

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Hôpital de Rangueil
1, Avenue Jean-Poulhès
TSA 50032
31059 Toulouse Cedex 9

***PRENDRE SOIN DES PERSONNES SANS
DOMICILE FIXE VIEILLISSANTES***

***TRAVAIL DE FIN D'ETUDES CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT
D'INFIRMIERE***

AUDOIRE Claire

Promotion 2008/2011

Table des matières

I	Introduction	1
II	Partie Exploratoire	4
1	Recherche documentaire	4
1.1	Vivre « <i>sans domicile fixe</i> »	4
1.2	Etre « <i>âgé</i> » dans la rue	6
1.3	« <i>Prendre soin</i> »	8
1.4	Cadre législatif	9
2	Enquête de terrain	10
2.1	Choix de la méthode d'enquête	10
2.2	Analyse des entretiens	11
3	Synthèse et reformulation de la question de départ	12
III	Partie Théorique	13
1	Le <i>savoir</i> : comprendre « <i>cet étrange patient</i> »	13
2	Le <i>savoir-être</i> : une rencontre de l'humain	16
3	Le <i>savoir-faire</i> : vers une relation de confiance	18
4	Synthèse et émergence de la question de recherche	21
IV	Limites et perspectives	22
V	Conclusion	23

Remerciements

Je souhaite remercier ici les professionnels de terrain qui m'ont accordé du temps pour partager leurs savoirs et leurs expériences,
mes proches et amis pour m'avoir soutenu durant ce travail de fin d'études,
ainsi que les personnes sans domicile fixe que j'ai côtoyé, dans les services de soins ou ailleurs, qui ont nourri ma réflexion tout au long de ce travail.

« ... il jeta autour de lui un regard d'angoisse, d'être perdu qui ne sait plus où cacher son corps, où reposer sa tête, qui n'a pas un abri par le monde. »

Le Vagabond, Maupassant

Première partie

Introduction

Ce travail est l'aboutissement d'une année de recherche sur le sujet de la prise en soin des personnes sans domicile fixe.

J'ai tout d'abord été interpellée, en tant que citoyenne, par des situations de vie. Comment une personne, à un moment de son parcours, va se trouver dans une situation telle qu'elle n'aura pas d'autre choix que de vivre dans la rue ? Quelles aides a-t-elle à sa disposition ? Quelles sont les mesures politiques envisagées et quels moyens sont mis en place pour « sortir » les personnes de la rue ? Comment notre société gère-t-elle ces personnes à la marge ?

A travers discussions, livres, reportages et faits divers, j'ai trouvé quelques éléments de réponse mais aussi beaucoup de questionnements supplémentaires. Peut-on regrouper toutes les personnes « sans domicile fixe » sous la même terminologie ? Peut-on apporter une seule et même réponse à la problématique de la précarité, alors que les situations de vie des personnes vivant dans la rue sont uniques ?

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai rencontré des patients sans domicile fixe et pu appréhender avec une vision soignante la problématique de la grande précarité. Ces situations m'ont amenée à réfléchir sur mes représentations et ma pratique professionnelle quotidienne. Comment adapter les soins en fonction de ces patients, tout en respectant les contraintes hospitalières ? Quelle est la place et le rôle de l'infirmier auprès de cette population ? Quel est le devenir de ces personnes vieillissant dans la rue ?

Pour tenter de répondre à certaines de ces interrogations, j'ai décidé d'orienter mon travail de recherche sur ce sujet.

Dans un premier temps, j'énoncerai deux situations qui m'ont particulièrement interpellée, puis, à partir de celles-ci, je dégagerai une première question de départ. A travers les lectures et les entretiens auprès de professionnels de terrain, je tenterai de définir les contours de mon sujet : que veut dire être « sans domicile fixe » et âgé aujourd'hui ? En quoi se questionner sur le prendre soin de cette population spécifique a-t-il un intérêt dans la pratique infirmière ? Dans un second temps, je développerai les concepts et compétences liés à cette problématique qui me permettront d'aller vers une question de recherche.

Constat

En deuxième année de formation en soins infirmiers, lors de différents stages, j'ai eu l'occasion de rencontrer des patients en très grande précarité et vivant dans la rue ou dans des foyers d'hébergement d'urgence. Face à ces situations de soin et de vie aussi riches que complexes, de nombreux questionnements ont émergé et m'ont poussée à approfondir mes recherches sur le sujet par de multiples lectures. C'est au travers de situations vécues, l'une aux urgences et l'autre dans un service hospitalier, que j'ai décidé d'orienter mon travail de fin d'études sur ce sujet.

La première situation se déroule dans un service d'urgences. M. L, la cinquantaine passée, a été amené par les pompiers à deux reprises lors de mon stage pour des chutes sous l'emprise de l'alcool avec suspicion de perte de connaissance. M. L est un habitué du service : il connaît les procédures de prise en charge, le fonctionnement du service et le personnel. Ayant un hématome et des douleurs à l'épaule droite suite à sa chute, M. L doit passer une radio et s'impatiente : il voudrait un café, fumer et sortir le plus vite possible car il «ne comprend pas ce qu'il fait ici». Les infirmières négocient : d'accord pour la cigarette mais il doit revenir vite car les brancardiers viennent le chercher. M. L s'apaise, accepte les soins et les examens, et sortira dans l'après-midi, avec l'équipe mobile sociale que le service a prévenu. En discutant de cette situation avec les soignants du service, je fais plusieurs constats. Premièrement, ces patients reviennent fréquemment et souvent pour les mêmes causes, ce qui m'amène aux interrogations suivantes : comment le mode de vie de la rue, l'âge et l'état de santé de la personne influent-ils sur la fréquence de ces hospitalisations et dans quelle mesure la prévention a-t-elle un impact sur celle-ci ? Deuxièmement, les équipes expriment leurs difficultés à gérer ces patients : ils ne veulent souvent pas rester, sont parfois amenés sans demande explicite de leur part et ne comprennent pas toujours pourquoi ils sont là. Leurs besoins ne semblent pas les mêmes que ceux des autres patients et les règles du lieu leur paraissent difficiles à respecter. Comment concilier les attentes de ce public avec les contraintes de prise en charge dans le service ? Quelles compétences l'infirmière doit-elle développer pour prendre en soin ces patients de la manière la plus adaptée possible ? Enfin, une fois l'urgence traitée, que se passe-t-il ?

Grâce au stage que j'ai effectué dans une structure accueillant à temps plein des personnes en situation de grande précarité nécessitant des soins ou ayant besoin d'une mise à l'abri temporaire de la rue, j'ai pu aller plus loin dans ma réflexion, répondre à certaines interrogations et en développer d'autres.

La deuxième situation concerne M. S, plus de 70 ans, cheveux et barbe blanche. Il se déplace difficilement, souffre de nombreuses pathologies associées et semble bien plus âgé que ne l'indique sa carte d'identité.

Dans la rue depuis de nombreuses années, il est bien connu du service où il fait régulièrement des «séjours de repos». Son état de santé se dégradant, il ne peut plus vivre de façon autonome dans la rue. L'équipe a tenté de mettre en place des projets de placement en maison de retraite mais celle-ci se trouve confrontée à plusieurs problématiques : la difficulté de trouver un lieu adapté à l'état de santé et aux habitudes de vie de M. S, le manque de place en institution, les difficultés de financement et surtout le refus de M. S. Après quelques jours de repos, M. S présente une décompensation respiratoire et est amené aux urgences, la structure l'accueillant n'ayant pas les moyens médicaux de le prendre en charge sur place. Il sera transféré dans une maison de repos médicalisée où il décèdera quelques jours plus tard. L'enterrement aura lieu sur place, rapidement, sans la présence de ses amis et des personnes qui l'ont accompagné durant sa vie.

Mes questionnements sont alors multiples. Comment prendre en charge globalement cette population qui mêle les pathologies du vieillissement et celles de la vie dans la rue ? Presque trop jeunes pour aller en maison de retraite mais trop usés pour correspondre à un projet de réinsertion, vers quelle structure les orienter pour les mettre à l'abri de la rue ? A partir de quel âge devient-on "vieux" quand on est sans domicile fixe ? Est-ce l'âge qui définit le vieillissement ou la perte d'autonomie progressive ? Comment comprendre les besoins spécifiques quand la demande n'est pas explicite ou souvent absente ? A travers cette situation, je me suis également questionnée sur l'accompagnement de la fin de vie de la personne âgée dans la rue. Comment aurait-on pu éviter qu'il ne soit enterré seul ?

A partir de ces deux exemples, l'un relevant d'un problème aigu dans une structure de soin non spécifique et l'autre d'une prise en charge sur le plus long terme dans un service adapté à cette population, je me pose la question de départ suivante : **quelle est la prise en soins infirmière d'un patient âgé sans domicile fixe ?**

Deuxième partie

Partie Exploratoire

Pour mieux comprendre le sujet et m'orienter vers des pistes de réflexion pertinentes, il m'est apparu nécessaire d'explorer les termes clés retenus dans ma question de départ. De quel patient parle-t-on ? Dans quel contexte ? En quoi la question de la prise en soins des «sans domicile fixe» a-t-elle un intérêt dans l'exercice de la profession infirmière ?

Dans un premier temps, j'ai tenté d'amener des éléments de réponses à travers différentes lectures sur ce sujet. Puis, dans un second temps, j'ai enrichi ces apports théoriques par des entretiens avec des professionnels de terrain. Ces deux phases constitueront le travail exploratoire nécessaire au dégagement de concepts pertinents pour le sujet abordé.

