

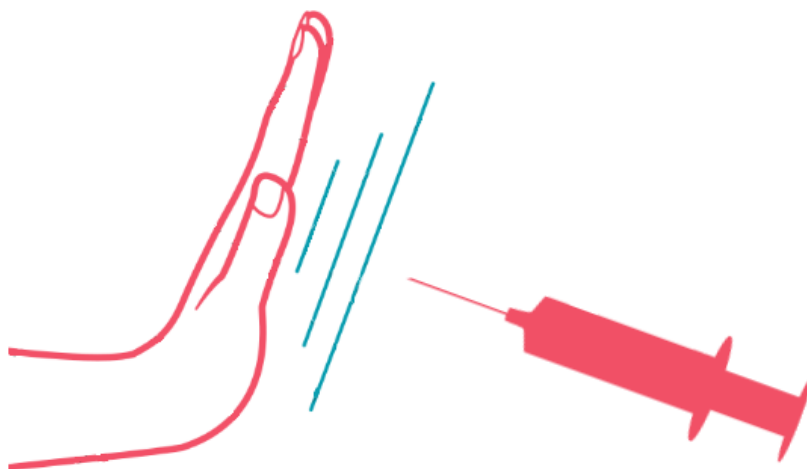


Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Le refus de soins des personnes sans-domicile fixe : quelles adaptations dans l'accompagnement infirmier ?



Formateur référent mémoire : Lisa DJADAOUJEE

TRIPON - Louise
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

02 mai 2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

Le refus de soins des personnes sans-domicile fixe : quelles adaptations dans l'accompagnement infirmier ?

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant :

Louise TRIPON

Fraudes aux examens :

CODE PÉNAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Avant de commencer ce mémoire, je tiens à remercier les personnes qui m'ont permis de mener ce travail à bien.

Tout d'abord, je souhaite adresser un chaleureux remerciement à ma guidante de mémoire, Lisa DJADAOUDJEE, pour son accompagnement tout au long de l'année, sa bienveillance et sa grande disponibilité.

Je souhaite saluer les soignants et patients rencontrés qui m'ont amené à me questionner à ce sujet, notamment Azenor, Mr L. et Mr K.

Je remercie également les amis rencontrés lors de cette formation, et plus particulièrement Amélie, Chloé, Léa et Madeline pour leur présence, nos échanges et tous ces moments partagés, qui m'ont permis de passer trois années très agréables et de m'épanouir.

Merci également aux personnes qui m'ont appuyé par leurs compétences techniques dans ce travail. Gwenaël, mon père solidaire, pour ton appui dans la mise en page ; Charlotte pour m'avoir appris à citer des textes juridiques, et tous les autres.

Merci aussi à ma maman, pour m'avoir toujours soutenue, appris à croire en moi et donné toutes les chances de réussir.

Je ne pourrais terminer cette page de remerciements sans citer mon amie de toujours, pour son soutien sur ces vingt dernières années, mais aussi pour sa participation à ce travail, grâce à ces compétences linguistiques, artistiques et sa sérénité dans l'urgence.

Introduction	1
1. Cheminement vers la question de départ	2
2. Cadre conceptuel	4
2.1 Adaptation de l'accompagnement	4
2.1.1 Adaptation	4
2.1.2 Accompagnement	5
2.1.3 De l'interaction dans un contexte de soin à la relation de confiance	6
2.2 Personnes sans-domicile fixe	7
2.2.1 Définition	7
2.2.2 État de santé des personnes sans domicile fixe	9
2.3 Refus de soins et adhésion thérapeutique	11
2.3.1 Définitions	11
2.3.2 Cadre législatif	11
2.3.3 Refus de soins des personnes SDF	12
2.4 Dispositifs d'accès aux soins	15
2.4.1 Dispositifs intra-hospitaliers	15
2.4.2 Dispositifs extra-hospitaliers	15
3. Dispositif méthodologique	17
4. Analyse descriptive	18
4.1 Public cible	18
4.2 Rôles des infirmiers rencontrés au sein du dispositif	18
4.3 Définition du refus de soins	19
4.4 Causes du refus de soins chez les personnes sans-domicile	19
4.5 Positionnement des soignants face au refus de soins	20
5. Discussion	22
5.1 Adaptation de l'accompagnement dans les dispositifs de santé pour personnes SDF	22
5.1.1 Négociations	22
5.1.2 Attendre	22
5.1.3 Être souple	22
5.2 Qualité des soins et dispositifs de santé spécifiques pour les personnes sans domicile	23
5.3 Regard du soignant et représentations sociales	24
5.3.1 Définition	24
5.3.2 D'où viennent les représentations sociales ?	25
5.3.3 Impact des représentations sociales	26
Conclusion	26

Siglier

AIS : Association pour l'insertion sociale

ALD : Affection de longue durée

CSS : Complémentaire santé solidaire

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LAM : Lits d'accueil médicalisés

LHSS : Lits halte soins santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

SEA : Sauvegarde de l'enfance à l'adulte

SDF : Sans domicile fixe

SFMU : Société française de médecine d'urgence

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Ces trois ans de formation que ce soit par les cours, les rencontres avec les soignants ou avec les patients m'ont permis de m'ouvrir sur de nouvelles notions, de réfléchir sur le sens des prises en soins et d'évoluer sur de nombreux points.

Mais au fil de ces années, j'ai gardé la valeur qui me tenait le plus à cœur à mon entrée en institut de formation en soins infirmiers : l'accès aux soins pour tous et toutes, quelle que soit leur nationalité, leur statut administratif, leur niveau d'insertion sociale ou de connaissance du soin. En effet, depuis mon enfance, je suis sensible à la question de la précarité, de l'exclusion sociale, de la grande pauvreté. Je suis de plus engagée dans une association qui agit auprès de personnes en situation de pauvreté et de précarité. Les actions auprès de ce public, dans un contexte autre que celui du soin, impactent mon approche des patients dans le cadre de ma formation.

A l'aube de choisir le thème de mon sujet, il me paraissait donc évident de travailler sur la question de l'accueil de ces publics. Au semestre 5, j'ai pu effectuer un stage au sein des Lits Halte Soins Santé (LHSS) à l'Association pour l'Insertion Sociale d'Ille-et-Vilaine (AIS 35) auprès de patients sans domicile fixe. Le fait que certains patients, qui présentait un refus de soins très marqué lorsqu'ils étaient dans le milieu hospitalier, étaient dans cette structure plus compliant aux soins m'a beaucoup interrogé. J'ai fait l'hypothèse qu'une des raisons qui permettait cette adhésion plus grande aux soins était l'adaptation dont faisaient preuve l'infirmier et la structure. J'ai donc choisi comme thème « Le refus de soins des personnes sans-domicile fixe : quelles adaptations dans l'accompagnement infirmier ? ».

1. Cheminement vers la question de départ

J'ai effectué mon second stage de semestre 5 dans un service de Lits Halte Soins Santé. Il s'agit d'une structure accueillant des personnes sans domicile dont l'état de santé ne justifie plus d'une hospitalisation mais ne permet pas un retour dans les conditions de vie habituelles. Les soins de suite organisés habituellement à domicile sont donc réalisés là-bas. Il y a dans cette structure 8 patients, admis pour divers motifs (orthopédie, ORL, vasculaire, pulmonaire). La quasi-totalité des patients présentent en plus une pathologie psychiatrique et/ou un problème d'addiction.

Au sein des LHSS, il est demandé à tous les patients d'être présents trois matinées par semaine ainsi que pour les soins particuliers s'ils en ont (pansement...). Le reste du temps, ils peuvent quitter la structure, dormir ailleurs de temps en temps...

Lors de ce stage, nous accueillons G., 59 ans, qui vit à la rue depuis 4 ans. Il n'a aucun suivi social ou médical stable et régulier et, bien que français, n'a aucun droit d'ouvert (revenu de solidarité active (RSA), complémentaire santé solidaire (CSS)...). G a fait de multiples passages aux urgences à la suite de bagarres ou de chutes sur alcoolisation massive avec traumatismes crâniens. G. est orienté vers les LHSS par le médecin de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et le Samu Social.

L'entrée effective de G. aura été faite en plusieurs temps : il a d'abord visité la structure, accompagné de professionnels du Samu Social qui le connaissait, puis, bien que réticent car il ne supporte pas l'idée d'être entre quatre murs, il est revenu le lendemain pour y installer ses affaires, mais repart immédiatement faire la manche dans le centre-ville. Une semaine plus tard, il n'est toujours pas retourné à la structure et n'a jamais dormi dans sa chambre. Il a pourtant été raccompagné deux fois par le Samu social, mais il retourne ensuite faire la manche sans rentrer le soir.

Nous allons donc chercher G. dans le centre ville. Lorsqu'il est sur la structure, il dit en avoir marre de dormir dehors et qu'il souhaite rester, mais qu'il n'arrive pas à rentrer malgré le plan qui lui a été fourni (en se basant sur ses repères à Rennes) et l'accompagnement à pied qui avait été fait. Peu à peu, il finit par connaître le trajet, s'habituer aux lieux, rentre le soir, déjeune parfois au réfectoire. Cependant, il s'alcoolise encore massivement et n'est presque jamais présent dans la journée, y compris pour ces rendez-vous médicaux ou paramédicaux (ophtalmologue, podologue...). Lorsqu'il n'est pas là à l'heure convenu, nous allons donc chercher G. dans le centre-ville puis nous l'aménonons à son rendez-vous.

J'ai également rencontré lors de ce même stage en Lits Halte Soins Santé Mr L, 23 ans. Suite à une fracture tibiale sur un accident de moto, il a bénéficié d'une pose de plaque et vis. Au bout de

quelques jours, il sort du service d'orthopédie contre avis médical. Le matériel s'infecte, il est donc à nouveau hospitalisé. Le matériel est enlevé, et une autogreffe de peau mince est faite. A nouveau, Mr L sort contre avis médical. La greffe s'infecte. Mr L est hospitalisé peu de temps en maladies infectieuses, mais devant son incapacité à supporter les contraintes de l'hôpital, il est rapidement transféré en rééducation puis en Lits Halte Soins Santé.

Dans notre service, il est presque toujours présent lors des soins et des visites médicales. Il fait des démarches sociales, honore presque tous ses RDV... Je me suis donc questionnée pour savoir pourquoi ce patient qui, en LHSS, était relativement observant au niveau des soins, ne pouvait supporter une hospitalisation dans un service classique et sortait toujours contre avis médical. Lorsque j'en ai parlé à Mr L, il m'a répondu "ils me rendaient fou". Il évoque l'interdiction d'aller prendre l'air et l'interdiction d'aller fumer ce qui, pour ce grand consommateur de tabac et de cannabis, était insupportable. A contrario, en LHSS, les horaires des soins étaient négociés avec lui, mais il pouvait le reste du temps vaquer à ses occupations et nous ne le limitons pas sur ses consommations.

Ces deux situations rencontrées m'ont amené à me poser de nombreuses questions. Pourquoi ces personnes refusent le soin ? Comment, en tant qu'infirmier, pouvons-nous faire adhérer aux soins des patients comme G. qui les avait toujours refusés ? La vision très cadrée du soignant sur l'hospitalisation empêche-t-elle des adaptations aux règles chez les patients en ayant besoin ? Existient-ils des services hospitaliers avec des règles plus "souples" pour les patients nécessitant des soins mais ne supportant pas les contraintes d'une hospitalisation ? Des adaptations dans le service d'orthopédie auraient-elles pu être négociées afin d'accrocher le patient au soin et éviter une sortie sans aucun suivi ?

Une des idées principales qui ressort de mes interrogations est la notion de contraintes et d'adaptation. C'est donc là-dessus que j'ai choisi de concentrer ma recherche. Les rencontres avec ces patients s'étant déroulées aux LHSS, j'ai choisi de limiter mon travail au rôle infirmier dans les structures spécifiques à ces personnes. En découle la question de départ suivante :

En quoi l'adaptation de l'accompagnement par les infirmiers des dispositifs d'accès aux soins pour les sans domicile fixe limite-t-elle le refus de soins de ces personnes ?

2. Cadre conceptuel

2.1 Adaptation de l'accompagnement

2.1.1 Adaptation

Selon le Petit Robert (2008), s'adapter c'est "se mettre en harmonie avec les circonstances, le milieu ; s'acclimater, s'habituer".

Il existe deux concepts pour expliquer les comportements d'adaptation de l'Homme : les mécanismes de défense du moi et le coping. Les mécanismes de défense du moi (d'inspiration psychanalytique) sont, selon Laplanche & Pontalis (1967), "l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique". D'après Henri Chabrol (2005), il s'agit de "processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente" (pp. 31-42).

Le coping (théorisé par la psychologie expérimentale et scientifique) est selon Lazarus et Folkman (1984), "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu" (p.25). Henri Chabrol (complète "ce sont des opérations mentales volontaires par lesquelles le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe" (pp. 31-42).

Des conflits existent entre ces deux courants. Les psychologues d'inspiration psychanalytique rejettent donc souvent le coping et inversement. Cependant, certains psychologues, notamment Henri Chabrol (pp. 31-42), pensent que ces deux processus coexistent en chacun de nous et s'activent conjointement ou séparément selon nos besoins.

L'adaptation dont fait preuve le soignant peut s'expliquer à partir de la théorie des systèmes adaptatifs complexes. Selon l'OMS (2015), un système complexe est défini comme "un système dans lequel les parties interagissant entre elles sont si nombreuses qu'il est difficile, voire impossible, de prévoir les comportements du système sur la simple base de ses composantes individuelles". D'après Notarnicola et al. (2017), les systèmes adaptatifs complexes caractérisent ceux qui ont en plus la particularité de pouvoir s'adapter, apprendre et évoluer (cela concerne donc le monde vivant).

Dans les soins infirmiers, on retrouve différents niveaux de complexité qui vont interagir entre eux et dont l'infirmier doit tenir compte dans sa pratique. La complexité peut être sur trois niveaux différents : micro, méso et macro (Busnel et al., pp. 7-16).

Au niveau micro, c'est-à-dire au niveau du patient, il peut s'agir d'un patient en situation complexe,

qui unit la complexité médicale, à savoir l'association et/ou les pathologies multiples, les difficultés dans la vie quotidienne (ALD), la sévérité des pathologies, l'instabilité de l'état de santé, des hospitalisations répétées pour un même problème et la complexité psycho-sociale, à savoir une association et/ou un cumul d'un faible recours aux soins, d'un isolement social, de vulnérabilité sociale, de pratiques de santé inadaptées, d'une situation de dépendance et une nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs (Busnel et al., pp. 7-16).

Le niveau méso comprend ce qui concerne les aspects liés à l'organisation, le matériel disponible ou le fonctionnement du service de soins, les interactions entre les différents professionnels d'une structure

Enfin, le niveau macro s'intéresse aux influences des politiques publiques de santé, des financements publics.

L'infirmier, dans sa pratique, doit donc prendre en compte ses connaissances techniques du soins, les informations données par les autres professionnels, les urgences, les feed-backs positifs et négatifs qu'il reçoit, ce qu'il a appris des précédentes expériences, son organisation personnelle et les interactions avec l'environnement. C'est en considérant tous ces éléments que l'infirmier pourra faire preuve d'adaptation à la situation (Notarnicola et al., 2017).

La relation dans un contexte de soin est un exemple de système adaptatif complexe. En effet, l'acteur social n'est pas

un "idiot culturel" englué dans un flot de normes qu'il se contenterait d'assimiler et de reproduire, [il] est un individu "compétent" au sens où il met en oeuvre d'authentiques "savoir en actes" nécessaires pour évaluer (et évoluer dans) son environnement proche (Coulon, 1987, cité par Formarier, 2007).

2.1.2 Accompagnement

D'après le Petit Robert (2004), accompagner c'est "se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui". Comme le relève Maela Paul (2020), on retrouve premièrement la notion de mise en relation, base indispensable à l'accompagnement, qui doit être simultanée et réciproque. De plus, "se joindre à quelqu'un" implique que l'accompagnateur va vers l'accompagné, mais uniquement s'il a déjà perçu un mouvement chez lui. C'est donc bien l'accompagné qui a initié le mouvement. Dans cette même définition, "aller où il va" ne sous-entend pas que l'accompagné ait une destination précise en tête, ni qu'il sache qu'il ait d'autres possibilités. Maela Paul précise que l'accompagné peut avoir différentes réactions à une proposition d'accompagnement : il peut être réticent aux

propositions s'il suspecte une forme d'ingérence ou alors s'en remettre complètement à l'accompagnateur et sembler ainsi passif. Dans cette même définition ressort le fait d'avancer "de concert", l'un avec l'autre, et donc de coopérer pour aller dans un même but, en adaptant son rythme à celui de l'accompagné.

Maela Paul analyse également l'étymologie du mot accompagner : *ac* : aller, *cum* : être avec, *pagnis* : dans une dimension de partage. "Être avec" implique, outre la simple présence, la disponibilité et l'écoute de l'accompagnant.

