

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS

IFSI René Auffray

[Travail de fin d'études – Diplôme d'état infirmier]

LA PRISE EN CHARGE



AUX URGENCES

PERCHOC Mickael

Promotion 2007 – 2010

Notes aux lecteurs : « *Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI René Auffray et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI* »

Sommaire

I. INTRODUCTION	1
II. PROBLEMATIQUE	2
III. CADRE CONCEPTUEL.....	6
1. L'hôpital : Rôle et fonction du Moyen Age à nos jours.....	6
2. Le Service d'Accueil des Urgences (SAU).....	10
3. L'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO).....	14
4. Sans domiciles fixes (SDF) et grands exclus.....	20
IV. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	24
V. ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES.....	29
1. Caractéristiques générales et profil de l'IAO.....	29
2. Compétences spécifiques de l'IAO.....	32
3. Aspects relationnels de la prise en charge du SDF aux urgences et limites.....	39
VI. CONCLUSION	46
VII. BIBLIOGRAPHIE	48
VIII. ANNEXES	50
A. Glossaire.....	50
B. Textes de lois régissant l'ouverture et l'organisation des SAU.....	50
C. Compétences relationnelles de l'IAO selon la SFMU.....	51
D. Demande d'autorisation d'enquête.....	52
E. Outil d'enquête: Guide d'entretiens.....	53

I. Introduction

Aider mon prochain est et sera toujours, je pense, une vocation qui m'animerait sans cesse expliquant assez largement mes projets dans l'action humanitaire, mon entrée en IFSI ou encore mon engagement à la Protection Civile de Paris notamment pour les maraudeurs sociaux. Les SDF représentent certainement l'une des populations les plus fragiles que l'on puisse rencontrer : Population invisible et difficile d'accès bien qu'omniprésente.

Cette population m'a toujours touchée et interpellée, d'autant plus que cela peut arriver à tout le monde, que « la descente aux enfers » est souvent très rapide et l'arrivée dans la rue vécue comme un vrai choc. Cette rue qui agresse, déshumanise, et fait perdre tout espoir de remontée à la surface. Le processus de désocialisation qui s'ensuit est rapide et complexe, c'est un mécanisme assez difficile à appréhender et à comprendre pour nous qui sommes bien insérés dans la société. Il y a un grand nombre d'aprioris et de représentations vis-à-vis de cette population qui fait de la peine et peur en même temps.

Malgré les opérations médiatiques et les reportages pour mettre en lumière cette population, on connaît assez peu finalement les mécanismes qui caractérisent cette population et les raisons de tels ou tels comportements.

C'est pour toutes ces raisons que j'ai choisi de parler de cette population que je rencontrerais assez largement dans mon futur cadre professionnel, pour essayer de mieux la comprendre, de m'imprégner de l'expérience de mes pairs et ainsi pouvoir les soigner et les accompagner le mieux possible dans le futur en ayant pris du recul et de la hauteur sur le sujet.

II. Problématique

Sujet difficile, sujet éminemment politique, sujet polémique que celui des sans domiciles fixes ou plus communément appelés « SDF » et de leur prise en charge.

Difficile car c'est une population difficile à approcher et à évaluer mais aussi à définir dans la mesure où la rupture du lien social, la perte de tout repère et le rejet de la société environnante sont souvent largement consommés. Cela nous met face à notre propre échec et à l'image de notre éventuelle propre déchéance sociale.

Ces difficultés sont explicitées par le peu d'études statistiques sur cette population éparse, recluse, et cachée ... La seule étude vraiment fiable et relativement exhaustive a été réalisée par l'INSEE en 2001¹ auprès des personnes fréquentant les hébergements d'urgence ou les distributions de repas chauds et évaluait cette population à environ 86 000 personnes en France. La fondation Abbé Pierre, quant à elle, les évaluait à 100 000 personnes a minima en 2010².

Ces chiffres approximatifs et très probablement sous estimés sont loin de la réalité très mouvante du terrain fortement marquée par la conjoncture économique et sociale (notamment en temps de crise économique), c'est pourquoi la Ministre du logement et de la ville, Madame Boutin, a demandé un recensement systématique aux associations³.

Politique dans le sens où la prise en charge dépend très largement de la mise en place de lignes directrices gouvernementales et institutionnelles, mais aussi et surtout car c'est un enjeu électoral majeur à l'heure où la Belgique élit sa « miss SDF 2009⁴ », dont le concept est né de la réflexion d'une infirmière belge qui voulait sensibiliser l'opinion publique au problème des sans-abris.

¹ INSEE (Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques) : Enquête de 2001 réalisée auprès des personnes fréquentant les hébergements d'urgence et les points de distribution de repas chauds – 1^{er} volet.

² Rapport annuel de la Fondation Abbé Pierre publié fin Janvier 2010

³ France info.com daté du 09/01 :2009 rubrique Société : « Christine Boutin veut recenser les SDF »

⁴ France info.com daté du 13/10/2009 rubrique Europe : « La Belgique vient d'élire sa miss SDF 2009 »

Polémique enfin car différentes politiques de prise en charge s'affrontent et se succèdent, mais le problème reste très difficilement solvable à ce jour.

Alors que 358 SDF sont morts dans la rue en 2009 et 74 depuis le début 2010⁵, les promesses de notre président avant son élection en Décembre 2006 : « D'ici à deux ans, plus personne ne sera obligé de dormir sur le trottoir et d'y mourir de froid » illustrent parfaitement la triple dimension très complexe de ce sujet.

J'ai pu moi-même « toucher du doigt » cet univers étrange et effrayant lors de différentes expériences personnelles. Que ce soit en tant que responsable humanitaire à la Protection Civile de Paris pendant 3 ans et avec laquelle j'ai fait et organisé un grand nombre de maraudes sociales, mais aussi lors de deux stages aux SAU Bichat et Lariboisière ou encore de manière plus théorique en suivant un module optionnel sur la prise en charge de la grande précarité au SAU durant ma formation en soins infirmiers. Et naturellement mes projets professionnels se portent vers des services de ce type.

La prise en charge de la grande précarité est donc difficile, et notamment à l'hôpital public, maillon clé de la chaîne de solidarité et d'assistance, dont la porte d'entrée est très régulièrement poussée : Le service d'accueil des urgences (SAU).

Comme son nom l'indique ce service accueille les urgences mais de quels types d'urgences parle-t-on ? Médicales, chirurgicales, sociales, psychiatriques ? Généralement les quatre, les SDF consultent, bon gré mal gré, pour les conséquences médico-chirurgicales ou psychiatriques de l'urgence sociale comme l'aggravation d'un diabète chez un grand précaire, le coma éthylique, la décompensation d'une pathologie psychiatrique ou encore l'hypothermie d'un SDF dormant dans la rue en période de grand froid.

L'Assistance Publique a pour mission de garantir assistance et soutien à toute personne se présentant aux urgences en situation de détresse quelque soit sa situation financière et sociale, y compris donc les personnes en situation de grande précarité et d'exclusion sociale.

⁵ Chiffre du collectif « Les morts de la rue » repris par Le Figaro.fr le 22/03/2010 : <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2010/03/22/97001-20100322FILWWW00668-au-mois-74-sdf-morts-en-2010.php>

Devant la progression de la précarité, le manque de places et les problèmes en structures d'hébergement d'urgence, les SAU sont de plus en plus sollicités pour répondre à l'urgence sociale, mais pas seulement, le nombre de consultations a explosé de manière générale depuis quelques années par la diminution des gardes de médecins généralistes et des structures intermédiaires de soins. La facilité d'accès aux urgences (ouvertes 7 jours sur 7 et 24h sur 24) ainsi que la garantie de « soins gratuits » (sans avance de frais) expliquent également ce phénomène.

Cette augmentation très importante du nombre de consultations aux urgences de l'ordre de 4.5 % par an depuis 2004 soit environ 22 % globalement⁶ entraîne une moindre disponibilité des acteurs de l'urgence (médecins, IAO, IDE, AS) et un recentrage de ce qui est considéré comme urgent.

Ces chiffres ne prennent pas en compte la prise en charge de l'épidémie de grippe A H1N1 qui provoque déjà une suractivité de l'ordre de 22% pour les urgences adultes au 28 Octobre 2009⁷.

Pour faire face à cette augmentation exponentielle du nombre de consultations journalières, les services d'urgence se sont réorganisés tant matériellement (par secteurs de soins) que humainement avec la mise en place de l'IAO (infirmier d'accueil et d'orientation).

La mise en place de l'IAO dans les SAU a induit un nouvel accueil du patient avec un tri automatique après une première évaluation du motif de consultation.

Toutefois cela est-il suffisant pour prendre en charge de manière satisfaisante les personnes en situation de grande exclusion dont l'accueil et l'orientation restent très complexes car les représentations tant du soignant que du soigné sont enracinées profondément, tant les pathologies de la précarité sont dégoûtantes, tant les urgences paraissent un lieu inutile pour le sans-abri, tant le soignant est peu formé et vite dépassé face à cette population, tant le SDF ne se sent pas en sécurité dans ce lieu ou l'on veut le « relooker » et le faire devenir ou plutôt redevenir « autre », correspondant aux standards sociétaux.

⁶ Repères - Que savoir de l'AP-HP : Les urgences à l'AP-HP – Juillet 2008 – Direction de la communication de l'AP-HP

⁷ Webzine de l'AP-HP daté du 28/10/2009 : Augmentation de l'activité liée au virus A H1N1

L'IAO est donc en première ligne face à la grande précarité et la grande exclusion. Ils sont par conséquent les acteurs majeurs de la prise en charge de cette population, développent des compétences pour améliorer leurs pratiques mais évaluent aussi rapidement les obstacles et les limites de cette prise en charge en étant rapidement confrontés au dilemme entre nécessité des soins et droits du patient : La liberté de non soins souvent verbalisée par les grands précaires.

Cette verbalisation du refus de soin est, la plupart du temps, aidée et fortement influencée par une alcoolisation plus ou moins importante du grand exclu, alcoolisation comme pseudo-protection contre le froid mais surtout alcoolisation pour provoquer une amnésie temporaire (voire durable avec la chronicité) et salvatrice.

A la lecture de tous ces éléments, on peut donc se demander quelles sont les compétences relationnelles développées par l'IAO pour permettre l'acceptation des soins par les sans domiciles fixes (SDF) en état d'ébriété au service d'accueil des urgences (SAU).

III. Cadre conceptuel

Depuis sa création, L'hôpital et notamment sa porte d'entrée, le service d'accueil des urgences, a toujours été le lieu identifié et privilégié pour l'accueil et la prise en charge des indigents, nommés aujourd'hui SDF (sans domicile fixe) ou « clochards ».

1. L'hôpital : Rôle et fonction du Moyen Age à nos jours

C'est dans l'histoire des hommes et des évènements que l'on trouve les racines et les éléments de compréhension des situations, faits et comportements actuels.

L'hôpital n'y échappe pas et a vécu trois grandes époques et mutations : la charité, la bienfaisance et la transformation en centre de soins.

Prenant lieu et place des anciennes léproseries et maladreries du Moyen Age, l'hôpital était dans l'Ancien Régime (avant 1789) le symbole de la charité chrétienne mais aussi de l'exclusion sociale, il avait pour fonction principale de maintenir à l'écart de la société tous ceux qui étaient considérés comme dangereux, fous ou inutiles par la « bonne morale » de l'époque (mendiants, prostituées, lépreux, pestiférés, assassins, voleurs) et ainsi d'assainir le monde urbain⁸.

A cette époque, le pauvre est un objet de philanthropie et non un sujet du Royaume. La misère est considérée comme génératrice de péchés spécifiques tels que la débauche, l'ivrognerie, l'escroquerie ou encore la paresse⁹.

⁸ Source : FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Tel Gallimard, 1972, chapitre I « Stultiferas Navis »

⁹ Source : FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Tel Gallimard, 1972, chapitre II « Le grand renfermement »

Il existe alors trois institutions majeures¹⁰ :

- **L'Hôtel Dieu** : Fondé au VII^{ème} siècle, dirigé par le Clergé, il a pour rôle d'accueillir et de soigner les malades, les infirmes, les vieillards et les pauvres, voire les voyageurs « et de les garder 7 jours sains en la maison » ce qui provoqua rapidement l'encombrement et obligea à construire des annexes (Saint Louis, Saint Anne, Saint Antoine, Beaujon ...)
- **Le grand bureau des pauvres** : Fondé au XVI^{ème} siècle par François I^{er}, c'est la « forme embryonnaire » de l'HAD/SSIAD¹¹ actuels, en effet, ce bureau s'occupe du secours à domicile mais gère aussi quelques lits d'hospitalisations. D'autres bureaux privés de bienfaisance gérant également des lits d'hospitalisations se sont fondus avec le temps dans le patrimoine de l'Assistance publique.
- **L'Hôpital général** : Créé par l'édit du 27 avril 1656 de Louis XIV, il réunit sous une administration commune plusieurs établissements hospitaliers de Paris comme la Pitié (pour les enfants), Bicêtre (pour les hommes) ou encore la Salpêtrière (pour les femmes). Il s'agissait d'accueillir selon les termes mêmes de l'Édit de 1656 les pauvres « de tous sexes, lieux et âges, de quelque qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables ».

