

[texte](#)

[article](#)

## **Aspects éthiques de l'accueil aux urgences des personnes en situation de vulnérabilité sociale**

"Elles ont souvent acquis un surnom pendant leur parcours SDF, un changement d'identité qui ne les situe que par rapport à leur période de ?galère?. Leur identification nous paraît donc importante pour elles aussi, puisqu'elle leur permet de retrouver un Autre possible en elles-mêmes."

Par: Nathalie Vandeveld, Cadre infirmier, service des urgences, hôpital Saint-Louis, AP-HP /

Publié le : 17 juin 2003

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

### **Fichiers**

- [La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°12-13-14 \(1.07 Mo\)](#)

### **Poursuivre la réflexion**

*Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique , n°12-13-14, été-automne 2000. Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.*

Depuis mai 1999, des services d'urgences, des services sociaux, des consultations précarité de l'AP-HP ainsi que des associations, se retrouvent autour du problème de l'hébergement des personnes en situation de vulnérabilité sociale dans les services d'urgences, au sein de l'Espace éthique.

Les services d'urgences, structures qui assurent l'interface entre la ville et l'hôpital, sont ouverts de jour comme de nuit et accueillent toutes les personnes qui s'y présentent. Ils assurent les premiers soins et le lien avec les services hospitaliers ou la médecine de ville, lorsque les personnes ayant consulté nécessitent un suivi. Pour les personnes sans domicile, ce lien n'existe pas : nos unités sont référentes et assurent leurs suivis médicaux et sociaux.

Cet accueil nous incite quotidiennement à nous interroger sur les missions de l'hôpital auprès des populations sans domicile. Les soins étroitement liés à leurs conditions de vie ne peuvent être pertinents que si nous prenons en compte ce contexte. Les équipes sont alors partagées entre deux positions : considérer que les soins effectués, leur mission est terminée ou décider d'assumer un manque de continuité en permettant un accueil et donc un hébergement au sein des unités. Nous avons établi une analyse des conditions d'accueil et de travail dans nos unités.

## **L'hébergement des personnes dans nos unités**

Les personnes accueillies ne sont pas obligées de quitter l'unité tôt le matin, comme c'est le cas dans les centres d'hébergement d'urgence. On leur reconnaît la possibilité de rester dans le service ou dans l'hôpital en journée : elles peuvent manger, se laver ou être soignées au sein même de nos unités. Notre disponibilité structurelle et humaine est permanente. Nous pouvons accueillir jour et nuit toute l'année. Le personnel assure une présence tierce qui permet de garantir une sécurité relative en gérant l'agressivité physique et verbale entre les personnes accueillies.

Les personnes hébergées gardent une grande autonomie compatible avec leur statut précaire. Peu de contraintes leurs sont imposées. Au sein de nos unités, elles perdent l'anonymat de la rue. Elles sont connues par leur nom, leur histoire et établissent des relations avec le personnel ; cela favorise une relation privilégiée.

## **Les difficultés d'une pratique différente**

On observe un sentiment d'insécurité et une peur de l'agressivité, ressentis par les personnels des services d'urgences. Les violences physiques ou verbales y sont fréquentes. Nos services sont ouverts de toutes parts. Alcool, armes (couteaux, cutters, bâtons, etc.) circulent sans possibilité réelle de contrôle. Nous ne sommes pas formés et préparés à accueillir cette population. Chacun fait selon ses convictions, de telle sorte qu'on constate un manque de cohérence relatif au travail à effectuer dans les équipes et entre les différents services d'urgences. Par ailleurs, les directives reçues par chaque unité ne sont pas identiques : dans quelques hôpitaux, des repas sont prévus par l'institution pour nourrir les personnes accueillies, dans les autres rien.

Certaines personnes disposent de moyens financiers suffisants pour assumer un logement. Dans ce cas, le Samu social de Paris ne les accueille pas. D'autres refusent d'être conduites ailleurs.

Nous éprouvons le sentiment d'ancrer ces personnes dans une situation précaire : nous ne leur offrons aucune possibilité de réinsertion ; les conditions d'hébergement se réduisent aux

brancards disponibles, aux chaises de nos salles d'attentes ou directement à même le sol?

Nos services ne sont pas tous capables de leur assurer un suivi psycho-médico-social de jour et aucun de nuit, période où nous accueillons le plus de personnes sans domicile.

L'accueil, tel qu'il nous est demandé de l'effectuer actuellement, est perçu comme relevant davantage de la charité et de la culpabilité des personnels que d'un engagement professionnel et institutionnel. En l'absence d'un projet clairement défini, nous maintenons ces personnes dans notre institution en situation d'assistés chroniques, ce qui rend à terme nos actions préjudiciables à leur égard.