Pour Verspieren (1924),

Accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas.

Il renvoie donc à la notion d'autonomisation de la personne, qui, lorsqu'elle est accompagnée, garde son libre-arbitre.

Au niveau législatif, l'arrêté du juillet relatif au diplôme d'état d'infirmier (CSP) expose les compétences que l'infirmier doit acquérir lors de sa formation. Plusieurs compétences reprennent la notion d'accompagnement : "accompagner et guider la personne dans son parcours de soins", "accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé".

On ne peut pas prétendre accompagner un patient sans entrer en relation avec lui.

2.1.3 De l'interaction dans un contexte de soin à la relation de confiance

Les termes "relation de soins", "relation thérapeutique", "relation de confiance", "relation d'aide" sont très souvent employés dans les pratiques infirmières. Mais n'avons-nous pas tendance à employer ces notions complexes pour définir de simples interactions ?

Les interactions sont des

rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est

affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétitions) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactions projettent dans cette interaction. (Hartup, 1988, cité par Formarier, 2007).

La relation soignant-soigné se définit comme le "lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. La relation soignant/soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie." (Potier, 2012).

Dans cette relation soignant-soigné, l'objectif de l'infirmier sera d'établir une relation de confiance avec son patient. La confiance est une "croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompetence" (Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales, s.d.).

2.2 Personnes sans-domicile fixe

2.2.1 Définition

En France, contrairement à d'autres pays, il n'existe pas de définition officielle ou législative des personnes sans domicile fixe. Il paraît cependant important, au début de ce travail, de savoir de qui nous parlons.

Dans le cadre de ses enquêtes, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) définit les "sans domicile" comme toute personne qui "la nuit précédente, a eu recours à un service d'hébergement ou a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune)" (2020). Il s'agit donc de catégoriser ces personnes selon leur mode de logement à un moment précis. Cependant, cette définition des SDF *stricto sensu* est critiquée par différents auteurs, notamment les acteurs associatifs comme la Fondation Abbé Pierre (*Conférence de consensus*, 2007) qui la trouvent trop étroite car elle ne tient pas compte de certaines catégories, comme les personnes hébergées chez des proches de manière temporaire. Il existe donc des définitions plus larges, incluant les SDF *lato sensu*. La Commission Européenne inclut sous les vocable "sans domicile" :

les personnes dormant dehors, les personnes en hébergement d'urgence, les personnes occupant des hébergements pour sans-domicile, les personnes vivant en institution, les personnes occupant des logements non-classiques à la suite d'un manque de logements, les

personnes sans-domicile vivant temporairement dans un logement classique (*Conférence de consensus, 2007*).

On comprend donc que les personnes dites SDF représentent une population très hétérogène, aux caractéristiques différentes et aux contours flous.

Étant donné l'hétérogénéité de cette population, il apparaît important pour les acteurs de la prise en charge de catégoriser les personnes SDF pour adapter leurs actions aux différents publics. Différentes catégorisations sont possibles. D'après J. Damon (2012), les travailleurs intervenants auprès des SDF isolent habituellement "les jeunes, les malades mentaux, les femmes, les étrangers et les familles". La catégorisation est donc faite selon des caractéristiques de genre, d'âge, d'origines ou d'entourage des personnes. Ainsi, il existera des dispositifs d'accueil pour les hommes, d'autres pour les femmes, d'autres pour les familles etc.

J. Damon critique cette catégorisation car on ne voit pas bien l'hétérogénéité dans chaque "case". Pour rendre compte de l'évolution des personnes SDF au cours du temps, il propose la notion de carrière du SDF. Il ne s'agit pas d'un cycle linéaire d'étapes mais de phases, par lequel la personne peut passer ou non. Une sortie de carrière est possible à tout moment.

Premièrement, on retrouve la **fragilisation**. C'est l'entrée dans la carrière pour la personne venant de se retrouver SDF. Elle ne maîtrise pas les codes, n'a que peu de connaissances sur les différents réseaux d'aide. Il s'agit donc d'un bouleversement car cette phase marque le passage d'une stabilité relative (même si la personne a connu la précarité) à l'obligation de demander assistance. La première demande d'assistance peut être difficile psychologiquement car elle implique que la personne se reconnaisse comme SDF. Souvent, la personne met en place des mécanismes pour que les autres ne perçoivent pas sa condition. La personne va commencer à faire appel à un réseau de soutien : les autres personnes SDF, les associations ou services publics de prise en charge ou des proches à elle. Ces contacts peuvent être douloureux, il se peut donc que la personne refuse toute prise en charge. Il s'agit de la phase la plus courte. La personne peut soit sortir de la carrière du SDF rapidement après y être entré en retrouvant de la stabilité ou alors continuer sa carrière vers la routinisation.

Lors de la **routinisation**, les activités deviennent routinières. Grâce à ses expériences et celles de ses pairs, la personne développe des savoir-faire, a une meilleure connaissance des réseaux d'assistance et sa vie s'organise autour de cela. Souvent, une prise en charge sociale régulière est possible, même si l'accroche sera plus importante avec certains que d'autres. Il s'agit d'une phase qui peut être très longue. La personne peut ensuite soit sortir de la carrière du SDF en retrouvant de la stabilité, soit mettre fin à ses jours, soit évoluer vers la sédentarisation.

La **sédentarisation** est la phase d'adaptation. Elle marque l'installation dans l'espace public, la personne présente l'image du "clochard". On retrouve une sédentarisation géographique : la personne a son endroit dans la ville, elle est connue des habitants du quartier. Elle peut déclarer "je suis heureux" ou "je l'ai choisi", mais il s'agit souvent d'un refuge pour ne pas avoir à raconter son histoire. La personne est souvent encore en contact avec les acteurs de l'assistance mais refuse les propositions de prise en charge. Les SDF dans cette phase sont les plus visibles, car ils investissent l'espace public, mais sont les moins nombreux.

Certains acteurs de la prise en charge catégorisent les personnes SDF en mélangeant ces deux visions. Ainsi, le Pôle Précarité/Insertion de la Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte 35 (SEA35) propose cette catégorisation pour ses usagers :

les hommes isolés, marginalisés ; les femmes en errance ; les jeunes en errance ou en rupture ;
les personnes souffrant de troubles d'ordre psychiatrique ; les personnes à la rue depuis longtemps ; les "punks à chien" ; les migrants ; les jeunes originaires d'Afrique du Nord (2020).

2.2.2 État de santé des personnes sans domicile fixe

L'état de santé des personnes sans domicile est globalement moins bon que celui du reste de la population. Les études portant sur la question sont effectuées principalement dans des dispositifs de soins ou des services d'aide. Elles excluent donc les personnes les plus marginalisées ne fréquentant pas ces lieux. Bien qu'ayant ce biais, elles nous apportent tout de même un éclairage intéressant sur le sujet (Annane, 2014).

Une enquête (Moisy, 2015) réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et par l'Institut national d'études démographiques (INED) en 2012 apportent différentes données à ce sujet. Seuls 55% des SDF se disent être en "bonne" ou "très bonne" santé, contre 68% dans l'ensemble de la population.

D'après Olivier Cha (2013), il n'existe pas de pathologies spécifiques aux personnes SDF. Cependant, les taux d'incidence de certaines maladies sont beaucoup plus importants chez cette population. Au niveau somatique, on retrouve principalement les céphalées (20% des SDF contre 4% des personnes avec un logement) ; les maladies respiratoires et plus particulièrement la tuberculose (en Ile-de-France, 214 cas pour 100 000 habitants chez les SDF contre 54 cas pour 100 000 habitants en population générale) ; les pathologies dermatologiques avec principalement la gale, les pédiculoses et les infections cutanées ; les infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC) (prévalences deux fois plus importantes que dans la population générale) ; les troubles de l'appareil locomoteur (fractures mal consolidées, contusions

pouvant mener au handicap) ; les conséquences du diabète liées au mauvais équilibre glycémique ; les problèmes bucco-dentaires.

La prévalence importante de pathologies entraîne une sur-mortalité. Selon Médecins du Monde, l'espérance de vie des femmes sans-domicile est de 41 ans et celle des hommes 56 ans. L'Institut National de Veille Sanitaire donne quant à lui une espérance de vie des personnes SDF à 45 ans (Annane et al, 2013). *Pour rappel, l'espérance de vie en population générale en France est de 85,4 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes.*

Du point de vue de la santé mentale, selon l'étude SAMENTA étude réalisée en 2009 auprès de SDF en Ile-de-France (Laporte & Chauvin, 2010), environ un tiers de cette population présente un trouble psychiatrique sévère. Les principales pathologies rencontrées sont les troubles psychotiques, chez 13% d'entre eux. On y retrouve la schizophrénie, les troubles schizotypiques et les autres troubles délirants. Les troubles anxieux sont également très présents, avec 12% de la population étudiée touchée. Les personnes sans-domicile fixe sont aussi plus touchées par les troubles sévères de l'humeur, tels que les troubles bipolaires ou les syndromes dépressifs sévères, que l'on retrouve chez 7% d'entre elles, soit un taux trois fois supérieur à celui retrouvé en population générale. De plus, selon l'étude de l'INSEE et de l'INED de 2012 (Moisy, 2015), 25% des SDF se disent en dépression, sans qu'il n'y ait forcément de diagnostic de posé. Ainsi, selon l'étude SAMENTA (Laporte & Chauvin, 2010), 22% des personnes sans logement disent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie.

Enfin, les addictions et dépendances concernent plus d'un quart de cette population. Si l'on se concentre sur les personnes ayant un trouble psychotique associé, ce chiffre monte à près de 50%. Les substances psychoactives principalement consommées sont l'alcool (21% de la population étudiée) et le cannabis (16%). La consommation régulière des autres substances est plus anecdotique, avec seulement 4% des personnes pour la cocaïne, et 1% entre et 2% pour le subutex, la méthadone, le crack ou l'héroïne.

A l'articulation entre la santé somatique et mentale, nous pouvons noter une consommation quotidienne de tabac chez 53% de l'ensemble des personnes interrogées. Cependant, si l'on s'intéresse seulement aux hommes, nous retrouvons une dépendance tabagique chez 70% d'entre eux.

2.3 Refus de soins et adhésion thérapeutique

2.3.1 Définitions

L'adhésion thérapeutique se définit comme "l'adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé" (Debout, 2012). D'après le Conseil International des Infirmières (cité par Debout, 2012), ce n'est pas seulement bien prendre ses médicaments. Cela implique des comportements plus généraux, notamment réclamer un suivi médical, se présenter à ses rendez-vous, adopter un comportement plus en adéquation avec ses besoins de santé (arrêter de fumer, bouger plus...).

L'adhésion aux soins s'oppose au refus de soins. Bien que ce concept ne dispose pas d'une définition juridique, on peut expliquer le refus comme "l'action de refuser ce qui est offert, proposé, demandé ou fourni ; le fait de nier, de contester, de refuser un état, un comportement" (Larousse, s.d). Dans le cadre de la santé, le terme de refus de soins est polysémique et peut aussi bien représenter le refus pour un professionnel de santé d'apporter un soin à un patient que le refus du patient de bénéficier d'un soin. C'est ce deuxième sens que nous aborderons dans ce travail.

Il est également intéressant d'évoquer la notion de renoncement. Selon Depres, "les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit" (2011).

Enfin, le non-recours "renvoie à toute personne qui ... ne bénéficie pas d'une offre publique de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre" (Warin, 2010). Bien que cette notion était initialement limitée aux prestations financières et aux aides sociales, on voit aujourd'hui la notion de non-recours aux soins apparaître. Il s'agit d'avoir des "besoins de santé avérés, qui ne sont pas satisfaits" (Wicky-Thisse, 2017).

2.3.2 Cadre législatif

Le droit au refus de soins du patient est encadré juridiquement. Premièrement, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (dite "loi Kouchner") dispose que "le médecin doit respecter la

volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix” et “ aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment”. De plus, le décret définissant le code de déontologie des infirmiers ordonne que

Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur.

La personne sans-domicile fixe peut donc, au même titre que toutes les autres personnes, choisir de refuser un soin.

Une des seules exceptions énoncées par la loi est la situation d'urgence, bien que cette dernière ne soit pas clairement définie. La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) recommande que le soins sans consentement ne s'applique qu'aux “urgences dites vitales, où le temps ne serait plus disponible pour une recherche de consentement : le pronostic vital est engagé à court terme (comme dans les défaillances cardio-respiratoires, les hémorragies massives)”. Une autre dérogation est le patient hors d'état d'exprimer sa volonté. On cherchera alors à consulter les directives anticipées, la personne de confiance, la famille ou un proche, lorsque cela est possible (Gidenne, 2015). Enfin, il est possible d'avoir recours à des soins sans consentement pour des patients ayant une pathologie psychiatrique et présentant un état clinique justifiant des soins immédiats en santé mentale, mais que ces derniers, du fait de leurs troubles, ne peuvent donner leur consentement.

2.3.3 Refus de soins des personnes SDF

D'après l'étude SAMENTA (Laporte & Chauvin, 2010), 81% de la population interrogée dit avoir consulté un médecin dans les douze derniers mois, soit une fréquentation comparable à celle en population générale. On remarque cependant que plus les personnes sont dans un dispositif “stable” (dispositif d'insertion ou hôtel), plus elles ont recours aux soins (90% de recours aux soins contre 72% pour les personnes dans un dispositif d'urgence). Parmi les personnes n'ayant pas eu recours à un médecin depuis plus d'un an, 28% déclarent avoir eu un problème de santé durant cette période.

La demande de soins se fait souvent dans des stades beaucoup plus avancés des pathologies que le reste de la population. Ainsi, après une consultation, 40% ont besoin de soins urgents et le taux d'hospitalisation est plus important qu'en population générale (Anane et al., 2014). Le recours aux soins est donc beaucoup plus tardif.

Ce retard dans le recours aux soins est expliqué par différents facteurs. Premièrement, pour beaucoup de SDF, la priorité est de répondre aux besoins primaires, c'est-à-dire trouver un endroit pour dormir, trouver de quoi se nourrir, trouver de quoi satisfaire ses addictions (argent ou produit direct), trouver un travail, faire des démarches administratives de régularisation... Les questions de santé sont donc secondaires et ne pourront être traitées que si les besoins primaires sont satisfaits ou que les problèmes sont trop importants et qu'ils empiètent sur la satisfaction des besoins primaires : "pour qu'une maladie soit considérée comme telle par un clochard, il faut qu'elle l'empêche de poser ses normes : faire la manche, boire, se nourrir, dormir et faire ses besoins" (Benoist, 2008).

Deuxièmement, un rapport au corps différent peut être observé, avec un "désinvestissement du corps" entraînant un faible ressenti du besoin d'hygiène et un seuil de tolérance élevé à la souffrance psychique malgré la présence de douleurs physiques (Anane et al., 2014). Ceci est majoré par le fait que la résistance à la souffrance soit une valeur chez les personnes en situation de pauvreté et de manière exacerbée chez les personnes sans-domicile (Benoist, 2008).

Ensuite, les contraintes imposées par une hospitalisation peuvent empêcher l'adhésion des personnes SDF. En effet, dans une telle structure, elles ne peuvent généralement pas répondre à leurs addictions (notamment par rapport au tabac), ni faire la manche pour obtenir de l'argent ou des cigarettes ou bien faire leurs démarches administratives. L'hospitalisation implique donc régulièrement un sevrage des substances psychoactives dont la personne est dépendante. Un refus de prise en charge peut alors être expliquée par la non-adhésion à celui-ci et à la crainte des souffrances psychiques, physiques et psychologiques qu'il peut engendrer (Benoist, 2008).

Le refus de soins peut également être expliqué par l'absence de couverture sociale, on parle alors de renoncement barrière aux soins. Les démarches à faire et dossier à remplir pour bénéficier de protection sociale (aide médicale d'état, complémentaire santé solidaire) peuvent freiner les personnes n'ayant pas d'étayage social (Geeraert & Rivollier, 2014).

Nous avons précédemment évoqué une prévalence de pathologies psychiatriques plus importante qu'en population générale, ce qui va avoir un impact sur le refus de soins. Ainsi, d'après l'enquête SAMENTA, bien que 68% de ces personnes ont eu recours à des soins psychiatriques au moins une fois dans leur vie (par la consultation d'un professionnel de santé, par une hospitalisation en psychiatrie ou par la prise de traitements psychotropes sur prescription), seulement 18% sont suivies au moment de l'étude et 72% sont en rupture de soins. Cependant, ce nombre rassemble des personnes ayant des pathologies chroniques (troubles psychotiques, troubles sévères de l'humeur) et des personnes ayant seulement eu un épisode aigu (certains épisodes dépressifs ou troubles anxieux). De plus, 48% des sans-domicile fixe avec une pathologie psychiatrique déclarent avoir, au moins une fois, arrêté un traitement avant la fin de celui-ci car ils se sentaient bien (27%) ; ils

trouvaient leur traitement inefficace (24%) ; le traitement était trop contraignant (20%) ; les effets secondaires étaient trop importants (18%). Les raisons évoquées sont sensiblement les mêmes que celles pouvant être données par les personnes sous traitement psychotrope ayant un logement stable. Moins d'une personne sur cent, parmi la population interrogée, déclare avoir arrêté son traitement à cause de "la rue" (problèmes financiers, vols ou peur d'être vue).

2.4 Dispositifs d'accès aux soins

Pour pallier ces raisons évoquées, des dispositifs d'accès aux soins pour les personnes sans-domicile fixe ont été créés. Ainsi, l'offre de soins s'articule entre le système de santé non-spécifique, "universaliste" et les dispositifs dédiés. (Anane et al., 2014)

Pour plus de la moitié des personnes interrogées lors de l'enquête SAMENTA (Laporte & Chauvin, 2010), le dernier recours aux soins a eu lieu dans un cabinet de médecin privée. Nous retrouvons ensuite la consultation dans un hôpital ou une clinique (19%, sans qu'il ne soit précisé la proportion de consultations relevant des permanences d'accès aux soins de santé et de consultations dans les dispositifs "classiques"), dans un dispensaire ou un centre médical (9%) et lors d'un passage aux urgences (8%). La consultation dans un accueil de jour, une association ou un centre d'hébergement/foyer ne représentent que, respectivement, 4%, 3% et 1% des derniers recours aux soins chez les personnes interrogées.

2.4.1 Dispositifs intra-hospitaliers

A l'intérieur des centres hospitaliers, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) jouent un rôle majeur dans l'accueil des publics en situation de pauvreté ou de précarité. Elles ont été créées suite à la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Elles ont pour missions d'accompagner l'accès aux droits en matière de santé et de fournir les divers soins ou médicaments nécessaires sans avance de frais, même pour les patients n'ayant pas de couverture sociale. Elles ont également un rôle dans la formation et la sensibilisation à l'accueil de cette patientèle aux professionnels de santé de l'hôpital d'exercice. (Geeraert & Rivollier, 2014)

2.4.2 Dispositifs extra-hospitaliers

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2016)

Dans ces structures, les objectifs sont d'assurer la continuité de la prise en charge en prodiguant les soins qui auraient été normalement dispensés à domicile. Il s'agit ensuite d'entamer une prise en charge sociale et de préparer un projet de sortie adaptée au patient. La durée du séjour est de deux mois, qui peuvent être renouvelés si besoin (Ministère de la santé et des solidarités, 2016).

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2016)

Ces structures sont plus médicalisées et des infirmiers sont présents en continu. Elles ont pour missions, outre les soins, d'accompagner les patients dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Du point de vue social, l'objectif sera de faire reconnaître les droits de la personne et d'élaborer, avec elle, son projet de vie (Ministère de la santé et des solidarités, 2016).

Des permanences d'accès à la santé peuvent être proposées dans certaines structures associatives et municipales. Par exemple, sur Rennes, on peut en retrouver au Restaurant Social Leperdit (restaurant solidaire de la Ville de Rennes, un infirmier est présent tous les jours et des consultations médicales sont possibles une fois par semaine), à l'accueil de jour Puzzle (permanence infirmière quotidienne, consultations médicales deux demi-journées par mois) ou encore au Réseau Louis Guilloux (à destination des populations migrantes, consultations médicales et infirmières) (CCAS Rennes, s.d.).

Il existe enfin des dispositifs "aller vers", qui fonctionnent avec des maraudes. On retrouve ici le Samu Social, dont les infirmiers ont pour rôle de faire une évaluation sanitaire, de rappeler aux personnes leurs rendez-vous, de prévenir d'éventuelles hypothermies et de permettre l'accès aux soins d'hygiène. Un infirmier témoigne qu'il fait "très peu de soins techniques, mais l'accès aux soins d'hygiène et à la dignité, faire au besoin un pansement propre et rassurer le patient sur ses angoisses, c'est la fonction du soignant" (Mignot, 2018). Les équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP) prennent quant à elles en soins les personnes ayant des pathologies psychiatriques connues. Leurs rôles sont alors d'évaluer les besoins de la personne en matière de santé mentale et de proposer des actions d'intervention là où se trouve la personne destinataire des soins (Mignot, 2018).

3. Dispositif méthodologique

Pour réaliser mon entretien, j'ai choisi de réaliser des questionnaires semi-directifs en quatre parties. Premièrement, j'ai laissé l'infirmier se présenter, présenter son parcours ainsi que sa structure d'exercice. Puis j'ai concentré mes questions sur l'état de santé des personnes accompagnées. J'ai ensuite invité le professionnel à définir, selon son point de vue, le refus de soins et donner ses causes. Enfin, j'ai interrogé les infirmiers sur le cœur de mon sujet : leur rôle face à une personne en refus de soins.

En cohérence avec mon sujet, j'ai choisi de m'entretenir avec deux infirmiers travaillant dans des dispositifs de soins à destination de personnes sans domicile fixe. Le premier infirmier travaille dans un Samu social, principalement sous forme de maraude. Le deuxième infirmier tient des permanences infirmières au sein d'un accueil de jour. Ce contraste entre le premier dispositif, qui "va vers" les personnes, et la deuxième structure où les personnes sollicitent l'infirmier me paraissait intéressant. Il peut en effet apporter des points de vue différents sur la confrontation au refus de soins et ses réponses.

Les deux infirmiers ont été contactés par mail. Le premier entretien a eu lieu dans un bureau dans les locaux du dispositif. Suite à l'échange, une visite des locaux et une présentation des différents professionnels m'ont été faites. J'ai également rencontré la deuxième personne sur son lieu de travail, au sein de l'accueil de jour. Elle a commencé par me faire visiter les locaux, le fonctionnement et me présenter ses collègues travailleurs sociaux. Elle a été sollicitée par un usager pour une plainte somatique lors de mon arrivée, j'ai donc pu assister à une consultation. Nous avons ensuite procédé à l'entretien. Les interviews ont été enregistrées via un microphone et retranscrites avant d'être analysées.

Lors des deux rencontres, des conversations ont eu lieu en dehors du temps formel d'échange et donc d'enregistrement. Or, bien qu'elles aient été très intéressantes et correspondaient au sujet, elles ne peuvent pas être exploitées.

Afin d'anonymiser les échanges, les infirmiers seront nommés "IDE 1" et "IDE 2". De plus, les noms de lieux ou de personnes identifiables ont été remplacés.

4. Analyse descriptive

4.1 Public cible

L'IDE 1 dit avoir un public principalement d'origine française ou installé depuis longtemps ("*de droit commun*"), plutôt marginalisé. Elle évoque ainsi des personnes "*hors système*" à plusieurs reprises. Ce constat est partagé par l'IDE 2 qui parle d'une population "*autochtone*" avec un "*éloignement complet du soin*". L'IDE 1 ajoute que les personnes qu'elle accompagne sont dans la non-demande.

L'IDE 2 reçoit également un deuxième type de public : les personnes migrantes. Actuellement, elles sont originaires principalement d'Afrique subsaharienne et d'Europe de l'Est. Cette population semble avoir un recours aux soins plus rapide que celle citée précédemment.

Les deux infirmiers remarquent un état de santé précaire chez les personnes accompagnées. Ils relèvent premièrement l'importance des troubles psychiatriques et des troubles addictifs, évoqués de nombreuses fois lors des entretiens. Ils abordent aussi des problèmes de santé somatiques, avec beaucoup de plaies, aiguës ou chroniques.

Ces éléments sur l'état de santé sont mis en relation par les infirmiers avec les parcours et conditions de vie difficiles. Ils mentionnent ainsi la violence de leur quotidien, avec les "*rixes*" et "*bagarres*", mais aussi des histoires de vie difficiles, notamment pour ceux ayant connu un parcours de migration.

4.2 Rôles des infirmiers rencontrés au sein du dispositif

L'IDE 1, travaillant dans un dispositif "*d'aller vers*", parle en premier lieu de l'entrée en contact avec les personnes. Il doit, lors des maraudes, aller vers elles et, avec ses collègues travailleurs sociaux, réaliser une évaluation de la situation de la personne. L'IDE 2 intervient principalement sur sollicitation des usagers. Il n'évoque pas spontanément l'entrée en contact comme une de ses missions.

Les deux IDE insistent sur le fait qu'ils doivent permettre aux personnes d'accéder aux structures de soins, que ce soit celles de droit commun ou des dispositifs spécifiques. Cela passe par l'orientation des patients vers l'existant. L'IDE 2 qualifie ainsi sa structure de "*porte d'entrée*", tandis que l'IDE 1 dit à plusieurs reprises que son rôle est de "*rattacher*" les personnes à ce qui existe déjà. Ce dernier indique faire le lien entre les personnes qu'il suit et les partenaires. Afin de concrétiser cette orientation, les deux infirmiers accompagnent parfois physiquement les personnes à leur rendez-vous.

Les professionnels interrogés disent ne pas faire beaucoup de soins techniques, particulièrement l'IDE 1 qui dit même *"je ne suis pas l'infirmière libérale de la rue"*.

4.3 Définition du refus de soins

L'IDE 2 propose comme définition du refus de soins *"le fait de ne pas adhérer à un soin proposé"*. L'IDE 1 lui, voit le refus comme quelque chose de plus large, qui peut être un *"refus de vie, d'accompagnement"*.

Le recours aux soins apparaît comme systématique en population générale (*"on se blesse, on va chez le médecin"*). Or, les deux infirmiers s'accordent pour dire que ce n'est pas toujours le cas chez les personnes sans-domicile. Ils y sont tous deux confrontés dans leur travail.

4.4 Causes du refus de soins chez les personnes sans-domicile

Les deux infirmiers insistent sur la diversité des raisons pouvant mener à un refus de soins des personnes sans-domicile.

Premièrement, le système de santé est vu comme inadapté à ces personnes et parfois discriminant. Les deux infirmiers évoquent l'influence du regard des autres sur le recours aux soins des sans-domicile fixe. En effet, ils peuvent avoir l'impression de renvoyer une image négative, notamment à cause de leur hygiène. Ils sont souvent victimes de stigmatisation, y compris de la part des soignants (*"dans le regard du soignant, 'c'est encore un poivrot de SDF'"*, IDE 2). Cette représentation du public sans-domicile peut entraîner une inégalité dans la prise en charge par rapport à d'autres patients (*"on va le laisser dans un couloir plus longtemps que certaines autres personnes"*, IDE 2) et un rejet de ceux-ci (*"le système ne veut plus forcément d'eux"*, IDE 1). Ces mauvaises expériences avec le soin peuvent freiner les personnes à y avoir à nouveau recours. De plus, l'IDE 2 soulève le fait que le système est parfois trop rigide pour tenir compte des spécificités de cette population, notamment en ce qui concerne la présence et la ponctualité aux rendez-vous (*"ils vont pas à leurs RDV, c'est terminé le dentiste en veut plus"*). L'IDE 1 quant à lui, relève que la temporalité des personnes qu'il accompagne et celle du système de soins est différente. Lorsqu'elles acceptent un soin ou un examen, elles aimeraient que cela se concrétise rapidement, ce qui n'est pas toujours possible (*"faut que ça aille vite"*).

Outre cette offre de soins ne correspondant pas à leurs besoins, le refus de soins peut être lié au fait que les personnes sans-domicile n'ont parfois pas le sentiment que les soins sont une nécessité. Cela peut être car certains autres de leurs besoins sont prioritaires et ne sont pas pourvus (*"on est pas dans le où je vais dormir, ce que je vais manger, comment je vais m'habiller"*, IDE 2). Pour certains, il faudra donc attendre que certains points soient résolus, notamment au niveau administratif, avant d'envisager une prise en soins. Pour d'autres, les besoins prioritaires s'inscrivent sur du plus long terme (*"je peux y retourner dans dix ans, je peux les revoir ce sera toujours non"*). Comme il a été dit précédemment, il y a une forte prévalence de troubles psychiatriques chez les personnes accompagnées par les deux IDE. Ces derniers insistent sur leur responsabilité dans le refus de soins des personnes sans-domicile car, comme le dit l'IDE 1 *"dans leur réalité à eux, ça va"*. Outre les troubles psychiatriques, l'IDE 1 pense que les personnes peuvent également nier leurs difficultés au quotidien, et donc penser ne pas avoir besoin des soins.

Enfin, même si une demande de soins est faite, certains facteurs empêchent ce recours aux soins. L'absence d'ouverture des droits de santé est évoquée en premier. Cela peut être parce que certains services de soins ne sont pas accessibles, mais aussi car les personnes peuvent craindre que l'hospitalisation entraîne leur expulsion (*"si je me fais soigner, je vais retourner dans mon pays"*).

Concernant les types de soins plus souvent refusés, les deux infirmiers interrogés citent des choses différentes. En effet, l'IDE 1 pense que les soins somatiques sont acceptés plus facilement que les soins psychologiques. L'IDE 2 quant à lui évoque le fréquent refus de suivi somatique, et plus particulièrement hépatique, sur l'alcoolisme chronique. De plus, il ajoute que les soins relevant de l'intimité faits par des femmes peuvent être refusés par certains hommes par pudeur.

4.5 Positionnement des soignants face au refus de soins

Les deux soignants interrogés indiquent accepter le refus de soins des personnes accompagnées. L'IDE 2 ajoute *"on ne peut pas soigner une personne contre son gré"*. Pour amener la personne vers le soin, ils mettent en avant l'importance du lien de confiance (*"tout se joue dans la création du lien"*). Sa mise en place passe notamment par la première approche. Ainsi, l'IDE 1 lorsqu'il se présente, ne donne pas toujours sa fonction pour ne pas braquer la personne et empêcher la création de la relation. En cas de refus de prime abord, les infirmiers n'abandonnent pas et continuent tout de même de maintenir ce lien. Ils restent disponibles pour les patients s'ils changent d'avis (*"laisser la porte ouverte"*).

Un autre point soulevé est la personnalisation de l'accompagnement. Les soignants indiquent devoir aller au rythme des personnes accompagnées. Ils doivent attendre qu'elles soient prêtes à accéder aux soins. Cela peut être tout d'abord car elles ont résolu d'autres problématiques, notamment administratives (*"attendre que d'autres choses soient réglées avant de passer à ce dossier-là"*, IDE 2). Parfois, ils doivent attendre que les problématiques de santé soient telles qu'elles empêchent la personne de vivre avec (*"ils vont faire un malaise devant nous et on va dire "là, on peut pas continuer comme ça"*, IDE 1). Pour intéresser l'individu à sa santé, l'IDE 1 essaie également de rendre le soin plus concret et axé sur le quotidien. Il se sert des accompagnements dans la vie de tous les jours pour pointer les difficultés de la personne et ainsi lui en faire prendre conscience (*"on va l'accompagner à autre chose et se dire "t'as eu des difficultés sur telle chose"*).

Il a été dit que les personnes sans-domicile peuvent avoir des difficultés avec la rigidité du système de soins. Selon les deux IDE, il faut donc s'adapter à eux et être plus souple. Il convient alors de tolérer les absences à des rendez-vous (*"pour un RDV honoré, on va en avoir 15 pas honorés, c'est pas grave"*, IDE 2) et de relancer les patients. L'IDE 2 indique également que négocier avec ses patients permet parfois de trouver des compromis et donc de les faire adhérer aux soins (*"lâcher du lest d'un côté pour que lui en lâche de l'autre"*).

Enfin, les infirmiers disent agir directement sur les freins au recours aux soins, notamment en permettant l'accès à l'hygiène. Plus particulièrement, l'IDE 2 travaille dans une structure disposant de douches. Il invite donc les personnes qui le souhaitent à y accéder avant une consultation prévue. Les deux soignants disent également proposer des vêtements propres aux patients en faisant la demande. Pour l'IDE 2 il serait important de permettre un accueil des animaux et notamment des chiens.

5. Discussion

5.1 Adaptation de l'accompagnement dans les dispositifs de santé pour personnes SDF

5.1.1 Négociations

Les entretiens réalisés font ressortir la notion de négociation. D'après le dictionnaire Larousse, les négociations sont des "discussions, pour parler entre des personnes ... menées en vue d'aboutir à un accord sur les problèmes posés". Plus spécifiquement, dans le cadre des soins, "il s'agit de faire des choix qui tentent de concilier savoirs médicaux et souhaits des patients". Au vu de l'évolution des droits des patients à la fin des années 90 et au début des années 2000, la négociation me semble partie prenante des soins infirmiers et réellement liée à la relation soignant-soigné. Cependant, en population générale, il n'y a généralement pas de difficultés à obtenir leur consentement pour les soins les plus courants. Or, avec les personnes sans-domicile fixe, le refus de soins est beaucoup plus présent et peut même concerner les actes les plus classiques. Il se peut que même l'entrée en relation soit refusée. Pour les infirmiers qui travaillent quotidiennement auprès de cette population, la négociation apparaît donc comme nécessaire à la pratique soignante.

5.1.2 Attendre

Comme il a été dit dans le cadre théorique et confirmé par les soignants interrogés, le refus de soins peut être lié à l'absence d'incidence sur la vie quotidienne. Tant que le problème de santé ne nuit pas à la satisfaction des besoins primaires de la personne, elle sera peu encline à les accepter. Comme on ne peut pas forcer une personne à y adhérer, parfois, l'unique action possible des IDE est d'attendre. Attendre que le lien de confiance s'établisse, attendre que la personne soit plus disponible pour se préoccuper de sa santé... Mais parfois, c'est attendre que l'état de santé soit tellement dégradé qu'il altère les capacités de la personne dans sa vie quotidienne. Cette attitude du soignant est nécessaire pour respecter le choix de la personne. Cependant, je pense que ce positionnement est difficile à adopter par l'infirmier. En effet, ce dernier est formé à soigner, c'est-à-dire "agir pour ... autrui afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé" (Coudray, M-A., 2008, pp. 49-55). Voir se dégrader l'état de santé d'une personne, en ayant les moyens techniques et médicaux d'améliorer celui-ci sans pouvoir agir peut se révéler frustrant.

5.1.3 Être souple

En partant des situations d'appel, l'un de mes postulats au début de ce travail était que la rigidité du système de santé pouvait être un frein au recours aux soins des personnes sans-domicile fixe. Les

infirmiers interrogés ont confirmé cette impression. Un des leviers des soignants des structures spécifiques est donc de permettre une certaine souplesse. Cela peut se traduire de différentes manières. On retrouve par exemple la possibilité de contact et de soins sans prise de rendez-vous préalable. Se pose aussi la question du seuil d'exigence demandé. Cela est particulièrement vrai dans les structures proposant un hébergement la nuit. Elles doivent s'interroger sur les obligations qu'elles posent aux personnes qu'elles accueillent. Ont-elles la possibilité de partir, de ne pas dormir dedans ? La consommation d'alcool au sein de l'hébergement est-elle tolérée ? La présence de tiers est-elle permise ? L'équilibre doit être trouvé entre la souplesse nécessaire à l'accueil de ce public et les contraintes permettant la mise-en-place des soins et la bonne gestion du collectif.

5.2 Qualité des soins et dispositifs de santé spécifiques pour les personnes sans domicile

N'ayant auparavant réalisé des stages qu'en milieu hospitalier, je me suis interrogée au début de mon stage en LHSS sur la qualité des soins apportés aux personnes sans-domicile. Selon l'OMS (cité par l'IDES p. 43), la qualité des soins se définit comme la capacité de "garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, ... au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains".

D'après l'HAS, l'amélioration de la qualité des soins passe notamment par la lutte contre les infections liées aux soins et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Lors de mon stage en LHSS, j'ai assisté et participé à des soins, devant être fait en stérile, réalisés dans la chambre du patient et donc parfois dans un environnement sale. Or, les programmes nationaux d'action de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) cherchent maintenant à inclure les structures médico-sociales. Le travail contre ces infections passe notamment par la mise-en-place de procédures et protocoles au sein de ces dispositifs. Cependant, l'installation de tels protocoles, proches du système hospitalier, conduirait à mon sens à une hausse d'exigences envers les patients. On perdrait alors la souplesse nécessaire à l'accueil du public cible.

Lors de l'entretien avec l'IDE 2, j'ai également assisté à une consultation infirmière qui a abouti à l'administration d'un traitement. Devant ma surprise, l'infirmier m'a expliqué pouvoir donner certains traitements (y compris des antibiotiques ou des antalgiques de palier 2) sans prescription médicale préalable, même s'il existe des protocoles pour certains médicaments. Là encore peut se poser la question de la qualité des soins apportés aux sans-domicile fixe. Néanmoins, je pense que le fait de ne pas passer par un médecin est nécessaire dans ces situations car l'attente ou l'obligation de venir à un jour fixe pourrait conduire à un non-recours aux soins. L'IDE 2 m'a rapporté une phrase du médecin de la structure concernant la délivrance des traitements : "Si toi tu leur donnes pas de

médicaments, personne ne va leur en donner". Ces adaptations, bien que pouvant conduire à une qualité de soins moindre comparé au système "classique", demeurent essentielles dans la prise en soins de ce public, sans quoi ils pourraient se retrouver sans rien.

5.3 Regard du soignant et représentations sociales

5.3.1 Définition

Les entretiens réalisés ont permis de mettre en lumière une cause importante du refus de soins non-explorée dans le cadre théorique : l'impact du regard de l'autre. Des expériences que j'ai pu vivre, lorsqu'un soignant apprend qu'il s'occupera d'un "SDF", il a immédiatement une image négative de celui-ci. Cela est lié aux représentations sociales. Il s'agit d'une "forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social" (Galand & Salès-Wuillemin, 2009).

Dans la littérature, on ne retrouve que peu de choses sur les représentations sociales des patients sans-domicile par les soignants. Si l'on rassemble les propos exprimés dans les entretiens et ce que j'ai pu constater lors de mes expériences en stage, on peut cependant constater que les infirmiers ont des a priori récurrents sur l'accueil de ce public. Cela peut être d'un point de vue de l'hygiène ; le patient va être immédiatement vu comme incurique, pour qui les soins d'hygiène vont être sources de négociations. Les personnes peuvent également être étiquetées comme ayant des problématiques d'addiction, notamment alcoolique, ou psychiatriques, pouvant alors se montrer agressives. De plus, cela peut être des patients revenants très régulièrement et il peut donc y avoir une impression d'inutilité de la prise en charge ou de frustration.

S'il n'existe pas d'étude spécifique à l'image des personnes sans-domicile fixe en milieu hospitalier, on peut considérer que, n'exerçant pas dans une structure dédiée à ces personnes et n'ayant pas de formation spécifique, ces soignants ont des représentations sociales comparables à celles du reste de la population. Maryse Bresson (Conférence de consensus, 2007), évoque les différentes caractéristiques des personnes SDF relevées dans les médias. On retrouve la "fainéantise ou mauvaise volonté à travailler", "imprévoyance", "manque d'hygiène", "violence latente ou déclarée", "alcoolisme", "problèmes mentaux". Cela rejoint peu ou prou ce qui ressortait des expériences soignantes.

Cependant, ces attributs semblent se rapporter aux personnes les plus marginalisées, avec l'image de "clochard", considéré par Julien Damon comme en phase de sédentarisation. Or, comme il a été dit dans le cadre théorique, la notion de "sans-domicile fixe" est plus large que cela et ces personnes, bien que les plus visibles dans l'espace public, sont aussi les moins nombreuses. Ainsi, dans les

perceptions du grand public, on constate que seul une partie des sans-domicile fixe sont admis sous cette dénomination.

5.3.2 D'où viennent les représentations sociales ?

Selon Panelli & al. (2010), il faut trois conditions minimales pour la création d'une représentation sociale. Premièrement, "les informations à l'égard d'un objet social sont généralement insuffisantes et surabondantes du fait de la complexité de l'objet ou des barrières sociales, culturelles ou éducatives. Il existerait ainsi un décalage entre les informations nécessaires pour permettre la connaissance d'un objet et les informations dont nous disposons réellement".

De plus, il faut que le groupe s'attarde sur seulement certains aspects de l'entité sujette à la représentation sociale. Il ne peuvent donc pas en avoir une vision globale. La pression du groupe a également un rôle important dans le partage de la représentation sociale. En effet, nous préférons, consciemment ou non, le plus souvent nous conformer et nous ranger du point de vue dominant plutôt que de devoir prendre ouvertement position et ainsi prendre le risque de perdre la reconnaissance ou l'adhésion de ses pairs.

Deux autres processus parallèles concourent à l'élaboration de représentations sociales. Premièrement, l'"objectivation" permet au groupe de faire des transformations sur une notion complexe pour la rendre plus concrète. Si l'on reprend l'exemple qui nous intéresse, nous avons pu voir dans le cadre théorique que la définition d'une personne "sans-domicile fixe" ne fait pas consensus entre tous les acteurs et a été sujette à de nombreuses discussions, ce qui traduit sa complexité. Ainsi, les soignants, comme le reste de la population, ne voient majoritairement sous ce vocable que la personne qui dort dans la rue, très marginalisée, alcool-dépendante et incurie pour simplifier cette notion.

Le second processus est l'ancrage. Il permet de "rendre familier et intelligible ce qui est méconnu et étranger". La grande pauvreté est intimement liée à la notion d'exclusion, et notamment une exclusion partielle de la vie sociale (Martinache, 2013). Le quotidien de ces populations ne se croisent pas, du moins du point de vue dominant en population générale. Les personnes sans-domicile peuvent alors sembler étrangère à cause de cette ignorance.

5.3.3 Impact des représentations sociales

D'après les entretiens réalisés, l'image négative portée par les soignants sur les patients sans-domicile fixe influe sur leur prise en soin. Il y est évoqué un temps d'attente plus long ou des investigations médicales moins poussées que dans le reste de la population.

Paradoxalement, les études réalisées sur le sujet en France ne montrent pas de différence de prise en charge médicale entre les personnes sans-domicile et les autres, contrairement à d'autres pays comme les Etats-Unis. Par exemple, en 2015, une étude sur la qualité des soins apportés aux patients sans-domicile fixe a été réalisée sur 30 services d'accueil des urgences d'hôpitaux français. Les résultats ne montrent pas de différences significatives dans le délai d'attente ni dans la quantité de soins apportés (imagerie, biologie, thérapeutiques ou consultations spécialisées) (Feral-Pierssens et al., 2016). Cette étude apporte des données rassurantes sur la prise en charge des personnes sans-domicile fixe dans le milieu hospitalier. Cependant, sûrement pour des raisons méthodologiques, elle ne tient compte que des éléments mesurables et ne permet pas d'apprécier des aspects plus subjectifs de la prise en soins : la qualité de l'évaluation de la douleur et la réponse à celle-ci ; les attitudes ou gestes des soignants témoignant de leur lassitude ou de leur exaspération ; les paroles désapprobatrices à l'égard des patients dites en leur présence... Or, de mon point de vue, ce sont tous ces éléments, réalisés par les soignants de manière consciente ou non, qui vont impacter cette prise en charge et qui vont pouvoir entraîner un refus de soins des personnes sans-domicile fixe.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers avait pour but de répondre à la question *“en quoi l'adaptation de l'accompagnement par les infirmiers des dispositifs d'accès aux soins pour les sans-domicile fixe limite-t-elle le refus de soins de ces personnes ?”*. Une revue de littérature dans le cadre conceptuel a permis d'éclaircir les grandes notions de la question et de faire ressortir certains axes théoriques. Ceux-ci ont ensuite pu être confrontés au *“terrain”*, grâce aux entretiens avec deux infirmiers exerçants auprès de ce public. De grands principes ont pu être mis en avant, comme l'acceptation du refus, l'accompagnement au rythme de la personne, la nécessité de souplesse et de négociation. Les soignants ont également insisté sur l'importance du lien de confiance avec les personnes accompagnées.

Ce travail m'a permis de m'intéresser à la définition d'une *“personne sans-domicile fixe”*. C'est auparavant un terme que je rencontrais et que j'utilisais de manière beaucoup plus restrictive et sans

réellement comprendre ce qu'il y avait derrière. J'ai également compris l'importance que revêt le débat autour de cette notion. En effet, pour engager des politiques sociales et les évaluer, il est nécessaire de connaître la population à qui l'on s'adresse et notamment son effectif. Or, le nombre de personnes concernées sera différent selon si l'on prend une définition plus ou moins restrictive. Cela explique également la grande disparité dans les chiffres annoncés des personnes sans-domicile fixe en France et la difficulté à les comparer avec nos voisins européens.

Les lectures réalisées mais surtout les entretiens avec les infirmiers m'ont fait évoluer dans la compréhension du concept de "refus de soins". Si, au début de ce travail, j'entendais par ce terme la non-acceptation d'un acte précis, je comprends aujourd'hui qu'il peut être plus global et représenter un refus d'entraîner en contact avec un système, un refus d'accompagnement.

Bien que l'objectif initial de ce travail était de se concentrer sur les dispositifs d'accès aux soins pour les personnes sans-domicile fixe, il est apparu assez rapidement qu'ils montraient une grande distinction dans l'accompagnement par rapport au système de santé universaliste et que nous devions nous intéresser à ce dernier pour comprendre le phénomène. Si des structures spécifiques existent, c'est que le système classique n'est actuellement pas en capacité de prendre en soin l'ensemble des patients. Comme évoqué lors de mes hypothèses au début, la rigidité du système est en cause. Mais d'autres aspects jouent un rôle majeur, notamment le regard négatif des soignants, issu de leurs représentations sociales, sur les patients sans-domicile fixe. Cependant, le système hospitalier reste essentiel dans le parcours soins de ces personnes. Je continue donc de m'interroger sur les adaptations qui pourraient y être faites pour permettre une prise en soins optimale de chaque personne. Je pense qu'elles dépendent grandement de la volonté des soignants à agir ensemble pour permettre l'adhésion aux soins du patient, et que celle-ci est intimement liée aux représentations qu'ils ont sur celui-ci. Cette réflexion a fait émerger une nouvelle question de recherche :

En quoi le regard que porte les soignants sur un patient sans-domicile fixe influe-t-il sur son acceptation des soins dans un service hospitalier conventionnel ?

Bibliographie

Annane, F., Brizard, C., Delpech, A., Faugeron, P., Francony, M., Lafage, V., Larrieu, L., Mehu, M., Papin, A., Redaelli, M. & Zami, C. (2014). *EHESP - Le consentement aux soins des personnes à la rue*.
https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/mip/groupe_11.pdf

Arrêté du juillet relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. (annexe II, référentiel de compétences).

Art. 4 de la loi du 4 mars relative aux droits des malades du Code de la Santé publique (Art. L. 1111-4).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000227015/>

Art. 1 du décret n° 2du novembre portant code de déontologie des infirmiers du Code de la Santé publique (Art. R. 4311-14).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578>

Benoist, Y. (2008). Vivre à la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, pp. 5-24.
<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-3-page-5.htm>

Busnel, C., Ludwig, C., et Goreti Da Rocha Rodrigues, M. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 2020/1(140), 7-16.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-1-page-7.html>

CCAS Rennes (s.d.). *Guide solidaire de la ville de Rennes*.
<http://www.siao35.fr/medias/files/guidesolidaire-version-finale-10.02.pdf>

Cha, O. (2013). La santé des sans-abris. *Bulletin académique national de médecine*, 277-291.
<https://www.academie-medecine.fr/la-sante-des-sans-abri/>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (s.d.). Confiance.
<https://www.cnrtl.fr/definition/confiance>

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 09/2005(82), 31-42.

Coudray, M-A. (2008). La problématique des soins infirmiers aujourd'hui. *Recherche en soins infirmiers*, 2/2008(93), 49-55.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-49.htm>

Damon, J. (2012). *La question SDF, critique d'une action publique*. Presses universitaires de France.

Debout, C. (2012). Adhésion aux soins. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition, 51-42). Edition Mallet Conseil.

Despres, C. (2011). Le renoncement aux soins, une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*, 169.

Feral-Pierssens, A-L., Aubry, A., Truchot, J., Raynal, P-A., Boiffier, M., Hutin, A., Leleu, A., Debruyne, G., Joly, L-M., Juvin, P., Riou, B. et Freund, Y. (2016). Emergency care for homeless patients : a French multicenter cohort study, *American public health association*.

https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2015.303038?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89.

Galand, C. et Salès-Wuillemin, E. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé, *Sociétés* (105).

<https://www.cairn.info/revue-societes-2009-3-page-35.htm>

Geeraert, J. et Rivollier, E. (2014). L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins*, (790), 14-18.

Gidienne, S - SFMU. (2015). *Refus de soins aux urgences, quel cadre légal ?*

https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/119.pdf

INSEE (2020). *Sans-domicile - définition*. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>

Jouteau-Neves, C. (2012). Adaptation. Dans M. Formarier et L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition). Edition MALLET CONSEIL.

Laporte, A & Chauvin, P. (2010). *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*.

<https://www.hal.inserm.fr/docs/00/47/19/25/PDF/Samenta.pdf>

Larousse. (s.d). Refus.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/refus/>

Martinache, I. (2013). Pauvreté et exclusion, *Idées économiques et sociales* (171)

<https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013-1-page-4.htm>

Mignot, S. (2018). Maraude : hiver comme été, même combat. *L'infirmière magazine*, (397), 26-29.

Ministère de la santé et des solidarités. (2016). *Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés*.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-sociales-et-medico-sociales/article/lits-halte-soins-sante-et-lits-d-accueil-medicalises>

Moisy M. (2015). La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/36-37/2015_36-37_2.html

Notarnicola, I., Petrucci, C., De Jesus Barbosa, MR., Giorgi, F., Stievano, A., Rocco, G. et Lancia, L. (2017). Complex adaptive systems and their relevance for nursing : an evolutionary concept analysis. *International journal of nursing practice*, 2017/23(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28177175/>

Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique, l'exemple de l'ETP. *Recherche en soins infirmiers*, 2012/3 (110), 13-20.

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologie*, 92.

Panelli, C., Abric, J-C., Saad, F. (2010). Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation, *Les cahiers internationaux de psychologie sociale* (86).
<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2010-2-page-241.htm>

(2007) *Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ? : Conférence de consensus, Paris, 29 et 30 novembre 2007.*
https://sans-abri.typepad.fr/conference_de_consensus/files/conference_de_consensus_fiche_1.pdf

(2007) *Les représentations sociales des personnes sans-abri : Conférence de consensus, Paris, 29 et 30 novembre 2007.*
https://sans-abri.typepad.fr/conference_de_consensus/files/conference_de_consensus_fiche_3.pdf

Potier, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. édition Lamarre.

SEA(2020), *Rapport d'activité point santé Puzzle*.
http://www.sea35.org/files/ugd/e757f5_23b13276f2454036ad11460b07db59c3.pdf

Warin, P. (2010), *Le non-recours : définition et typologies*.
http://odenore.mshalpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf

Wicky Thisse, M. (2017). *Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité* [Thèse d'étude, Université de Franche-Comté].
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02072157/document>

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Objectifs de l'entretien :

- **connaître le parcours du soignant**

Pouvez-vous vous présenter : ancienneté, parcours, formations complémentaires...

- **connaître le lieu et le fonctionnement du lieu d'exercice du soignant : population accueillie, mode d'accueil, missions**

Pouvez-vous présenter votre structure ?

Quelle est la population accueillie (âge, nationalités, statut administratif, genre) ? Quels sont les professionnels qui y travaillent ? Quelles sont les missions de la structure ? Les missions plus spécifiques de l'IDE ? Quel est le mode d'accueil (aller vers...) ?

- **connaître les personnes accueillies par le soignant et son travail auprès d'eux : état de santé, suivi médical, rapport avec le monde du soins, présence du refus de soins, soins apportés par l'IDE**

Pouvez-vous en dire un petit peu plus sur l'état de santé des personnes accueillies et leur rapport au soin ?

Quelles sont les principales pathologies rencontrées ?

Quel est leur état de santé globale ?

Sont-ils suivis médicalement (médecin traitant déclaré, soins dentaires réguliers...) ?

Viennent-ils facilement vers vous ?

- **comprendre comment le soignant perçoit la notion de refus de soins et ses causes**

Pour vous, qu'est ce que le refus de soins ?

Pensez-vous que le refus de soins est plus présent chez les personnes sans-domicile que dans le reste de la population ?

Si oui : identifiez-vous des causes qui pourraient l'expliquer ?

Il y a-t-il des soins qui sont plus souvent refusés que d'autres ?

- **comprendre comment le soignant réagit face au refus de soins**

Êtes-vous confronté à des patients en situation de refus de soins ?

Si oui :

Comment réagissez-vous face à ces patients ?

Tentez-vous de les convaincre d'adhérer aux soins ? Comment ? Si non, pourquoi ?

Si non :

Comment réagiriez-vous si vous étiez confronté(e) à un refus de soins ?

Mettez-vous, au quotidien, des choses en place en amont pour éviter ou limiter le refus de soins de vos patients ?

Actions de prévention, dans la communication ou l'approche avec eux...

Annexe II : Tableaux d'analyse

Objectif : comprendre les causes du refus de soins

	Causes multiples	Un système de santé inadapté et discriminant				Ne placent pas la santé comme un besoin			Même si demande, facteurs empêchent le recours aux soins	
	Diversité des causes	Regard des autres	Système trop rigide	Prise en charge différente	Notion du temps différente	Pas une priorité	Troubles psychiatriques	Négation des difficultés	Animaux de compagnie	Absence de droit
IDE 1	“chacun à son pourquoi il refuse”	“le regard des autres” “pour l'image” “pour mon image” “ma dignité, je veux pas infliger” “je veux pas trop me montrer comme ça au médecin” “mon hygiène”		“le système ne veut plus forcément d'eux” “ils mettent tout en rupture” “ils veulent plus donc ça clash”	“ils ne veulent pas attendre” “ils ont pas le notion en terme de timing, de temps, de durée” “quand c'est sur l'instant, c'est l'instant T” “faut que ça aille vite”	“ils voient pas l'intérêt” “pas les mêmes notions que nous” “ils ont pas les mêmes notions que nous” “ils vont dire “c'est rien”” “c'est rien une morsure” “ils sont pas du tout la dedans” “faire des soins médicaux c'est aussi leur enlever du temps de manche” “ils ont d'autres choses à faire”	“sont envahis psychiquement” “troubles psy importants” “parce que psychiquement” “leur troubles psy” “ils sont envahis psychiquement” “vraiment envahis au niveau psychique” “troubles psy” “dans leur réalité à eux, ça va” “pourquoi tu veux que j'aille voir un médecin si moi je vais bien ?”	“elles voient pas leurs difficultés” “elle nie sa maladie” “elle nie le quotidien” “elle nie par rapport à ses capacités”		“on a pas l'argent” “les droits” “quand on a pas de droits” “c'est plus compliqué d'y accéder” “si je me fais soigner je vais retourner dans mon pays” “si je vais à l'hôpital ils vont voir que...”
IDE 2	“tu peux avoir des refus pour plein de raisons”	“population très stigmatisée” “dans le regard du soignant, c'est encore un poivrot de SDF” “le regard porté	“relativement peu d'offre de soins et de réponses aux besoins de santé” “rigidité de	“eux-mêmes sont beaucoup refusés” “beaucoup sont rejetés” “rejetent les soins parce que		“la santé n'est pas une priorité” “pas une priorité” “pas un besoin” “on est pas dans le où je vais dormir, ce que je	“blocage psychologique” “barrière psychique d'abord” “les barrières psychiques”		“la prise en charge des animaux” “ils savent pas quoi faire du chien” “je sais pas	“il a pas de droit” “il a pas de papier”

		<p>sur leur condition de personnes sans domicile</p> <p>"je dois me confronter aux gens qui sont pas comme moi"</p> <p>"regard des autres est extrêmement perturbant"</p> <p>"difficile à supporter"</p> <p>"supporter le regard des gens"</p> <p>"stigmatisation absolument hallucinante"</p> <p>"stigmatisation dont ils sont victimes"</p> <p>"l'image"</p> <p>"la représentation du public SDF"</p> <p>"leur condition de vie et d'hygiène"</p> <p>"moi je suis là je pue"</p>	<p>l'offre de soin</p> <p>"ils vont pas à leurs RDV, c'est terminé le dentiste en veut plus"</p> <p>"pas cette prise de conscience de leurs conditions de vie"</p> <p>"méconnaissance des besoins de cette population-là"</p> <p>"pas cette souplesse"</p>	<p>les soins les rejettent aussi</p> <p>"on va le laisser dans un couloir plus longtemps que certaines autres personnes"</p> <p>"ils ont été beaucoup déçu du soin"</p> <p>"prises en charge qui sont scandaleuses parce que c'est un pauvre SDF"</p> <p>"la dernière fois ils ont attendu pour qu'on leur disent que c'était parce qu'ils étaient encore bourrés qu'ils sont tombés"</p> <p>"c'est pas qu'eux qui refusent les soins"</p>		<p>vais manger, comment je vais m'habiller"</p> <p>"la santé ça passe après tout ça"</p> <p>"c'est pas l'urgence"</p> <p>"là c'est pas le moment"</p> <p>"j'ai pas la tête à ça"</p> <p>"c'est pas une priorité"</p> <p>"je peux y retourner dans ans, je peux les revoir ce sera toujours non"</p>			<p>quoi faire de mon chien</p> <p>"et les chiens"</p> <p>"chats aussi, ou des rats"</p> <p>"les chiens c'est un vrai problème"</p>	
	1 + 1 = 2	6 + = 18	0 + 6 = 6	3 + 8 = 11	4 + 0 = 4	8 + 9 = 17	9 + 3 = 12	4 + 0 = 4	0 + 6 = 6	6 + 2 = 8
	2	39				33			14	

Objectif : savoir si des soins sont plus souvent refusés que d'autres

	Acceptation plus facile des soins somatiques que psychologiques	Refus de suivi somatique sur alcoolisme	Refus pour les hommes des soins plus intimes par des femmes
IDE 1	<p>“plus acceptable d’accéder à un soin somatique”</p> <p>“plus concret”</p> <p>“plus simple de mettre un plâtre”</p> <p>“plus simple de se dire “t’as une mauvaise plaie je te soigne””</p> <p>“le soin physique, le soin somatique c’est plus simple que de les accompagner dans tout ce qui est psy”</p> <p>“plus simple que d’aller voir quelqu’un parce que psychologiquement on est pas bien”</p>		
IDE 2		<p>“très long travail pour envisager une investigation au niveau somatique, enfin, hépato”</p> <p>“investigation d’où pourrait sortir des choses pas chouettes”</p>	<p>“dès qu’il s’agit de s’exhiber”</p> <p>“je ne veux pas que tu me vois”</p>
	6 + 0 = 6	0 + 2	0 + 2
	6	2	2

Objectif : connaître la réaction des soignants face à un refus de soins

	Importance du lien de confiance			Personnaliser l'accompagnement		Accepter le refus	S'adapter aux difficultés des personnes		Lever les freins directs au recours aux soins	
	Mettre en place un lien de confiance	Ne pas briser le lien de confiance	Continuer de maintenir le lien même si refus	Aller au rythme de la personne	Rendre le soin + concret et axé sur le quotidien	Accepter le refus	Être souple	Négocier, trouver des compromis	Permettre un accueil des animaux	Permettre l'accès à l'hygiène
IDE 1	<p>“le lien de confiance qu'est super important” “nous faut qu'on maintienne ce lien” “il faut maintenir ce lien de confiance” “des fois il y a que ce lien là” “en créant ce lien de confiance” “c'est primordiale à la rue” “c'est primordial ce lien de confiance” “si ça se rompt, tout est fini, on</p>	<p>“des fois je dis pas ma fonction” “ça peut faire barrage tout le côté médical” “elle veut m'hospitaliser” “faut surtout pas les braquer” “injecter mais pas en frontal” “le lien de confiance peut vite s'altérer” “mon lien il peut s'étioler rapidement” “on peut perdre une personne de vue” “ça peut vite s'altérer” “il faut pas casser ce lien”</p>	<p>“pas se dire "j'abandonne, il refuse, il refuse” “essayer de creuser toujours un peu pourquoi la personne refuse le soin” “voir ce qui est mis derrière”</p>	<p>“être là au bon moment” “se dire “c'est maintenant qu'il faut faire quelque chose”” “une question de timing” “il y a des dé clics” “soit un gros pépin de santé, soit une agression” “la goutte de trop” “le pépin de trop” “attendre des fois le malaise, une chute” “pour agir il fallait la petite chose qui se déclenche” “être là au bon moment” “ils vont faire un malaise devant nous et on va dire “bah là on peut pas continuer comme ça”” “c'est l'hospit de trop” “aller à leur rythme” “attendre qu'ils soient</p>	<p>“là il y a besoin du soin pour accéder à tel logement ou telle chose” “des liens à faire en fonction de ses besoins, de ce qu'elle veut elle” “c'est au quotidien” “on va l'accompagner à autre chose et se dire “t'as eu des difficultés sur telle chose” “prendre une tension” “il leur fait un peu de concret”</p>	<p>“il y a pas de soucis” “j'accepte leur refus” “on a pas à décider à leur place” “accepter le refus” “il faut l'accepter” “accepter leur refus”</p>	<p>“on repassera demain, on refera un point” “les accompagner”</p>			<p>“on lui a amené un t-shirt”</p>

	peut plus accéder à la personne"	"de ne pas casser ce lien" "surtout pas casser ce lien"		prêts" "être là au bon moment"						
IDE 2	"le lien" "tout se joue dans la création du lien" "je suis sur le collectif avec les gens"		"j'ouvre les portes" "laisser la porte ouverte" "dire ce qui est faisable" "laisser la porte ouverte" "dire "si un jour t'as envie, tu viens me voir"" "faire comprendre que la porte elle reste ouverte"	"attendre que d'autres choses soient réglées avant de passer à ce dossier-là"		"on peut pas soigner une personne contre son gré" "je vais pas soigner une personne contre son gré" "la base c'est l'adhésion" "tu veux, tu veux pas..."	"pour un RDV honoré on va en avoir pas honorés, c'est pas grave on va relancer" "on avait mis un protocole tous les jours" "toujours dans la remobilisation" "faudra recommencer"	"on fait le deal" "beaucoup de négociations" "lâcher du lest d'un côté pour que lui en lâche de l'autre" "de lâcher du lest pour que lui en lâche de l'autre côté"	"permettre un accueil des chiens"	"ici on a des douches" "viens prendre une douche avant" "on a toujours un peu de vêtements propres"
	8 + 3 = 11	+ 0 = 12	3 + 6 = 9	+ 1 = 16	6 + 0 = 6	6 + 4 = 10	2 + 4 = 6	0 + 4 = 4	0 + 1 = 1	1 + 3 = 4
	32			22		10	10		5	

Obj : connaître le public cible des IDE rencontrés

	Un public français plutôt marginalisé et dans la non-demande			Un public migrant plus proche du système de soins		État de santé précaire		Parcours et conditions de vie difficiles	
	Population d'origine française	Non-demande	Personnes marginalisées	Population migrante	Recours aux soins assez rapide	Troubles somatiques	Troubles psy et addictifs	Des conditions de vie difficiles et violentes	Des histoires de vie difficiles
IDE 1	“De droit commun”	“personnes qui sont dans la non-demande” “les personnes qui ne vont pas vers” “ne vont pas vers le resto social, le CAO...” “il n’y a même pas de demande” “ceux qui ne veulent rien”	“en rupture” “loin de tout” “marginalisé” “parcours chaotique” “hors système de santé, hors tout” “personnes qui sont hors système”			“pas bon” “multipathologies” “comorbidités” “plaies chroniques” “fractures” “plaies ulcéreuses” “de gros besoin en terme de soins quotidiens”	“polytoxicomanies” “troubles psychiques” “troubles psy” “troubles psy” “addictions” “troubles psy” “troubles psy” “personnes psychotiques” “délirants à plein tube” “troubles psy” “démence” “psy” “addiction” “au niveau cérébral, on dit des fois grillé” “troubles mnésiques” “addictions” “CAARUD”	“rixes” “bagarres” “liées aux rixes”	
IDE 2	“population dite autochtone” “SDF comme on peut souvent l’imaginer quand on		“personnes marginalisées” “personnes qui sont très éloignées, soit du soins, soit des services sociaux” “certains sont très très éloignés”	“population de migrants” “migrants” “personnes originaires d’Afrique subsaharienne (Guinée, Sénégal)”	“je vais être sollicitée plus rapidement” “dès qu’il y a qqch, on va voir l’infirmière” “on laisse moins couler”	“podologie” “soins de plaie” “soins de plaie” “stomato” “bobologie”	“troubles psychiatriques” “addictifs” “psychiatrie” “beaucoup de personnes avec des troubles psy” “troubles psychiques” “difficultés psychologiques”	“beaucoup de bagarres” “conditions de vie à la rue” “conditions de vie”	“parcours de migration” “histoires de vie”

	parle de SDF" "personnes vraiment ancrées à la rue" "personne d'origine française"		"éloignement complet du soin" "laisser aller complet en terme de santé"	"beaucoup de Maghrébins avant" "Europe de l'Est" "migrants" "migrants"	"moins d'éloignement du soin"		"beaucoup de personnes avec des troubles psychiques envahissants"	"conditions sociales"	
	1 + 4 = 5	5 + 0 = 5	6 + 5 = 11	0 + 7 = 7	0 + 4 = 4	7 + 5 = 12	+ 8 = 25	3 + 4 = 7	0 + 2 = 2
	21			11		37		9	

Obj : connaître les missions des IDE rencontrés

	Entrer en contact avec les personnes		Permettre aux personnes d'accéder aux structures de soins (de droit commun ou dispositifs spécifiques)			Peu de soins techniques
	Aller vers les personnes	Evaluation de la situation de la personne	Orienter les personnes vers l'existant	Faire le lien avec les partenaires	Accompagner physiquement les personnes	Peu de soins techniques
IDE 1	<p>"on part en maraude"</p> <p>"maraude exploratoire"</p> <p>"aller au fin fond"</p> <p>"maraude"</p>	<p>"évaluation"</p> <p>"évaluation globale"</p> <p>"évaluation au niveau des soins, s'il a un MT, s'il a des droits ouverts"</p> <p>"savoir est-ce qu'il a ses droits ouverts"</p> <p>"s'il a ses droits, s'il a l'AAH"</p>	<p>"rattacher à un système de santé et social"</p> <p>"de les rattacher"</p> <p>"les rattacher à l'existant"</p> <p>"essaye de les rattacher à ce qui existait"</p> <p>"les ramener aux soins"</p> <p>"les rattacher à l'existant"</p>	<p>"nous on peut faire le lien"</p> <p>"faire le lien avec les partenaires"</p> <p>"j'ai déjà eu à aller voir l'IDE de l'accueil de jour"</p> <p>"des fois juste du lien"</p>	<p>"accompagner à un RDV CMP"</p> <p>"je peux prendre RDV avec des médecins, donc à la PASS, au dispositif de soins pour migrants"</p> <p>"je peux prendre des RDV pour eux"</p> <p>"les accompagner"</p> <p>"on l'accompagnait"</p> <p>"nous faisons l'accompagnement physique de cette personne"</p>	<p>"des soins en tant que tel il y en a très peu"</p> <p>"je suis pas l'infirmière libérale de la rue"</p> <p>"plaies chroniques, des choses comme ça, ça ne va pas être moi"</p> <p>"je suis pas l'infirmière libérale"</p> <p>"peu de soins techniques"</p> <p>"j'ai pas de médicaments avec moi"</p> <p>"moi j'ai rien, j'ai pas de Doliprane, j'ai rien"</p>
IDE 2			<p>"permettre aux personnes de reprendre pied dans le suivi de leur santé"</p> <p>"ouvrir vers le droit commun et vers la médecine de ville"</p> <p>"un service d'orientation"</p> <p>"porte d'entrée"</p> <p>"l'orientation"</p> <p>"orientation vers les dispositifs"</p> <p>"orientation vers les caritatifs"</p> <p>"orientation"</p> <p>"plate-forme d'orientation"</p> <p>"porte d'entrée"</p> <p>"beaucoup de travail d'orientation"</p>		<p>"j'ai accompagné la personne [à son RDV]"</p> <p>"j'accompagne des RDV"</p> <p>"accompagnatrice"</p>	<p>"est considéré comme un soin ici, un entretien où juste on échange pendant une heure"</p>
	4 + 0 = 4	5 + 0 = 5	4 + = 15	4 + 0 = 4	6 + 3 = 9	7 + 1 = 8
	9		28			8

Objectif : Savoir si le refus de soins est plus présent chez les personnes sans domicile que dans le reste de la population

	Un refus de soins plus présent chez les personnes sans domicile	Un recours au soin systématique en population générale
IDE 1	<p>“oui”</p> <p>“c’est plus présent en rue”</p>	<p>“on se blesse, on va chez le médecin”</p> <p>“on n’a pas de barrière”</p> <p>“on va se soigner”</p> <p>“on a nos capacités”</p> <p>“on va pas bien on va chez le médecin”</p>
IDE 2	“je serai tentée de dire oui”	“pour notre société, un ancrage du soin qui est important”
	2 + 1 = 3	5 + 1 = 6

Objectif : connaître la définition du refus de soins pour les professionnels interrogés

	Refus d’un soin proposé	Un refus plus large
IDE 1	“juste les soins primaires”	<p>“un terme général”</p> <p>“pas un simple refus”</p> <p>“refus de repartir, de se réinsérer”</p> <p>“un côté plus global”</p> <p>“refus de vie, d’accompagnement”</p> <p>“faut voir vraiment largement”</p> <p>“refusent pas les soins mais le contact”</p>
IDE 2	“le fait de ne pas adhérer à un soin proposé”	
	1 + 1 = 2	7 + 0 = 7

Annexe III : Retranscription des entretiens

ESI : Mon mémoire c'est sur le rôle de l'infirmier dans le refus de soins des personnes à la rue.

IDE : D'accord

ESI : Enfin des personnes sans domicile fixe d'ailleurs.

IDE : Ouais.

ESI : Du coup j'ai quelques questions à poser, voilà.

IDE : Ça marche.

ESI : Est-ce que déjà tu pourrais te présenter un petit peu, ton parcours, ton ancienneté, tes formations...

IDE : Ouais, alors, donc moi je suis infirmière cette année ça va faire ans, j'ai été diplômée donc en à l'IFSI, j'ai ensuite, j'ai passé, moi j'étais de l'ancienne, la dernière année de l'ancienne formation.

ESI : Ok

IDE : Donc j'ai passé mon stage pré-professionnel en psychiatrie, mon stage de DE en psychiatrie et j'ai poursuivi en fait en CDI là où j'avais travaillé à mon pré-pro, en psy, toujours. Là c'était psychiatrie c'était en clinique, c'est de l'hospit libre. Voilà en psychiatrie. Ensuite je suis revenue ici dans le coin, j'ai continué en psychiatrie toujours, c'était plutôt, c'était quoi, service plutôt on va dire chronique, c'était pas de l'admission donc voilà quelques mois, après j'ai changé mon parcours, hum, donc là j'ai du faire, je en sais plus, 4-5 mois quelque chose comme ça. Ensuite, j'ai eu, j'ai bifurqué vers autre chose en crèche du coup pendant trois ans, parce que c'était compliqué en fait à cette époque là de trouver vraiment quelque chose d'assez sur du long terme en psy dans la région, c'était assez bouché, en, deux mille, je te dis ça en à peu près, donc voilà. Donc 3 ans en crèche et ensuite je suis retournée en psychiatrie, admission, service d'admission, donc, c'était de l'addicto et c'est deux services d'admissions aussi. Voilà et ensuite, et ensuite j'ai eu mon deuxième enfant et ce qui fait que, après ma fille, j'ai postulé ici, au Samu social et je suis arrivée début janvier donc il y a un peu plus de 2 ans.

ESI : OK

IDE : Voilà et donc j'étais infirmière, au Samu social mais maintenant ça a un peu évolué sur le SIAO.

ESI : OK

IDE : Donc voilà, donc pour te dire un petit peu au niveau du SIAO, le pôle SIAO on pourra reprendre tout ce groupement, tout ce, ce groupement etc etc, de reprendre ça, on pourra revoir ça, mais pour te parler plus de ma partie Samu pour le coup, parce qu'en fait, donc on va voir tout à l'heure les bureaux mais j'ai mes collègues travailleurs sociaux qui sont là bas, donc il y a la partie en fait.

ESI : Hum

IDE : Donc ils sont juste ici, j'ai mon collègue là que tu as vu il est, il fait partie de la mission sur le, le logement d'abord. Voilà. Et puis, il y a aussi, les PVV, personnes victimes de violence, où j'ai des collègues aussi référents dessus, et puis il y a le Samu social, une autre petite casquette on va dire, une autre mission, où moi je du coup suis infirmière au Samu, et je suis toujours en binôme avec un collègue travailleur social. Donc on est toujours deux en rue, au début où ça a été créé on était même trois, mais il s'avère que c'est pas facile, c'est pas aisé, plus on est nombreux, plus c'est compliqué en fait l'échange dans la rue. Donc à deux c'est mieux, au moins j'ai la casquette un peu plus médicale et

eux sociale. Donc nous on part en maraude le lundi matin, le mardi toute la journée, le mercredi ils sont deux travailleurs sociaux parce que moi je ne suis pas là, le jeudi toute la journée, le vendredi moi je suis sur d'autres missions du coup plus de coordination et donc ils sont deux travailleurs sociaux le vendredi et le samedi alors avant il y avait, il y avait si tu veux les samedis, fin de journée début de soirée on va dire, il y avait un, mes collègues en fait étaient avec la Croix-Rouge en fait, le Samu social et la Croix-Rouge, donc les bénévoles, et finalement ça s'est dissocié il y a quelques semaines, maintenant j'ai mes collègues qui font les samedis après-midi début de soirée, deux travailleurs sociaux, qui maurandent également le samedi.

ESI : OK

IDE : Donc voilà, du lundi au samedi, il y a des maraudes.

ESI : OK

IDE : Voilà, pour te dire un petit peu des maraudes, tu me coupes si t'as des questions dans ce que je te dis hein

ESI : Ok ça marche

IDE : N'hésites pas. Pour les maraudes, on a on va dire, trois, on agit sur trois différentes choses c'est-à-dire que d'abord on a les maraudes on dit exploratoires, ou, soit véhiculées soit pédestres, on va dans la rue, c'est en fonction des personnes qu'on peut rencontrer un peu comme ça, des fois on.... La dernière fois on a été au CHU finalement c'est en se garant parce qu'on avait un coup de fil qu'on a aperçu au loin une tente. Enfin des fois c'est, faut vraiment aller au fin fond, c'est là où on voit des tentes ou des personnes. Donc ça c'est exploratoire mais on a un peu de moins en moins de temps d'en faire parce qu'on a justement cette fil active qui est un petit peu conséquente. Cette fil active c'est des personnes effectivement qu'on va voir régulièrement, qu'on essaie de suivre. Il faut savoir que nous, notre public cible, c'est les personnes qui sont dans la non-demande, c'est-à-dire c'est les personnes qui vont pas vers, donc qui normalement ne vont pas vers le restaurant social, l'accueil de jour, la CAO, enfin voilà il y a même pas de demande en fait. Donc voilà ces personnes là c'est vraiment le public cible en fait, donc voilà il y en a d'autres évidemment. Ce public cible c'est nous qui allons vers eux et donc des fois effectivement c'est juste du lien social à créer pendant plusieurs semaines, plusieurs mois. Voilà, des fois il faut créer l'accroche un petit peu, pour ensuite faire émerger une demande en fait, quelle qu'elle soit.

ESI : Du coup sur ton public cible, c'est quoi, enfin en termes de, d'âge, de genre, de statut administratif tout ça ?

IDE : Majeur, après si c'est mineur effectivement c'est un autre organisme on va dire, c'est plus nous. Donc majeur et puis et, on va dire, de droit commun, parce que en fait c'est pareil, si c'est pas de droit commun c'est pas non plus nous notre organisme on va dire, après, là c'est plus les collègues qui t'en diront d'avantage. Nous, si tu veux, notre but pour ces personnes c'est de les rattacher à un système de santé et social, donc c'est les rattacher effectivement par rapport à leurs papiers, à leurs démarches, et donc s'ils sont pas de droit commun bah, on peut rien faire en fait. Et que nous c'est ça notre mission, c'est vraiment ce côté là de les rattacher, à, alors soit de les rattacher à l'existant parce que on a certains qui sont en rupture mais tu te rends compte en fait que, soit par le passé ils ont appelé le soit ils ont eu un suivi, soit, soit, soit etc. Et donc en fait soit ils sont en rupture et on essaye de les rattacher à ce qui existait, s'ils le souhaitent. Effectivement, s'ils sont, par exemple, s'ils sont suivis à la CAO par exemple, nous on peut faire le lien et à partir du moment où s'est raccroché nous on s'enlève de là en fait, on est pas là pour faire doublon de ce qui existe déjà donc voilà. Des fois c'est faire le lien avec les partenaires etc, avec la personne, et de se retirer. Et puis certains effectivement, et bah, ce public cible-là qui est plus, plus loin de tout, le plus marginalisé en fait, de créer cette demande etc, bah des fois il faut très très très longtemps, et des fois on ne peut pas y

arriver aussi, hein, c'est possible aussi, donc, donc voilà. Ce public cible après on a d'autres personnes effectivement qu'on voit effectivement à la rue, et qu'on accompagne, qu'on suit parce que leur chemin, un petit peu, leur parcours un petit peu chaotique, entre le retour à la rue, les hospits, les retours etc ils ont beau avoir un suivi, mais des fois ils ont donné l'accroche avec nous et donc nous on peut les accompagner par exemple, pour les personnes qui ont des troubles psychiques, on peut les accompagner à un RDV CMP, à un RDV, parce que des fois il y a que, il y a que si on les accompagne physiquement qu'ils vont y aller.

ESI : OK

IDE : Donc on peut faire ça effectivement, après ce n'est pas faire "à la place de" non plus, c'est vraiment être à la juste distance, à la juste mesure. En fonction des situations du coup, se dire "bah là la personne elle est capable", on leur dit de comment faire, les démarches à faire et puis si on se rend compte effectivement qu'elle se mobilise pas, qu'il y a des choses qui font que, bah là on peut se dire bah à nous on t'accompagne et on va faire les choses ensemble et on y va quoi

ESI : OK

IDE : Donc, donc voilà. Donc en fait en maraude il y a exploratoire, il y a cette fil active qu'on suit toutes les semaines qu'on va voir etc et puis il y a également on va dire, les signalements. Via bah nous on est en relation du coup via le et puis il y a des particuliers ou des partenaires qui nous envoient soit un mail, soit via le qui nous disent "bah là il y a une personne qui est à tel endroit, et ce que vous pouvez passer" et donc par signalement on passe aussi voilà.

ESI : OK.

IDE : Donc voilà un petit peu.

ESI : OK, et du coup tes missions vraiment plus spécifiques à toi lors de ces maraudes.

IDE : En fait d'abord quand on rencontre la personne c'est une évaluation globale. Et en fait on se rend compte que, il y a des fois je me présente. Alors avant si tu veux on avait des chasubles c'est marqué "Samu social". De mémoire ce qu'on a changé, maintenant on a juste nos prénoms et "Samu social". Avant on avait notre fonction, je crois. Et maintenant on n'a plus effectivement. Et on se rend compte que, certaines approches, on se nomme effectivement, mes collègues X, ma collègue X, moi Y etc, "on travaille au Samu social, est-ce qu'on peut rentrer en relation etc, est-ce que vous acceptez un café ?" Parce qu'on a des cafés, on a des petites choses comme ça. Et des fois je dis pas forcément ma fonction, parce que des fois ça peut faire barrage pour certaines personnes tout le côté médical etc. On a eu une personne qu'on a accompagné de longs mois, et je pense je me serai présentée comme infirmière, je pense ça aurait directement coupé court. Le côté médical, soins, "elle veut m'hospitaliser", des fois ils, voilà, directement ils ont des pensées un petit peu, mais des fois je me présente juste comme "Y je travaille au Samu social" et après au fur et à mesure de la relation, des fois c'est dès le début en fonction de comment est l'accroche avec la personne et comment ça se passe. Et des fois je me présente des fois pas, j'attends en fait, et c'est vraiment en fonction de l'échange avec la personne. Des fois ça peut être aidant de se dire "je suis infirmière" ça le fait se raccrocher justement à ça, et à me poser des questions, et des fois quand je sens que c'est un peu plus fragile et que je sens que, quand il y a au niveau du psychisme etc, des antécédents d'hospitalisation, des choses qu'on sent que ça fait un petit peu barrage, j'attends un petit peu. Et moi mes missions du coup, bah après cette évaluation là, c'est essayé, c'est vraiment multiple. Ça peut être effectivement des personnes qui vont avoir des plaintes somatiques. En fin de compte des soins en tant que tel, il y en a très peu, il y en a très peu. Parce que déjà en plus ils se débrouillent un peu comme voilà, ils sont pas forcément dans ce besoin là, dans cette demande là, et puis, nous on a des personnes effectivement qui, je suis pas l'infirmière libérale de la rue en fait, et c'est ça qui faut remettre, moi je suis là pour les ramener aux soins. Donc si je leur apporte le soins, certaines

personnes ils vont pas aller vers donc, s'il y a, par exemple, j'ai déjà eu par exemple des pansements de fractures du nez et des choses sur un temps limité en fait, là c'est possible parce que c'est pas des soins quotidiens non plus. A partir du moment où c'est des choses, des plaies chroniques, des choses comme ça, ça ne va pas être moi. Déjà parce que je suis pas l'infirmière libérale et je suis pas là pour ça, parce que si je leur fais les soins, c'est pas ça qui va les rattacher à aller voir ailleurs en fait. Donc, donc il y a cette évaluation là, et il y a tout ce côté en fait évaluation au niveau des soins, s'il a un médecin traitant, s'il a des droits ouverts. Parce que là effectivement tout ce qui est social, médico-social il y a un lien tout le temps. C'est de savoir effectivement est-ce qu'il a ses droits ouverts, en fonction de sa demande et de effectivement s'il a, s'il a ses droits, s'il a l'AAH, s'il a, s'il a, s'il a. Et en fonction, soit je peux prendre RDV avec des médecins, donc à la PASS, au dispositif de soins pour migrants moins mais ça arrive pour autre chose, médecin traitant ou autre en fonction je peux prendre des RDV pour eux, les accompagner par exemple. Effectivement, il y a une personne qui était, qui était donc troubles psychotiques, handicap, fallait qu'on l'accompagne, dans le déni de tout ça, avec un suivi CMP et on l'accompagnait, on l'accompagnait, c'était nous qui faisons comme je te le disais l'accompagnement physique de cette personne, et le lien avec justement parce qu'elle nous disait des choses qu'elle disait pas forcément au médecin là-bas non plus et vice versa etc. Et donc là, cette personne elle est hospitalisée. Donc normalement effectivement, on a le relai, les personnes sortent de la rue parce qu'ils ont été via les ACT, il y a une personne là, on discutait avec J.. Il y a une personne qu'on a orienté vers lui...

ESI : J. de la PASS ?

IDE : J. ouais, le médecin de la PASS, on avait orienté via J. une personne. Finalement ensuite il y a eu un projet ACT. Là finalement il va partir dans un logement le monsieur etc. Il va partir, il a été en ACT, on s'est voilà, on le suit plus parce que ça y est, il est hors rue. Mais là pareil mais il y a aussi d'autres personnes, c'est vraiment du cas par cas. Il y a aussi cette personne qui est hospitalisé depuis des mois en hôpital psychiatrique, on va même la voir une fois par semaine pour maintenir ce lien quand même, à sa demande. Et parce que la suite elle est toujours pas préparée, qu'elle a pas de chez elle, possible retour à la rue et bah voilà. Pour maintenir ce lien ensuite, pour éviter de tout recommencer, et bah on maintient quand même d'aller la voir etc, etc. Mais c'est vraiment du cas par cas. Donc voilà, on va dire peu de soins techniques. Après quand il y a des soins plus, effectivement, parce que moi je suis à la rue, j'ai pas de médicaments avec moi. Donc quand j'en a besoin, bah hier j'en avais besoin, pour un monsieur j'ai appelé l'infirmière de l'accueil de jour et finalement du coup, vu qu'on avait pas de Samu j'ai pas pu la voir donc finalement j'ai eu M., qu'est venu

ESI : Je ne sais pas qui c'est.

IDE : C'est un médecin au dispositif de soins pour les personnes migrantes.

ESI : D'accord OK.

IDE : Un autre médecin, qui du coup est sur l'équipe mobile, du coup avec N. l'infirmière, et donc j'ai été, j'ai échangé avec lui il a pu venir et lui apporter des médicaments. Parce que moi j'ai rien j'ai pas de Doliprane, j'ai rien. Au cas où il y a besoin, j'ai déjà eu à me servir, à aller voir l'infirmière de l'accueil de jour qui a un peu de médocs et quand ils peuvent se déplacer les gens je leur dis bah effectivement, les rattacher à l'existant. L'existant c'est aussi l'accueil de jour, c'est aussi le restaurant social. C'est là aussi où il y a plusieurs partenaires qui vont là-bas et donc, en fonction de l'évaluation, de savoir où en est la personne. Si c'est des personnes tu vois qui sont déjà actifs, à faire certaines choses, qui arrivent, qui font la manche, qui etc. Qui sont preneurs de se dire bah là il y a le restaurant social, il y a l'accueil de jour, vous pouvez avoir tel partenaire, vous pouvez avoir telle infirmière etc etc. Donc comme je t'ai dit notre population c'est ceux qui veulent rien en fait. Et là c'est plus, un peu plus long. Là c'est des fois juste du lien de, effectivement de, d'avoir des petites pistes en fait. C'est être là en fait au bon moment. Des fois tu vas voir que pendant des mois en fait

on va échanger des banalités et tu vas voir que ce jour là en fait il va tousser, ou il va être plus fatigué. Et c'était le cas avec une personne qu'on a accompagné qui était hors système santé, hors tout quoi. Et finalement on s'est rendu compte que bah, à un moment donné c'était, il avait un discours très délirant, on savait pas trop d'où il venait etc ect. Et finalement là dedans il y avait du vrai dans ses mots, et il était passé par un service où j'avais travaillé. Et je me suis dit "bah je lui le dis je tente, quitte à", et je lui dis "bah moi je suis infirmière j'ai travaillé là-bas". Et en fait ça a été, soit c'était la rupture, soit c'était l'accroche. Et là pour le coup ça a accroché. Et après je pouvais lui dire "bon bah maintenant", c'est pareil il y a le tutoiement et le vouvoiement, à force, rapidement on les tutoie, mais je lui ai dit "bah ouais mais là tu tousses, effectivement ce serait bien de voir un médecin pour le coup", "non pas de médecin" etc, "ouais bah t'acceptes quand même ma présence, mais moi là je te le dis je suis inquiète pour toi et...". Alors des fois c'est comme ça c'est au bout de x fois et puis il va te dire "non, non, non" et puis à un moment donné il va être, c'est être là au bon moment, se dire "bah là c'est maintenant qu'il faut faire quelque chose". Des fois c'est juste une question de timing.

ESI : OK. Est-ce que du coup tu peux en dire un petit peu plus sur l'état de santé des personnes, que tu rencontres lors des morandes, enfin les pathologies, l'état de santé global tout ça.

IDE : Ouais, alors là c'est pareil hein, c'est de tout. Mais on va dire l'état de santé généralement c'est pas bon hein c'est sûr. C'est multipathologies, c'est des comorbidités, c'est polytoxicomanies aussi, troubles psychiques, il y a de tout, alors troubles psy c'est une bonne majorité et tu vois, et fin, on a déjà été la semaine dernière en formation addiction et précarité avec A. du coup.

ESI : C'est qui ?

IDE : De l'association S., infirmière A., elle est là au staff précarité, t'as du la voir.

ESI : Si si si c'est bon, je vois qui c'est

IDE : Et on était là bas et en fin de compte c'était pas si énorme que ça on se disait les personnes, avec des addictions etc etc. [interruption] Et finalement on était surpris par les chiffres donnés parce que bon en rue effectivement le côté troubles psy, addictions aussi, enfin c'est quand même une bonne majorité en tout cas, mais, mais, troubles psy, tu veux vraiment le détail des pathologies ?

ESI : Un petit peu, ça peut être intéressant.

IDE : Parce que là il y a effectivement plusieurs, enfin troubles psy c'est beaucoup des personnes psychotiques, oui, il y en a, mais après si tu veux il y a pas de diagnostic fait parce que ces personnes là ils vont pas voir un médecin en fait, mais ils sont délirants pour certains à plein tube, donc, troubles psy. Certains c'est pareil, vu qu'il n'y a pas ce côté évaluation médical, certains on a testé hein, mais c'est compliqué, parce que certains il ne veulent pas attendre même pour un examen, certains même en attendant avec eux bah ça clash, ils ont pas la notion en terme de timing, de temps, de durée tout ça, comme ils disent aussi, de faire des examens médicaux c'est aussi leur enlever du temps de manche. Donc c'est aussi pénible pour eux tu vois, des fois ils ont pas envie forcément non plus, donc. Il y a tout ce timing, quand c'est sur l'instant c'est l'instant T, c'est maintenant, faut que ça aille vite parce qu'ils ont d'autres choses à faire etc. Donc là j'ai une personne en tête, il y a tout le côté démenche point d'interrogation, psy, après il y a tout le côté avec l'addiction enfin, des fois au niveau cérébral c'est un peu des fois on dit grillé, mais qu'est ce qu'il en ai réellement, qu'est ce qu'il en ressort, bah généralement on va pas jusqu'à forcément un diagnostic de ces personnes, mais on va dire troubles mnésiques pour plusieurs aussi, ça c'est. Il y a vraiment ce mixte. Et au niveau somatique, bah j'ai eu effectivement lié à des rixes hein, des bagarres, ça il y a eu, il y a eu, il y a, ça c'est sûr. Après, il y en a certains qu'ont eu un peu plus en plaies chroniques, et j'ai eu des fractures de côtes bah liées aux rixes aussi, j'ai eu des plaies ulcéreuses, mais des personnes qui sont hors système enfin qui, c'est un peu, le système ne veut plus forcément d'eux mais c'est parce qu'ils mettent tout en rupture. Là ça fait trois fois qu'ils vont voir un médecin qu'on les accompagne, mais

de par leur troubles psy ça clash direct. Des fois tu vois c'est le chat qui se mord la queue. Par exemple, pour des personnes que j'ai en tête, ils ont de gros besoins en terme de soins, quotidiens, vraiment, là j'ai récupéré des compte-rendus qui datent de exactement dans les mêmes procédés, les mêmes, sauf que là ils ont plus de sous parce qu'ils ont l'AAH qui a, c'est arrivé au bout. Sauf que le dossier, il faut aller voir le médecin, mais dès qu'il demande mais pourquoi, enfin, "faut qu'on refasse un petit peu l'histoire de la maladie, savoir pourquoi vous avez l'AAH", bah là ils veulent plus donc ça clash. Donc on a pas l'argent. Donc on a pas l'argent donc ils sont pas soignés. Des fois il faut casser ce cercle un petit peu qui est assez compliqué mais, on va y arriver, on a des plans B des fois, on épuise nos plans avec eux, mais, mais voilà. Les soins, psy, somatiques, il y a tout un tout hein. Et des fois il y a des personnes qui sont suivies effectivement pour leurs addictions, au CSAPA, etc, CAARUD, ils vont déjà vers. Mais il y a des personnes qui des fois tu te rends compte qu'il y a des déclics, des personnes qui sont à la rue depuis très très longtemps, qui sont, finalement le déclic c'est parfois soit un gros pépin de santé, soit une agression et ils se rendent compte que, finalement, c'est ça qui fait que ce déclic qui vont aller vers. Il y a une personne là qui est à la rue depuis des années et des années et des années. Il a suffit d'un gros pépin pour qu'il dise "non c'est bon là j'veux plus y retourner" quoi. Alors qu'il y a 6 mois de ça je t'aurais dis je ne le vois pas ailleurs, bah si en fait. Donc on peut pas, on peut pas se dire, même après ans à la rue, non non non, la preuve, effectivement donc, ils ont des chemins pas forcément voilà. Ils font leur propre chemin en tout cas.

ESI : OK. Pour toi c'est quoi le refus de soins ?

IDE : Le refus de soins. Alors... Ca peut être le basique effectivement le refus de soins, enfin le refus de soins c'est le refus de soins en terme général, le basique je sais pas. Effectivement, il a des plaies, il a des choses, il refuse tout simplement ; c'est le refus de soin psychique, physique, enfin c'est un terme en général. Le refus de soins c'est le refus de, de... Je pense qu'il faut aller plus loin de ce refus de soins, c'est-à-dire, qu'est ce qu'il y a derrière ça en fait, c'est pas un simple refus en fait. Je pense qu'il faut que la personne, il faut qu'elle puisse, comment je pourrais t'expliquer ? Il y a le refus de soins, effectivement, de prise en charge en fait, mais le refus de soins ça peut être le refus de soins, comme le refus de vivre, comme le refus de, enfin, ça peut être effectivement juste les soins primaires et puis lui il fait sa vie, effectivement mais il voit pas l'intérêt. En rue, ils ont pas les mêmes notions que nous en fait, il y a des choses qui peuvent sembler. Eux tu vois, le Covid tout ça mais ils s'en fichent, ils ont pas la même notion que nous en fait, comme on dit, "on a déjà une vie, alors on s'en fout de ça", le soin, si c'est un soin basique, ils vont nous dire "ça c'est rien", ils vont même pas voir des fois le danger. Une personne effectivement, une morsure, "oh c'est rien une morsure", non c'est pas rien une morsure. Effectivement c'était pas rien vu qu'elle est à l'hôpital maintenant et que ça peut vite dégénérer. Ca peut être le refus de soins mais refus de soins, le refus de repartir dans, de se réinsérer, je pense qu'il faut le voir d'un côté plus global en fait, ce refus qu'est ce qu'il y a derrière en fait. Refus de soins, ça peut être aussi, il y en a plusieurs dans le refus de soins. On a une personne qui est en ce moment en SDRE parce que bah, refus de soins, elle veut toujours sortir d'ailleurs. Elle a cette double casquette, côté psychotique, côté aussi handicap et elle elle refuse de se voir, elle nie totalement tout ça, elle dit "moi je veux un logement comme toi, t'as bien ton logement, bah moi j'en veux un pareil", elle voit pas ses difficultés, elle voit pas tout ça, elle nie un peu sa maladie, elle nie le quotidien, elle nie par rapport à ses capacités à elle-même etc. Mais refus de soins, c'est refus de soins, est ce que c'est refus de soins parce que c'est juste une non prise en compte de ses difficultés de sa pathologie ? Est-ce que c'est un refus de soins, peut être plus loin, est ce que c'est un refus de vie, d'accompagnement ? Je pense refus de soins faut il voir vraiment largement pour moi.

ESI : Oui c'est peut être plus le symptôme de quelque chose de plus large quoi.

IDE : Ouais, et puis le voir effectivement, de quelque chose, essayer de creuser toujours un peu le pourquoi la personne refuse le soin surtout, est-ce qu'elle refuse de se réinsérer par exemple ? Est-ce qu'elle refuse parce que des fois il faut passer par le soin pour, pour aller vers plein d'autres choses en fait, et ces personnes, plus à la marge, qui refusent effectivement tout soin, c'est des personnes qui,

finalement eux c'est pas qu'ils ont pas envie de vivre, c'est qu'ils sont marginalisés et qu'ils sont tellement envahis psychiquement. Là tu vois pour te donner un exemple plus concret, il y a une personne qu'on accompagnait depuis des mois, des mois et des mois, je crois que c'est la personne la plus lointaine de tout, elle qui refusait tout soin, qui refusait toute aide, c'est même pas que le soin, elle refusait, au début le contact c'était vraiment très très précaire, très méfiant, très pourquoi on vient là etc etc. Il a fallu des mois avant d'accepter le colis, tu vois on lui donnait des petits colis alimentaires. Alors c'est pas notre mission première, mais parce qu'il allait pas vers personne, il faisait même pas la manche. Et parce que dans son, pour lui il allait bientôt partir, décoller vers d'autres horizons, il avait de l'argent. Pour lui en plus, l'Etat, il pouvait voler, parce que c'était de l'argent qu'on lui devait. Pour lui en fait il devait percevoir par jour mais c'était vraiment quelque chose de réel de concret. Donc lui faire la manche, pourquoi il a des sous. Mais parce que là il était vraiment envahi au niveau psychique. Et il refusait au débit un peu tout. Il regardait les boîtes de conserve tout comme les ingrédients etc. Il y a des choses du coup qui n'allait pas, qui ne convenait pas. Donc et, le soin on en était très très très très loin. Même s'il toussait énormément, il avait des soucis somatiques assez importants. Et bah même l'emmener vers un médecin... Et c'est là où c'est assez compliqué, c'est là où je me suis rendue compte c'est, en fait souvent, il faut attendre le, alors je parlais de dé clic, mais là c'est pas le dé clic, c'est la goutte d'eau de trop, c'est-à-dire le pépin de trop, et c'est ça des fois dommage, c'est d'attendre quoi, parce que nous on nous demandait "mais qu'est ce qu'on fait pour lui ?". Mais, alors, on n'hospitalise pas les gens comme ça. Ça c'est sûr. Même l'hospit sous contrainte etc c'est pas si simple que ça du tout du tout. Parce que bien des fois on nous dit "mais qu'est ce que vous faites ?" mais on peut pas, on peut pas. Il faut un certificat, il faut un médecin, il suffit que la personne quand elle voit le médecin, bah finalement le dialogue est plus au moins, tient, il y a rien qui est fait de plus. En fait souvent, ce qu'on dit aux personnes qui sont autour de..., quand ils voient une personne, comme ça hein, dans cet état psychique, physique ou autre c'est soit la personne se met en danger elle-même ou autrui, dans ces cas-là là il faut avertir, pour qu'il y ait etc, pour qu'il puisse venir et on espère l'hospitaliser, dans ces cas là quand il y a vraiment. Et des fois on se rend compte qu'il y a des personnes qui, et bah voilà, il faut attendre des fois le malaise, une chute, parce qu'on a eu le cas effectivement d'une personne, on nous appelé, elle est en train de jouer avec un briquet dans des sas de banque, comment ça se fait qu'elle soit pas hospitalisé effectivement ? Et puis finalement on se rendait compte que même nous on avait très très peu de lien avec elle, peu d'accroche, le soin fallait pas en parler, rien que le mot soin c'était vraiment, vraiment compliqué. Rien que le café déjà on voyait qu'elle était tellement envahi et délirante aussi que bah, dans le café elle regardait un petit peu s'il y avait pas autre chose dedans quelque chose comme ça, et finalement on s'est rendu compte après un staff entre, un staff, une synthèse en fait entre différents partenaires que bah pour agir il fallait la petite chose qui déclenche quoi. Et finalement elle, elle a fait un malaise assez... elle a été hospitalisée au CHU. Et à CHU ils avaient été mis aussi dans la boucle. Donc ils avaient notion et donc fallait pas la laisser sortir non plus comme ça et donc finalement elle a été vu par un psychiatre et ensuite elle a été renvoyée sur un CH etc. Mais des fois le refus de soin il faut voir qu'est ce qui est mis derrière. Souvent le refus de soin c'est des personnes, je suis en train de voir un peu les similitudes de toutes ces personnes que j'ai en tête, beaucoup sont, soit sont envahis psychiquement, ont des troubles psy importants, soit c'est des refus de soins mais refus, j'ai d'autres personnes qui refusent pas le soins mais le contact. Se dire faut accepter de se faire accompagner, c'est accepter l'aide, c'est accepter, il y a d'autres personnes qui sont pas du tout là dedans justement, ça dépend en fait comment on se place derrière ça. Et, ouais. Je sais pas si ça peut...