Suite à la fronde¹² (1648-1653) qui secoua le royaume de France et provoqua une augmentation très importante du nombre de pauvres et de mendiants (qui ont interdiction de mendier depuis 1647), l'hôpital général a pour objectif de mettre au travail les mendiants considérés comme inutiles et de « sauver leurs âmes ». C'est la politique du « grand enfermement ». Il est ouvert à tous les miséreux qui voulaient s'y rendre de leur plein gré. Il fut, en fait, avec les indigents, les vagabonds et les prostituées qui s'y trouvèrent enfermés, autant un hospice de vieillards qu'une prison sur autorité royale ou judiciaire. Les (vrais) malades de l'hôpital général sont envoyés à l'Hôtel Dieu¹³.

¹⁰ Source : LE QUELLEC, S. *L'histoire des urgences de 1770 à nos jours*, thèse en vue du doctorat de Médecine, Université Paris VII Diderot, Chapitre I « L'Ancien Régime », page 7 à 10

¹¹ Lire hospitalisation à domicile/Services de soins infirmiers à domicile

¹² Période de troubles graves suite à l'augmentation importante des impôts, la remise en cause des privilèges et l'instauration d'une monarchie absolue en pleine guerre contre l'Espagne.

¹³ Source : FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Tel Gallimard, 1972, chapitre II « Le grand Renfermement » et III « Le monde correctionnaire ».

La pauvreté, la mendicité et le vagabondage sont considérés comme des crimes, des menaces pour l'ordre social et ils sont « redressés » par le travail dans les hôpitaux généraux. Le travail étant devenu depuis le XIII^{ème} siècle la seule source de légitimité sociale avec le début de ce qu'on appelle la pensée rationaliste encore d'actualité aujourd'hui¹⁴.

Accusé de favoriser les épidémies et la paresse, l'hôpital général sera réformé à la fin du XVIII^{ème} siècle sous l'influence des époux Necker¹⁵ mais aussi des lumières. La notion de bienfaisance remplace alors celle de charité et place le malade et sa guérison au centre de l'hôpital et de ses missions. L'hôpital devient alors un véritable centre de soins¹⁶.

Prescrite en 1767 sous Louis XV, l'ouverture de dépôts de mendicité à caractère pénitentiaire aboutira à l'institution de la prison, et à la médicalisation des établissements hospitaliers.

La révolution française (1789) condamnera fermement l'hôpital de l'Ancien Régime, « hôpital mouiroir », répugnant, duquel on ne ressort plus. L'hôpital est laïcisé et dépend maintenant des municipalités, on veut faire disparaître la misère de l'hôpital alors que le nombre de pauvre s'accroît encore.

La notion de charité chrétienne disparaît au profit de la justice sociale, l'état veut mettre en place une vraie politique d'assistance sociale fortement incitée par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1791.

En 1849, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris succèdera au conseil général des hôpitaux et hospices de Paris en regroupant l'Hôtel Dieu, les maisons de l'hôpital général, les hospices et les secours à domicile (ancien grand bureau des pauvres).

¹⁴ Source : GABORIAU-GOUGUET. Article « *Pauvreté et exclusion* », Encyclopédie Universalis version 2006, page 1 et 2

¹⁵ Jacques Necker exercera les fonctions de Directeur général des finances puis de premier ministre des finances sous Louis XIV, sa femme est quant à elle une « salonnière » très influente et généreuse.

¹⁶ Source : VALLERY-RADOT. *Un siècle d'histoire hospitalière de Louis Philippe à nos jours (1837-1949)*. Paris, Dupont, 1948, page 54

Elle comprend alors des hôpitaux généraux pour les maladies aiguës et les soins d'urgences et des hôpitaux spécialisés pour les maladies contagieuses (comme la peste), les hospices, quant à eux, accueillent les vieillards, les pauvres et les infirmes pour une durée indéterminée¹⁷.

La loi dite « d'assistance médicale gratuite en faveur des indigents » (1851 et 1893) assure à tous les soins adaptés à leur état de santé, à l'hôpital ou à domicile et gratuitement si la personne n'a pas de ressource.

En 1938, les infirmières visiteuses disparaissent pour laisser place aux assistantes sociales, les infirmières se consacrent maintenant aux soins techniques et thérapeutiques.

Toutefois et malgré cette réforme en profondeur de la fonction de l'hôpital à partir du XVIIIème siècle, se transformant de lieu de réclusion et d'exclusion en « machine à guérir »¹⁸, l'hôpital était encore jusqu'en 1941¹⁹ réservé aux indigents et à l'hébergement. Il garde toujours aujourd'hui une fonction résiduelle d'accueil de cette population « indésirable » et marginale au travers d'un « sas protecteur » : le service d'accueil des urgences. C'est par ce service que l'hôpital s'expose à la réalité sociale.

Le service d'accueil des urgences a accompagné l'évolution de l'hôpital dans son hyperspécialisation en restant le seul service vraiment ouvert sur le monde et accessible à tous et à toute heure.

¹⁷ Source : Site de l'AP/HP : http://www.aphp.fr/site/histoire/assistance_soin.htm#1849-1960 consulté en Février 2010.

¹⁸ Terme emprunté à Michel Foucault

¹⁹ Loi du 21 Décembre 1941 sur la réorganisation du système hospitalier et des hospices civiles

2. Le service d'accueil des urgences (SAU)

A. Rappel historique

La notion d'admission d'urgence apparaît au début du XIX^{ème} siècle. L'admission est réalisée via le bureau central d'admission créé en 1802 situé dans l'Hôtel Dieu.

Il existe alors 3 modes d'admission :

- Consultations gratuites de l'hôpital
- Consultation en urgences
- Présentation au bureau des admissions

Les malades s'entassent en salle d'attente « ou service porte » avant d'être auscultés par un interne et éventuellement admis s'il y a des places. Des médicaments, des bandages, des bons pour des bains et de la nourriture sont remis aux pauvres dans ces salles d'attente²⁰.

A la fin du XIX^{ème} siècle, L'idée de créer un service dédié aux urgences se retrouve dans les écrits de Louis Gallet, alors directeur de l'hôpital Lariboisière, ce service s'ajouterait au bureau des bienfaisances qui gère le secours à domicile²¹.

La crise économique de 1975 qui a suivi la période des trente glorieuses (1945 – 1975) a entraîné une paupérisation de la société et l'apparition de nouveaux fléaux (drogues, alcool, tabagisme, violence).

Par conséquent, l'hôpital retrouve son rôle ancestral d'accueil des pauvres et des isolés à travers les urgences qui sont ouvertes 24h/24 mais doit faire face à une nouvelle population (alcooliques, toxicomanes, vieillards, sans papiers ...) et à de nouveaux phénomènes comme la violence.

Les urgences constituent le lieu d'arrivée du tout venant, une zone d'absorption des problèmes et la zone d'accueil des égarés, c'est donc le fusible face à la montée des problèmes sociaux préservant ainsi le reste de l'hôpital, hyperspécialisé.

²⁰ Source : DUPONT, M et SALAUN, F. *L'Assistance publique / hôpitaux de Paris*, PUF, coll. « Que sais-je ? », Paris, 1999

²¹ Source : GALLET, L. *Paris à l'hôpital*. Extrait de la nouvelle revue du 15 avril 1892. Paris, 1892

B. Evolution de l'activité aux urgences : Quelques chiffres

Comme l'a très bien montré Jean Peneff²², la fréquentation des urgences est devenue un nouveau mode de consommation médicale.

La fréquentation a augmenté de 4.6% par an depuis 1990 pour atteindre 16 millions de passage en 2007. Toutefois les urgences vitales ne représentent seulement qu'un million de personnes sur les 16 millions de passages²³. Cela nous pousse à redéfinir réglementairement la notion d'urgence.

C. Aspects législatifs et réglementaires

Plusieurs textes régissent l'ouverture et l'organisation des services d'urgence notamment les circulaires et décrets de 1991, 1995 et 1997 (voir en annexes).

Le rapport STEG présenté au Conseil Economique et Social en 1989 met en évidence l'insuffisante médicalisation et la mauvaise qualité de l'accueil dans les services d'urgences, c'est pourquoi une série de circulaire et décrets régissant les services d'accueil des urgences apparaitront à la suite de ce rapport.

En 1991, la mission des services d'urgence est précisée comme étant « l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats, et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou ressentie »²⁴.

Le décret de 1995²⁵ dit que le service des urgences « accueille sans sélection tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge notamment en cas de détresse et d'urgence vitale »

²² Source : PENEFF, J. *Les malades des urgences, une nouvelle forme de consommation médicale*, Métailié, Paris, 2000, 198 p.

²³ Source : Zanker, C. *Les services d'accueil des urgences*, cours donné à l'IFSI RA en Février 2010

²⁴ Circulaire du 14 Mai 1991 relative à l'amélioration des SAU des établissements à vocation générale

²⁵ Décret du 9 Mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences

Ces textes nous permettent de constater deux choses : Premièrement, bien que le service des urgences existe depuis des siècles dans l’Histoire de France, les autorités ont attendu la fin du XXème siècle pour vraiment définir et organiser de manière légale ce service, peut être justement parce que les contours de ce service ne sont pas aussi évidents qu’on veut bien le dire. Deuxièmement ces définitions assez larges de l’urgence qui peut être « ressentie », qui est « sans sélection », ou de « tout ce qui n’est pas programmé », laissent volontairement la place à ce qu’on appelle « l’urgence social ».

Ces décrets déterminent dans les grandes lignes l’organisation interne des services d’urgence et le « chemin clinique » du patient.

D. Organisation des services d’urgence

Les services d’urgences sont composés réglementairement de 3 zones ayant pour but la prise en charge optimale du patient :

- **La zone d’accueil** comprend le(s) box de l’IAO et la partie administrative pour faire l’admission du patient. Elle consiste à accueillir, enregistrer le patient (données personnelles, couverture sociale, motif de consultation) et l’orienter vers le secteur de soins le plus approprié à son état. Cette orientation est réalisée par l’IAO en fonction des dires du patient, de l’interrogatoire et de l’observation clinique. Tous ces éléments conduisent à donner un numéro de tri (1 à 5) au patient selon la gravité de son état (urgences vitales = 1, « bobologie » = 5).

Délai immédiat	<i>Urgence vitale ou absolue</i>	<i>Tri 1</i>
Délai < 20 min	<i>Urgence immédiate</i>	<i>Tri 2</i>
Délai < 60 min	<i>Urgence vraie</i>	<i>Tri 3</i>
Délai < 120 min	<i>Urgence ressentie</i>	<i>Tri 4</i>
Délai > 240 min	<i>Relevant d’une consultation</i>	<i>Tri 5</i>

- **La zone d'examens et de soins** est composée de box et d'une salle de déchoquage (réservée aux urgences vitales ou patients nécessitant une vigilance particulière), le patient y est orienté selon son état, les box sont souvent dédiés à une spécialité (traumatologie, sutures, médecine, Etc.). Il sera alors pris en charge par un médecin et une infirmière pour établir le diagnostic (interrogatoire, examens complémentaires) et donner les premiers soins à visée curative ou palliative.
- **Le service porte ou UHCD** (Unité de Surveillance de Courte Durée) remplaçant la zone de surveillance est un service tampon de l'hôpital réservée aux patients en attente d'une hospitalisation dans un service spécialisé ou d'un transfert vers un autre établissement. Dans chaque secteur, des professionnels de santé sont présents en nombre plus ou moins importants, il y a différentes catégories de personnel.

E. Le personnel des urgences

Le personnel des urgences est une équipe pluridisciplinaire formée et compétente comprenant des médecins, des internes, des infirmiers, des cadres-infirmiers, des aides soignants, des assistants sociaux, des psychologues, des agents chargés des admissions, des agents de sécurité, des agents d'entretien. Parmi la population infirmière, on distingue en plus des infirmiers psychiatriques, un rôle particulier, celui d'IAO (infirmière d'accueil et d'orientation).

3. L'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO)

F. Définition

C'est à partir des années 1980 qu'on a commencé à réfléchir en Europe à l'amélioration de la gestion des flux et à l'idée de mettre une infirmière en première ligne pour faire face à l'augmentation très importante des consultations en urgence et à l'épuisement des professionnels, le modèle était déjà expérimenté depuis quelques années aux USA et au Canada.²⁶

Toujours selon le rapport de Jacques Tenon en 1788, c'était déjà une infirmière, appelée sœur portière, qui accueillait les malades, infirmes ou estropiés à l'Hôtel Dieu dans l'Ancien Régime avant qu'ils soient vus par un chirurgien.

Aujourd'hui c'est toujours une infirmière, appelée IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou IOA (infirmière organisatrice de l'accueil) qui accueille les patients aux urgences.