De fait, depuis plusieurs années, la situation se dégrade dans nos unités. La circulaire ministérielle n° 335 du 31 mars 1988 a fait de l'hébergement dans nos unités un recours possible. Les demandes se sont multipliées sans que nous ayons les moyens et la formation pour y répondre. Une grande partie des demandes d'hébergement sont faites en fin d'après-midi ou de nuit, périodes où notre institution ne dispose plus de travailleurs sociaux présents et où notre seul relais la nuit, le Samu social, ne se déplace qu'à la demande de la personne hébergée. Elle se refuse le plus souvent à effectuer cette démarche. Les lignes téléphoniques du 115 sont par ailleurs régulièrement saturées jusqu'au milieu de la nuit.

Les demandes d'hébergement faites de jour nous demandent parfois plusieurs heures de démarches téléphoniques, les cadres des unités n'étant dès lors plus disponibles pour les autres activités des services.

Nous avons souhaité réaliser ensemble une base référentielle indicative, pour accueillir et soigner les personnes en situation de vulnérabilité sociale dans nos unités en précisant les modalités d'accueil de ces personnes. Celles-ci étant laissées à la libre appréciation de chacun, nous constatons des disparités importantes dans l'accueil et les soins réalisés ainsi qu'un malaise des personnels quant au rôle qui leur était dévolu.

Il nous paraissait d'autre part important de préciser notre engagement hospitalier auprès de ces personnes.

Nous ne souhaitons pas créer un cadre de soins obligatoire ou contraignant. Le soin demeure avant tout un rapport entre deux individus, soignant et soigné, dont la richesse et la variété sont à préserver.

Les points abordés dans cet article peuvent servir de base de réflexion pour permettre un débat dans les unités afin que chacun précise ses positions et ses décisions. Nous souhaitons, à terme, promouvoir au sein des équipes le sentiment que nos actions sont en cohérence avec nos missions de soignants.

## **Aspects administratifs**

Les personnes hébergées sont rarement enregistrées sur nos bases informatiques Gilda. Il nous semble important d'effectuer cet enregistrement pour de multiples raisons.

Tout d'abord, afin de disposer d'un outil d'analyse rétrospectif concernant la présence de ces personnes, tant pour permettre un éventuel suivi médical que pour évaluer la réalité de leur présence dans nos unités. Les rixes étant fréquentes, nous sommes confrontés à la nécessité de soigner en urgence des personnes dont nous ne connaissons pas l'identité, alors qu'elles fréquentent nos unités sur des périodes souvent importantes : de plusieurs mois à plusieurs

années.

Identifier les personnes permet d'autre part de travailler dans la sérénité : n'étant plus dans un no man's land, connues nominativement, leur présence est constatée comme étant plus sereine dans nos unités. L'enregistrement Gilda permet à ces personnes de retrouver leur nom dans leur rapport à l'autre. Elles ont souvent acquis un surnom pendant leur parcours SDF, un changement d'identité qui ne les situe que par rapport à leur période de ?galère?. Sans enregistrement Gilda, cette identité est souvent la seule que nous connaissons puisqu'elles refusent souvent de nous donner l'autre. Leur identification nous paraît donc importante pour elles aussi, puisqu'elle leur permet de retrouver un Autre possible en elles-mêmes.

Identifier dès l'accueil les besoins de régularisation de papiers, au niveau social et/ou administratif (Sécurité social, R.M.I., retraite, C.O.T.O.R.E.P. etc.), peut enfin faire l'objet d'un relais en journée avec le service social de l'hôpital. Rappelons ici les difficultés incompressibles liées à l'absence de service social de nuit.

## **Besoins médicaux aux urgences**

La situation médicale des SDF relève, à pathologie identique, d'une approche différente de celle du reste de la population. Les risques de complication sont majorés, les aspects psychiatriques souvent présents et les soins difficiles à assurer jusqu'à la guérison.

L'infirmière d'accueil et d'orientation (I.A.O.) évalue systématiquement les besoins de soins de ces personnes. Nous avons noté à plusieurs reprises, au cours de nos échanges, que les situations d'isolement et de marginalité que vivent ces personnes les laissent sans capacité de verbaliser des demandes. Il semble important de s'assurer que leur présence dans nos services ne témoigne pas de besoins de soins qu'elles ne seraient plus capables d'exprimer. Ce passage par l'I.A.O. peut permettre d'identifier la nature de leurs attentes : soins médicaux, hébergement, besoin relationnel, etc., pour envisager une orientation et des actions plus pertinentes.

Selon les besoins identifiés, une consultation médicale est proposée. La pertinence de cette dernière reste à évaluer par la personne elle-même. L'obligation aux soins n'est pas retenue, par respect de la liberté de choix et de décision qui semble importante à préserver pour cette population afin de préserver un climat relationnel non conflictuel. Nous souhaitons, à terme, l'acceptation des soins par la personne elle-même. Les urgences vitales ne peuvent faire l'objet de cette restriction, la personne n'étant pas en état de juger alors de ses besoins de soins. Certaines unités ont fait le choix d'une consultation médicale systématique, quelle que soit la volonté de la personne concernée. Ce choix est motivé par notre positionnement comme structure de soins et par l'obligation légale à une auscultation médicale pour toute personne qui se présente aux urgences. Les soins médicaux qui font l'objet d'une demande par ces personnes, sont à traiter en priorité. Nous constatons leur incapacité d'attendre et donnons priorité aux soins à pratiquer. Nous voulons limiter ainsi le risque de départ lié à une attente considérée souvent comme un refus de soins.