1 Recherche documentaire

1.1 Vivre « sans domicile fixe »

*“Sans Dénomination Fixe”*¹ Nombre de termes tentent de délimiter les contours flous d'une population aux problématiques aussi différentes que les individus qui la composent. En effet, en 2001, une enquête INSEE², révèle des profils bien différents regroupés sous le terme « sans domicile fixe » : hommes et femmes seuls, avec ou sans emploi, jeunes, couples, réfugiés, exclus du système psychiatrique... Pour RULLAC S. (éducateur spécialisé et sociologue), « *en privilégiant cette approche globalisante, nous définissons une population en fonction de la norme qu'elle transgresse (l'absence de toit)* »³ et donnons davantage d'information sur ce qu'est un « Avec Domicile Fixe » que sur la réalité des personnes sans logement.

Quel terme faut-il donc utiliser ? Pour DECLERCK P. (anthropologue et psychanalyste) qui les appelle « *“clochards” parce qu'il faut bien leur donner un nom* »⁴ l'important n'est pas le terme employé mais plutôt la raison de cette volonté de « *hiérarchiser, ranger, botaniser* » : « *Combattre enfin à l'aide de spécieuses catégories, la sourde et angoissante anomie de ce milieu* »⁴. Dans le rapport « *La santé des personnes sans chez soi* »⁵, le terme de « sans chez soi » est préféré à la terminologie « sans domicile fixe » : « *La question du « chez soi » renvoie à la citoyenneté [...] et à l'accomplissement d'une vie pleine et entière, et pas seulement à la protection contre les intempéries ou à des logiques de survie* »⁵.

1. QUESEMAND-ZUCCA S. *Je vous salue ma rue : clinique de la désocialisation*. Paris : Stock, 2007. 186 p. Un ordre d'idées. p20.

2. MARPSAT M., FIRDION J-M., ARBONVILLE D. et al. *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans domicile et les mal logés dans les années 1990*, Paris : INED, 2000. 413 p. Travaux et documents 144.

3. RULLAC S. Abandonner la question SDF. *Actualités Sociales Hebdomadaire*, 5 Décembre 2008, n°2585, pp. 31.

4. DECLERCK P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001. 458 p. Terre Humaine. p12

5. GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Novembre 2009. 207p.

D'après un sondage réalisé en 1994 auprès de sans domicile fixe⁶, à la question : « Parmi les noms suivants, quels sont ceux qui, selon vous, vous définissent le mieux ? » 53% ont répondu « sans domicile fixe ». C'est donc ce terme que nous retiendrons pour la suite de ce travail (l'abréviation SDF ou la terminologie « sans domicile fixe » seront utilisées indifféremment).

Cependant, « cette terminologie essentiellement privative »⁷ ne semble pas non plus satisfaisante : elle inscrit l'identité du sujet dans un manque, dans l'absence d'un repère fondamental « et c'est dans cette absence et par cette absence signifiante que celui-ci se voit désigné »⁷ et non par ce qu'il est.

Que désigne-t-on alors par « sans domicile fixe » ? Pour l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), « une personne est dite sans domicile un jour donné si, la nuit précédente, elle a eu recours à un service d'hébergement ou elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ».

Chiffres Il n'existe pas ou peu d'enquêtes fiables sur le territoire français pour recenser la population SDF. Au delà des difficultés techniques de ce recensement, s'est posé le problème de la définition : « qu'appelle-t-on un sans domicile fixe (...), cherche-t-on à en connaître le nombre à un moment donné, à savoir combien ont connu cette situation sur, par exemple, une année, ou combien sont restés dans cette même situation pendant toute l'année ? »⁸.

Lors de la première enquête à échelle nationale menée par l'INSEE en 2001, l'étude avait établi que 86 500 personnes (dont 16 000 enfants) avaient « soit eu recours à un service d'hébergement, soit dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) »⁹ la veille de l'enquête et « environ 800 000 personnes auraient connu par le passé au moins un épisode de vie sans domicile personnel »¹⁰. Le parti pris de ne pas comptabiliser les personnes n'ayant pas recours aux services d'aide, ni celles vivant dans des agglomérations de moins de 20 000 habitants a fait l'objet de critiques.

Plus récemment, à partir des résultats de l'enquête Logement réalisée en 2006, l'INSEE estime à 133 000 le nombre de personnes SDF, dont 33 000 sans abri ou hébergées pour des durées très courtes en France¹¹.

6. Sondage CSA pour les journaux La Croix et La Rue, en collaboration avec la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (Fnars) sur un échantillon de 493 personnes hébergées en Centre d'Hébergement d'Urgence et en Centre D'Hébergement et de Réinsertion Sociale, de plus de 18 ans.

7. BERTRAND V. Des mots à la parole : une tentative de reconstruction du lien social chez les personnes sans domicile fixe. *Connexions*, Février 2002, n°78, pp. 111-120.

8. MARPSAT M., FIRDION J-M., ARBONVILLE D. et al. *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans domicile et les mal logés dans les années 1990*, Paris : INED, 2000. 413 p. Travaux et documents 144.

9. Enquête « sans-domicile » 2001, Insee.

10. Enquête Santé de l'INSEE de 2002-2003

11. BRIAND P., DONZEAU N. Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. *Insee première*, n° 1330, janvier 2011.

Une problématique de santé publique Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique intitulé « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* » souligne le lien entre la précarisation et la dégradation de la santé physique des personnes SDF. Les conditions de vie dans la rue (le climat, la mauvaise alimentation et hygiène, le stress...) fragilisent la personne et augmente la prévalence de pathologies touchant l'ensemble de la population ¹². Dans une enquête auprès des personnes abritées sous les tentes parisiennes de Médecins du Monde ¹³, la moitié des personnes rencontrées a déclaré avoir un problème de santé et parmi celles-ci, 63 % ont dit ne pas se soigner ou avoir attendu de ne plus supporter la douleur. Ce recours tardif aux soins explique la gravité des affections dont souffre cette population, mais aussi la fréquence des hospitalisations en urgence : en 2000, « *un sans domicile fixe sur trois a été hospitalisé au moins une nuit au cours de l'année passée, soit trois fois plus souvent que l'ensemble de la population* » ¹⁴. Les pathologies psychiatriques sont aussi plus nombreuses : en 1997, une étude estimait que 57% des personnes SDF souffraient de troubles mentaux. Les polypathologies physiques et psychiatriques entraînent un vieillissement prématuré de cette population, et posent la question du handicap et de la dépendance à des âges plus précoces que pour la population générale : « *Il y a donc en France des vieillards de 50 ans. Des grabataires de 60 ans* » ¹⁵. De décembre 2010 à mai 2011, le collectif « *Les Morts de la Rue* » a recensé 253 personnes SDF décédées dans la rue ou des conséquences de la vie dans la rue, avec une moyenne d'âge de 51 ans, en France.

1.2 Etre « âgé » dans la rue

Malgré une espérance de vie faible, la création du SAMU Social de Paris (1993) et les associations sur le terrain améliorant la qualité de vie ont permis aux SDF de vieillir ¹⁶. Ainsi, d'après l'enquête de l'INSEE de 2001, parmi les adultes SDF recensés en France, 18 % sont âgés de plus de 50 ans.

Le vieillissement précoce dans la rue Nous avons vu précédemment que le cumul des pathologies et les conditions de vie dans la rue accélèrent le processus de vieillissement des personnes SDF. Il ne semble donc pas pertinent ici de définir la vieillesse par le critère de l'âge : « (...) évaluer l'âge des SDF est une autre affaire. Les indices sont faussés. Quelques semaines passées à la rue peuvent les avoir vieillis de dix ou vingt années. Leur âge biographique est, de ce fait, nettement plus avancé que leur âge biologique (...) » ¹⁷.

12. Annexe I.

13. A défaut d'un toit, une toile de tente, Médecins du Monde, décembre 2006. www.medecinsdumonde.org.

14. DE LA ROCHÈRE B. *La santé des sans-domicile usagers des services d'aide*, Insee Première, N° 893 - AVRIL 2003

15. MOUGIN V., *Les SDF*, Volume 101 de Idées reçues, Le Cavalier Bleu, 2005

16. DE COURSON C. Quand les sans-abri vieillissent. *Soins Gériatrie*, Juillet/Août 2006, n°60, p 30-32.

17. ROUAY-LAMBERT S. La retraite des anciens SDF : Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite, *Les annales de la recherche urbaine*, Juin 2006, n°100, p137-143.

L'approche du concept de vieillissement de HESLON C. (maître de conférences en psychologie) semble ici intéressante : il décrit le vieillissement comme un équilibre compensant les pertes par des gains « *permettant, soit d'assimiler l'avancée en âge, soit de s'en accommoder* »¹⁸. La vieillesse, quant à elle, « *signe la fin de ces processus adaptatifs et de ces mécanismes compensatoires* ». C'est donc plutôt en terme de perte d'autonomie qu'il paraît approprié de parler de cette problématique : le terme « personne vieillissante » remplace celui de « personne âgée ».

Dans le parcours de vie d'une personne SDF depuis plusieurs années, il est également intéressant de noter que l'âge de soixante ans est un cap majeur : l'accès au statut de retraité entraîne une « *normalisation sociale* »¹⁹. Facteur parfois facilitant (mise en place du revenu fixe Minimum vieillesse, « (re)valorisation sociale »), il peut aussi être une source de difficultés, demandant des facultés d'adaptation parfois impossibles à mobiliser pour la personne (changement du référent social par exemple).

La question du devenir « *Mais moi je peux pas, je peux pas rester à la rue, c'est pas que je veux pas, ma santé ne me permet pas de rester à la rue* » FATI, 67 ans²⁰. La question du devenir de ces personnes « *pas assez malades pour une hospitalisation de longue durée, trop jeunes pour la maison de retraite et trop démunis pour accéder à un logement traditionnel* »¹⁷ se pose aujourd'hui dans notre société. Car malgré une perte d'autonomie ne permettant plus de vivre dans la rue, ces personnes « âgées » en situation de très grande précarité ne répondent souvent pas aux critères des maisons de retraite traditionnelles. N'étant plus, non plus, dans une problématique de réinsertion, vers quelles structures adaptées les orienter ? Des lieux d'accueils, encore trop rares, prenant en compte les problématiques liées à la fois à la vie dans la rue et au vieillissement, se développent en France : la maison relais Saint Martin²¹ créée en 1990 par le Groupe Amitié Fraternité (GAF), à l'initiative de pairs et de bénévoles ; l'unité Saint Roch de l'EHPAD Saint-Jean-De-Dieu à Marseille²² et la Maison d'Accueil Pour Personnes Âgées Marginalisées (MAPAM) de Dijon²³ en sont trois exemples.