Légalement seule la circulaire de 1991²⁷ mentionne l'infirmière d'accueil sans définir réellement son rôle. La circulaire de 2003²⁸ réaffirme l'importance de diminuer le temps d'attente aux urgences (source d'agressivité, de violence et d'épuisement professionnel) et incite à une meilleure gestion des flux de patients.

Actuellement tous les grands services d'urgences ont optés pour cette organisation avec une IAO en première ligne pour gérer l'accueil et l'orientation des patients.

Il n'est pas aisé de trouver une définition de l'IAO mais on pourrait la définir comme une infirmière d'accueil dont le rôle est essentiellement basé sur l'accueil, l'information, l'observation, l'orientation et la surveillance du patient selon son état de santé, tout cela supervisé par un médecin d'accueil et d'orientation (MAO).

²⁶ SFMU. *Référentiel IOA*, Mars 2004, page 3

²⁷ Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : Guide d'organisation.

²⁸ Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

L'orientation du patient est réalisée grâce à des outils spécifiques ou des protocoles de service, tout comme l'administration de traitements notamment antalgiques (voir en annexes).

L'IAO est le premier maillon d'une chaîne de soins. Son efficacité conditionne la qualité de la prise en charge médico-infirmière. L'IAO est censée avoir reçu une formation spécifique à ce rôle mais peu de structures la dispense que ce soit dans les CESU²⁹ ou les universités, c'est souvent la formation continue interne des hôpitaux qui se chargent de cette formation qui dure généralement entre 3 et 5 jours mais aucune formation type n'est officialisée ni généralisée.

G. Rôle et missions de l'IAO

Selon la SFMU³⁰, les principales missions de l'IAO sont :

- Accueillir de manière personnalisée : Tous les patients qui se présentent
- Evaluer et prioriser : Selon l'état du patient et les outils/protocoles spécifiques de tri
- Informer et rassurer : Sur le temps d'attente, sur la prise en charge, sur la suite ...
- Orienter et accompagner : Vers le secteur de soins le plus approprié à l'état du patient
- Surveiller : Les patients en attente
- Coordonner la prise en charge : Entre les acteurs de l'urgence pré hospitalière et les différents secteurs de soins.

La mise en place de l'IAO est née d'une démarche qualité des acteurs de l'urgence et a permis une meilleure prise en charge globale des patients et une meilleure gestion des flux, plus de fluidité dans le parcours de soins mais cela reste un rôle très difficile avec la multiplication des situations complexes, des phénomènes de violence et d'addictions.

²⁹ Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence

³⁰ Société Française de Médecine d'Urgence

Pour accomplir au mieux les missions qui lui sont dévolues et être le plus efficient possible, l'IAO doit acquérir et développer certaines compétences avec une dimension relationnelle prépondérante.

H. Les compétences de l'IAO

Guy le Botterf définit la compétence comme « une certaine combinaison de capacités ou d'aptitudes pour résoudre un problème donné ». La compétence se situe et s'évalue dans l'action : C'est un savoir agir. Pour l'individu, c'est passer du savoir faire au savoir agir en particulier dans les situations imprévisibles³¹.

La compétence constitue donc :

- **Un savoir mobilisé** : Il ne suffit pas de posséder des connaissances ou des capacités pour être compétent, il faut savoir les mettre en œuvre dans les circonstances appropriées
- **Un savoir combiné** : Le professionnel doit savoir sélectionner les ressources, les organiser et les employer pour réaliser une activité professionnelle.
- **Un savoir transféré** : Toute compétence est adaptable et transférable
- **Un savoir faire éprouvé et reconnu** : La compétence suppose la mise à l'épreuve de la réalité

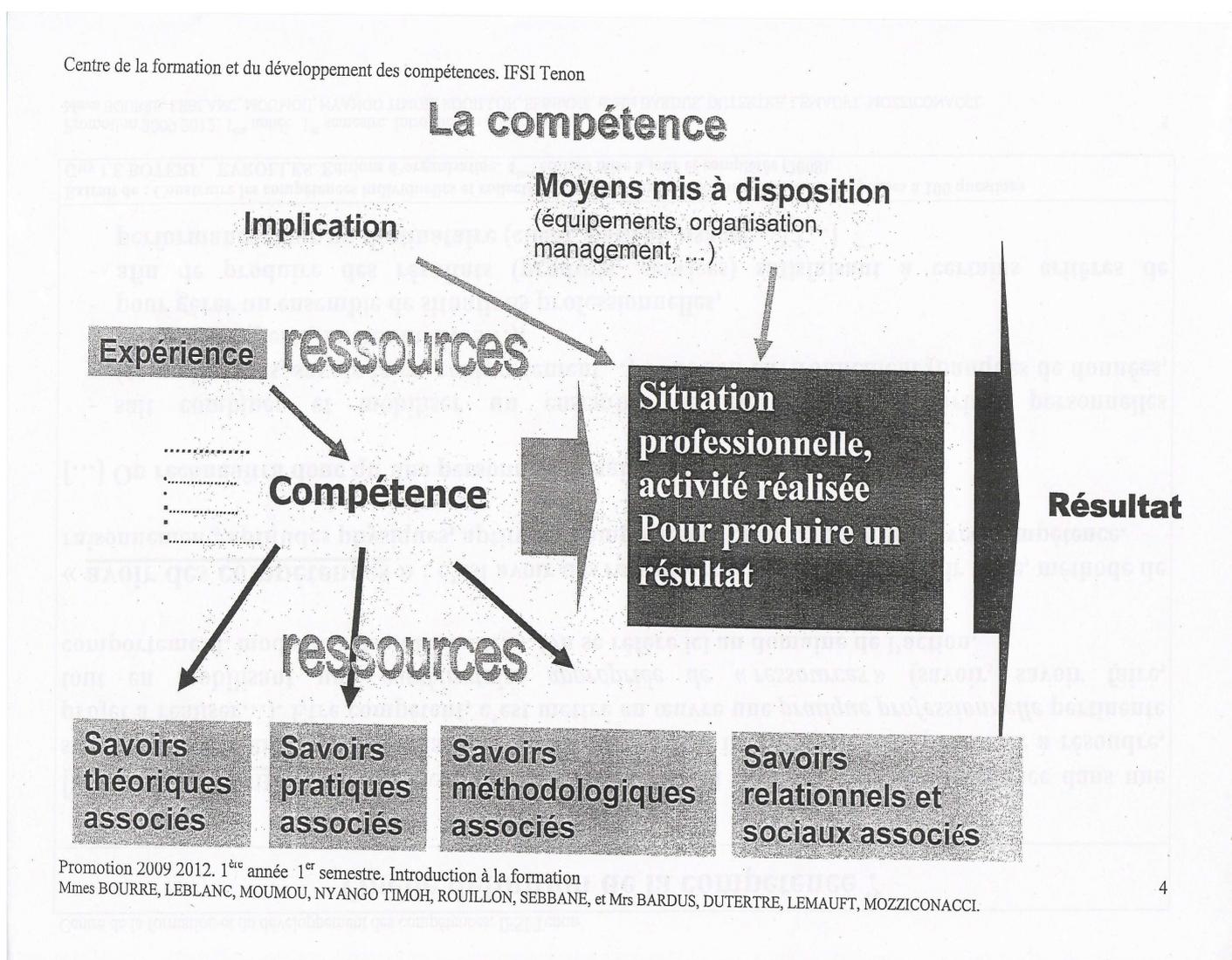
Etre compétent, c'est être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail (activité ou projet à réaliser, événement auquel il faut faire face, problème à résoudre). Etre compétent c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoirs, savoirs faire, comportement, mode de raisonnement). On se réfère ici au domaine de l'action.

³¹ Source : LE BOTTERF, G. *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*, Editions d'Organisations, Paris 1999, Chapitre I

On reconnaîtra donc qu'une personne sait agir avec compétence si elle :

- Sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources appropriées personnelles (connaissances, savoirs faire, comportement) et de son environnement (banque de données, collègues, experts, autres métiers)
- Pour gérer un ensemble de situations professionnelles
- Afin de produire des résultats (produit, services) satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (client, patient, usager)³².

Voici un schéma de synthèse de la compétence :



³² Source : LE BOTTERF, G. *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence. Les réponses à 100 questions.* Edition d'organisation, 2008

Toujours selon Guy Le Botterf, les savoir faire relationnels et comportementaux désignent les capacités utiles pour savoir se comporter ou se conduire dans un contexte professionnel particulier, leur fonction est de savoir coopérer. Ces savoir faire sont acquis dans la diversité des lieux et des moments non seulement professionnels mais également personnellement : Education familiale, vie associative, pratique d'un sport ou d'une activité culturelle, formation continue, expérience professionnelles, voyages Etc.

A l'heure où les compétences sont au cœur de notre métier, la compétence relationnelle, qui correspond à la compétence 6 du nouveau référentiel de formation 2009³³ et aux unités d'enseignement (UE) 1 et 4, est également au centre du rôle de l'IAO pour rassurer, orienter, informer, aider et permettre une prise en charge fluide et de qualité.

La SFMU définit également en 2003 un référentiel de compétences pour l'IAO, et dans l'intitulé « communication, information, transmissions » (voir en annexes), on retrouve un certain nombre d'items justifiant l'importance des compétences relationnelles que doit développer l'IAO afin d'accomplir au mieux sa mission. La dimension relationnelle apparaît donc comme majeure et primordiale.

Cependant, malgré des formations théoriques et pratiques, et même malgré l'expérience, cette mission s'avère compliquée devant les évolutions sociales de la société en terme de mentalité mais aussi de populations à prendre en charge.

I. Les limites du rôle d'IAO

Les difficultés sont multiples pour les IAO : Manque de personnel, de formation, augmentation croissante des consultations en urgences (nouveau mode de consommation médicale), diminution progressive de la médecine de ville, multipathologies, dégradation important du contexte social global, nouvelles attentes des patients (qualité, sécurité des soins, réduction du temps d'attente) et judiciarisation de la société.

³³ Compétence 6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

L'IAO est donc en première ligne et le premier interlocuteur face aux multiples désirs des patients, face auxquels il se trouve souvent démuni.

La réalité du terrain est beaucoup plus nuancée, à Paris par exemple où la plupart des postes disponibles aux urgences sont pourvus par les nouveaux diplômés tant le travail est difficile, fatiguant et le *turn over* important, la formation IAO et par extension l'expérience de plusieurs années est souvent facultative pour prétendre à être IAO.

Pour de jeunes diplômés souvent axés sur la technique dans les premières années plus que sur la dimension relationnelle, primordiale et prépondérante dans ces situations, la tâche s'avère difficile. D'autant plus difficile qu'une fonction résiduelle de l'hôpital a perduré depuis l'Ancien Régime, l'accueil des indigents aujourd'hui appelés SDF³⁴ ou marginaux et dont la première prise en charge, conditionnant le reste du parcours de soins, est effectuée par l'IAO.

Les urgences représentent donc « le service par lequel, l'hôpital moderne, sur de sa technique, redécouvre sa fonction ancestrale d'assistance et d'aide sociale »³⁵.

³⁴ Le choix de cette appellation pour nommer les personnes sans domiciles fixes ou vivant dans la rue s'appuie sur un sondage mené par le CSA et la FNARS et publié dans « La rue » et « La croix » en Janvier 1995 par lequel 54% des personnes vivants dans la rue se reconnaissaient dans cette dénomination.

³⁵ Source : BESSIN, M. Le social aux urgences de l'hôpital, Espace éthique AP/HP, La lettre 15-16-17-18, Hiver 2001/2002, page 2

4. Sans domiciles fixes (SDF) et grands exclus

Les très pauvres ont connus plusieurs qualificatifs selon les époques, des « demeure partout » au Moyen âge, en passant par les « traine-misère, mendiants, gueux, va-nu-pieds, vagabonds », ils héritent de l'appellation de Clochard au XIXème siècle. Tous ces noms synonymes de leur errance ont évolués à notre époque en « Sans domicile fixe » (SDF) et plus récemment le politiquement correct « sans résidence stable³⁶ ».

L'exclusion peut donc être définie comme la perte des droits sociaux élémentaires : c'est à dire une privation des relations considérées comme normales. Pas d'accès au logement, à la santé, ou à l'éducation. C'est un processus où se cumulent dans le temps, des ruptures avec des formes essentielles du lien social : Travail, habitat, famille, couple ...³⁷

Il y a 3 étapes menant à la disqualification sociale³⁸ :

- **Phase de fragilité** (Perte d'emploi, maladie donc diminution des revenus → Précarité)
- **Phase de dépendance** (Assistance régulière des services sociaux)
- **Phase de rupture** (marginalisation, l'aide sociale ne permet plus une réintégration)

C'est cette phase de rupture qui caractérise la population SDF, la grande exclusion est le résultat de « l'abandonnisme chronique³⁹ », de deuils successifs (ruptures et abandons) avec pour étiologies et conséquences des troubles psychiques plus ou moins importants et un sentiment de honte très présent expliquant des conduites de fuite et d'évitement, de repli sur soi même.