L'importance de ces soins est à considérer pour la personne concernée mais aussi en terme de santé publique : cette population étant porteuse d'infections à germes multirésistants dues à des traitements mal suivis. Les soins assurés dans nos unités peuvent permettre de faire le point au niveau médical et d'inciter à un suivi.

L'orientation sur des consultations ?précarité? ne peut souvent être envisagée qu'après des soins et une mise en confiance dans notre unité. Nous restons, malgré nos efforts et pour la plupart d'entre eux, la structure de soins référente.

Notre questionnement, aujourd'hui, est de savoir si nous devons entériner cette situation et prendre les mesures qui en découlent ou si nous poursuivons nos efforts d'orientation sur ces consultations ?précarité?.

Nous constatons la nécessité de garder un vestiaire, attitude que nous avons tous déjà adoptée. Les soins pour les poux, la gale, les pansements, etc. étant inefficaces sans vêtements propres et chaussures à proposer. Nous avons abordé l'importance de leur restituer les vêtements personnels ? même sales, dans un sac plastique avec des produits traitant le parasite si besoin : ils représentent souvent leurs seuls biens et participent au sentiment d'appropriation qui leur est difficile de conserver par ailleurs.

Nous pouvons prodiguer les traitements de nuit, les week-ends et jours fériés et proposer une orientation sur une consultation précarité pour le suivi du traitement le reste de la semaine. Des liens plus étroits entre nos unités et les associations sont à envisager pour assurer une continuité des soins réalisés.

Nous rappelons aux personnes l'importance d'un suivi dans la prise des traitements. Les soins d'hygiène élémentaire, comme les bains, sont à aborder dans un cadre médical préventif. Les demandes de bains dits hygiéniques n'ont pas fait l'objet d'un consensus dans nos débats sur l'opportunité de leur réalisation dans nos unités.

## **Conditions de réinsertion aux urgences**

Nous observons l'importance de poser des règles de vie communes dans nos unités. Elles permettent le ré-apprentissage de comportements individuels au sein d'une collectivité. Nous notons donc la nécessité d'interdits comme l'absence d'objets contendants, d'alcool, de tabac, etc. Notre exigence allant parfois jusqu'au refus de maintenir parmi nous la personne qui transgresse ces interdits.

Il nous semble important de ne pas présenter cette mise à l'écart comme définitive afin de permettre aux personnes d'évoluer dans leur comportement et de leur laisser envisager comme possible une réintégration. Cette approche a l'intérêt de leur rendre ou de leur permettre de préserver une capacité d'acteur et de responsable de leur propre devenir.

Nous avons signalé lors de nos réunions, un sentiment de culpabilité de la part des personnels, ces derniers n'osant pas raccompagner les SDF dehors, lorsqu'ils ont des comportements agressifs ou inadaptés. Une réflexion sur les attitudes à adopter est préconisée dans chaque unité. De plus, une plus grande tolérance à leur égard entérinerait un statut marginal et de notre part une forme de mépris, puisque nous ne les penserions pas capables de s'inclure dans une collectivité avec les règles qui la sous-tendent.

Les rencontres avec nos partenaires associatifs, nous ont aussi appris que les moyens qu'ils mettent en ?uvre pour faire respecter les interdits sont plus importants que nous le pensions. Il convient que de notre côté aussi nous pensions les personnes capables de les observer, afin de leur renvoyer une image positive d'elles-mêmes et de les aider à ne pas baisser les bras. Une trop grande tolérance peut aussi représenter une forme d'intolérance vis-à-vis des

autres consultants. Certaines attitudes sont pour beaucoup choquantes et poussent à des sentiments de répulsion, de rejet ou de mépris. Elles peuvent devenir source d'intolérance et participer au cercle vicieux de l'exclusion.

Nous rappelons, lorsque c'est nécessaire, l'existence des consultations ?pansements? et ?précarité? et y orientons les personnes. Réintégrer les filières de soins normales, nous paraît essentiel pour permettre un suivi médical et social mais aussi pour réinscrire ces personnes dans un circuit qui soit celui du reste de la population. Le débat ici étant le même que celui abordé précédemment.

Cette orientation ne doit pas avoir un caractère impératif, si notre objectif vise à ce que le soin soit réalisé dans les faits.

Suivre un circuit institutionnel constitue en soi un signe d'intégration à un mode de fonctionnement autre, ce qui s'avère souvent très difficile.

- [Page précédente](#)
- [Page 1/3](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire