

Faculté de santé publique

L'intégration de soins des patients sans-abris aux urgences :
Quelle est la représentation de l'intégration de soins des professionnels de santé aux urgences face à un patient sans-abri ?

Mémoire réalisé par
Hasna Guabi

Promoteur(s)
Walter Hesbeen

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'intégration de soins des patients sans-abris aux urgences :

Quelle est la représentation de l'intégration de soins des professionnels de santé aux urgences face à un patient sans-abri ?

Mémoire réalisé par
Hasna Guabi

Promoteur(s)
Walter Hesbeen

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je remercie mon promoteur Monsieur Walter Hesbeen pour sa disponibilité, son ouverture avec son point de vue « humain » sur la problématique qui ont contribué à l'élaboration de ma réflexion .

J'aimerais remercier les témoins privilégiés et les professionnels de santé des urgences de St Pierre et de Etterbeek-Ixelles, grâce aux partages de leurs expertises, de leurs ressentis sur le sujet, ils m'ont aidé à mieux cerner la problématique.

Je remercie mes collègues des urgences d'Etterbeek-Ixelles, à vos encouragements, votre présence et à vos idées innovantes.

Je remercie ma famille, Motch Anne-Marie, Guabi Karima, Coton Laetitia...

J'ai toute ma gratitude au corps professorale et aux assistants de l'UCL qui m'ont permis de nourrir mon esprit critique tout au long de mon cursus.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présente dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citation et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnées par l'Université catholique de Louvain.

Résumé

Contenu : En 2020, le dénombrement des personnes sans-abris à Bruxelles a révélé que la population des sans-abris a triplé en l'espace de douze ans. Les personnes sans-abris sont confrontées à de nombreux obstacles notamment liés à l'accès aux soins de santé primaire. L'itinérance est responsable d'inégalités au niveau de la santé et réduit par conséquent l'espérance de vie en provoquant des cas de morbidité et un recours élevé aux services des urgences. De ce fait les professionnels des urgences sont amenés à rencontrer régulièrement des patients sans-abris présentant des situations complexes, confrontant les soignants à s'interroger sur leur position et leur ressenti dans la relation de soin. La relation de soin et l'humanisme soignant sont à la base de l'intégration de soins. Afin de pallier les difficultés en lien avec l'accès aux soins que rencontrent les sans-abris, les professionnels de la fonction 0.5 permettent grâce à une approche spécifique d'intégrer le patient dans un réseau de soins de santé primaire. Mon objectif est de comprendre la représentation des professionnels de santé selon le modèle Rainbow Model of Integrate Care sur l'intégration de soins des personnes sans-abris dans un service d'urgence. Suivant la triangulation de trois approches, l'approche conceptuelle, l'approche des acteurs de la fonction 0.5 et des professionnels de santé des urgences. Ces trois apports permettront de mieux comprendre la problématique de l'intégration de soins des personnes sans-abris aux urgences.

Méthodologie : Une étude qualitative a été menée afin de collecter au travers d'entretiens semi-directifs les points de vue d'acteur de la fonction 0.5 (n=4), responsable d'un CPAS (n=1) et des professionnels (n=6) de santé des urgences. Le travail exploratoire réalisé auprès des professionnels de santé aux urgences s'est réalisé sur deux services d'urgences du réseau Iris à Bruxelles, avec la particularité qu'un des services d'urgence possède un service social intégré dans son unité. Suivant l'analyse du matériau par le guide d'entretien et les sept thèmes prédéfinis subdivisés en 6 entretiens, une analyse verticale et longitudinale a été réalisée menant au développement de quelques hypothèses émergentes.

Résultat : En confrontant les résultats de la collecte de données des intervenants de la fonction 0.5 et des professionnels de santé des urgences de St Pierre et de Etterbeek-Ixelles au cadre théorique sur l'intégration de soins, nous réalisons que la relation de soin des professionnels des urgences avec les patients sans-abris est influencée par l'activité organisationnelle des urgences. Le processus de soins est dépendant de la sensibilité et de la posture du professionnel de santé face à un patient sans-abri. La présence d'un service social aux urgences est une plus-value à la continuité et à l'intégration de soins des patients sans-abris dans un réseau de santé. Le référent infirmier social a une fonction similaire au gestionnaire de cas, grâce à ses valeurs humanistes, il intègre le patient sans-abri dans un réseau de soins, en renforçant le lien entre les acteurs de la fonction 0.5 et les soignants des urgences. La clarification des compétences et des limites des professionnels de terrain améliore l'intégration organisationnelle. Les formations, les réunions, les rencontres entre les acteurs de la fonction 0.5 et les soignants des urgences permettent de renforcer l'intégration de soins et l'approche spécifique des sans-abris.

Mots-clés : Homeless, Integrate care, emergency, Rainbow Model of Integrate Care, l'humanisme soignant, précarité, patients vulnérables, case manager, les soins de première ligne.

Table des matières

Remerciements	5
Le plagiat	6
Résumé.....	7
Table des matières	8
Annexes	12
Liste des figures.....	13
Liste d'abréviations	14
I. Introduction.....	15
II. Méthode.....	17
A. Cadre conceptuel	17
1 Définition du sans-abrisme	18
1.1 Enjeux du dénombrement des personnes sans-abris à Bruxelles	18
1.2 Méthodologie du dénombrement	20
• Avantages statistiques et le caractère éthique du dénombrement selon Bruss'help :	20
• Limites de la méthodologie du dénombrement selon Bruss'help :	20
1.3 Données au niveau national.....	21
1.4 Description épidémiologique de la population cible	21
1.5 Déterminants sociaux de la santé	21
2 L'offre de soins de santé pour notre population cible	22
2.1 L'accès aux soins de santé pour notre population cible sur le territoire bruxellois	23
2.2 L'enjeu des soins primaires pour les patients sans-abris.....	23
3 Concept l'intégration des soins	24
3.1 Pourquoi l'intégration de soins est-elle importante en Belgique ?	24
3.2 Définition du concept sur l'intégration des soins	25
3.3 Concept multidimensionnel Rainbow Model of Integrated Care (RMIC).....	25
3.4 Concept de l'approche des cas complexes	27
3.5 Concept du "patient vulnérable"	28
4 La représentation des soins par les professionnels de santé	30
4.1 Concept "la représentation"	30
4.2 L'ethnocentrisme médical - la stigmatisation	30
4.3 La représentation de l'hygiène par les professionnels de santé.....	31
4.4 L'humanisme soignant	31
4.5 L'humanisme soignant impacté dans les contraintes organisationnelles	32

4.6 Les valeurs humanisantes	32
4.7 L'éthique du soignant.....	33
4.8 La vigilance éthique	34
4.9 Vignette clinique 1.....	34
5 Point d'histoire	35
5.1 Sur l'accueil hospitalier	35
5.2 L'instauration d'une politique sociale dans la Région bruxelloise	36
6.1 Mobilisation du personnel soignant aux urgences	37
6.2 Les idéaux types de l'urgence	38
6.3 Vignette clinique 2.....	39
7 L'intégration des soins aux urgences	40
7.1 Micro : au niveau de l'intégration de soins	40
• Compréhension des besoins des personnes vivant une grande précarité suivant la pyramide de Maslow	40
• Le gestionnaire de cas	41
• Dépistage du sans-abrisme aux urgences	42
• Moments catalyseurs.....	42
7.2 Méso, au niveau des intégrations professionnelle et organisationnelle	43
• Le travail sectoriel du "case manager"	43
• Le principe de territorialisation - Le travail en réseau	43
• L'intégration fonctionnelle.....	44
7.3 Macro, au niveau de l'intégration systémique	44
8 Conclusion sur les apports conceptuels	45
B. Rencontre avec les témoins privilégiés.....	47
1 Compte-rendu d'entretien avec Geneviève Gonry, infirmière au Samusocial	47
1.1 Les difficultés liées à la coordination entre le Samusocial et l'hôpital sont présentes lors des sorties d'hospitalisation	48
1.2 Les obstacles présents pour l'accès aux soins de santé	48
1.3 Les leviers pouvant améliorer le travail de coordination	48
1.4 Les éléments défavorables rencontrés lors du suivi des personnes sans-abris	49
1.5 Les idées et projets innovants.....	49
2 Compte-rendu de l'entretien avec Sarah Lorand infirmière responsable du service social de l'hôpital St Pierre	50
2.1 Les avantages du service social intégré aux urgences selon Sarah Lorand	50
2.2 Les facteurs pouvant expliquer la surutilisation des urgences par notre public cible.....	51
2.3 Les obstacles liés à l'accès au soin	51

2.4 La problématique administrative rencontrée par certains CPAS d'après Sarah Lorand	52
2.5 Les facteurs pouvant améliorer l'intégration de soins des personnes sans-abris dans un réseau :	52
2.6 Les idées innovantes à l'amélioration de l'intégration de soins selon Sarah Lorand	53
3 Compte rendu d'entretien avec Docteur Alain Devaux, médecin volontaire chez Médecins du Monde.	54
3.1 Les avantages du CASO selon Devaux Alain	54
3.2 Le travail de coordination entre Médecins du Monde et les services d'urgences	55
3.3 Travail d'intégration dans un réseau de première ligne	55
3.4 Les difficultés rencontrées selon Alain Devaux.....	55
3.5 Les éléments pouvant améliorer l'intégration de soins.....	56
4 Compte rendu de l'entretien avec Eva Dupont, infirmière pour "infirmières de rue"	56
5 Compte rendu de l'entretien avec Laurence Tondeur, assistante sociale responsable de l'une des antennes du CPAS de Bruxelles.....	57
5.1 Le travail de coordination entre les administratifs du CPAS et les réseaux de première ligne	58
5.2 Les difficultés rencontrées sont selon Laurence Tondeur	59
6 Eléments clés mis en évidence lors des entretiens avec les témoins privilégiés.....	59
6.1 MACRO	60
6.2 MESO	60
6.3 MICRO.....	60
7 Qu'est-ce que les acteurs de terrain m'ont apporté en regard de ma question de recherche.....	61
C. Entretiens avec les acteurs de terrain.....	62
1 Objectifs de la recherche.....	62
2 Méthodologie	62
3 Terrain d'études	62
4 Stratégie d'échantillonnage	63
5 Les critères de sélection	63
6 Outils – Le guide d'entretien	63
7 Méthode d'analyse des entretiens.....	63
8 Déroulement des entretiens	64
9 Analyse des entretiens	64
9.1 Analyse verticale	66
• A. La connaissance des professionnels de santé sur le concept de l'intégration de soins :	66
• B. La mobilisation du personnel soignant lors de l'accueil et du processus de soin incluant le dépistage du sans-abrisme et la continuité des soins des patients sans-abris aux urgences.....	66
• C. L'humanisme soignant dans la relation de soins grâce à l'utilisation de mots définissant les valeurs" humanisantes".	69

• D. Les freins et leviers rencontrés lors de la relation et de la continuité de soins.	71
• E. Le type de contact présent entre les urgences et le service social de l'hôpital.	74
• F. La vigilance éthique appliquée dans l'équipe lors de la présence d'une situation sensible.	76
• G. La présence d'échanges en vue d'améliorer la continuité de soins entre les professionnels de santé et les acteurs des réseaux de première ligne.....	77
9.2 Analyse horizontale / Développement des hypothèses émergentes.	78
• A. Sensibilisation du personnel des urgences face à la réalité du vécu des patients sans-abris /Sollicitude	78
• B. La spécificité relationnelle des professionnels envers les patients sans-abris.....	79
• C. Les contraintes organisationnelles impactant la relation de soin. Difficultés d'accueil et de processus de soins que rencontrent les professionnels en soirée et en nuit.....	80
• D. Sensibiliser les professionnels de santé à l'approche des patients sans-abris grâce aux formations, rencontre des acteurs du réseau de la fonction 0.5.....	81
10 Qu'est-ce que les professionnels de santé m'ont apporté en regard de ma question de recherche.....	82
III Discussion	83
A. Perspective des soignants	85
1 Le développement du questionnaire de cas	85
2 Sensibiliser les étudiants infirmiers, médecine à l'approche des personnes sans-abris	85
3 Améliorer les formations, rencontre entre les urgences et les professionnels de la fonction 0.5.....	86
4 Finalité soignante	86
5 Perspective future, vers une nouvelle perspective soignante.....	86
B. Les limites.....	87
IV Conclusion	89
V Bibliographie	90
VI Annexe	97

Annexes

Annexe 1 : Les pistes d'amélioration sur l'accès aux soins en Belgique

Annexe 2 : Guide interview témoins privilégiés 1-2-3-4

Annexe 3 : Retranscription entretien - témoin privilégié

Annexe 4 : Guide interview témoin privilégié 5

Annexe 5 : Guide d'entretien pour les acteurs de terrain

Annexe 6 : Retranscription entretien - acteur de terrain

Annexe 7 : Tableau d'analyse d'entretien

Liste des figures

Figure 1 : ETHOS Typologie européenne du sans-abrisme et de l'exclusion liée au logement

Figure 2 : La fonction 0.5

Figure 3 : Le Rainbow Model of Integrate Care, soins fondés sur la valeur

Figure 4 : Identification des problèmes de santé (physique et mentale) et assuétudes

Figure 5 : Les idéaux de type de l'urgence repérés dans le discours des professionnels

Figure 6 : La pyramide de Maslow

Figure 7 : Répartition des compétences en matière d'aide sociale sur le territoire de la Région bruxelloise selon les niveaux de pouvoirs

Liste d'abréviations

AMU : Aide Médicale Urgence

ASBL : Association Sans But Lucratif

BIM : Bénéficiaire d'Intervention Majorée

BOOST : Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod model

CASO : Centre d'Aide de Soins et d'Orientation

CHAPSA : Centre d'Hébergement et d'Aide aux Personnes Sans-Abris

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAS : Centre Public d'Aide Social

CPVS : Centre de Prise en Charge des Violences Sexuelles

DHU : Dispositif d'Hébergement d'Urgence

ETHOS : European Typologie on Homelessness and Housing Exclusion

EU-SILC : European Union Statistics on Income and Living Conditions

FEANTSA : Fédération Européenne des Associations Nationales

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

MDM : Médecins du Monde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

RMIC : Rainbow Model of Integrate Care

SIAMU : Soins Intensifs Aide Médicale Urgences

SPF Economie : Service Public Fédéral Economie

I. Introduction

Amenée à côtoyer au quotidien des patients aux profils épars, le personnel de santé travaillant aux urgences est confronté à une patientèle présentant des situations complexes entre autres liées au processus de précarité et de sans-abrisme, souffrant de vulnérabilités sociales, médicale et psychique. A l'échelon mondial, l'ONU estime à plus d'un milliard les personnes mal logées de manière permanente, à 100 millions celles sans logement et à 1 million les sans-abris en Europe et aux Etats-Unis (Jacskon et al., 2016).

A Bruxelles, le nombre total de personnes sans-abris a un peu plus que triplé en l'espace de 12 ans (+208%). Entre 2018 et 2020, cette hausse est de 27,7% soit 1153 personnes sans-abri ou mal logées supplémentaires (Bruss'help, 2020).

Au sein du service des urgences, où j'exerce ma mission en qualité d'infirmière SIAMU depuis plus de 20 ans, je réalise que le nombre de personnes précaires se présentant aux urgences ne cesse d'augmenter et la crise sanitaire que nous vivons depuis plus de deux ans n'a fait que creuser les inégalités sociales et l'accession aux soins de santé. Mon expérience professionnelle m'a amenée à côtoyer une population aux profils disparates et parmi celles-ci, certainement l'une des plus fragiles: les sans-abris. Dès lors, je me suis souvent posé la question, après un processus de soins réalisé sur une personne sans domicile fixe aux urgences, de savoir où peut-on référer la personne? Lors de mes stages réalisés en février 2021 au médibus de Charleroi, j'ai découvert l'approche de personnes sans-abris qui sortait du cadre du milieu hospitalier de ce fait la découverte du travail des acteurs de la fonction 0.5 m'a apportée un élément nouveau dans ma trajectoire professionnelle.

Nous réalisons qu'aux urgences, les patients sans-abris présentent le plus souvent une détresse majeure que ce soit sur le plan psychique, relationnel, somatique, social ou hygiénique. De plus, nous notons une réticence certaine des soignants à les prendre en charge. (Trouvé & Claudel, 2011).

Face à ce constat criant, il m'a paru pertinent de nous arrêter sur l'ampleur de ce phénomène et de l'analyser. Le prisme choisi est la représentation des professionnels de santé sur l'intégration de soins des personnes sans-abris.

Les cours que j'ai suivis, lors de mon master m'ont révélé certaines problématiques qui étaient pour moi méconnues, notamment celles relatives à l'intégration de soins. Cela m'a permis d'intégrer ces connaissances dans ma pratique de travail. Ce concept multidimensionnel peut répondre à certaines situations complexes que rencontrent les professionnels de santé.

Dans un service d'urgences où le diagnostic doit être posé, les soins prodigués et une médication ordonnée, il m'a paru pertinent de nous arrêter sur l'attitude et la posture qu'adoptent le personnel soignant, dans un contexte d'urgence, face à un sans-abri.

Cette problématique touche à l'affect et par conséquent et pour éviter tout risque de généralisations, je vais essayer de comprendre la relation de soins qu'adopte un professionnel soignant vis-à-vis du sans-abri. De ce fait, la relation de soins est à la base de l'intégration de soin qui est un concept souvent méconnu par les professionnels de santé et qui est pourtant réalisé de façon spontanée.

De plus, cette observation se base sur une riche expérience de terrain incluant des rencontres avec des acteurs qui permettent de relever une attitude qui parfois est perçue comme étant stigmatisante envers les personnes sans-domicile fixe se présentant aux urgences en parallèle à une remise en question de la part de l'équipe soignante.

Enfin, une des réalités des sans-abris se révèle être l'absence de suivi et de continuité de leur traitement médical à leur sortie des urgences. L'offre de soins est fragmentée, non structurée et confronte le sans-abri à des interlocuteurs hétéroclites. Vu les besoins spécifiques des patients sans domicile fixe, l'intégration des soins de cette population cible est un défi majeur à relever et nécessite une organisation structurée à laquelle tous les professionnels de santé doivent être sensibilisés et outillés.

Lors des entretiens que j'ai réalisé avec les professionnels de la santé amenés à rencontrer des sans-abris, j'ai proposé une réflexion sur l'impact de la représentation de soins du personnel de santé des urgences sur ce public fragilisé et sur ses conséquences.

- Comment se réalise l'approche et la relation de soins entre une personne sans-abri et un professionnel de santé aux urgences?
- Une approche coordonnée et spécifique va-t-elle influencer sur la continuité des soins du public cible?
- Quels outils les praticiens pourraient-ils utiliser pour offrir une action durable et conforme à la dignité humaine – une approche de santé respectueuse du sans-abri et de ses besoins spécifiques?
- Quel cadre structurant peut-on apporter aux soignants des urgences confrontés aux contraintes organisationnelles et qui sont souvent amenés à gérer des urgences médico-sociales?
- Quelles sont les conséquences d'un renforcement de la coordination entre les urgences et les soins des professionnels socio-sanitaires de première ligne?

Cette question de recherche porte pour moi tout son sens car le service des urgences est souvent l'un des services saisis trop tardivement par les personnes *sans chez soi* présentant des pathologies chroniques et psychiatriques avancées.

Ce travail permettra, d'une part, d'apporter une réflexion sur la posture du soignant face au sans-abri et, d'autre part, d'analyser les mécanismes à l'œuvre déployés sur le terrain par les acteurs relais, susceptibles d'apporter un meilleur accompagnement médico-sanitaire aux personnes souvent éloignées des soins et particulièrement affectées par des problèmes sanitaires multiples.

Afin d'étayer ma réflexion, une recherche approfondie dans la littérature a été effectuée. Les rencontres avec les témoins privilégiés de la première ligne nourriront également mon travail.

II. Méthode

A. Cadre conceptuel

Ce travail sera guidé par la question de recherche : **L'intégration de soins des patients sans-abris aux urgences. Quelle est la représentation pour les professionnels de santé des urgences de Bruxelles ?**

Je vais utiliser la méthode PICO afin de situer la question dans son contexte et d'affiner mes recherches.

P	Population	Les patients sans domicile fixe fréquentant les urgences à Bruxelles.
I	Intervention	La représentation des professionnels de santé des urgences sur l'intégration des soins envers la population cible.
C		
O	Outcome/Résultat	Coordination et continuité de soins entre les différents réseaux de santé primaires et les urgences.

Mon objectif sera de déterminer si la représentation des professionnels de santé sur l'intégration de soins des personnes sans-abris pourrait améliorer la continuité des soins du public cible et renforcer la coordination entre les urgences et les soins de première ligne.

- Permettre d'identifier les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels de santé aux urgences lors de l'accueil et lors du processus de soins envers les patients sans-abris.
- Identifier les leviers d'action pouvant améliorer la prise en charge du public cible par les professionnels de santé.
- Identifier les connaissances des professionnels de terrain sur les solutions pouvant améliorer l'intégration des soins de patients socialement complexes. (Gestionnaire de cas).
- Evaluer la coordination de soins des patients sans-abris entre les professionnels de santé des urgences et la première ligne notamment la fonction 0.5.

Dans le but de travailler et d'affiner cette question de recherche, je vais avoir recours à trois méthodes.

- Je vais commencer mon développement par un cadre conceptuel qui va m'aider à nourrir mes connaissances sur cette problématique. Dans ce cadre conceptuel, j'inclurais des vignettes cliniques en lien avec la problématique.
- Ensuite, je vais rencontrer des témoins privilégiés qui me permettront d'avoir une approche concrète à différents niveaux sur la prise en charge des personnes sans-abris.
- Enfin, je vais réaliser des entretiens semi-dirigés auprès des professionnels de santé travaillant aux urgences, dans le but de comprendre leur représentation de l'intégration de soins vis-à-vis des personnes sans-abris.

Les apports de ces trois méthodes seront à chaque fois explicités à la fin du chapitre s'y rapportant. Nous commencerons cette partie théorique par la définition commune des personnes sans-abri et les enjeux du dénombrement des sans-abris à Bruxelles. Ensuite nous développerons les concepts et les différents niveaux d'intégration de soins pour les personnes sans-abris. La mobilisation de plusieurs autres concepts pertinents tels que la représentation et l'humanisme soignant en lien avec la problématique sera réalisée. J'ai trouvé important de relater un point historique sur l'évolution de l'accueil à l'hôpital et des institutions d'aide des personnes présentant une situation de grande précarité à Bruxelles.

Les recherches ont été menées sur différents moteurs de recherche comme la base de données se trouvant dans Libellule (regroupant les bibliothèques de l'UCLouvain). Les différentes données sur

la littérature scientifique ont été collectés sur Cairn (site regroupant des revues et ouvrages en sciences humaines et sociales), PubMed (principal moteur de recherche de données bibliographiques pour la médecine) et Science direct.

Une seconde partie de la littérature a été trouvée dans des rapports d'activités d'institutions (infirmières de rue...), ONG tels que Médecins du Monde, dans des rapports développés par des institutions gouvernementales (Livre vert, Livre blanc pour l'accès aux soins...) et dans des livres documentant le sujet.