³⁶ Source : DAMON, J. *Qui sont les SDF ?* Article n°689 du 4 Décembre 2003 publié sur le site lien-social.com consulté en Janvier 2010, page 1/2

³⁷ Source : COIFFIER, Définition du cours « *Sociologie de la précarité* » donné à l'IFSI Bichat dans le cadre du module optionnel « urgences et précarité ».

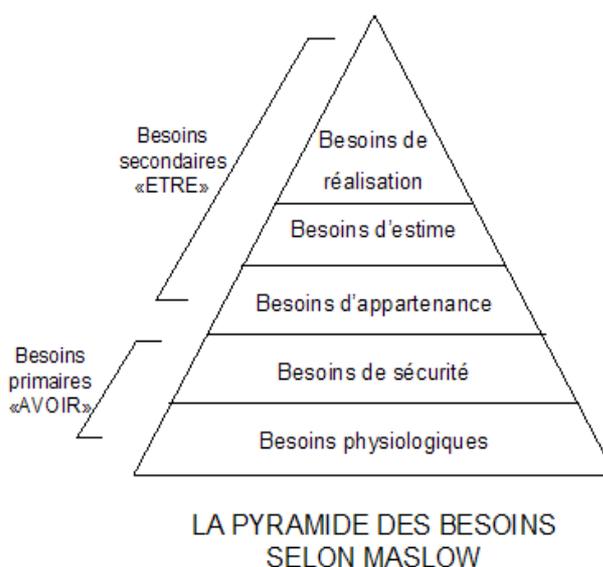
³⁸ Source : PAUGAM, S. *L'exclusion, l'état des savoirs* cité par Me Coiffier, sociologue, lors du module optionnel « urgences et précarité » à l'IFSI Bichat

³⁹ Expression empruntée à Roland Raboin, initiateur de l'équipe mobile de psychiatrie au sein du SAMU social de Paris, lors de son cours à l'IFSI Bichat dans le cadre du module optionnel « urgences et précarité »

Alexandre Vexliard, sociologue, a fait une analyse encore inégalée sur le processus de désocialisation du clochard dans lequel il distingue 4 stades⁴⁰ :

- **Une phase agressive** : Déclenchée par un deuil (famille, travail, logement, infirmité), la personne pense pouvoir encore reprendre une vie normale.
- **Une phase de repli ou régressive** : Mendicité, échanges sociaux rompus, dévalorisation, le monde extérieur devient hostile
- **Une phase de rupture ou de fixation** : Début des addictions (alcool, toxicomanie) et des liens avec les autres clochards, cette phase de rupture peut aboutir au suicide.
- **Une phase d'harmonisation ou de résignation** : Fin du parcours de désocialisation, le clochard ne croit plus à un retour en arrière.

Maslow, dans sa pyramide⁴¹, détermine des besoins primaires et secondaires pour tout individu, dans le cas des SDF, les besoins primaires sont souvent insatisfaits ce qui les empêche d'accéder aux besoins secondaires de l'être. La conséquence est donc la perte d'identité et un changement dans le système des valeurs, amenant incompréhension et rejet de la part de la société.



Ils sont considérés comme agressifs, rebelles, inadaptés expliquant en partie la difficulté de la prise en charge.

⁴⁰ Source : VEXLIARD, A. Le clochard, Desclée de Brouwer, Paris, 1998, 493 pages, page 241-245

⁴¹ Pyramide de Maslow : Concept élaboré dans les années 1940 sur la motivation et notamment utilisé en psychologie du travail.

Pour les équipes soignantes, ce sont souvent des SDF avant d'être des patients, cette conception et ces représentations peuvent expliquer des comportements infantilisants parfois observés chez les équipes soignantes⁴².

La demande des SDF en matière de santé est spécifique et difficile à saisir, par vocation très techniques, les services d'urgences n'ont pas ou très peu de réponses à apporter à des demandes qu'ils n'arrivent souvent même pas à identifier.

Pour beaucoup les soins secondaires (nourriture, vêtements, hébergement) ne relèvent pas du rôle des urgences ou alors exclusivement de l'assistante sociale voire du psychiatre. Le « soin social » demande du temps, de la patience, des compétences relationnelles particulières souvent incompatible avec la notion d'urgence, notamment à l'heure où le quantitatif prime sur le qualitatif.⁴³

Le rapport STEG de 1989 précise bien que l'intrusion du social est vécue comme une gêne à la prise en charge des urgences « sérieuses », valorisant les urgences « rentables » et médiatiques.

Quand le social prend le pas sur le sanitaire, les soignants et notamment l'IAO sont dans l'impasse. Les réponses possibles sont quasi-exclusivement techniques et soignent seulement les corps. Face à tout cela, cette population a recours à l'auto médication pour se soulager, pour oublier, ce traitement uniquement symptomatique avec les effets secondaires qu'on lui connaît s'appelle l'alcool et/ou la toxicomanie.

C'est justement parce que les réponses sont probablement inadaptées, seulement techniques là où il faudrait du relationnel, de la parole, du temps que les IAO doivent parfois faire face à des refus de soins. Refus de soins et agressivité pouvant également être liés à l'identification du soignant comme représentant d'une société génératrice d'exclusion et de misère sociale.

⁴² Source : BESSIN, M. le social aux urgences de l'hôpital, espace éthique AP/HP, La lettre 15-16-17-18, Hiver 2001-2002, page 4

⁴³ Mise en place de la tarification à l'activité (T2A) donc recentrage sur les activités les plus « rentables » et valorisées.

J. Acceptation/refus de soins

Le refus de soins est un concept difficile entre droits du patient et devoirs du soignant, le consentement du patient aux soins (et par corollaire son éventuel refus) est un droit garanti par les lois du 4 Mars 2002 et du 22 Avril 2005.

Le refus de soins est possible après information claire du patient sur les conséquences de ce refus mais l'équipe soignante « doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » selon la loi du 4 Mars 2002.

Toutefois les SDF, la plupart du temps sous l'emprise de l'alcool, refusent régulièrement les soins primaires (soins techniques et médicaux), c'est donc là tout le rôle relationnel de l'IAO d'information, d'explication, de médiation, et de conciliation pour permettre l'acceptation des soins appropriés à leur état physique mais aussi et surtout psychologique dans les meilleures conditions possibles. La qualité de cette relation conditionne également le suivi à plus long terme que ce soit aux urgences ou dans les structures associées. (Consultation PASS⁴⁴ par exemple)

⁴⁴ PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé, consultations polyvalentes gratuites sans RDV (alcoologie, psychologues, pansements, dermatologie, assistantes sociales Etc.) normalement obligatoires dans les établissements publics et commençant à être étroitement liées aux services d'urgences comme à l'hôpital Saint Antoine à Paris : <http://www.lewebzine.aphp.fr/spip.php?article384>

IV. Méthodologie de l'enquête

J'ai choisi de procéder, pour mon enquête, par entretiens : 6 au total.

A. L'entretien

L'entretien est défini comme un procédé d'investigation scientifique ayant pour objet de recueillir oralement des données sur un thème de recherche déterminé⁴⁵.

Ce choix s'est fait pour plusieurs raisons. Tout d'abord, c'est un outil qualitatif, le plus approprié pour enquêter et évaluer des compétences individuelles et notamment relationnelles dans la mesure où il est centré sur la personne.

Ensuite cette méthode permet des réponses exhaustives, construites, profondes donc un matériel riche et abondant pour l'analyse des données.

Dans cette même optique, le choix s'est porté sur un entretien semi directif avec un guide d'entretien permettant une progression des questions et parfois une relance⁴⁶ mais tout en laissant une certaine liberté de réponse et d'expression dans ce cadre.

Pour cela le guide d'entretien est construit en 3 parties et comprend 24 questions au total :

- Caractéristiques générales et profil de l'IAO : 6 questions
- Compétences spécifiques de l'IAO : 7 questions
- Aspects relationnels de la prise en charge des grands exclus aux urgences et limites : 10 questions

Ce guide d'entretien est donc centré sur la personne afin de collecter les données les plus riches sur leurs compétences relationnelles pour l'analyse. Evidemment ces compétences et savoirs faire relationnels vont varier selon le profil des services d'urgences et l'expérience du professionnel interrogé.

⁴⁵ GARIN, F. Cours sur les outils d'enquête donnée à l'IFSI René Auffray en 2010.

⁴⁶ Cf guide d'entretiens en annexes

B. Profils des services et des professionnels enquêtés

Pour mon enquête, j'ai choisi d'enquêter dans deux grands services d'urgences de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris du nord de Paris.

Tous deux sont situés dans un bassin de vie relativement pauvre correspondant aux XVIIIème et XIXème arrondissements de Paris ainsi qu'une partie du département de Seine Saint Denis (93).

Ils accueillent tous les deux entre 200 et 300 patients/jour en moyenne dont une forte population défavorisée voire marginalisée.

La présence de cette population s'explique notamment par la proximité de centres d'hébergement comme la Boulangerie, de bains douches ou de la Croix Rouge Boulevard Ney mais aussi de la gare du Nord ou de quartiers comme Barbès.

Elle s'explique également par une politique de service plus ou moins prononcée d'accueil et « d'hébergement » des personnes exclues et marginales.

J'ai donc choisi d'interroger 3 infirmiers (ayant tous pour fonction IAO) dans chacun des deux services dont au moins un de nuit si possible et en essayant de varier les profils (jeunes diplômés et infirmiers plus expérimentés, infirmiers ayant suivi des formations complémentaires si possible Etc.)

Ces entretiens ont tous la même forme et j'ai essayé d'avoir les mêmes conditions de réalisation afin d'avoir un matériel semblable à comparer et « évaluer ».

C. Procédure de réalisation de l'enquête

Pour les deux services d'urgence, une demande d'autorisation d'enquête a été envoyée aux deux directions de soins des hôpitaux concernés, ma demande a été validée et redirigée vers les cadres des services d'urgence. J'ai alors contacté les cadres de service pour pouvoir organiser mes entretiens selon leurs consignes.

Pour tous les entretiens, le thème de la recherche est donné mais pas la question de recherche (ou à la fin de l'entretien) afin de ne pas orienter ou influencer les réponses.

Chaque entretien est censé durer environ 20 minutes dans une salle dédiée, seul avec la personne interrogée, qui aura ce temps à m'accorder sans être accaparée par autre chose dans la mesure du possible.

Si la personne est d'accord, j'enregistre l'entretien pour me consacrer uniquement à l'entretien, à la relance et la réorientation de celui-ci, et à l'observation de la communication non verbale de la personne interrogée.

La retranscription des entretiens aura lieu le plus vite possible après celui-ci avant de perdre le minimum d'informations possibles.

D. Réalisation concrète de l'enquête

Après autorisation de la direction des soins et prise de contact avec les cadres des services, les entretiens ont été planifiés.

Dans le premier service c'est le cadre qui a plus ou moins sollicité les professionnels et organisé les entretiens selon mes souhaits lorsque que je suis venu.

Dans le deuxième service je me suis organisé de manière autonome pour trouver les professionnels et organiser mes entretiens en me servant des relations que j'avais pu nouer en stage avec l'équipe soignante.

Voici le tableau récapitulatif des entretiens menés.

	Sexe	Equipe	Années post DE Années au SAU	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien	Communication non verbale
IAO 1	F	J	2 ans et ½ 1 mois	Box IAO, seuls, porte fermée, personne en attente	11 minutes	Calme, voix posée, pas de gesticulation, regard fixe, hésitante sur certaines réponses
IAO 2	F	J	28 ans 11 ans	Salle de repos, seuls Porte fermée	11 minutes 30'	Calme, voix posée, pas de gesticulation, regard fixe, sûre de ses réponses
IAO 3	F	J	12 ans 5 ans	Salle de repos, 1 personne qui déjeune, porte fermée	12 minutes	Calme, voix posée, pas de gesticulation, regard fixe, sûre de ses réponses
IAO 4	H	N	7 ans 7 ans	Box IAO, seuls, porte fermée, personne en attente	12 minutes	Calme, voix posée, pas de gesticulation, regard fixe, sûr de ses réponses
IAO 5	F	N	5 ans 5 ans	Box IAO, seuls, porte fermée, personne en attente	11 minutes	Calme, voix posée, pas de gesticulation, regard fixe, sûr de ses réponses
IAO 6	F	J	1 an 1 an	Box IAO, seuls, porte entrouverte, 1 CNA en attente	20 minutes	Calmes, voix parfois tremblantes, pas de gesticulation, regards parfois fuyants, réponses souvent hésitantes
IAO 7	F	J				

F = Femme, H = Homme, J = Jour, N = Nuit, IAO = Infirmier d'Accueil et d'Orientation, CNA = Certificat de Non Admission

Au total, 6 entretiens effectués dont un entretien « double » (IAO 6 et 7) dont j'ai essayé de séparer les réponses mais forcément les réponses de l'une ont ou ont pu influencées les réponses de l'autre.

3 entretiens dans chaque SAU avec : 4 IAO avec plus de 5 ans d'expérience, 3 jeunes diplômés, 4 IAO de jour et 2 de nuit, 6 femmes et 1 homme.