18. HESLON C. Entre précarité sociale et vulnérabilité psychique. *Soins Gérontologie*, Juillet/Août 2006, n°60, p 16-17.

19. BOISSEAU S. Vieillesse et exclusion, un regard sur les SDF d'aujourd'hui. *Documents CLEIRPPA*. Cahier, n° 29, 2008, pages 27-30.

20. MANTOVANI J., ALBISSON A., RAFAÏ K. et al. Les "personnes sans logis" : "leur parole". Leur point de vue sur l'offre d'hébergement, de logement, d'insertion et de santé, Orsmip, Décembre 2009. 44 p.

21. Accueil des personnes en perte d'autonomie et en grande difficulté dans un logement durable, semi communautaire et avec pour objectif une réadaptation progressive à la vie quotidienne.

22. QUARANTE O., Un havre pour les SDF âgés, *L'infirmière magazine*, n°266, Novembre 2010, p34-35.

23. SOTOS J-C. Une MAPAM pour des SDF « vieux » (Dijon), *Documents-CLEIRPPA*, Cahier n°19, Juillet 2005, p 15-17.

1.3 « Prendre soin »

Lors de la formulation de ma question de départ, le terme de « prendre soin » s'est imposé naturellement. En avançant dans ce travail, l'utilisation de cette expression me semble de plus en plus évidente et appropriée. C'est pourquoi il m'apparaît important d'expliquer ce choix sémantique.

« Prendre soin » et « traiter » : deux approches du soin. Les anglo-saxons font une distinction par l'utilisation de deux mots différents, exprimant deux approches du soin : *to cure* (traiter) et *to care* (« prendre soin », « se soucier de »). Dans la langue française, SVANDRA P. (docteur en philosophie et cadre formateur) nous rappelle que le mot soin est polysémique : il renvoie, pour les soignants, à deux fonctions complémentaires : la fonction thérapeutique (guérir) et la fonction soignante (accompagner, répondre aux besoins). On retrouve cette double signification dans la mythologie grecque : « Asklépios avait deux filles, Panacée pour guérir, et Hygie pour protéger la santé, et donc la vie »²⁴. Le « prendre soin » ou « caring »²⁵ est un concept fondateur des soins infirmiers : le soin, en lien avec son étymologie francique « *bisuni* », répond au « *besoin, en tant que ce qui est nécessaire à l'existence* »²⁶, faisant écho aux quatorze besoins fondamentaux de HENDERSON V.

« Prendre soin » et « prendre en charge », deux expressions pour la même signification ? Pour HESBEEN W. (infirmier et docteur en santé publique), il ne faut pas confondre l'expression « prendre soin » et « prendre en charge » qui a une connotation « *objétisante et déresponsabilisante* »²⁷. En effet, l'emploi du mot « charge » introduit une notion péjorative de poids, de lourdeur de l'objet de soin. A l'inverse de la notion de « prendre en charge », « le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien être, de promouvoir sa santé »²⁸ HESBEEN W. appuie sur l'importance de la formulation au singulier de ce terme car cette « *attention particulière contenue dans le « prendre soin » ne peut, à chaque fois, qu'être unique* »²⁸ et « *concerne une personne dans la singularité de sa situation de vie* »²⁸. Il fait également la distinction entre « *le corps-objet ou corps que l'on a* » et « *le corps-sujet ou corps que l'on est* ». La médecine et les techniques de soins s'adressent au premier, tandis que le deuxième ne peut être maîtrisé par une approche systématique : il nécessite cette « *attention particulière* » et non des actes ou des propos généraux.

24. SVANDRA P. *Eloge du soin. Une éthique au coeur de la vie*. Paris : Seli Arslan, 2009. 284p. Perspective soignante. p 18.

25. WATSON J. (traduction française sous la direction de Josiane Bonnet) *Le caring. Philosophie et science des soins infirmier*. Paris : Seli Arslan, 1998. 317 p.

26. HONORE B. *Soigner, persévérer ensemble dans l'existence*. Paris : Seli Arslan, 2001. p. 39.

27. HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, p. 36.

28. HESBEEN W. *opus cité*. p. 8.

Du « prendre soin » au projet de soin « Prendre soin » d'une personne, c'est « *construire une relation et analyser les besoins (...) pour les satisfaire* »²⁹. C'est à travers la construction de cette relation comme partenariat qu'un projet de soin adapté va s'élaborer : « *La démarche professionnelle qui aboutit au projet de soin n'est pas celle qui consiste à tenter de se conformer, donc de réduire la situation de vie rencontrée, à telle ou telle théorie ou à tel ou tel modèle. Elle est celle qui prend du sens dans la vie d'une personne* »³⁰.

1.4 Cadre législatif

Au cours des siècles, la prise en soin des personnes démunies a évolué de façon considérable. Un rapide historique de la profession d'infirmière et quelques notions sur les missions de l'hôpital public nous permettront d'appréhender d'un point de vue législatif les obligations et dispositifs mis en place pour prendre en soin ces patients.

La profession d'infirmière : une « prise en soin » Historiquement, l'infirmière a une fonction de soins et d'assistance aux personnes les plus démunies.

D'abord religieux, le soin est basé sur la charité chrétienne et n'entre pas dans une logique économique. Ensuite « garde-malades », le rôle de soignant incombe à des personnes souvent illettrées, défavorisées, voire de « mauvaise vie » ; ce n'est qu'à partir du XIX^{ème} siècle avec les progrès rapides de la médecine que la profession d'infirmière requiert de nouvelles compétences techniques pointues, délaissant le « prendre soin » pour « *faire des soins* »³¹. L'infirmière a également un très fort rôle social qui sera repris par les assistantes sociales avec la disparition des infirmières visiteuses en 1938.

Avec la création du diplôme d'Etat d'infirmier (1951), les décrets sur les actes professionnels relevant des compétences de l'infirmière, la reconnaissance du rôle propre (1978) et les différents écrits et recherches en soins infirmiers, l'évolution de la profession tend vers une approche holistique de la personne, quelle que soit son origine, ses ressources (affectives, familiale, financière) et ses conditions de vie. En effet, l'infirmière doit « prendre en soin » le patient « *dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles.* »³²

29. TISON B., HERVÉ-DÉSIRAT E. *Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris : Masson, 2007. 247 p. Medical.

30. HESBEEN W. Le caring est-il prendre soin ? *Revue Perspective soignante*, n°4. Ed. Seli Arslan, Paris 1999.

31. HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Ed Masson, 1997.

32. Art R4311-2 du code de la santé publique relatif à la profession d'infirmière.

Les missions de l'hôpital au regard des personnes en situation de précarité Au-delà de la seule profession infirmière, le système de santé français entier a une obligation de prise en charge médico-sociale des personnes en situation de précarité.

La mission de service public de l'hôpital pose l'accès aux soins pour tous comme un droit fondamental de l'usager. En effet, l'hôpital public doit accueillir toute personne nécessitant des soins préventifs ou curatifs sans discrimination aucune (article L6112-1 du Code de la Santé Publique, cf. annexe III).

Les nombreuses actions mises en place pour permettre la prise en charge des personnes en situation de précarité (La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, la Couverture Maladie Universelle (loi du 29 juillet 1999), les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, l'ouverture de « Lits Halte Soins Santé », la mise en place du réseau Santé Précarité, etc.) montrent bien toute l'importance de la question de la précarité en matière de santé publique.

2 Enquête de terrain

Si les multiples lectures sur le sujet m'ont aidée à délimiter les contours de ma question de départ, c'est par les entretiens avec des professionnels que j'ai pu enrichir mon questionnement.

2.1 Choix de la méthode d'enquête

J'ai choisi de m'entretenir avec quatre infirmières (IDE) selon une grille d'entretien pré-établie³³.

- IDE n°1 : infirmière aux urgences, en poste depuis 1 an et demi. (28 ans)
- IDE n°2 : infirmière en médecine interne, en poste depuis 10 ans. (40 ans)
- IDE n°3 : infirmier dans une structure accueillant un public en situation de grande précarité, en poste depuis 10 ans. (52 ans)
- une étudiante en soins infirmiers (ESI), ayant travaillé au Samu Social en tant qu'aide-soignante. (26 ans)

A travers les différentes structures où travaillent ces professionnels de terrain, j'ai voulu retracer le parcours d'une personne SDF ayant recours au système de soin. Il m'a semblé important de recueillir le témoignage d'infirmiers et infirmières travaillant à des étapes différentes de la prise en soin de cette population afin de rendre compte des difficultés et ressources de chacun dans leur rôle de soignant.

33. Annexe IV.

2.2 Analyse des entretiens

Sur la question des représentations d'une « personne âgée SDF », les réponses des quatre personnes interrogées sont similaires : elle est décrite comme vulnérable, atteinte de poly-pathologies et en perte d'autonomie. Tous constatent un écart surprenant entre l'âge réel de la personne et son apparence physique : « *J'ai souvent eu de grosses surprises en regardant l'âge des hébergés dans les dossiers* » (ESI). Selon les spécificités des services, les soignants rencontrent des pathologies différentes, aiguës et chroniques. Toutefois, l'alcoolisme et ses complications, la dénutrition, les maladies cutanées, neurologiques et les troubles dépressifs sont récurrents. Pour l'IDE n°2, il existe des pathologies prévalentes mais le cumul de celles-ci constituent la gravité du diagnostic.