Les principaux mots clés utilisés pour ces recherches étaient : sans-abri, intégration de soins, urgences, patient complexe, précarité. Une recherche complémentaire de mots-clés a également été réalisée en les traduisant en anglais. Face à une littérature importante j'ai affiné mes recherches avec certains mots clés tels que *“integrate care for the homeless”*

La sélection des articles s'est réalisée en fonction de leur date de parution, de leur titre ainsi qu'à la lecture du résumé.

1 Définition du sans-abrisme

Une définition et une quantification commune ont été difficiles à se concevoir entre les différents Etats de l'Union européenne.

Eurostat a pu réaliser une définition commune suite à un compromis entre les différentes parties prenantes composées de statisticiens et des représentants de la FEANTSA.

La définition d'une personne sans-abri retenue par le groupe de travail est la suivante :

“Une personne est dite sans-abri si elle n'a pas accès à un logement qu'elle pourrait raisonnablement occuper, que ce logement soit légalement sa propriété ou qu'il soit loué ; fourni par son employeur ; occupe sans loyer d'une manière contractuelle ou selon un autre arrangement. En conséquence, elle est obligée de dormir :

A l'extérieur ;

Dans des bâtiments qui ne satisfont pas aux critères reconnus communément pour l'habitation ;

Dans un centre d'urgences dépendant du secteur public ou d'organisations caritatives ;

Dans des centres de plus long séjour dépendant du secteur public ou d'organisations caritatives ;

Dans un bed-and-breakfast ;

Dans un autre hébergement de court séjour ;

Chez des amis ou de la famille ;

Dans des squats occupés avec autorisation” (Brousse, 2005).

Selon les Nations Unies, il y a deux sortes d'itinérances à savoir l'itinérance absolue et l'itinérance relative. La première décrit *« la condition des personnes sans-abris physique qui dorment à l'extérieur, dans des véhicules, des bâtiments abandonnés ou d'autres endroits non destinés à l'habitation humaine »*. La seconde décrit *“la condition de ceux qui ont un abri physique, mais qui ne répond pas aux normes de base en matière de santé et de sécurité ; ceux-ci incluent la protection contre les éléments, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la sécurité d'occupation, la sécurité personnelle »* (Hwang, 2001).

Le sans-abrisme n'inclut pas simplement une absence de logement mais bien tout un cumul de problèmes tels que des liens sociaux rompus, l'isolement ou encore la dépendance aux services sociaux.

1.1 Enjeux du dénombrement des personnes sans-abris à Bruxelles

Le recensement effectué à Bruxelles se base sur la classification ETHOS (European Typologie on Homelessness and Housing Exclusion) élaborée par la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales qui Travaillent avec les Sans-Abris). Des catégories statistiques

solides englobant une grande variété de situations, toutes caractérisées par une absence de logement digne et stable sont présentées par cette typologie qui permet de reprendre les différentes enquêtes au niveau européen. *“Elle permet également d’envisager des comparaisons afin d’évaluer la pertinence des politiques régionales et nationales en matière de lutte contre le sans-abrisme”*. (Bruss’help, 2020)

Cette enquête a pour but de recenser le plus rigoureusement possible la population touchée par le sans-abrisme ou le mal logement, à Bruxelles.

Conceptuel Catégorie	Catégorie opérationnelle		Situation de vie	
SANS TOIT	1	Les gens qui vivent dans la rue	1.1	Espace public ou espace extérieur
	2	Personnes hébergées dans un refuge de nuit	2.1	Abri de nuit
SANS ABRI	3	Personnes en hébergement pour sans-abri	3.1	Auberge pour sans-abri
			3.2	Hébergement temporaire
			3.3	Transition prise en charge hébergement
	4	Personnes dans un refuge pour femmes	4.1	Hébergement en refuge pour femmes
	5	Personnes hébergées dans des logements pour immigrés	5.1	Hébergement temporaire, centres d'accueil
			5.2	Logement des travailleurs migrants
	6	Personnes devant être libérées des institutions	6.1	Établissements pénitentiaires
PEU SÛR			6.2	Établissements médicaux
			6.3	Institutions/foyers pour enfants
	7	Personnes recevant un soutien à long terme (en raison de l'itinérance)	7.1	Soins résidentiels pour les personnes âgées sans abri
			7.2	Logement accompagné pour anciens sans-abri
	8	Les personnes vivant dans logement précaire	8.1	Temporairement avec la famille/des amis
			8.2	Pas de (sous-)location légale
			8.3	Occupation illégale des terres
	9	Les personnes vivant sous la menace d'expulsion	9.1	Ordonnances judiciaires exécutées (louées)
			9.2	Ordonnances de reprise de possession (propriétaires)
	dix	Les personnes vivant sous la menace de violences	10.1	La police a enregistré des incidents
INADÉQUAT	11	Personnes vivant dans des structures temporaires/non conventionnelles	11.1	Mobil-homes
			11.2	Bâtiment non conventionnel
			11.3	Structure temporaire
	12	Les personnes vivant dans des logements insalubres	12.1	Logement occupé impropre à l'habitation
	13	Les personnes vivant dans un surpeuplement extrême	13.1	Norme nationale la plus élevée de surpopulation