Tous les entretiens ont duré environ 10 minutes, excepté l'entretien « double » qui a duré 20 minutes, soit le double du temps moyen.

Tous les entretiens se sont déroulés dans le box IAO, seuls, porte fermée ou entrouverte, avec maximum 1 patient en attente, 2 entretiens se sont déroulés dans la salle de repos, les services d'urgence imposent une disponibilité des personnels, c'est donc l'organisation la plus simple et rationnelle que j'ai pu obtenir.

Nous n'avons pratiquement pas été dérangés globalement car les heures correspondaient à des « périodes creuses » en service d'urgences soit entre 6 et 7 heures du matin pour le premier service et entre 10 et 11 heures pour l'autre.

Tous les entretiens ont été enregistrés pour se consacrer uniquement à l'écoute et à l'observation du non verbal.

En ce qui concerne la communication non verbale, on peut observer un phénomène attendu : Les jeunes diplômés, qui ont moins d'expérience et de recul sur leurs pratiques, se montrent hésitants dans leurs réponses et peuvent adopter une attitude fuyante (traduite par le regard et la voix).

Pour information les IAO 1, 2 et 3 appartiennent au même service que nous nommerons service A pour notre analyse, les IAO 4, 5, 6 et 7 appartiennent à un autre service appelé service B.

V. Analyse et interprétation des données

Mon guide d'entretien a été construit selon 3 grands axes précédemment cités⁴⁷, ils vont donc me servir à structurer mon analyse.

1. Caractéristiques générales et profil de l'IAO

Voici un tableau brossant le profil général des professionnels interrogés :

	Sexe	Equipe	Années post DE Années au SAU	Parcours professionnel	Raisons du choix d'un poste au SAU	S
IAO 1	F	J	2 ans et ½ 1 mois	Chirurgie orthopédique (2 ans et ½)	Un stage en 2 ^{ème} année d'IFSI qui lui a beaucoup plu mais ne se sentait pas prête de suite. Elle avait un contrat avec un autre hôpital également.	A
IAO 2	F	J	28 ans 11 ans	Chirurgie cardiaque (5 ans) Chirurgie générale (13 ans)	Redéploiement suite à la fermeture d'un service. Les urgences permettaient de voir un peu de tout.	A
IAO 3	F	J	12 ans 5 ans	Psychiatrie Salle de réveil Réanimation médicale Réanimation chirurgicale	Prise en charge des patients dès leur arrivée, service très varié avec des soins et des pathologies très diverses.	A
IAO 4	H	N	7 ans 7 ans	Premier poste au SAU	Un stage en 2 ^{ème} année d'IFSI qui lui a beaucoup plu, pas d'hésitation quand on lui a proposé un poste à la sortie du DE.	B
IAO 5	F	N	5 ans 5 ans	Premier poste au SAU	Un stage en 2 ^{ème} année d'IFSI qui lui a beaucoup plu, service où l'on peut apprendre plein de choses au niveau technique et relationnel.	B
IAO 6	F	J	1 an 1 an	Premier poste au SAU	Stage qui leur a beaucoup plu pendant leur formation en IFSI, service très technique et varié, propice pour se faire une expérience de terrain diversifiée.	B
IAO 7						

⁴⁷ Cf partie IV « méthodologie de l'enquête » 1.1 l'entretien P.22

Dans ce tableau résumant les 4 premières questions de mes entretiens, on peut identifier plusieurs éléments intéressants :

- **L'expérience** : 3 IAO sur 7 ont une expérience de plusieurs années dans d'autres services avant leur prise de poste aux urgences, 4 IAO ont pris un poste directement à la sortie de l'IFSI.

4 IAO sur 7 ont plus de 5 ans d'expérience aux urgences, 3 IAO ont moins d'un an d'expérience.

Evidemment les profils sont variés et relativement bien répartis pour les besoins et la pertinence de l'enquête toutefois on peut quand même remarquer deux choses même sur un « échantillon non représentatif » : C'est le premier poste pour 3 IAO sur 7 montrant bien que les urgences recrutent largement juste après le diplôme.

Deuxièmement 3 IAO ont moins d'un an d'expérience et même juste un mois pour l'IAO 1 illustrant les besoins de recrutement des services d'urgences du à un *turn over* important, conséquence d'un travail exigeant et éprouvant.

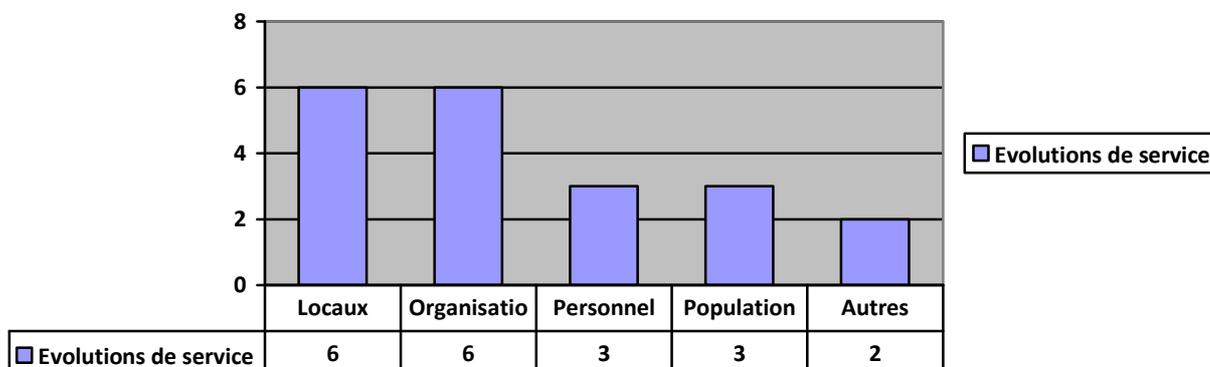
De ce recrutement de jeunes diplômés peut donc résulter également un manque de formation et d'expérience rendant d'autant plus difficile la tâche.

- **Le choix du service** : 5 IAO sur 7 ont choisi ce service suite à un stage qui leur a plu durant leur formation (généralement en 2^{ème} année), durée du stage de 1 mois correspondant plus à un stage de découverte que professionnalisant donc.

Tous ont choisi ce service pour l'aspect technique et la variété des soins et situations rencontrées mais aucun n'évoque vraiment l'aspect social pourtant prépondérant des urgences.

On pourrait donc penser que l'aspect social serait peut être plus un aspect subi que réellement choisi à priori.

Les services des urgences ont connu d'importantes évolutions depuis 20 ans (et les rapports STEG⁴⁸) comme le montre ce diagramme synthétisant les évolutions depuis leur arrivée :



On peut donc remarquer plusieurs grandes tendances service A et B confondus :

- ✓ **Au niveau des locaux :** 6 des 7 IAO interrogées⁴⁹ décrivent des changements avec des travaux de reconstruction et de réfection dans les deux services et une réorganisation par secteurs symbolisés par des couleurs (bleu, rouge, Etc.) ou des domaines d'activité (médecine, traumatologie, SAUV⁵⁰, Etc.) dans lesquels les patients sont orientés après tri par l'IAO.
- ✓ **Au niveau de l'organisation :** Tous les IAO décrivent des évolutions dans l'organisation venant d'une part de la reconstruction/réfection des services et d'autre part d'une politique de service prônant une efficacité dans l'accueil et la prise en charge des patients afin de répondre à l'augmentation des flux et à la recherche permanente d'une amélioration de la qualité des soins.
- ✓ **Au niveau de la population accueillie :** Tous les IAO du service B décrivent une augmentation du nombre de personnes accueillies, un IAO du service B⁵¹ observe également une augmentation du nombre de SDF accueillis.

⁴⁸ Cf Cadre conceptuel Partie II « Les Services d'accueil des Urgences », sous partie 2.1

⁴⁹ Une IAO du service A, aux urgences depuis 1 mois dit ne pas avoir assez de recul pour répondre à la question

⁵⁰ Salle d'Accueil des Urgences Vitales

⁵¹ IAO 4 travaillant dans le service depuis 7 ans.

- ✓ **Au niveau du personnel soignant** : 3 IAO⁵² (service A et B confondus) notent un *turn over* important dans le service depuis leur prise de poste, un IAO du service B avec plus de 7 ans d'expérience précise même que les IDE restent entre 6 mois et un an dans le service.
- ✓ **Autres** : Une IAO du service A précise que le changement de chef de service a considérablement fait évoluer le service et notamment dans l'organisation (accueil et prise en charge).

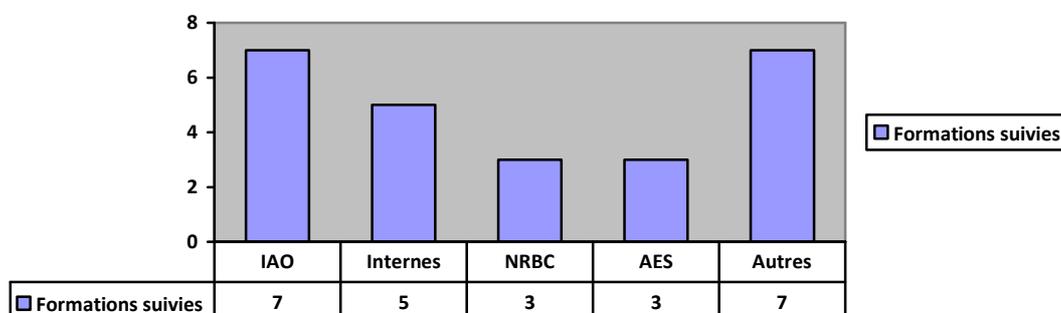
Une IAO du service B observe que la pénibilité du travail a augmenté depuis son arrivée sans argumenter. On peut supposer dans tous les cas que cela pourrait être une des causes du *turn over* précédemment évoqué.

Au niveau de l'organisation, que ce soit dans le service A ou B, tous les IDE tournent sur les différents secteurs tous les jours, ils sont donc régulièrement à l'IAO mais pas exclusivement.

2. Compétences spécifiques de l'IAO

Les compétences sont, selon Guy Le Botterf, l'interaction entre le savoir théorique (les connaissances), le savoir faire (la technique) et le savoir être (communication, relationnel) adaptables selon un contexte donné afin d'obtenir un résultat (positif, concret, évaluable)⁵³.

Dans notre cas, cela nécessite donc des savoirs spécifiques développés par des formations, tous les IAO interrogés ont suivi des formations :



⁵² IAO 3,4 et 5 possédant tous plus de 5 ans d'expérience aux urgences

⁵³ Cf Cadre conceptuel Partie III « L'infirmière d'Accueil et d'Orientation » Section 3.4 Compétences de l'IAO

- Tous les IAO ont ou sont en train de suivre la formation IAO qui se déroule généralement d'abord en interne puis ensuite sur 5 jours au CESU 75⁵⁴ à Necker. C'est une formation obligatoire toutefois l'IAO 1 (depuis un mois aux urgences) est en formation interne actuellement mais assurait d'ores et déjà la fonction IAO seule lorsque je suis allé l'interroger.
- 5 IAO sur 7 ont suivis les formations internes « obligatoires » sur la transfusion sanguine, l'arrêt cardio-respiratoire, calculs de doses, le déchoquage Etc. mais ces formations varient d'un service à l'autre (dans le service A c'est plus une formation par secteurs de soins, dans le service B par thèmes)
- 3 IAO sur 6 ont suivi la formation plan blanc/NRBC⁵⁵ et la formation AES⁵⁶ dans les deux services confondus.
- Ils ont tous suivis des formations diverses appelées « autres » dans le graphique et regroupant la formation grippe A, gestion de l'agressivité, diabétologie (axée notamment sur diabète et coma diabétique) ou encore des formations spécifiques de service.

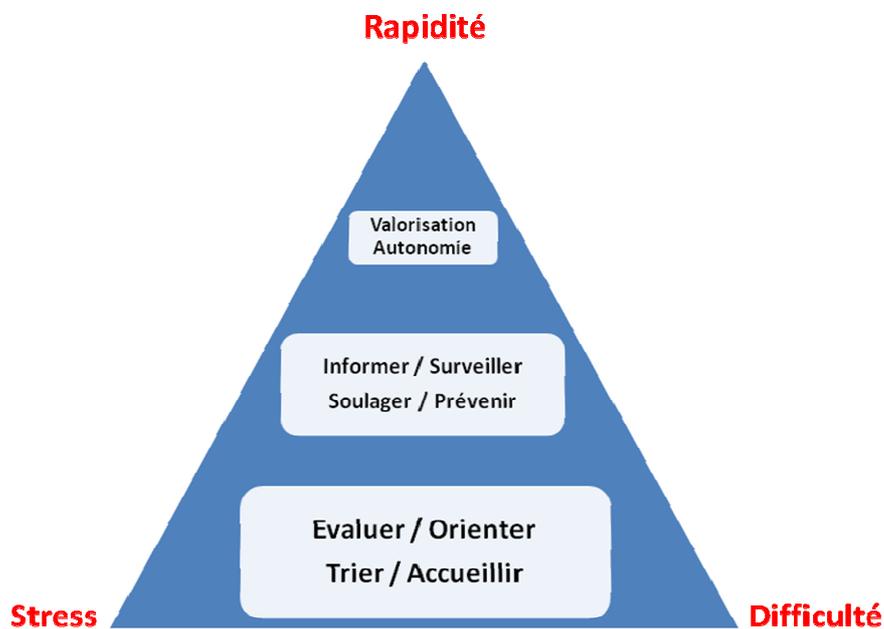
On peut donc remarquer que les formations sont assez variables d'un service à l'autre excepté la formation IAO et qu'on peut exercer la fonction IAO sans réelle formation en reprenant l'exemple de l'IAO 1 en cours de formation et déjà « autonome » après un mois aux urgences.

Dans la mesure où (presque) tous les IAO interrogés ont eu la même formation IAO au CESU 75, ils devraient donner une définition assez semblable de la fonction IAO, voici leurs réponses organisées sous forme d'une pyramide des mots clefs qu'ils ont donnés :

⁵⁴ Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

⁵⁵ Plan de gestion hospitalière d'afflux massif de patients suite à une catastrophe pour lequel les urgences sont en première ligne / Risque Nucléaire, Radiologique, Bactériologique, Chimique

⁵⁶ Accidents d'exposition au sang



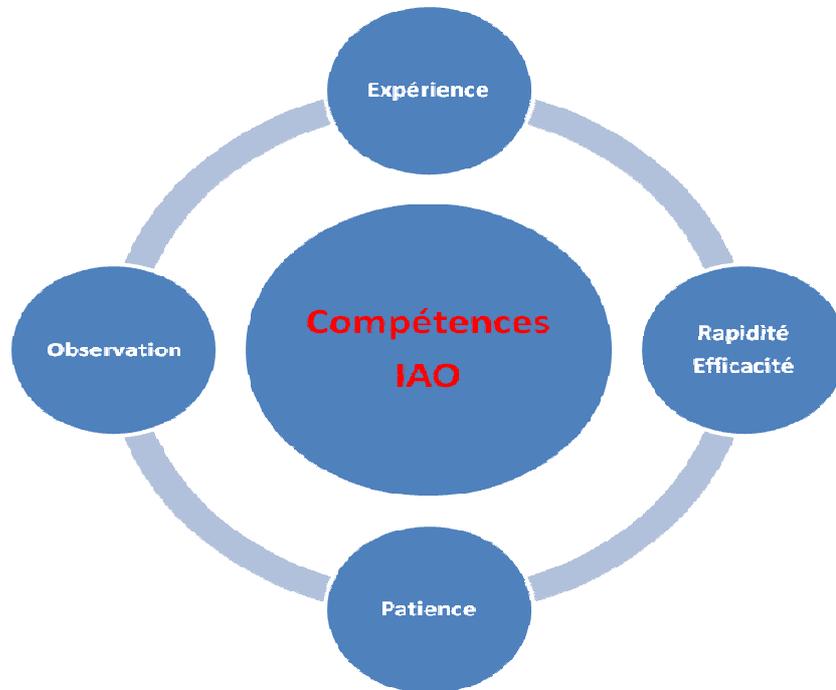
On peut donc remarquer, que bien qu'aucune réponses ne se ressemblent, les termes d'évaluation, orientation, tri et accueil constituent la base de la fonction (et donc de la pyramide), ensuite des actions comme l'information, la surveillance (salle d'attente), la prévention (fugues, chutes, agressivité Etc.) sont apparues en second plan.

Enfin en filigrane, la valorisation et l'autonomie qu'apporte cette fonction ont été évoquées. Toutefois ce rôle n'est pas sans difficulté, ni stress car il induit une notion de rapidité (6 minutes maximum par patient) englobant tout cette fonction IAO.

Cela correspond assez largement avec la définition donnée dans le cadre conceptuel en faisant ressortir les mêmes notions⁵⁷.

⁵⁷ Cf Cadre conceptuel Partie III « L'infirmière d'Accueil et d'Orienteur (IAO) » section 3.1 Définition, 3.2 Rôle et missions de l'IAO.

Afin d'assurer cette fonction au mieux, l'IAO doit donc posséder certaines compétences, Voici les compétences mises en avant par les IAO interrogés :



La plupart mettent en avant le sens de l'observation, la rapidité et l'efficacité, ils mettent également en avant la patience et l'expérience qui ne sont pas des compétences à proprement dit mais des qualités et aptitudes pouvant mener à une compétence.

D'autres termes reviennent de manière isolée comme l'organisation, la disponibilité, la logique, l'écoute ou encore la sérénité mais là encore ce sont des éléments d'une compétence.

Dans tous les cas, ce qui ressort principalement, c'est que la rapidité et l'efficacité demeurent les notions clefs de la compétence IAO pour lesquels l'expérience aide énormément.

Cette notion de rapidité et d'efficacité pourrait donc constituer un frein à un relationnel de qualité et mettre au second plan cette dimension de la fonction IAO.

Voici comment les IAO caractérisent cette dimension relationnelle :

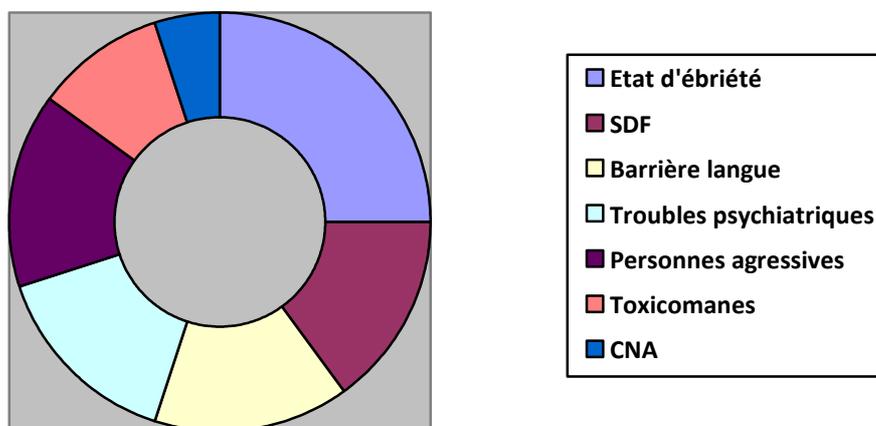
	Aspects positifs	Aspects « négatifs »	Difficultés
IAO 1	Primordiale Permet de diminuer toutes les tensions Rassure		Faire preuve de patience, Garder son calme, Eviter de prendre les attaques pour soi
IAO 2	Importante	Ecourtée à l'IAO « il faut faire vite, on n'a pas le temps de s'étendre ni de raconter sa vie, il faut y aller »	La peur de se tromper, être efficace en peu de temps
IAO 3	Importante Premier contact avec l'hôpital, première prise en charge Permet d'instaurer une relation de confiance	Rapide, « vite fait »	Gestion du stress, la peur de se tromper ou d'oublier des éléments importants Travailler vite et efficacement
IAO 4	Très importante Premier contact avec l'hôpital Rassure		Etre et avoir l'œil partout, gestion du stress, gestion de l'énervement et excitation des patients qui attendent Etre toujours disponible (très fatigant)
IAO 5	Essayer de parler si les gens en ont besoin Informé et expliquer	Nécessité de ne pas trop trainer à l'IAO, ce n'est pas toujours évident	Les patients « impatientes » qui ne comprennent pas le fonctionnement des urgences
IAO 6	Importante	Pas toujours le temps	Etre disponible pour tout le monde, savoir prioriser les prises en charge, orienter au mieux sans se tromper
IAO 7	Très importante	Poste difficile et inadapté à cette dimension bien que nous sommes le premier contact avec l'hôpital. Les gens reviennent nous voir quand ils « cogitent » en salle d'attente	Gérer la salle d'attente en même temps et notamment les patients « psy ».

Ce tableau regroupant les réponses aux questions 11 et 13 sur la dimension relationnelle de la fonction IAO permet de dégager plusieurs informations :

- ✓ Tous les IAO considèrent la dimension relationnelle de leur fonction comme importante, très importante voire primordiale (premier contact avec l'hôpital, détermine la suite de la prise en charge)
- ✓ La plupart estiment cette dimension écourtée, rapide, « vite fait » du fait des contraintes de cette fonction (6 minutes maximum par patient).
- ✓ Certains IAO estiment même que la fonction IAO n'est pas adaptée à une dimension relationnelle de qualité
- ✓ La patience, la gestion du stress, la disponibilité et l'efficacité semblent être les plus grandes difficultés évoquées par les IAO, toutes relativement liées à la dimension relationnelle de la fonction.

La dimension relationnelle de l'IAO paraît donc primordiale (que ce soit dans les référentiels de compétence SFMU ou selon les professionnels du terrain) cependant il semblerait que celle-ci ne soit pas adaptée aux contraintes de la fonction et que donc elle s'avère écourtée, « vite fait » voire bâclée.

Cette dimension relationnelle est d'autant plus difficile que certaines populations sont plus compliquées à prendre en charge :



Selon les IAO interrogés, les personnes en état d'ébriété sont le public le plus difficile à prendre en charge, viennent ensuite à la même proportion les SDF, les gens ne parlant pas français ni anglais, les personnes atteintes de troubles psychiatriques majeurs et les personnes agressives, puis les toxicomanes et les CNA (une seule fois évoqués).

Ces difficultés sont d'autant plus majorées quand tous ces profils se croisent comme chez une grande partie des SDF qui :

- Sont souvent en état d'ébriété : Pseudo remède contre les problèmes et l'oubli
- Sont souvent étrangers notamment à Paris et ne parlent pas ou peu français (beaucoup viennent des pays de l'Est).
- Sont souvent atteints de troubles psychiatriques (psychoses surtout) : Deux écoles de pensées s'affrontent, ceux qui pensent que la rue est responsable de ces troubles et ceux qui pensent que ces troubles les ont conduits à la rue. Dans tous les cas, la rue et l'alcoolisme n'arrangent rien.
- Sont souvent agressifs, du fait de leur marginalité et donc de leur système de valeurs différent, de leurs troubles psychiatriques, de leur état d'ébriété et de la barrière de la langue qui n'aide en rien à la compréhension.
- Certains sont tombés en plus dans la toxicomanie, tout comme l'alcool, le mécanisme d'entrée est discuté mais la maladie, le manque et ses manifestations sont graves et difficiles à gérer.
- Ces profils sont en lien avec une phase de rupture ou de fixation, voire la phase d'harmonisation ou de résignation décrites par A. Vexliard⁵⁸

Les SDF semblent donc être un public particulièrement difficile à prendre en charge, surajouté aux contraintes de la fonction IAO citées précédemment notamment dans la dimension relationnelle, l'accueil et la prise en charge de cette population constitue donc un véritable défi pour les services d'urgence dont c'est le rôle historique⁵⁹.

⁵⁸ Cf cadre conceptuel Partie IV « Sans domiciles fixes et grands exclus », P.19

⁵⁹ Cf cadre conceptuel Partie I « L'hôpital, rôle et fonction du Moyen Age à nos jours », P.6

3. Aspects relationnels de la prise en charge des SDF aux urgences et limites

Le nombre de consultations aux urgences a explosé ces dernières années avec une augmentation de 4% chaque année dans les urgences de l'AP/HP⁶⁰ cependant il est difficile d'obtenir des chiffres précis pour les consultations de SDF.

Toutefois les réponses des IAO interrogés sont assez nettes :

- Tous les IAO disent accueillir régulièrement des SDF dans leur service
- Tous les IAO du service A disent en accueillir moins qu'avant en proportion (L'IAO 2 précise même qu'ils accueillent « moins d'habituels qu'avant »)
- Tous les IAO du service B disent en accueillir plus qu'avant en proportion (l'IAO 4, 6 et 7 précisent qu'ils accueillent « au minimum 10 SDF par jour »)
- Tous les IAO parlent des variations Hiver/Été : Le nombre de SDF accueillis étant beaucoup plus important en période de grand froid : l'IAO 4 du service B parle « d'une fourchette basse de 30 à 40 SDF accueillis en période hivernale, une vingtaine hors période hivernale ».
- Plusieurs arguments pourraient expliquer ces chiffres en dehors des variations saisonnières : Pour l'IAO 3 du service A c'est « le changement de politique du service (plus d'hébergement toujours possible, plus de salle dédiée appelée le garage au RDC, Etc.), pour les IAO du service B c'est essentiellement le quartier [défavorisé] qui en est la raison majeure et la proximité de lieux très passants.

⁶⁰ Cf Cadre conceptuel sous partie 2.2 « Evolution de l'activité aux urgences : Quelques chiffres », p.10

Les représentations des IAO vis-à-vis de cette population se recoupent assez largement :

- Population très vulnérable, démunie, accumulant les problèmes de santé (alcoolisme, maladies cutanées, dénutrition, dégradation physique ...) → Population qui fait de la « peine ».
- Sentiment d'échec et d'impuissance → Eternel recommencement sans amélioration visible
- Population présente et qu'il faut prendre en charge → Rôle des urgences et de l'Assistance Publique.
- Population difficile car système de valeurs différent, ils ne sont pas forcément en demande de soins bien que ce soit la mission des urgences. Ils sont ramenés de force par les pompiers, la police ou d'autres organismes.
- Problème du refus de soins et du suivi.