Lors de la prise en soin de ces patients, il ressort de tous les entretiens la notion d'adaptation : « *Il n'y a pas de stéréotype, c'est vraiment des soins individualisés* » (IDE n°2). La fréquence des hospitalisations est soulignée par l'IDE n°1 comme un facteur à la fois facilitant (« *un patient qui commence à s'énervier parce qu'il a faim, on le connaît par coeur, on va lui servir son repas (...) on s'y attache en fait, on les connaît tellement*») et compliquant la prise en charge (lassitude des soignants : « *ils savent pas trop pourquoi ils viennent, ils ont été amenés ou alors ils se plaignent d'une bêtise*»). Alors que l'IDE n°2 et l'IDE n°3 s'accordent sur l'importance des soins d'hygiène comme vecteur de « *réhumanisation* » progressive de la personne, le contexte des urgences semble moins propice à cette démarche. Malgré le souci de prendre soin du patient (« *on profite qu'ils soient là pour les chouchouter un petit peu* »), l'IDE n°1 évoque la nécessité de négocier et parfois de contraindre le patient afin de réaliser ces soins.

Pour l'IDE n°3, le maître mot pour une prise en soin adaptée d'un patient SDF est le temps : « *Quand on voit arriver la personne, on peut être tenté de se précipiter dans le soin. On privilégiera d'abord un accueil personnalisé et la réappropriation des besoins fondamentaux excessivement perturbés. C'est à nous d'ouvrir le livre et de ne pas être pressés de tourner les pages trop vite : c'est ça la subtilité* ». Etablir une relation basée sur la confiance est un des objectifs de prise en soin des IDE n°2, n°3 et de l'ESI : tous les trois constatent un vécu difficile et persécutant des hospitalisations. Il apparaît primordial pour l'IDE n°2 et n°3 de donner des repères et un cadre contenant adapté à la personne. L'importance de la pluridisciplinarité est alors précisée par l'IDE n°3 et l'ESI.

Concernant les difficultés que rencontrent les soignants face à un patient SDF, l'IDE n°1 évoque la problématique fréquente du refus de soin (« *ils refusent les soins, ils refusent les examens, ils ne veulent faire que ce qu'ils ont envie et on est obligé de tout négocier*») tandis que l'IDE n°2 ne la rencontre que très ponctuellement (« *Dans des moments de crise* »). Le devenir et la gestion de l'alcool sont des préoccupations présentes dans tous les entretiens. L'ESI aborde la notion de « *juste distance* » et de « *statut* » comme une problématique parfois compliquée à gérer : « *Plusieurs m'ont identifiée à leur fille, c'est pas évident* ».

A propos du *prendre soin*, le terme de « *prise en charge* » est utilisé par l'IDE n°2 qui estime que « *prendre soin veut dire que tu écoutes la personne et que c'est elle qui prend la décision (...) je crois pas qu'on en soit encore là* ». Pour l'ESI, on « *prend en charge un poids, un problème, un coût, des frais mais quand on prend soin, on donne et on reçoit. C'est considérer l'autre pleinement, tout en restant à sa place de soignant* ». L'IDE n°3 utilise également le terme de « *prendre soin* » ou de « *suivi* », emprunté à la sémantique des travailleurs sociaux, envisageant son rôle de soignant comme celui d'un « *passeur* » : accompagner la personne vers le soin physiquement et psychiquement.

3 Synthèse et reformulation de la question de départ

Au cours de cette phase exploratoire, j'ai pu découvrir ou approfondir plusieurs notions qui me semblaient importantes pour la compréhension du sujet.

Les différentes lectures et entretiens auprès de professionnels de terrain m'ont permis de confirmer l'hypothèse que la question de la prise en soin des personnes sans domicile fixe vieillissantes à un réel intérêt pour la profession infirmière. En effet, le cumul des pathologies, le vieillissement précoce et la spécificité des processus psychopathologiques de la désocialisation requièrent la construction d'un projet de soin individuel adapté, basé sur l'analyse des besoins de la personne. Ceci m'amène à préciser ma question de départ et à la reformuler ainsi :

Quelles compétences l'infirmière doit-elle développer pour établir un projet de soin adapté à la population sans domicile fixe vieillissant précocement ?

Troisième partie

Partie Théorique

Aujourd'hui, le terme de compétence est de plus en plus utilisé, y compris dans la profession infirmière. Ainsi, le nouveau référentiel de formation en soins infirmiers décline les connaissances, capacités et attitudes à acquérir au terme des trois ans d'études en dix compétences indissociables. Comment définir la compétence ? Pour LE BOTERF G., « *être compétent, c'est mettre en oeuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoir, savoir-faire, comportement, mode de raisonnement, ...)* »³⁴. Il me semble intéressant de compléter cette définition par celle de PERRENOUD P. (sociologue) qui insiste sur le fait que la compétence « *s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas* »³⁵. Prendre en soin un patient, quel qu'il soit, nécessite de la part de l'infirmière le développement de compétences adaptées à une situation de soin précise. Pour y parvenir, elle doit mobiliser des connaissances ciblées sur les problématiques du patient (le *savoir* ou compétence conceptuelle), acquérir des *savoir-faire* spécifiques (compétences techniques) et développer un *savoir-être* approprié pour établir une relation de qualité (compétences humaines). L'infirmière doit donc combiner plusieurs savoirs, sans pourtant réduire sa pratique à ceux-ci : « *L'art infirmier [...] suppose non pas d'appliquer des connaissances générales à un individu en particulier mais bien d'approprier, par une démarche singulière, artisanale, des connaissances et des habiletés, afin qu'elles soient porteuses de sens et aidantes pour [la personne soignée]* »³⁶. La mise en oeuvre de ces différentes compétences permettra donc à l'infirmière d'aboutir à un projet de soin adapté (« *projet signifiant* »³⁶) à la personne sans domicile fixe vieillissante.

Par souci de clarté dans l'explication des concepts retenus pour cette seconde partie, j'ai choisi de décliner ces compétences sous la taxonomie suivante : *savoir, savoir-être et savoir-faire*.

1 Le savoir : comprendre « *cet étrange patient* »³⁷

Le patient sans domicile fixe, comme les autres patients, entre dans un service de soin avec dans ses bagages : son parcours de vie, ses ressources, ses problématiques spécifiques et ses peurs face à la maladie. Pourtant, son comportement peut parfois provoquer de l'incompréhension chez le soignant (incurie, refus de soins, ...). Qui est donc « cet étrange patient » ? Pour amener des éléments de réponse à cette question, je m'appuierai sur deux auteurs qui ont décrit une clinique de la grande désocialisation : FURTOS J. (Psychiatre), après avoir défini le concept de précarité, en explique le processus psychodynamique et DECLERCK P. insiste sur les signes cliniques observés chez ces patients, une fois la désocialisation installée.

34. LE BOTERF G. *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues. 15 propositions*. Editions d'Organisation, mars 2008. 288p.

35. PERRENOUD P. *Construire des compétences dès l'école*. Editions ESF, janvier 2008. 128p.

36. HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, p95.

37. GOUTTE DE VIES - CMR 31 *Accompagner des personnes en situation de vulnérabilité dans leur propre choix de vie*. Atelier n°1 « Prendre soin de la vie », 2010.

Néanmoins, il me semble important de préciser, en préambule, la notion suivante : identifier et décrire les spécificités de la psychopathologie de l'exclusion ne doit pas être perçu comme une nouvelle stigmatisation d'une catégorie de la population, mais bien comme un outil indispensable pour une prise en soin adaptée.

De la précarité normale constitutive à la précarité exacerbée (FURTOS J.)³⁸ Sur le plan psychologique, la précarité normale constitutive est liée à la vulnérabilité de l'être humain : il a besoin de reconnaissance réciproque pour être considéré comme « *digne d'exister* ». Si la précarité constitutive normale fonctionne, elle ouvre le *sujet* à une triple confiance : en l'autre (l'aidant), en soi (digne d'être aidé) et en l'avenir. Selon le contexte social, cette précarité normale constitutive et structurante devient précarité exacerbée et entraîne une triple perte de confiance : en l'autre (qui ne reconnaît pas son existence), en soi (qui n'est pas digne d'exister) et en l'avenir qui devient menaçant. Il « *devient impossible de rêver l'avenir* » et apparaît la menace de la « *possibilité de disparition* » du *sujet*. La peur de la perte ou la perte des objets sociaux, donnant les « *sécurités de base* » entraînent un sentiment d'insécurité et donc une souffrance psychique qui peut aboutir à un syndrome d'auto-exclusion.

Syndrôme d'auto-exclusion (FURTOS J.)⁴⁰ Le syndrome d'auto-exclusion décrit un ensemble de signes déficitaires et a été construit à partir de situations envisagées d'un point de vue à la fois social et psychique. Le point de départ de ce syndrome est « *une perte de courage* » qui se traduit peu à peu par un mouvement de renoncement. Le *sujet* quitte le principe de réalité pour passer à une logique de défense, aboutissant à un « *clivage du moi* ». Cette désubjectivation rend impossible « *la prise en compte psychique d'une réalité affectant le corps et l'être corporel* » et engendre un des symptômes majeurs dans la clinique décrite : « *la déshabitation de soi* ». FURTOS J. détaille trois signes directs liés à cette « *disparition de soi* » affectant le corps (« *une anesthésie ou hypoesthésie corporelle* »), les affects (« *l'hypomanie* ») et la pensée (« *l'inhibition intellectuelle* ») et amenant la personne à mettre en place des défenses paradoxales pour « *tenter de limiter les effets dévastateurs du déni et du clivage* » : « *S'empêcher de vivre pour vivre* ».

Clinique de la désocialisation (DECLERCK P.) Dans « *Les Naufragés* »³⁹, P. DECLERCK développe le concept « *clochardisation* ». A l'instar de FURTOS J., il considère que ce phénomène n'est pas seulement un « *produit d'une pathologie sociale, économique et culturelle, [il] est aussi, profondément un symptôme psychopathologique* ». Ainsi, l'auteur énonce plusieurs éléments psychopathologiques propre à la clinique de la désocialisation. Le récit et la construction autobiographique ont un rôle défensif, avec pour objectif de légitimer l'existence et d'apporter la preuve de la normalité du sujet.