ESI : C'est très très intéressant. Et du coup est-ce que tu penses que le refus de soins est plus présent chez les personnes sans domicile que dans le reste de la population ?

IDE : Pour le coup je dirai oui quand même, je dirai oui, parce que, parce que comme effectivement dans le reste de la population je veux dire, on se blesse, on va chez le médecin. Même on a pas de barrière, la majorité n'ont pas de barrière, on va se soigner, on va, bon même si on va pas refaire avec le contexte Covid, par rapport à la vaccination et tout ça bien sûr, mais nous on a nos capacités on va

dire, intellectuelles. Voilà, on a, la majorité, sauf ceux qui veulent vraiment pas de médicaments, pas de soins, mais bon, c'est pareil, là on arrive aussi peut-être à un côté marginalité aussi, finalement. Mais nous, voilà, on va pas bien on va chez le médecin, on va se soigner, je veux dire, je pense même au niveau psychique, même s'il y a encore beaucoup de tabous, j'espère et je pense que ça s'ouvre un peu plus même vers là aussi donc, là on se rend compte qu'à la rue... Tu vois à la rue des fois c'est des barrières aussi. J'avais pas ça en tête mais effectivement les droits. Tu vois nous on essaie de trouver des plans B de secours, il y a la Croix-Rouge, il y a des médecins bénévoles, des choses comme ça, mais bah ouais mais quand on a pas des droits, quand c'est plus compliqué d'y accéder tout ça, bah on y va pas non plus. Donc il y a tout ça. Mais certains aussi refusent le soin parce que psychiquement, je pense, pour les personnes. Pour certaines personnes qui ont pas leur droit, par exemple. Je pense qu'il y a un amalgame tu vois, se dire "si je me fais soigner, je vais retourner dans mon pays", ça va encore plus loin. Mais je pense que derrière ce refus, chacun à son pourquoi il refuse quoi. Et je pense que des fois il y a eu déjà ça, j'en ai déjà entendu effectivement se dire "non parce que si je vais à l'hôpital ou autre ils vont voir que, et donc je vais" des fois, c'est vraiment des, je trouve plus le mot, des associations, un petit peu, et je pense qu'il peut y avoir des refus là-dessus. Effectivement comme je te disais, troubles psy, ça c'est, ça c'est le plus compliqué on rame un peu plus, les emmener vers le soin, ça c'est parce que, bah parce que dans leur réalité à eux bah, ça va. "Pourquoi tu veux que j'aille voir un médecin si moi je vais bien ?", tu vois, ça c'est leur réalité à eux. Donc, voilà. Mais ouïe facilement c'est plus présent en rue...

ESI : Qu'en population générale quoi.

IDE : Ouais.

ESI : OK. Est ce que, si on se place sur le côté du soin sans voir vraiment les raisons plus larges, est-ce que tu penses qu'il y a des soins qui sont plus souvent refusés que d'autres ?

IDE : Soins physiques, soins somatiques ? Peu importe ?

ESI : Somatiques ou plus du côté psy, mais des soins plus refusés que d'autres ?

IDE : Bah on va dire que c'est plus acceptable pour eux, quand même, d'accéder à un soin somatique, parce que c'est du concret, c'est toujours. Et là j'ai envie de dire rue, ou pas rue. C'est dans, enfin pour les gens, effectivement parce que toutes les personnes n'ont pas des troubles psy aussi hein mais... Ca le parallèle entre les personnes qui sont pas à la rue c'est un peu pareil. C'est-à-dire que si on se casse une jambe, ou on s'ouvre ou voilà, on a une plaie, c'est beaucoup plus simple de mettre un plâtre, de mettre un pansement, que d'aller voir quelqu'un parce que psychologiquement on est pas, on est pas bien finalement dans sa peau, dans sa tête. Donc je pense qu'en psy, en psy, en rue, c'est plus simple de faire effectivement un soin, de se dire par exemple une personne qui va pas bien, de se dire, par exemple "bah là t'as une mauvaise plaie etc, je te la soigne" mais de se dire "mais par contre, là toi tu vas pas bien non plus", certains acceptent un quand même hein, parce que effectivement certaines personnes on arrive à les accompagner, à accepter quand ils vont mal. Certains ont perdu aussi, il y a eu des pertes à la rue hein, il y a eu des décès etc, donc faut les accompagner aussi. Certains sont très mal aussi, par rapport à leur vécu. Certains acceptent, mais je dirais que ce serait à la rue comme dans la vie de tous les jours, peut-être le soin physique, le soin somatique, c'est peut-être plus simple de la faire que de les accompagner dans tout ce qui est psy quoi. Mais je te dirai à la rue comme dans la vie de tous les jours.

ESI : OK

IDE : Ça reste toujours le côté un peu plus...

ESI : Le rapport au corps n'est pas différent ?

IDE : Le rapport au corps, non, j'ai pas, après moi à la rue, non, le rapport au corps, j'ai pas eu tant que ça. Enfin certains encore une fois si, j'essaie de me faire toutes les situations encore. Certains c'est compliqué mais certains nous le disent, "bah ça fait plusieurs jours que je me suis pas lavé, semaines, mois". Pas lavé, pas changé ses affaires etc. D'autres ils ont cette pudeur par rapport à ça. Certains le disent, le verbalisent, d'autres pas. Ça peut être là-dessus aussi le refus de soins. Tu vois, c'est en parlant que finalement on se rend compte des choses. Mais le refus de soins ça peut être aussi par rapport à ça, de se dire mais en fait, "ma dignité, je veux pas infliger...". Il y a une personne on les a accompagnés voir un médecin, et il était OK mais il m'a dit "ça fait des mois que j'ai pas changé de t-shirt quoi, et du coup bah je veux pas trop me montrer comme ça au médecin". Tout simplement. Et on lui a amené un t-shirt et il a été et ça lui a créé cette, la demande du médecin a créé ce, parce qu'il était pas spécialement là-dedans, et de se dire "ouais mais pour l'image finalement, mon image quand même et le regard de l'autre quand même aussi " et bah certains s'en fiche et d'autres ont quand même... Et du coup certains je pense peuvent refuser de par se dire "bah mon hygiène etc". On a beau leur dire "non mais les médecin justement, c'est des personnes en situation de précarité que vous allez voir, donc c'est pas grave" mais en essayant de relativiser, mais certains le refus de soins ça peut être par rapport à ça en fait.

ESI : OK, et du coup bah tu y as peut-être un petit peu répondu tout du long mais, comment est-ce que toi tu réagis face à des personnes que tu rencontres qui sont dans un refus de soin complet ou partiel ?

IDE : Ouais, bah il y a pas de soucis, j'accepte, leur refus. Au contraire, c'est tout un travail, et puis c'est pour eux de toute manière hein, nous on a pas à décider à leur place sauf, en cas d'urgence vraiment vital et que... Moi j'avais j'ai déjà eu une fois une personne qui voulait pas qu'on l'accompagne aux urg, qui était vraiment pas bien, qui voulait pas au début que j'appelle, et moi je lui dis "bah écoute, moi je dois aussi me préserver aussi, puis ta santé, ça m'inquiète", je lui ai dit "écoute, à un moment donné moi je vais appelé, pour avoir un échange avec le médecin et me dire voilà moi j'a transmis à quelqu'un qui a ses compétences et voilà, je vais le faire". Et puis il s'est pas du tout énervé, au moins j'ai transmis. Et puis... Redis moi la question du coup ?

ESI : Comment tu régis face à des personnes qui sont dans le refus de soin ?

IDE : Ouais c'est ça, que je me remette, parce que des fois je divague. Et puis de toute façon la majorité ils vont pas nous ouvrir les bras, c'est loin d'être le tapis rouge et puis c'est aller effectivement à leur rythme. Et j'ai envie de dire d'être là au bon moment, c'est souvent ça. C'est le moment où par exemple, ils vont faire un malaise devant nous et il va se dire "bah là par contre, tu vois bien qu'on peut pas continuer comme ça". Des fois c'est, certains qu'on accompagne c'est l'hospit de trop. C'est de se dire "tu vois bien que là c'est plus possible, t'es à combien d'aller-retour ? Là il faut faire quelque chose maintenant". Et des fois il faut attendre qu'ils soient prêts comme je te disais, des fois c'est un déclic, des fois c'est... Il faut attendre qu'ils soient prêts et être là et accepter en fait le refus. Moi je pense qu'il faut l'accepter et puis, et les accompagner, leur dire toujours "bah moi je m'inquiète pour toi par contre". On peut leur dire ça. Des fois de se dire "oh bah, quelqu'un qui s'inquiète pour moi, bon". Bah oui "regardes la toux que tu as, regardes, tu manges pas beaucoup quand même effectivement, t'as la tête qui tourne, t'as mal à la tête, faudrait que tu vois un...". Des fois c'est effectivement "mais non, demain ça ira mieux.", "on repassera demain, si tu veux, on refera un point", etc, des fois c'est rien que de prendre une tension et de se dire, des fois il leur faut un peu de concret aussi, des fois ça va rien leur faire, on est vraiment dépendant. Mais être là je pense au bon moment, accepter leur refus, les accompagner.

ESI : Et du coup, tu acceptes le refus mais quand même dans ton objectif quand tu tisses le lien c'est quand même de les faire adhérer aux soins.

IDE : Bien sûr c'est toujours de les rattacher à, et des fois comme je te dis, des fois ça va peut être pas

se dire, mais des fois ça va se faire à un instant T, effectivement, c'est toujours avoir en tête de les rattacher et de se dire "j'abandonne, il refuse, il refuse", c'est toujours de se dire, bah en fait faut surtout pas le braquer parce qu'en fait il y a le lien de confiance en rue, qu'est super important, surtout nous c'est des personnes qui ne vont pas vers, nous c'est les personnes les plus marginalisées, donc des fois il y a que nous en fait en lien, vraiment de se dire nous faut qu'on maintienne ce lien. C'est pour ça que des fois tu vois, quand je te parlais des accompagnements au CMP, il y a des fois où on nous a dit bah de se mettre dans la boucle, de reparler à cette personne de son traitement, de ses injections tout ça, et là, moi, avec le recul, moi je me suis positionnée en leur disant "non", déjà là j'accompagne au CMP, d'ailleurs ça va se questionner peut-être cet accompagnement, si elle refuse etc. Parce qu'il y a une fois finalement, le lien de confiance peut vite s'altérer. Je l'ai accompagné au CMP, juste c'était pour voir un médecin et discuter quoi. Il s'est avéré que ça a été tout un truc et elle est ressortie elle avait eu son injection retard. Et du coup moi, elle a remis ça sur moi, "tu m'as emmené au "casse-pipe"". Mais c'était vraiment ça, et je lui ai dit, "mais je t'assure que non, que je n'étais pas au courant, sinon je ne te l'aurais pas fait ça". Et c'est pour ça que suite à ça je me suis dit que c'était pas bon, parce que là mon lien il peut s'étioler rapidement, et finalement elle est plus jamais retournée au CMP après en plus, donc c'est double peine. Et là on peut perdre une personne de vue finalement et nous à la rue, et ne plus aller dans les soins, donc il faut maintenir ce lien de confiance, avant tout. Et moi je suis infirmière et c'est pas moi qui vais lui parler expressément de ces injections, je peux l'emmenner revoir et vous pouvez lui en parler, ne pas l'obliger mais déjà en parler etc. Moi je peux de temps en temps injecter ça effectivement dans la discussion, dans l'échange, "tiens bah oui mais là il y a besoin du soin par exemple, pour accéder à tel logement ou telle chose". Toujours des fois il y a des liens à faire sur, en fonction des ses besoins, de ce qu'elle veut elle, de se dire, "mais là tu sais qu'il y a besoin du soins". Des fois c'est injecter mais pas en frontal parce que moi je suis pas là pour faire son injection mais là je vais dire "mais moi je suis pas en psychiatrie, je t'accompagne à la rue mais point", parce que sinon ça peut vite s'altérer effectivement. Et c'est ça avant tout en fait. Faut maintenir le lien avant tout parce que des fois il y a que ce lien là. Et c'est je pense en maintenant ce lien qu'on arrivera aussi à quelque chose et en même temps en créant cette confiance un petit peu, de se dire "ah bah ouais, effectivement j'entends ce que tu me dis" plus que...

ESI : OK. Et du coup ce que tu mets en place pour au fur et à mesure essayer de limiter le refus de soins c'est vraiment ce lien de confiance ?

IDE : J'ai pas entendu.

ESI : Ce que tu mets en place avec les personnes pour essayer de limiter ce refus de soin, au fur et à mesure des prises en charge, enfin des accompagnements, c'est vraiment le lien de confiance quoi ?

IDE : Ouais, ça c'est primordiale à la rue effectivement. Nous dans le contexte, alors peut être que t'auras des, le positionnement je pense il est différent en fonction justement si c'est les personnes qui viennent vers nous ou si c'est nous qui allons vers eux. Parce que des fois c'est nous qui allons sur leur point de chute, enfin nous on va vraiment à eux et dans ce cadre là nous c'est primordial ce lien de confiance. Parce que effectivement, vite si ça se rompt, on a tout, tout est fini, on peut plus avoir accès à la personne quoi. Et dans ces cas là... Je pense que c'est ce lien de confiance qui fait qu'on a toujours des objectifs en tête, mais il faut pas casser ce lien, surtout pas, parce que sinon on y arrivera jamais à ces objectifs. De se dire bah j'accepte son refus, parce qu'elle refuse et c'est son droit de refuser. Mais on va essayer par d'autres moyens aussi, parfois détournés, de se dire effectivement, là elle est buttée sur son logement là elle veut ci, elle veut ça, de se dire "bah à ton avis, comment tu peux y accéder, comment tu peux, là t'as des besoins etc, comment tu pourrais y accéder, est ce qu'il y a des choses à mettre en place, est ce que tu penses pas que le soin c'est nécessaire ?", des fois elle va dire "non", d'accord. Et puis finalement c'est dans le quotidien, on va l'accompagner à quelque chose, totalement autre chose, et de se dire "bah là, là t'as eu peut être des difficultés sur telle chose". Et en fait, des fois c'est du quotidien, et d'injecter comme ça et de pas

être, des fois ça peut prendre vachement de temps, et de garder l'objectif du soin, mais et de pas casser ce lien, surtout pas casser ce lien.

ESI : OK. Moi j'ai fait à peu près le tour des questions, est-ce que tu as quelque chose à rajouter, quelque chose que t'as pas dit, qui te semblait important ?

IDE : Non, j'ai fait le tour aussi, je pense.

NOM : TRIPON

PRÉNOM : Louise

TITRE DU MÉMOIRE : Le refus de soins des personnes sans-domicile fixe : quelles adaptations dans l'accompagnement infirmier ?

My research thesis on the homeless persons' refusal of care. More specifically, I shall concentrate on the nurses' role in structures dedicated to carry treatment for these people in order to encourage/further their compliance to care.

This topic will be approached through the following question: how does the adaptation of the nurses' support to measures on the access to care for the homeless can limit refusal of care from these people ?

First, I will be focusing on the notion of adaptation and support. Then, I will concentrate on who is included in the term "homeless" and their relation to care. The term "refusal of care" shall also be made explicit, in a general way and then from the homeless' point of view. Finally, the different care measures will be explored.

The meeting with two nurses practicing on this type of public allowed the aforementioned question to be answered, not only by insisting on the importance of a bond based on trust, but also by opening up to the impact of common social representations of the homeless in the context of care in hospitals.

Mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers porte sur le refus de soins des personnes sans-domicile fixe. Plus particulièrement, nous nous intéresserons au rôle de l'infirmier dans les structures de soins dédiées à ces personnes pour favoriser leur adhésion aux soins. Ce sujet sera traité en répondant à la problématique : en quoi l'adaptation de l'accompagnement par les infirmiers des dispositifs d'accès aux soins pour les sans domicile fixe limite-t-elle le refus de soin de ces personnes ? Dans un premier temps, nous nous attarderons sur la notion d'adaptation et d'accompagnement. Puis, nous nous intéresserons à qui l'on met derrière le vocable "SDF" et leur rapport aux soins. Le terme de refus de soins sera explicité, de manière générale puis du point de vue des personnes sans-domicile. Les différents dispositifs de soins seront finalement évoqués. La rencontre avec deux infirmiers exerçant auprès de ce public a permis de répondre à la question posée en insistant sur l'importance du lien de confiance mais aussi d'ouvrir sur la question de l'impact des représentations sociales sur les sans-domicile fixe dans la prise en soins dans le milieu hospitalier.

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

homeless person ; refusal of care ; adaptation ; social representation

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

sans-domicile fixe ; refus de soins ; adaptation ; représentations sociales

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019/2022