Figure 1 : Ethos Typologie européenne du sans-abrisme et de l’exclusion liée au logement (Edgar, 2009)

La définition pratique d’ETHOS souligne l’idée de la continuité de l’absence de chez soi et ce dans les quatre catégories relevées. Pour mieux les cerner et éviter toute ambiguïté ou amalgame entre elles, ETHOS a mis en place des définitions opérationnelles pour chaque statut résidentiel. Ces définitions opérationnelles permettent notamment la mesure de

différentes dimensions de l'absence de chez-soi à une échelle européenne (Busch-Geertsema et al., 2010).

1.2 Méthodologie du dénombrement

Depuis 2018, le milieu associatif a entamé un recensement des sans-abris qui se fait durant une nuit donnée de chaque mois de novembre (Damon, 2021). Le dénombrement est organisé en étroite collaboration avec les différents organismes bruxellois de l'aide aux personnes sans-abris et mal logées. Effectué chaque deux ans, ce recensement produit une photographie qui permet d'organiser la disposition des différentes formes d'absence de logement ou de mal-logement sur l'ensemble des dix-neuf communes de la Région bruxelloise. Le comptage des personnes sans-abris se fait de 23 heures à minuit. Selon Bruss'help, le choix de cet horaire permet d'éviter les doubles comptages et de ne dénombrer que les personnes installées pour la nuit (Bruss'help, 2020).

Toutefois, les chiffres retenus sont en dessous de la réalité notamment qu'ils ne tiennent pas compte du nombre considérable des personnes migrantes sans-papiers nombreuses dans la Région (La Strada, 2019).

Les résultats du dénombrement sur Bruxelles réalisé le 9 novembre 2020, décompte 5313 personnes sans domicile dont 933 mineurs. C'est une augmentation de 28% par rapport à 2018, 719 personnes dormaient dans la rue et 1928 personnes dormaient en centre d'hébergement d'urgence ou de crise (en augmentation de 48% par rapport à 2018) (Bruss'help, 2020).

Ces résultats démontrent l'ampleur du phénomène du sans-abrisme croissant en Région bruxelloise qui a été aggravé par la crise sanitaire.

- **Avantages statistiques et le caractère éthique du dénombrement selon Bruss'help :**

La collecte des données permet d'enregistrer la situation de sans-abrisme ou de mal-logement et de comparer les informations enregistrées à intervalle régulier sur une période de douze ans (Bruss'help, 2020).

La capacité collaborative entre les différents travailleurs experts du terrain est efficiente à la qualité du dénombrement. La technique utilisée est peu intrusive car aucune donnée à caractère personnelle n'est recueillie (Bruss'help, 2020).

“Outre cette particularité qui confère au dénombrement bruxellois une plus-value éthique importante, une grande attention est accordée aux risques soulevés par la transmission ou la diffusion d'informations potentiellement préjudiciables pour les personnes privées de logement” (Bruss'help, 2020).

- **Limites de la méthodologie du dénombrement selon Bruss'help :**

Cette méthodologie ne couvre pas à elle seule l'ensemble des situations d'exclusion liée au logement. La collecte des données fait face à des angles morts tels que les personnes ne pouvant pas quitter une institution médicale faute de logement, celles menacées d'expulsion ou victimes de violences domestiques (Bruss'help, 2020).

Suivant les nomenclatures employées, la réalité quotidienne et les situations singulières des personnes sans-abris et mal-logées ne peuvent être réduites à de simples catégories. Les classifications sont imparfaites à ces situations complexes. Le dénombrement suivant l'approche “photographique” n'est pas faisable face aux différentes trajectoires et obstacles que rencontrent notre public cible (Bruss'help, 2020).

Le dénombrement combiné à plusieurs enquêtes qualitatives est indispensable en vue de *“cerner la réalité d’une population hétérogène et en constante évolution”* (Bruss’help, 2020).

1.3 Données au niveau national

En Belgique, il n'existe pas de chiffres officiels sur le nombre de personnes sans domicile, seulement des évaluations par des associations. Nous notons que les personnes sans-abris ne sont pas interrogées dans le cadre de l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC), ce qui serait utile afin de mesurer la pauvreté et l'exclusion sociale dans les pays et en Europe. Notre public cible a été exclu de l'enquête EU-SILC. En effet, en Belgique, la Direction générale des statistiques et de l'information économique du SPF Economie utilise des registres de population pour enquêter sur des échantillons de population réalisés lors d'entretiens en face à face ; les personnes sans domicile ne possédant pas d'adresse, cela s'avère difficile (Service de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2021).