38. FURTOS J. *Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson, 2008. 284p.

39. DECLERCK P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001. 458 p. Terre Humaine.

Ce discours banalisant l'histoire de la personne va « *constituer une sorte d'enveloppe identitaire* », favorisant l'identification du *sujet* à ces représentations et celle du soignant au *sujet*. L'anamnèse est très souvent incomplète et confuse. On retrouve cependant « *des dysfonctionnements précoces de l'enfance, l'accumulation de traumatismes physiques et psychiques et l'alcool-tabagisme* », des notions de ruptures ou plutôt « *une incapacité chronique du sujet à construire et à conserver des objets internes et des représentations stables* ». L'auteur décrit une primauté de l'agir sur la mentalisation, c'est donc dans le comportement plus que dans le discours que l'on trouvera des éléments de compréhension du *sujet*. Le symptôme, en référence à la théorie psychanalytique a un statut paradoxal. Il va protéger le *sujet* d'une « *réactivation du conflit inconscient initial* » malgré des manifestations douloureuses et incapacitantes. Traiter le symptôme directement chez ces patients sous-entend « *des réaménagements douloureux de leur économie interne* » que les plus fragiles ne supporteront pas. Ainsi, il est fréquent de voir ces patients s'aggraver ou bien fuir les soins : c'est ce qu'on nomme une « *réaction thérapeutique négative* ». P. DECLERCK analyse un phénomène de « *chosification du corps* » : il cite plusieurs exemples, notamment celui de « *ces chaussettes portées pendant plusieurs mois et dont l'élastique en vient à sectionner la jambe jusqu'à l'os* » dont la personne ne va pas faire état, ignorant la douleur et l'urgence somatique. Il relève également un trouble des « *possibilités de l'inscription du sujet dans le principe de réalité* ». En effet, se référant aux théories psychanalytique freudienne, l'auteur parle d'un mécanisme de « *forclusion anale* » empêchant le *sujet* d'élaborer la notion d'intériorité et d'extériorité corporelle, « *le sujet s'en trouve comme exilé du monde et de ses exigences, du temps et de l'espace, des autres et de lui-même* ». Les manifestations masochistes, au delà d'une ultime tentative de renarcissisation, « *en plaçant le sujet à l'ombre urgente de la mort, [viendrait], in extremis, réinsérer ce dernier dans le principe de réalité et ses catégories : le temps, l'espace, la causalité, l'altérité, [...] qui sont les conditions de possibilité de la pensée et de l'existence dans le monde* ».

Interêt pour la pratique soignante Pour résumer, cet « *étrange patient* » souffrant de grande désocialisation au terme de plusieurs années dans la rue, présente des symptômes liés à la perte de représentation du corps, de l'espace et des repères temporels. Ces notions sont essentielles à retenir pour l'élaboration d'un projet de soin : comment poser des objectifs adaptés à la personne sans comprendre que la temporalité du soigné sans domicile fixe n'est pas la même que celle que nous pouvons avoir, nous, infirmiers dans un service de soin ? Comment accompagner vers l'avenir la personne en grande désocialisation alors qu'elle semble « *enfermée dehors, dans une dimension où il n'y a ni passé, ni avenir* »⁴⁰ ? Comprendre ces mécanismes psychopathologiques permet également d'aider le soignant à appréhender la personne telle qu'elle est. Le soigné peut redevenir pour le soignant *une fin en soi* : c'est-à-dire « *qu'il n'est pas nécessaire au soigné d'être autre chose que lui-même [...]*

40. EMMANUELLI X. *Out*. Robert Laffont, 2003. p13.

pour être pleinement accepté et respecté sans réserve dans le cadre de la relation de soin »³⁹.

2 Le savoir-être : une rencontre de l'humain

Comprendre les particularités de la personne sans domicile fixe vieillissante va donc permettre au soignant de porter un regard professionnel sur la situation de soin. Cependant, même si le soignant est sensibilisé aux problématiques de « cet étrange patient », il reste un humain rencontrant un autre humain, avec, lui aussi, ses représentations et ses difficultés face à l'autre.

Les représentations Chacun d'entre nous perçoit la réalité au travers de filtres biologiques, émotionnels, socioculturels et contextuels. Ceux-ci influent sur notre manière de « percevoir le monde, de le comprendre et de nous y comporter »⁴¹. Ainsi, la réalité du soignant n'est pas la même que celle du patient, quel qu'il soit, et demande au professionnel une remise en question régulière de ses croyances et connaissances. Lors de la prise en soin d'un patient sans domicile fixe, le soignant est confronté à ses représentations personnelles du corps. Le *propre*, le *sale* et les odeurs sont des notions relevant du symbolique qui peuvent influencer notre perception de l'autre et donc notre manière de le prendre en soin. D'une manière générale, la fragilité des exclus nous renvoient à nos vulnérabilités. La figure du « *clochard* » rappelle la peur de perdre son statut social et de se trouver à la rue dans un contexte où le *besoin de sécurité du Moi*⁴² n'est plus assuré : « *La question du «sans chez soi» rencontre, en France, un écho particulier dans la population générale. En effet, aujourd'hui 13% de la population française craint de se retrouver un jour sans abri* »⁴³.

Repenser la notion d'échec thérapeutique Comment réagir face à l'incurie, à l'abandon que ces patients semblent avoir d'eux-mêmes ? Comment ne pas se sentir impuissant ? « *Notre rôle de soignant serait-il de réparer suffisamment ces personnes afin qu'elles puissent reprendre tant bien que mal leur route chaotique jusqu'au prochain naufrage ?* »⁴⁴. En tant qu'humain, comment accepter une telle idée ? DECLERCK P. souligne l'importance de comprendre la particularité cyclique de la relation thérapeutique qui se tisse entre le soignant et le soigné sans domicile fixe. Il remarque que cette relation évolue en trois temps⁴⁵ : l'élaboration du projet thérapeutique, la mise en

41. CURCHOD C. *Relations soignants-soignés : Prévenir et dépasser les conflits*. Masson, 2009. p 43-52. Infirmières.

42. ROUSSILLON R. *Le besoin de sécurité* in *Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson, 2008. p 50-62.

43. GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Novembre 2009. p7

44. DESPAS S. Fracture sociale et soins infirmiers. Dossier l'infirmière et les démunis. *Soins*, n°650. Novembre 2000. p33

45. DECLERCK P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001. p 349- 374

oeuvre de celui-ci et son abandon. La première phase qu'il surnomme « *lune de miel* » est le temps où le soignant et le soigné s'accordent sur des objectifs, des moyens de traitement et des valeurs communes, à partir d'un symptôme visible et bien défini.

Lors de la mise en oeuvre du projet thérapeutique, une « *dissonance croissante entre les désirs avoués du soigné* [la demande normalisante et audible par le soignant] *et ses possibilités réelles* » va apparaître. Ainsi, ce malentendu, « *à mesure que le soigné voit sa demande menacée d'être satisfaite* » va créer des dysfonctionnements chez celui-ci : absence aux rendez-vous, rechutes, actes manqués... Il va y avoir un abandon du projet thérapeutique et la rupture du lien entre les protagonistes, « *le soigné est renvoyé à sa folie [...] le soignant à son échec* » : c'est le troisième temps. Repérer le caractère cyclique de cette relation est indispensable pour repenser la notion d'échec thérapeutique : « [il] *doit être réévalué et remis à sa vraie place : celle d'une péripétie récurrente et structurellement inévitable de ce type de suivi* ». La notion de bonne distance transféro/contre-transférentielle prend ici tout son sens : le soignant « *aussi capable soit-il, ne marche jamais que derrière son patient. [...] Au soignant de veiller à ce que son patient tombe le moins souvent possible. Et s'il doit inexorablement tomber, de lui éviter de se faire trop mal...* »

La bonne distance Le contact avec le patient interroge toujours la notion de *bonne distance*. Trop de proximité amène le soignant sur le terrain de l'affectivité non maîtrisée tandis que trop de distance empêche la mise en place de toutes « *ces petites choses* »⁴⁶ qui font le soin infirmier (la chaleur, la disponibilité, l'humilité et l'authenticité). Les deux situations ont un effet délétère sur la relation entre la personne soignée et la personne soignante : c'est pourquoi la *bonne distance* est une notion importante à prendre en compte dans la prise en soin, d'autant plus avec un patient sans domicile fixe pour lequel existe, nous l'avons vu, une forte problématique sur la confiance et le lien à l'autre. Pour JAMOULLE P. (docteur en anthropologie)⁴⁷, la proximité est une posture professionnelle qui permet « *de se rapprocher, d'entrer en contact et de construire des relations avec des publics vulnérables* ». Elle requiert une position d'écoute et d'apprentissage, nécessitant de se baser sur la sensibilité et les besoins concrets de la personne. Trouver cette *juste distance* suppose d'avoir une position réflexive sur son travail et ses limites, ce qui n'est rendu possible que par un travail en équipe. L'approche interdisciplinaire, en plus de favoriser une prise en compte globale de la personne, permet un échange et une réflexion éthique autour des situations de soin. Les temps de *supervisions* sont également essentiels pour les équipes accompagnant des personnes souffrant de grande désocialisation, apportant le recul professionnel nécessaire lorsque les affects submergent et parasitent le jugement de la personne qui existe derrière tout soignant.

46. HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997. p 101.

47. JAMOULLE P. *La proximité in Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson, 2008. p 83-97.

3 Le *savoir-faire* : vers une relation de confiance

Connaître les spécificités de la prise en soin d'un patient sans domicile fixe et cultiver des attitudes et comportements adaptés à cette population sont les pré-requis indispensables permettant à l'infirmière de développer un *savoir-faire* approprié. Notre connaissance de la personne, basée sur des éléments de théorie et sur l'observation clinique, nous permettra dans un premier temps d'identifier les besoins fondamentaux perturbés, puis de poser des diagnostics infirmiers adéquats. Ces bases établies constitueront le socle d'émergence de la relation particulière entre le soignant et le patient en situation de très grande désocialisation.

Partir des besoins fondamentaux Une grande partie de notre *savoir-faire* infirmier se base sur l'identification et l'analyse des besoins fondamentaux, modèle conceptuel proposé par V. HENDERSON (infirmière). Au nombre de quatorze, ils permettent une approche à la fois biologique, physiologique, psychologique, sociale et spirituelle de la personne. L'analyse des informations ainsi recueillies va permettre au soignant de poser des diagnostics infirmiers spécifiques à la personne soignée, permettant ainsi l'élaboration d'un projet de soin individualisé adapté. Il m'est apparu intéressant de citer un autre modèle consistant à envisager les besoins de la personne SDF à travers la pyramide des besoins décrite par A. MASLOW⁴⁸ (psychologue). A l'issue d'une enquête réalisée auprès de personnes en situation de précarité ou d'exclusion⁴⁹, C. ZAMARON (infirmière) a dégagé deux diagnostics infirmiers prévalents : *l'isolement social* et *la perturbation de l'estime de soi*. Au regard de ces deux diagnostics et afin de proposer des actions cohérentes prenant en compte la problématique du patient SDF, elle observe la nécessité de poser l'établissement d'une relation de confiance comme premier objectif.

Pour construire une relation spécifique Construire cette relation spécifique requiert un véritable *savoir-faire* de l'infirmière et fait l'objet d'un chapitre de compétence à part entière dans le nouveau référentiel de formation (Compétence n°6 : « *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin* »). Encore plus que pour les patients « *avec domicile fixe* », la chronicité et la problématique de la confiance semblent rendre indispensable la mise en place d'une relation soignant-soigné particulière et adaptée à la personne SDF. Etablir cette relation repose sur la notion *d'aller vers* : « [démarche] *qui désigne un mouvement, celle qui*

48. Cf. Annexe 4.

49. ZAMARON C. Santé et pauvreté, quels soins infirmiers à l'hôpital ? in Dossier l'infirmière et les démunis. *Soins*, n°650. Novembre 2000. p39-43

porte vers l'autre pour aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien »⁵⁰. La base de cette démarche est de « tisser des liens de confiance avec la personne soignée ».

Elle repose, selon HESBEEN W. sur la conjugaison de huit éléments : *la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, l'humour et la compassion*⁵⁰. Il me semble important d'ajouter la notion de *patience* (le temps est un élément clé dans l'élaboration de cette relation et le soignant doit respecter le rythme de la personne SDF) et de *réciprocité* (la relation doit se construire d'égal à égal, sans rapport de pouvoir souvent induit dans la relation de soin, malgré le soignant).

L'espace transitionnel de soin DECLERCK P. explore le concept d'*espace transitionnel de soin*⁵¹ comme un mode spécifique de la relation thérapeutique. La grande désocialisation est considérée par l'auteur comme une pathologie du lien à soi-même, aux autres et au monde. En ce sens, le lien thérapeutique qui s'installe entre le soignant et le soigné SDF peut se rapprocher du modèle du lien de l'enfant à l'objet transitionnel. L'objet transitionnel, décrit par WINNICOTT D.W. (pédopsychiatre et psychanalyste), est un objet choisi par l'enfant qui va lui permettre de lutter contre l'angoisse et de développer la capacité de symbolisation (créant ainsi un « *pont entre le monde psychique autarcique du sujet et la réalité indépendante de lui* »). Dans le cadre du soin, c'est la relation thérapeutique qui va tenir le rôle de l'objet transitionnel. Elle devra alors comporter les mêmes caractéristiques que l'objet transitionnel :

- L'omnipotence du soigné doit être limitée : les soignants sont les garants du cadre (contenant) et les règles relevant du principe de réalité ne sont pas négociables.
- La relation et le lien thérapeutique doivent apparaître comme indestructibles : ils doivent résister aux attaques du soigné, supporter les ambivalences et les ruptures de suivi.
- Cet *espace transitionnel de soin* doit offrir « *un champ relationnel fiable à l'intérieur duquel le patient peut régresser ou progresser* ». C'est dans cet espace, où la parole et les émotions sont libres et devant lesquelles le soignant aura une attitude de neutralité bienveillante, que la personne soignée pourra trouver « *entre soi et les autres la bonne distance, de parvenir à introjecter des représentations stables des autres et de soi* ».

50. HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, p 98.

51. DECLERCK P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001. p361-374.

4 Synthèse et émergence de la question de recherche

Nous avons vu, au fil des différents concepts abordés dans la partie théorique, que le soignant doit développer des compétences spécifiques pour *prendre soin* de la personne SDF. Elles sont déclinées en trois domaines différents : *savoir*, *savoir-être* et *savoir-faire*. Le *savoir* permet d'acquérir des connaissances facilitant la compréhension et l'acceptation de la personne soignée par l'infirmière. Une attitude réflexive sur ses représentations et sa pratique permettra au soignant d'adopter un *savoir-être* adéquat et de favoriser la *juste distance* nécessaire à la construction d'une relation de confiance. Cette relation spécifique requiert de la patience et du temps, mais est essentielle car elle permet l'élaboration d'un *espace transitionnel de soin*. Nous avons vu, à travers les écrits de DECLERCK P. les caractéristiques de cette relation particulière, mais en quoi est-elle intéressante dans l'approche du soin auprès de personnes SDF ?

L'élaboration d'un espace transitionnel thérapeutique comme mode spécifique de la relation construite entre l'infirmière et la personne sans domicile fixe vieillissante est-elle nécessaire à la mise en place d'un projet de soin adapté ?

Quatrième partie

Limites et perspectives

Ce document écrit est une photographie à l'instant t de ma réflexion concernant le sujet de la prise en soin des personnes sans domicile fixe vieillissant précocément. Je me suis appliquée à ce qu'il reflète au mieux le cheminement qui a été le mien tout au long de ce travail de fin d'étude. Cependant, malgré une grande implication dans cette recherche, je suis consciente que ce mémoire présente des défauts et des limites.

Concernant la forme, il m'a été difficile de respecter le nombre de page imposé. La prise en soin d'une personne humaine, dans sa globalité et son unicité, mobilise de nombreux concepts, souvent liés entre eux. Dans un premier temps, motivée par le désir de réaliser une étude la plus exhaustive possible, faire des choix m'a posé un véritable problème. En me recentrant sur les soins infirmiers et guidée par les propos recueillis auprès de professionnels de terrain, le plan de ce travail a commencé à prendre forme. Au-delà des soins infirmiers, il me semblait essentiel d'aborder ce sujet à travers les champs de la psychologie et de la sociologie. D'abord parce que l'aspect socio-psychopathologique est un facteur influençant la construction de la relation à l'autre, coeur du métier d'infirmier, mais aussi parce que la prise en soin de ce public ne peut se faire qu'à travers l'apport de différents domaines de compétence et de connaissance.

Explorer ce sujet m'a permis de me familiariser avec la méthodologie de la recherche et m'a donné l'envie d'aller plus loin dans ce travail en continuant ma formation par un Master, par exemple.

Ce travail de fin d'études a surtout été pour moi, sur un plan professionnel, la chance de rencontrer des personnes enrichissantes, impliquées et passionnées par leur métier. Mon regard sur les personnes sans domicile fixe, qu'elles soient dans la rue ou dans un service de soin, a changé au fil des rencontres. J'ai également pu découvrir des structures de soins différentes, avec une approche particulière et interdisciplinaire de la prise en soin.

Tout ceci a été pour moi l'occasion de confirmer mon projet professionnel et mon désir de travailler auprès d'un public en situation de précarité.

Cinquième partie

Conclusion

La prise en soin des personnes sans domicile fixe est une véritable problématique de santé publique. Les polypathologies et le vieillissement précoce liés aux conditions de vie dans la rue entraînent une fragilisation de l'état de santé de la personne et souvent, malheureusement, une espérance de vie faible.

A la fois médicale et sociale, cette prise en soin nécessite la présence d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle chaque acteur pourra développer des compétences propres à sa fonction. L'infirmière y joue un rôle central dans l'accompagnement et le vécu des soins et, pour *prendre soin* de ces patients désocialisés et vieillissant précocément, elle doit acquérir un *savoir*, un *savoir-être* et un *savoir-faire* adaptés. L'analyse de la psychopathologie de ces personnes en grande désocialisation permet de comprendre la nécessité d'une démarche « *d'aller vers* » et l'importance de la création d'un lien de confiance. La mise en place de cet *espace transitionnel de soin* va favoriser l'émergence d'une demande et donner du sens au soin : « *Pour qu'un acte devienne un soin réellement soignant, il doit soutenir l'émergence d'un sens signifiant, qui permette la construction à la fois de la relation, de la personne soignée et de la personne soignante. C'est l'inscription de cet acte dans une histoire humaine qui le transforme en soin porteur de sens et passeur de sens* »⁵². Le soignant doit garder à l'esprit l'importance de la préservation de ce lien, malgré les ruptures de l'alliance thérapeutique possible : reconnaître et accepter le caractère chronique pour comprendre que « *la grande désocialisation se maintient, se gère et s'accompagne au cours de la vie* »⁵³.

Le rôle de l'infirmière peut être comparé à celui d'un *passeur*, accompagnant la personne *vers* et *dans* le soin, respectant le rythme de la personne sans domicile fixe soignée et prenant une position de médiateur lorsque cela est nécessaire entre l'institution et le patient. Ne jamais faire à la place de, mais avec : « *Prendre soin de l'autre, c'est l'assister, mais pas en faire un assisté, c'est respecter sa vocation d'homme libre* »⁵⁴.

