulement, aussi dans les autres services)
10. Disposez-vous de moyens pour prendre en compte cette problématique sociale ?
11. Avez-vous pensé à une autre forme d'action qui faciliterait le désengorgement ou qui éviterait cet afflux de patients démunis aux urgences ?
12. Y a-t-il des besoins auxquels vous souhaiteriez répondre mais pour lesquels vous ne disposez pas de moyens ? Quels seraient ces moyens ? Y a-t-il des solutions simples qui pourraient améliorer l'accueil de ces personnes ? pourquoi sont-ils difficiles à mettre en place,
13. Comment coordonnez-vous vos actions avec le service social concrètement ?

14. Une procédure d'accueil des personnes en précarité est-elle rédigée dans votre service
15. Quels sont les dysfonctionnements du système hospitalier qui vous semblent les plus préjudiciables à la bonne prise en charge des populations démunies ?

Dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale (PRAPS, PASS, réseaux, filières)

16. Est-ce que les PASS et les PRAPS remplissent leurs fonctions d'information sur l'organisation des solutions sociales aux problèmes des populations démunies aux intervenants des urgences ?
17. Est-ce que cette information facilite le désengorgement des services d'urgences et l'orientation des patients ?
18. Est-ce que les PASS sont isolées des services d'urgences ?
19. A qui adressez-vous les personnes en situation de précarité, avez-vous des liens avec la municipalité
20. Pensez-vous que les réseaux sont la solution aux problématiques sociales des patients qui sont admis aux urgences ou bien n'y aurait-il pas des solutions internes à l'hôpital de quel ordre sont ces solutions ?
21. Une liste des partenaires des soins est-elle établie et portée à la connaissance des soignants des urgences
22. Avez-vous rencontré à l'occasion de réunions sur le thème de la précarité des partenaires s'occupant des personnes en difficulté sociale, combien de réunions ont été suscitées

Compétence, qualification, formation

23. Quel temps est consacré à chaque personne en moyenne, quelle proximité sentez-vous entre elle et vous ? Reste-t-il un étranger ?
24. Identifiez-vous des difficultés des soignants dans la prise en charge des personnes en situation de précarité ?
25. Pensez-vous que les compétences seraient spécifiques à ce type d'accueil, y-a-t-il une infirmière formée à ce type de patients
26. Les soignants confrontés aux problèmes de précarité sont-ils accompagnés pour ce type d'accueil : formation ou supervision ou autres ?
27. Des formations spécifiques sont-elles programmées par rapport à la précarité et à la santé publique ?
28. Quels sont les moyens dont disposent les soignants ou le service social pour rencontrer les partenaires et entrer en contact avec eux : bureau particulier, téléphone, temps de déplacement (disponibilité du service), véhicule, informatique

Politique, stratégie, projet

29. l'établissement a-t-il prévu des lits d'hébergement

30. La précarité figure-t-elle dans le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins ?

31. Le projet de votre service intègre-t-il la permanence d'accès aux soins de santé, en avez-vous discuté avec l'infirmière générale et le président de la CME

Souhaits-attentes/ inquiétudes-craintes