Selon les IAO interrogés, Les SDF consultent de manière générale pour les raisons suivantes :

- Etat d'ébriété
 - Hypothermie
 - Epilepsie
- } Consultation forcée (amené par pompiers, associations ou police)
- Prise en charge sociale, nourriture ou hébergement
 - Plaies ou problèmes cutanés
- } Consultation spontanée

La plupart des IAO interrogés estiment que ce n'est pas le rôle premier des urgences de les prendre en charge en dehors des problèmes somatiques mais il y a une telle crise des structures spécialisées (115, centres d'hébergement d'urgence, consultations PASS, Samu Social), et que les urgences sont ouvertes à tous 7j/7, 24h/24 qu'ils viennent.

Ils souhaiteraient tous un meilleur relais avec les assistantes sociales et les structures d'accueil spécialisées, des chaînes de soins et de prise en charge plus complètes.

Concernant la prise en charge concrète aux urgences, les réponses se recoupent largement :

- Pas de protocole ni de prise en charge particulière pour cette population
- Même prise en charge que tout le monde en cas de problème somatique
- Réévaluation sociale pour la suite de la prise en charge (possibilité de lits infirmiers si besoin mais place rare, hébergement non médicalisé en derniers recours)
- Ils peuvent dormir aux urgences mais à 6 heures « tout le monde dehors » que ce soit dans le service A ou le service B, possibilité de prendre une douche également
- Dans tous les cas (peu importe le motif de consultation), ils sont inscrits sur UrQual⁶¹
- Service A : Consultations pansement tous les jours à partir de 13h30
- Service B : Inscription dans le circuit « médecine courte » dorénavant et plus « surveillance accueil » sur UrQual, ils sont donc forcément vus par un médecin.
- Le service B dispose également d'une consultation PASS à la polyclinique

Le système de tri⁶² est donc équivalent à toute personne dans le cas d'un problème somatique. Dans tous les autres cas (situations relevant de « l'urgence sociale » : Hébergement, nourriture, douche, vêtements, Etc.), le SDF sera la plupart du temps classé en tri 5 « Relevant d'une consultation » avec un délai de prise en charge supérieur à 240 minutes. Avant et comme le soulignent les IAO 6 et 7, ils étaient placés en « surveillance accueil » sur UrQual donc justement exclu du tri en plus d'être exclu de la société et n'avaient pas les mêmes droits que les autres patients dans la mesure où ils n'étaient parfois même pas vus par un médecin.

En les plaçant en tri 5, ils ne sont pas toujours vus non plus mais en tous les cas ils le devraient et ont plus de chance de l'être.

Toutefois rares sont les SDF qui ne sont pas en situation d'ébriété (plus ou moins grave) et/ou en hypoglycémie aux urgences donc relevant plutôt d'une prise en charge somatique.

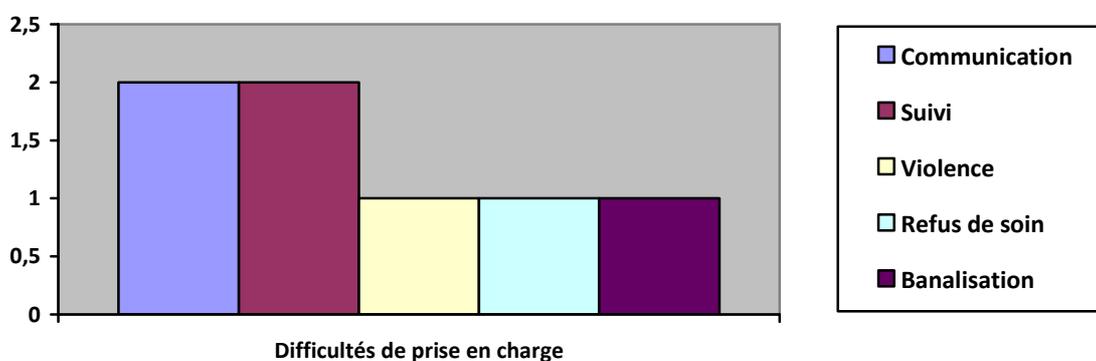
⁶¹ UrQual, qui correspond à la contraction de « Urgences Qualité », est un progiciel dont l'objectif est de faciliter et d'améliorer le travail des soignants via une gestion informatique du parcours des patients, en fluidifiant dans le même temps toute la partie administrative. C'est le logiciel utilisé dans toutes les urgences de l'AP/HP.

⁶² Cf Cadre conceptuel Partie II « Le service d'accueil des urgences (SAU) » Sous partie 2.4 « organisation des services d'urgences » P.12

Tous les IAO disent que l'hébergement n'est pas le rôle des urgences (mais des structures spécialisées) cependant tout le monde le pratique plus ou moins, notamment en Hiver.

Des consultations spécialisées (pansements, PASS) sont mises en place dans les hôpitaux voire dans le service des urgences même pour accueillir cette population qui contracte très souvent des problèmes dermatologiques du fait de leur vie dans la rue. Ceci a également pour but de désengorger partiellement les urgences classiques.

Les plus grandes difficultés de prise en charge de la population SDF pour les IAO concernent :



La communication et le suivi (état de santé, pathologies, aspects sociaux) semblent être les plus grandes difficultés soulevées (1/3 des IAO), ensuite viennent la violence, le refus de soins et la banalisation à même hauteur.

Le refus de soins ne semble pas être la plus grande difficulté des IAO, cependant l'item « communication » comme plus grande difficulté, amène régulièrement des refus de soins.

4 IAO sur 7 estiment être plus ou moins régulièrement confrontés à un refus de soins :

- Les raisons de ce refus de soins sont multiples : Etat d'ébriété la plupart du temps, désocialisation avancée (Cf stades de désocialisation selon A. Vexliard), système de valeurs différents, représentations ...
- Régulièrement, ils refusent les soins primaires (médicaux) mais acceptent les soins dits « secondaires » tels que douche, nourriture, hébergement ... (correspondant aux besoins primaires de la Pyramide de Maslow)
- Les 2 IAO restantes ont argumentées que l'information donnée et/ou l'état d'ébriété des SDF expliquaient l'acceptation des soins.
- Un autre facteur apparaît important à prendre en compte, c'est le mode d'entrée : Spontané ou forcée par les pompiers ou la police. Evidemment dans le deuxième cas, la proportion refus de soins est plus importante.

Dans cette situation, les marges de manœuvre paraissent assez limitées :

- Tous les IAO disent ne pas insister en cas d'échec du dialogue : IAO 4 : « je ne me bats pas », IAO 3 : « on ne peut rien faire » car risque de violence ou agressions.
- Si nécessité de soins ou urgence vitale alors contention pour effectuer les soins.

On peut donc constater que le principe de non consentement du patient aux soins⁶³ est respecté, notamment par les risques de violence et d'agressions qu'il peut induire chez des patients SDF désocialisés et en état d'ébriété.

Dans le cas d'une nécessité de soins ou d'une urgence vitale, le patient est contentonné afin de pouvoir réaliser les soins et ainsi éviter la non assistance à personne en danger⁶⁴.

Le dialogue, l'information et l'explication des soins et des risques sont mis en avant comme méthode de résolution de problème mais l'intensité du travail aux urgences et la personnalité souvent imperméable des SDF aidé par une ébriété plus ou moins avancée ont souvent raison de l'IAO et de ses 6 minutes de temps imparti en moyenne.

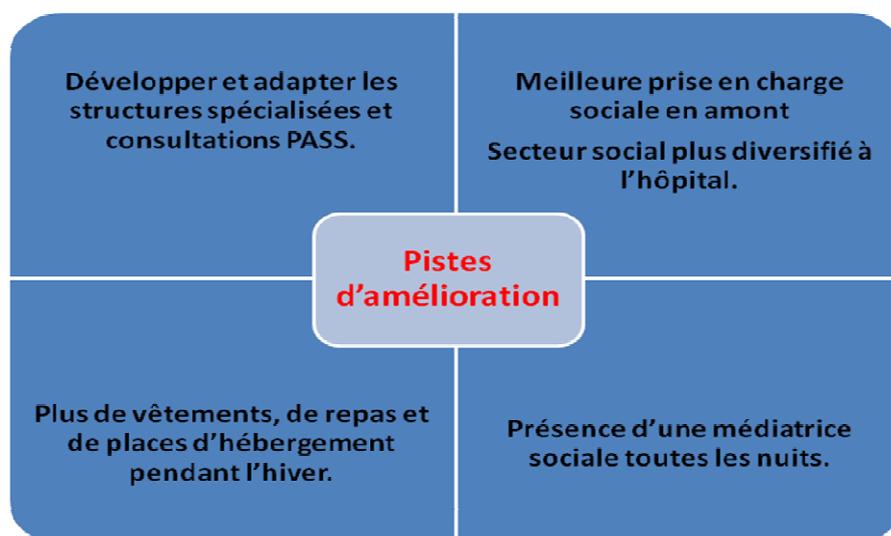
⁶³ Cf cadre conceptuel Partie IV « Sans domiciles fixes et grands exclus » sous partie 4.1 « Acceptation/refus de soins » P.21

⁶⁴ Deuxième livre, chapitre III du Code pénal : De la mise en danger de la personne.

Aux vues de toutes les difficultés évoquées précédemment, tous les IAO interrogés se sentent démunis face à cette population :

- **Sentiment d'impuissance et de frustration** : Eternel recommencement : « Le patient galeux qu'on lave, change, soigne et qui revient le lendemain dans le même état voire pire que la veille parce qu'il dort dans le même endroit, le même sac de couchage, la même tente ... c'est décourageant, déprimant ... »
- **Impossibilité de régler les problèmes à leur niveau** : « Impression de brasser du vent, le problème est réglé à court terme mais aucune solution pour le moyen ou le long terme à notre niveau »
- **Incompatibilité avec le rôle IDE et la fonction IAO** : « Notre rôle en tant qu'IDE ce n'est pas ça, c'est aider les gens et être là pour eux, de faire les soins qu'il faut sans être méchants »
- **Manque de motivation** : « Des fois ils sont amenés de force par les pompiers pour un état d'ébriété ou autre, mais eux ne demandent pas à arrêter de boire donc on les remet dans la rue avant qu'ils soient en manque pour prendre leur petit quart de rouge, c'est eux qui le souhaitent »
« Il y a possibilité de lits infirmiers pour certains SDF qui en ont la nécessité mais encore faut il qu'ils veuillent y aller puis ils nous les renvoient souvent pour rien ».

Face à toutes ces difficultés, les IAO apportent quelques pistes d'amélioration de la prise en charge :



Pour tous les IAO, il n'y a pas de solution et surtout pas de solution miracle surtout dans la conjoncture actuelle (rentabilité, T2A Etc.) toutefois ils ont quasiment tous une petite idée pour améliorer la prise en charge :

- ✓ **Augmenter les places dans les structures spécialisées** (centres d'hébergement notamment pour éviter qu'ils réorientent les SDF vers les services d'urgence), développer les réseaux de prise en charge avec ces structures et adapter les horaires des consultations PASS aux modes de vie de cette population.
- ✓ **Meilleure prise en charge sociale en amont** (en ville) pour les resocialiser et meilleur suivi : Développer le secteur social de l'hôpital avec plus d'assistantes sociales.
- ✓ **Avoir plus de vêtements, de repas** notamment en période hivernale mais possible « appel d'air »
- ✓ **Avoir une médiatrice sociale toutes les nuits** : Dans le service B, il y a une médiatrice sociale 1 nuit sur 2 dont le rôle est notamment d'accompagner et d'orienter les SDF.

On peut s'apercevoir qu'aucune solution ou piste d'amélioration n'est envisagée concernant le refus de soins, que ce soit en termes de formations supplémentaires, de meilleure compréhension des mécanismes caractérisant cette population ou autres comme si finalement on ne pouvait pas interagir sur cela et que c'était « acquis ».

Le découragement et la frustration ayant probablement pris le dessus ou tout simplement l'expérience et l'état d'ébriété généralisé des SDF expliquent cet état de fait.

VI. Conclusion

Pour conclure, cette enquête a mis en lumière plusieurs éléments. Tout d'abord et sans surprise, la prise en charge de cette population est difficile et frustrante pour les équipes soignantes et notamment pour l'IAO car c'est une population marginale, qui fait « peur » et dont les demandes et les besoins en matière de santé sont difficilement identifiables (l'état d'ébriété assez récurrent favorisant le refus de soins).

Prise en charge d'autant plus difficile et frustrante que les marges de manœuvre sont très limitées au niveau du service des urgences, que le refus de soins est assez courant, que les équipes ont l'impression de vivre un éternel recommencement et que le problème leur paraît sans fin peu importe les profils, l'expérience et les formations des IAO.

En effet, sans une prise en charge globale et notamment environnementale, les problèmes somatiques (éthylisme, pathologies cutanées, Etc.) ne cesseront d'entraîner des consultations aux urgences sans amélioration visible.

Ensuite, la fonction IAO, par ses contraintes de temps notamment, ne semble pas ou peu adaptée à un relationnel de qualité avec cette population, qui, quand elle peut dialoguer de manière efficace, demande du temps et de l'écoute.

L'état d'ébriété induit souvent un refus de soins, peu importe les compétences relationnelles de l'IAO, et quand cet état d'ébriété est trop avancé ou que c'est vraiment nécessaire, les soins sont faits mais sans consentement de la personne SDF.

Les soins leurs paraissent inutiles car ils n'ont plus vraiment conscience de leur corps, ce corps qui ne fait plus barrière, ne protège plus des agressions extérieures tant il est affaibli. Il ne constitue plus cet abri, cette protection et se considèrent donc vraiment « sans abri ».

Enfin, et malgré les moyens mis en œuvre par les services d'urgence (consultations PASS, pansements, hébergement, assistante sociale, médiatrice sociale, lits infirmiers, liens avec le 115), la volonté de la personne marginalisée de s'en sortir (et donc de ne pas refuser les soins) est une condition sinéquanone à l'amélioration de son état physique et social.

Les pistes d'amélioration évoquées par les IAO, car on peut difficilement parler de solution(s), semblent uniquement préventives ou palliatives mais très peu « curatives » tant le problème est global et difficile à prendre en charge et qu'il doit inclure des structures en amont, en aval et en parallèle des urgences.

Au niveau des urgences et en dehors de la simple prise en charge somatique, je pense que la chaleur humaine est le minimum qu'on puisse donner même si elle ne permet pas forcément d'amélioration et que les conditions de travail sont difficiles.

Comme le dit un poème relativement connu : « Un sourire ne coûte rien et produit beaucoup [...] Et personne n'est trop pauvre pour ne pas le mériter [...] Un sourire donne du repos à l'être fatigué, rend du courage au plus découragé, console dans la tristesse et est un antidote de la nature pour toutes les peines. » et peut permettre une acceptation des soins.

VII. Bibliographie

Ouvrages :

- DECLERCK,P. *Les naufragés (avec les clochards de Paris)*, Terre Humaine Plon, Paris, 2001, 457 p.
- DUPONT,M et SALAUN,F. *L'Assistance publique / hôpitaux de Paris*, PUF, coll. « Que sais-je ? », Paris, 1999
- FOUCAULT,M. *L'histoire de la folie à l'âge classique*, TEL Gallimard, Paris, 1972, 583 p.
- FOUCAULT, M. *Assister et punir*, TEL Gallimard, Paris, 1975, 360 p.
- PAUGAM,S. *L'exclusion : L'état des savoirs*, la découverte, Paris, 1996, 582 p.
- RULLAC, S. *Le péril SDF : Assister et punir*, L'Harmattan, Paris, 2008, 160 p.
- VALLERY-RADOT. *Un siècle d'histoire hospitalière de Louis Philippe à nos jours (1837-1949)*. Paris, Dupont, 1948.
- VEXLIARD, A. *Le clochard*, Desclée de Brouwer, 1998, Paris, 493 p.
- ZENEIDI HENRY, D. *Les SDF et la ville. Géographie du savoir-survivre*, Bréal, Paris, 2002, 288 p.

Reuves :

- *L'infirmière magazine*, supplément au numéro 255, dossier précarité et santé des aînés, Décembre 2009, 23 pages

Liens internet :

- *Site internet de l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris*, Rubrique histoire, musée et archives : http://www.aphp.fr/site/histoire/assistance_soin.htm#1849-1960, consulté en Février 2010
- *Extrait d'un mémoire sur le triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation: Influence sur la durée d'attente à l'accueil et la satisfaction des consultants*: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VMW-4GGXP7B-2&_user=10&_coverDate=07%2F31%2F1997&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1235369397&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=8a39cf15b901d6a8e1bcb1d1c098400b consulté en Mars 2010

Articles et publications scientifiques :

- ARDOUIN, T. *De la compétence individuelle aux capacités organisationnelles, regards croisés France-Québec*, ACFAS, Colloque management des capacités organisationnelles, Mai 2008, 22 p.
- BESSIN, M. *Le social aux urgences de l'hôpital*, Espace éthique AP/HP, La lettre 15-16-17-18 Hiver 2001-2002, 9 p.
- CESU. *IAO une fonction émergente*, Colloque national des CESU, Décembre 2005, 12 p.
- DAMON, J. *Qui sont les SDF ?*, publication n°689 du 4 Décembre 2003, site lien-social.com consulté en Janvier 2010
- DECLERCK, P. *Face à l'horreur SDF*, publication N°784 du 9 Février 2006, site lien-social.com consulté en Janvier 2010
- DREES. *Les usagers des urgences – Premiers résultats d'une enquête nationale*, Etudes et Résultats N°212, Janvier 2003, 8 p.
- DREES. *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, Etudes et Résultats N°215, Janvier 2003, 12 p.
- GABORIAU-GOUGUET. *Pauvreté et exclusion*, Encyclopédie Universalis, 2005, 14 p.
- LANGLET, M. *SDF, l'urgence sans fin*, publication n° 837 du 19 Avril 2007, site lien-social.com consulté en Janvier 2010
- LE QUELLEC, S. *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*, thèse pour le doctorat de Médecine, Université Paris VII Denis Diderot, Octobre 2000, 108 p.
- MARPSAT, M. *Les définitions des sans domicile en Europe : Convergences et divergences*, INSEE, Courrier des statistiques n°126, Janvier-Avril 2009
- MUCHIELLI, L. *Clochards et sans abris : Actualité de l'œuvre d'Alexandre Vexliard*, La revue française de sociologie, 1998, 32 p.
- ROYER-COHEN, N. *Les SDF aux urgences. Leur rencontre avec les infirmières*, Recherche en soins infirmiers N°53, Juin 1998, 86 p.
- REPERES, *Que savoir de l'AP-HP : Les urgences à l'AP-HP – Juillet 2008 – Direction de la communication de l'AP-HP*
- TENON, J. *Rapport sur les hôpitaux de Paris*, Académie Royale des Sciences, 572 p.
- SFMU, *Référentiel IOA*, Mars 2004, 48 p.
- SFMU, *Référentiel IDE en médecine d'urgence*, Commission infirmière, Juin 2008, 65 p.
- SFMU/SAMU de France, *Urgences et précarité : Tri et gestion de la salle d'attente*, chapitre 30, colloque urgences 2007

VIII. Annexes

A. Glossaire :

AS : Aide soignante

IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation

SAU : Service d'accueil des urgences

SDF : Sans domicile fixe

B. Textes de lois régissant l'ouverture et l'organisation des services d'urgence :

- Loi n° 70-1318 du 31 Décembre 1970 portant réforme du système hospitalier
- Circulaire DH.DGS-90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences.
- Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : Guide d'organisation.
- Décret 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique
- Décret 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique
- Décret 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences
- Circulaire 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

C. Compétences relationnelles de l'IAO selon la SFMU :

➤ **Connaissances et savoirs :**

- Le soin relationnel (accueil personnalisé, information, relation d'aide, gestion du stress du patient et de l'entourage),
- Les techniques de communication dans le contexte de l'urgence et en situation de stress

➤ **Compétences stratégiques, jugement clinique, résolution de problème :**

- De tenir compte des croyances et des valeurs du patient au cours de leur prise en charge,
- De prendre en compte les attentes, craintes, douleurs du patient et d'y répondre durant les différentes étapes de la prise en charge,
- D'adapter sa communication à la personne,
- D'objectivité et de non jugement
- De reconnaître les éléments sociaux familiaux nécessitant l'action rapide d'une assistante sociale
- D'intégrer la dimension éthique dans ses attitudes et manières de travailler
- D'établir une relation empathique avec la bonne distance relationnelle
- D'établir une relation propice à la compréhension et à la coopération du patient dans le contexte de l'urgence
- De reconnaître les éléments liés au patient ou à son environnement susceptibles de modifier la prise en charge aux urgences
- De gérer des situations d'agressivité
- D'établir une relation de confiance immédiate dans le contexte de l'urgence
- De prévenir, gérer et adapter ses méthodes de communication aux situations d'agressivité ou de violences verbales et physiques
- Avoir une attitude assertive⁶⁵

⁶⁵ Attitude qui consiste à faire comprendre à l'autre ce que nous acceptons et n'acceptons pas. C'est une attitude ferme, non agressive qui demande une bonne dose de confiance en soi.

D. Demande d'autorisation d'enquête

Perchoc Mickael
10 Rue de Strasbourg
92700 Colombes
Tél : 06 42 25 97 64
Courriel : mickael.perchoc@gmail.com

Colombes, le 9 Mars 2010

Objet : Demande d'autorisation d'enquête
PJ : Outil d'enquête – Guide d'entretiens

Madame, Monsieur,

Je suis étudiant en soins infirmiers de 3^{ème} année à l'IFSI René Auffray (AP/HP).

Je me permets de vous solliciter pour réaliser quelques entretiens auprès des infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) du service d'accueil des urgences dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Mon travail porte sur la prise en charge des sans domiciles fixes aux urgences et notamment sur les compétences relationnelles de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) pour permettre l'acceptation des soins des sans domiciles fixes en état d'ébriété aux urgences.

Mon outil d'enquête et ma question de recherche ont été validés par Madame Céline Leblanc, cadre formateur à l'IFSI René Auffray/Bichat (celine.leblanc@dfc.aphp.fr).

Les éléments de réponses, que pourront m'apporter vos équipes, me permettront de continuer mon travail de recherche dans le but d'obtenir, à mon tour, mon diplôme d'infirmier. Cette enquête se déroulerait de Mars à Mai 2010.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, à mes sentiments les plus sincères.

Mickael Perchoc

E. Outil d'enquête : Guide d'entretien

Conditions de réalisation :

- **Lieu** : Service d'accueil des urgences – Bureau ou salle de cours
- **Situation** : Entretien ESI/IAO
- **Durée** : 30 minutes maximum

Partie I : Caractéristiques générales et profil de l'IAO

1. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé (e) ?

2. Quel est votre parcours professionnel ?

Relance : Dans quels services avez-vous travaillé depuis votre DE ?

3. Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences ?

4. Quelles raisons ont motivé ce choix ?

5. Y'a-t-il eu des évolutions dans le service depuis votre arrivée ?

Relance : Y'a-t-il eu des changements matériels, organisationnels, des modifications de l'activité du service, de la population accueillie ?

6. Êtes-vous régulièrement au poste d'IAO ? A quelle fréquence ?

Partie II : Compétences spécifiques de l'IAO

7. Avez-vous suivi des formations depuis votre arrivée ?

Relance : Si oui, lesquelles ? Dispensée par qui ? Sur quoi étaient elles particulièrement axées ?

8. Quelle vision avez-vous de la fonction d'IAO ? Comment la définiriez-vous ?

Relance : Quelles sont les missions et le rôle de l'IAO ?

9. Quelles sont, selon vous, les compétences que doit posséder un/une IAO ?

10. Parmi les compétences et/ou capacités que vous avez citées, quelles sont celles qui vous semblent particulièrement importantes ou plus sollicitées que les autres ?

11. Que pensez-vous de la dimension relationnelle de la fonction ?

Relance : Estimez-vous qu'elle est importante ? Primordiale ? Incontournable ? Pourquoi ?

12. Utilisez-vous différentes techniques relationnelles dans votre travail ? si oui, lesquelles ?

13. Quelles sont, pour vous, les difficultés de cette fonction ? (notamment au niveau relationnel)

Relance : Eprenez vous des difficultés, gênes, appréhensions, blocages dans certaines situations ?

14. Y'at'il des publics plus difficiles que d'autres à prendre en charge ou des situations plus compliquées à gérer ? Pourquoi ?

Partie III : Aspects relationnels de la prise en charge du grand exclus et limites

15. Accueillez-vous souvent des SDF dans votre service ? Depuis votre arrivée, estimez vous que cette population est moins, autant ou plus présente ?
16. Que pensez-vous de cette population ?
17. Pour quelles raisons consultent-ils de manière générale ?
18. Estimez vous que c'est le rôle du service d'accueil des urgences de prendre en charge cette population ?
Relance : Si oui, pourquoi ? Si non, où devraient ils aller ?
19. Comment les prenez-vous en charge concrètement ? y'a-t-il des protocoles, conduites à tenir, procédures particulières pour la prise en charge de cette population ?
20. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de cette population ?
21. Etes-vous régulièrement confronté(e) à un refus de soins ? Si oui, pourquoi selon vous ?
22. Que faites vous ou que pouvez vous faire dans cette situation ?
23. Vous sentez vous parfois démuni(e) face à cette population ?
24. Pour conclure, Auriez-vous des solutions, idées pour améliorer leur prise en charge aux urgences ? (formations, matériel, personnel, organisation, information, etc.)