Ces compétences spécifiques requièrent, pour la plupart, un apprentissage, et se développent par l'expérience personnelle et professionnelle. La sensibilisation des équipes de soins aux problématiques rencontrées par les personnes sans domicile fixe peuvent apporter un nouveau regard sur la personne soignée et permettre d'élaborer un projet de soin réalisable pour les deux partis, sans mettre en difficulté l'une ou l'autre.

52. CURCHOD C. *Relations soignants-soignés : Prévenir et dépasser les conflits*. Masson, 2009. p71. Infirmières.

53. DECLERCK P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001. p 361. Terre Humaine.

54. DESPAS S. Fracture sociale et soins infirmiers. Dossier l'infirmière et les démunis. *Soins*, n°650. Novembre 2000. p33

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

CURCHOD C. *Relations soignants-soignés : Prévenir et dépasser les conflits*. Masson, 2009. 211p. Infirmières.

DECLERCK P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2001. 458 p. Terre Humaine.

EMMANUELLI X. *Out*. Robert Laffont, 2003. 267p.

FURTOS J. *Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson, 2008. 284p.

GINESTE Y., PELLISSIER J. *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Ed Armand Colin, 2005. 319p. Sociétales.

HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997, 195 p.

HONORE B. *Soigner, persévérer ensemble dans l'existence*. Paris : Seli Arslan, 2001. 256 p. Perspective soignante.

MINARD M. (Sous la direction de.) *Exclusion et psychiatrie*. Editions Eres, 1999. 152p.

QUESEMAND-ZUCCA S. *Je vous salis ma rue : clinique de la désocialisation*. Paris : Stock, 2007. 186 p. Un ordre d'idées.

ROGERS C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Esf Editeur, 2005. 253p. L'art de la psychothérapie.

SVANDRA P. *Eloge du soin. Une éthique au coeur de la vie*. Paris : Seli Arslan, 2009. 284 p. Perspective soignante.

VEXLIARD A. *Le clochard, Etude de psychologie sociale*. Paris : Desclée de BROUWER, 1957. 493 p. Sociologie clinique.

Articles

BERTRAND V. Des mots à la parole : une tentative de reconstruction du lien social chez les personnes sans domicile fixe. *Connexions*, Février 2002, n°78, pp. 111-120.

BOISSEAU S. Vieillesse et exclusion, un regard sur les SDF d'aujourd'hui. *Documents CLEIRPPA*. Cahier, n° 29, 2008, pages 27-30.

CRANE M. The mental health problems of elderly people living on London's streets. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 9, n° 2, 1994/02, pages 87-95.

DE LA ROCHERE B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *INSEE PREMIERE*, n° 893, Avril 2003. 4 p.

HABEREY-KNUESSI V. De la relation de confiance à la construction du sens : un tryptique porté par l'éthique. *Perspective soignante*, n°35. Septembre 2009.

HAMON-MEKKI F. Précarité et santé. *Soins*, n°755. Mai 2011. p29-57.

- LEDESMA H. Psychiatrie et précarité. *Soins Psychiatrie*, n°258. Octobre 2008. p17-41
- QUARANTE O. Un havre pour les SDF âgés. *L'infirmière Magazine*, n°266. Novembre 2010. p34-35.
- ROYER-COHEN N. Les « sans-domicile fixe » aux urgences : leur rencontre avec les infirmières, *Recherche en soins infirmiers*, n°53, Juin 1998. p38-86.
- RULLAC S. Abandonner la question SDF. *Actualités Sociales Hebdomadaire*, 5 Décembre 2008, n°2585, pp. 31.
- SOTOS J-C. Une MAPAM pour des SDF « vieux » (Dijon), *Documents-CLEIRPPA*, Cahier n°19, Juillet 2005, p 15-17.
- TRABACCHI G. Dossier l'infirmière et les démunis. *Soins*, n°650. Novembre 2000. p31-57

Enquêtes / Rapports / Mémoires

- GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P. *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Novembre 2009. 207p.
- MARPSAT M., FIRDION J-M., ARBONVILLE D. et al. *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans domicile et les mal logés dans les années 1990*, Paris : INED, 2000. 413 p. Travaux et documents 144.
- TESSERAUD N. *Le sens du contrat d'insertion pour les personnes sans domicile fixe*. Mémoire de fin d'étude d'assistant de service social. Toulouse, juin 2009.

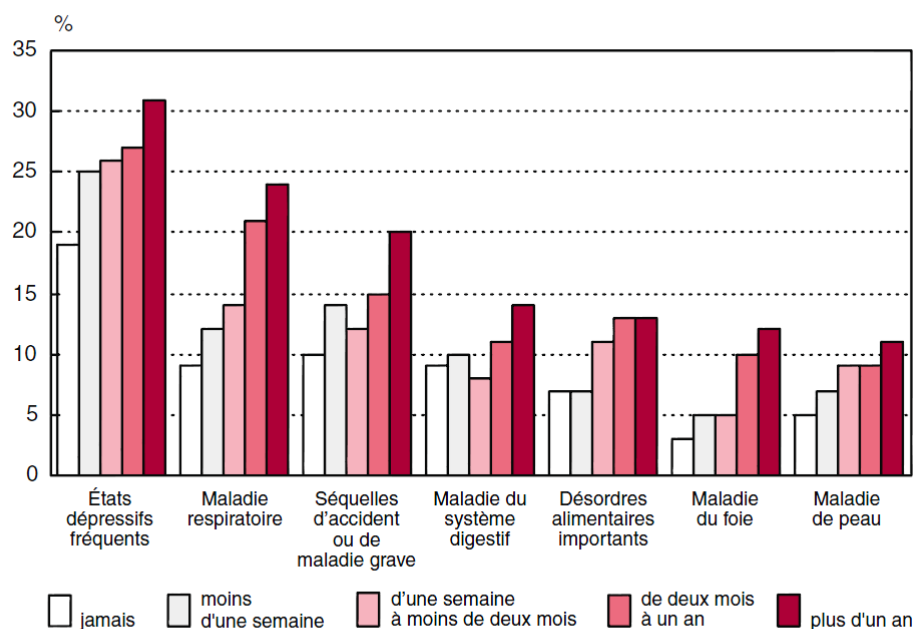
Sites Internet

- OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE
(<http://www.onpes.gouv.fr>)
- OBSERVATOIRE DES INÉGALITÉS (<http://www.inegalites.fr>)
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES
(<http://www.insee.fr>)
- FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS NATIONALES TRAVAILLANT
AVEC LES SANS-ABRI (<http://www.feantsa.org>)
- LE COLLECTIF DES MORTS DE LA RUE (<http://www.mortsdelarue.org>)

ANNEXES

Annexe I. « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide » DE LA ROCHÈRE B., division Conditions de vie des ménages, Insee Première, N° 893 - AVRIL 2003

① **Prévalence de quelques maladies psychologiques et physiques chez les sans-domicile selon la durée passée dans la rue¹**



1. Il s'agit du temps total passé dans la rue au cours de leur vie

Champ : sans-domicile usagers des services d'aide âgés de 18 à 60 ans

Source : Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, janvier 2001, Insee

Annexe II. « Halte Santé. Bilan d'activité 2008. Pôle Santé Société Réadaptation. » Dr. P. ESTECAHANDY, Mme R. DAUMUR, en collaboration avec l'équipe de la Halte Santé, mai 2009.

Type de pathologie :

Pathologies motivant le séjour *	Pourcentage des personnes reçues
Alcool + neuropathie membres inférieurs ou gastralgies	59%
Cardiovasculaire HTA, coronaropathie, insuffisance cardiaque	31%
Trauma + perte autonomie dont séquelle hémiplegie 3 personnes	22%
Psychiatrie dont psychotique diagnostiqués 7 personnes	22%
Pneumologie	14%
Toxicomanie active	12%
Démence alcool ou troubles cognitifs invalidants	10%
VIH VHC dont 3 personnes VIH+ en ttt	10%
Pancréatite ou ascite sur alcool	7%
Epilepsie sur alcool	7%
Diabète dont 5 personnes DID	7%
Cancer en cours de ttt et/ ou séquelles	5%
Dermatologie	5%
Infectieux (hors VIH – VHC)	5%
Rhumatologie (hors traumatisme)	5%
Handicap sensoriel dont 2 cécités	3%
Soins dentaires	3%
Gastroentérologie hors alcool	2%
Tuberculose pulmonaire diagnostiquée à la HS	1%
Grossesse	1%
Dialyse	1%

Tableau pathologies

**De nombreux séjours sont motivés par des poly-pathologies*

Annexe III. Extrait de l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique.

« L'établissement de santé est tenu d'assurer la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination (...) et doit mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits »

Annexe IV. Grille d'entretien.

1. Age, identité, fonction, Parcours professionnel.
2. Qu'est ce qui vous a amené à travailler dans cette structure ?
3. Comment définiriez-vous une personne âgée sdf ?
4. Pouvez-vous me parler de votre travail ?
5. Quel est votre rôle auprès de cette population ?
6. Comment les prenez-vous en soin dans le service (accueil, hospitalisation et devenir, interventions d'autres acteurs de soins) ?
7. Quelles sont les pathologies prévalentes rencontrées auprès de cette population ?
8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez et vos limites en tant que soignant face à cette population ?
9. Pouvez-vous me parler du « prendre soin » ?
10. Qu'est ce qui pourrait, selon vous, améliorer ou faciliter la prise en charge de ce public ?
11. Avez vous quelque chose à ajouter ?

Après accord et confirmation de l'anonymat de chacun, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par écrit.

Besoins fondamentaux et précarité

Suite à divers stages au contact des sans domicile fixe (SDF) et des infirmier(e)s des centres d'accueil ou du SAMU social 92, j'ai remarqué une certaine particularité dans leurs besoins fondamentaux. Cette singularité m'a semblé tout à fait s'adapter à la pyramide des besoins qu'Abraham Maslow a conçu en 1926, dans ses travaux sur la motivation, et qui hiérarchise les différents besoins de l'homme : les besoins physiologiques, puis le besoin de sécurité, besoin d'appartenance, d'estime et, enfin, besoin de se réaliser.

Si le besoin de soin est réel, chez les personnes en situation d'exclusion, son expression est vraiment particulière et spécifique. La prise en charge de sans domicile fixe nécessite donc un personnel infirmier aguerri et habitué à travailler au contact de ces personnes.

BESOINS PHYSIOLOGIQUES

■ **Le besoin de respirer.** Au contact des SDF, il est fréquent de rencontrer des problèmes broncho-pulmonaires : tuberculoses, surinfections bronchiques, bronchites, toux... sur une population de fumeurs en grande majorité.

■ **Le besoin de boire.** Une grande partie des personnes SDF s'alcoolise. Pour eux, l'alcool est vital puisqu'ils ont peur du manque. Et cette peur entraîne très souvent chez eux le refus d'hospitalisation.

L'alcoolisme excessif pose divers problèmes :

- **le dialogue** devient difficile quand la personne est "alcoolisée" ;

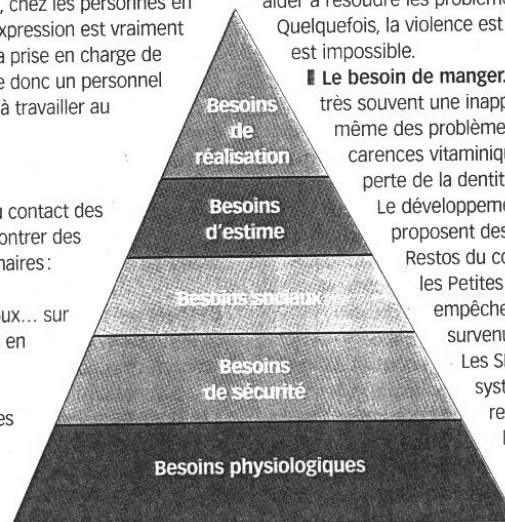
- **l'isolement**, qui en est une conséquence, est une difficulté supplémentaire en l'absence de soutien (moral, familial...). Seuls sont présents des compagnons d'infortune, eux-mêmes "alcoolisés". Toutefois, ces personnes peuvent bénéficier d'un soutien moral dans certains foyers d'accueils sanitaires ou sociaux ou même au SAMU social la nuit. Des professionnels sont là pour les écouter, les aider à résoudre les problèmes les plus urgents.

Quelquefois, la violence est telle que le dialogue est impossible.

■ **Le besoin de manger.** L'alcoolisme engendre très souvent une inappétence, entraînant elle-même des problèmes de dénutrition, de carences vitaminiques (troubles visuels, perte de la dentition...).

Le développement des associations qui proposent des repas comme les Restos du cœur, la Mie de pain ou les Petites sœurs des pauvres... empêchent rarement la survenue de ces carences.

Les SDF ne prennent plus systématiquement trois repas par jour et parfois le simple fait de leur redonner trois repas quotidiennement leur procure des troubles du transit à type de diarrhées.



PYRAMIDE DE MASLOW

Le manque d'hygiène occupe une place importante dans le processus d'exclusion

■ **Le besoin d'éliminer.** Troubles urinaires à type d'incontinence (d'étiologie alcoolique), voire plus fréquemment d'infections urinaires par défaut d'hygiène (plus souvent chez la femme), sont fréquemment rencontrés au sein de cette population. Ces problèmes urinaires entretiennent l'infection qui retentit sur l'organisme en général, se soldant parfois par une hospitalisation.

■ **Le besoin de maintenir la température basale.** L'hypothermie plus ou moins avancée ou l'hyperthermie, du fait d'un seuil de douleur très abaissé, se retrouvent dans la rue de façon saisonnière. À ces problèmes, s'ajoutent ceux des gelures avec des membres refroidis et ischémisés pouvant aller jusqu'à l'impotence fonctionnelle, voire la perte totale du membre.

■ **Le besoin de sommeil et de repos.** L'insomnie est fréquente. Des SDF racontent « *qu'ils ne dorment que trois heures par nuit dans la rue par peur de se faire voler leurs vêtements ou leurs papiers, dernier moyen de prouver leur identité* ». Cette insomnie est favorisée par le prurit nocturne et les effets secondaires consécutifs à la consommation excessive et chronique d'alcool. Certains SDF sont particulièrement touchés par la perte des repères temporo-spaciaux, voire d'une inversion du cycle nyctéméral due à une surexposition à la lumière et à la chaleur, ceux que l'on appelle communément les "SDF de la RATP" ou encore "les SDF du métro".

■ **Le besoin d'activité et de mobilité.** Un état d'alcoolisme avancé, une fracture due à l'alcool ou encore un problème de gelure entraînent très souvent une perturbation du besoin de mobilité. La souffrance des membres inférieurs est réelle, elle est due aux longues marches journalières, mais aussi au seul fait de rester assis. Les pieds deviennent gonflés, oedématisés avec souvent des mycoses, le port de chaussures inadaptées nuit et jour ne favorisant pas la cicatrisation des lésions existantes.

■ **Le besoin d'hygiène.** L'hygiène est un problème central dans leur vie, elle fait parfois complètement défaut et entraîne des infections locales ou généralisées, des affections dermatologiques surinfectées, voire des dermatoses difficilement cicatrisables (gale et poux). Des SDF racontent : « *Les poux, pour nous c'est terrible, s'ils sont découverts en centre d'accueil ou d'hébergement, tous nos vêtements sont traités et nous ne sommes malheureusement pas sûrs de les retrouver* ».

Le défaut d'hygiène occupe une place importante dans le phénomène de l'exclusion sociale. Les rapports sociaux peuvent difficilement s'établir du fait d'une détérioration de l'apparence physique. Cette dernière inspire souvent dégoût et rejet.

■ **Le besoin de sexualité.** Dans le monde des SDF, il est bien connu qu'une femme ne doit pas rester

seule, car elle s'expose à des violences sexuelles. La sexualité, en règle générale, se vit dans la rue et pose, évidemment, les problèmes que l'on peut imaginer (promiscuité, défaut d'intimité, pudeur, honte...). Le sida et les MST occupent une place importante dans leur vie et souvent les moyens de protection ne sont pas toujours accessibles matériellement ou financièrement.

BESOINS DE SÉCURITÉ

■ **Protection vis-à-vis de la douleur.** La douleur, après quelques mois passés dans la rue, n'est plus ressentie. Il n'est donc pas rare de voir arriver aux consultations des centres d'accueil médicalisés, des personnes avec des plaies nécrosantes, infectées ou surinfectées (présence de vers sous de très vieux pansements, ulcères creusants de quelques centimètres de profondeurs...), avec de la fièvre.

■ **Absence de menace psychologique.** Chez les SDF, l'angoisse est quasi permanente : peur de se faire voler, sentiment d'abandon de la part d'un système auquel ils n'adhèrent plus et dans lequel ils conçoivent difficilement de se réinsérer. C'est heureusement là que réside tout le travail infirmier : prendre conscience de l'intérêt d'une structure qui aille au devant des problèmes, d'où la création du SAMU social.

■ **Stabilité.** Très difficile à trouver, la stabilité ne peut être envisageable que sur le chemin de la réinsertion, puisque la caractéristique même du SDF est l'instabilité permanente.

BESOINS (SOCIAUX) D'APPARTENANCE

Même entre eux, ils ne s'appartiennent pas, ils ne revendiquent pas l'idée de groupe, c'est le « *chacun pour soi qui prime* ». Comment parler, dans ce cas, de revivre en société, de se réinsérer dans un groupe, quand à chaque instant, il ne faut compter que sur soi-même pour s'en sortir ?

BESOINS D'ESTIME

Fréquemment, ils perdent la notion des valeurs tels le respect et la confiance en soi, et toute la difficulté du travail infirmier réside dans la "renarcissisation" de leur image corporelle. Ce travail est difficile et très long, plus encore pour ceux qui sont dans la rue depuis longtemps (10-15 ans) et dont la prise en charge demande plus de temps et de patience.

BESOINS DE SE RÉALISER

C'est l'accomplissement de leur épanouissement intérieur, le "bond en avant" au-delà de la réinsertion, qui souvent s'arrête au travail, au logement, à l'accès à la santé. Se réaliser, c'est prendre pleinement conscience de ses possibilités et de sa capacité, c'est pouvoir s'épanouir dans la société. ■

Romain Delahaut, étudiant infirmier de 3^e année, IFSI du CH de Meaux (77), IDE depuis décembre 1999.
Article extrait de son mémoire de fin d'études.

RÉFÉRENCES

- Allport G., Feifel H., Maslow A., Rogers C., Psychologie existentielle, Desclée de Brouwer, 1976
- Maslow A., Vers une psychologie de l'être, Fayard, 1983

Prendre soin des personnes sans domicile fixe vieillissantes

Résumé

La prise en soin des personnes sans domicile fixe est aujourd'hui une problématique de santé publique. Le vieillissement précoce, le cumul de pathologies et la psychopathologie propre à la grande désocialisation amène l'infirmière à réfléchir quotidiennement sur ses représentations et sa pratique. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, quelles compétences le soignant doit-il développer pour prendre soin d'une personne sans domicile fixe vieillissante ? Quelle est la place de la relation soignant-soigné et, dans quelle mesure joue-t-elle un rôle dans l'élaboration d'un projet de soin individualisé et adapté au patient en situation de grande précarité ?

Mots-clefs

SANS DOMICILE FIXE - VIEILLISSEMENT PRECOCE - PRENDRE SOIN - RELATION DE CONFIANCE - COMPETENCES INFIRMIERE

AUDOIRE Claire

Institut de Formation en Soins Infirmiers de Rangueil

Promotion 2008/2011