Particularité sur la population des “Gens du Voyage” en Belgique :

Selon l'enquête de 2019 réalisée auprès des gens du voyages et des Roms, de nombreux Roms et gens du voyage sont confrontés à une grande pauvreté et à des conditions de logements précaires. L'espérance de vie est notamment moindre que celle de la population en générale. En Belgique, les Roms et les gens du voyage vivent en moyenne 14 ans de moins que la population générale. Les gens du voyage (95%) vivent presque exclusivement dans des abris mobiles/caravanes. Presque tous les gens du voyage en Belgique estiment qu'il n'y a pas assez d'endroits pour eux-en particulier des aires d'accueil appropriées (FRA, 2021).

1.4 Description épidémiologique de la population cible

Les sans-abris dénombrés à Bruxelles, ont une moyenne d'âge en perpétuelle augmentation. Ainsi plus de la moitié de cette population a dépassé les 50 ans et présente une santé fragilisée par leurs conditions de vie. Selon Raven, *« ces personnes sont touchées par les mêmes types de maladies chroniques que leurs homologues non-sans-abris à l'âge de 65 ans, avec des conditions telles que les maladies cardiaques, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne, la démence, les chutes et le cancer »*. À leur *« lourd fardeau de maladies chroniques »*, s'ajoute notamment des taux élevés de troubles et de problèmes comportementaux dus à l'usage de substances nocives (Raven, 2019).

Le sociologue Julien Damon constate qu'à Bruxelles, la population des sans-abris est hétérogène, en termes de nationalité et de statut. En 2017 et 2018, uniquement un tiers des personnes recensées sont Belges et plus du quart sont étrangers en situation régulière, dont quelques Français. Toutefois, 40% des sans-abris sont étrangers en situation irrégulière ; ils sont composés majoritairement de ressortissants maghrébins et subsahariens de plus en plus présents sur le territoire belge (Damon, 2021).

1.5 Déterminants sociaux de la santé

L'OMS définit les déterminants sociaux de la santé comme *“les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, incluant le système de santé”* (OMS, 2011).

Les conditions de vie de ces personnes tiennent compte des facteurs sociaux, politiques, économiques, environnementaux et culturels qui *« sont façonnés par la répartition des*

capitaux, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local, eux-mêmes influencés par des choix politiques” (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021). Les déterminants sociaux de la santé sont en grande partie responsables des inégalités de santé

De ce fait, l’itinérance est responsable d’inégalités au niveau de la santé et réduit par conséquent, l’espérance de vie en provoquant des cas de morbidité et un recours plus intensif aux services hospitaliers aigus.

Vu sous l’angle des déterminants sociaux, l’itinérance est considérée par Stafford comme « *un facteur clé de mauvaise santé* ». Toutefois, le sans-abrisme en soi est une conséquence de l’addition de conditions sociales et économiques défavorables. Dans cette catégorie de personnes, les déterminants sociaux de l’itinérance et les inégalités en matière de santé sont souvent liés et l’étendue de la durée de l’itinérance dégrade encore plus la mauvaise santé (Stafford & Wood, 2017).

De plus, les facteurs sociaux et comportementaux sont les principaux moteurs des inégalités en matière de santé (Garett & al., 2020).

Les sans-abris sont en même temps, moins favorisés pour l’accès aux services de santé primaires et préventifs ce qui les rend encore plus vulnérables et cela les confronte au risque accru d’un diagnostic à un stade ultérieur de la maladie et à un mauvais contrôle des affections gérables (Hwang, 2011).

Ce retard de prise en charge complique l’intervention des professionnels et contribue à perpétuer les situations de vie difficiles de ceux qui vivent l’itinérance.

Selon Campbell, de nombreux professionnels ont spécifiquement reconnu que les déterminants sociaux de la santé étaient à l’origine des maladies et des affections couramment observées chez les populations de sans-abri (Campbell, 2015).

2 L’offre de soins de santé pour notre population cible

La population des sans-abris ne cesse de croître ce qui augmente la difficulté à la fois, pour les décideurs politiques et le système de santé, à prendre en charge convenablement les soins de ces patients, notamment lorsqu’ils ont recours aux hôpitaux non seulement pour les soins médicaux, mais aussi pour le logement et la nourriture (Miyawaki et al., 2020).

Ainsi, il apparaît clairement, que l’utilisation des services de santé par les sans-abris est fort différente de celle des personnes logées. Elle est peu fréquente dans les soins primaires et souvent bien tardive. Les chiffres indiquent que les itinérants « *fréquentent les services d’urgences jusqu’à six fois plus souvent que la population générale et les frais d’hospitalisation sont huit fois plus élevés* » (O’Carroll et al., 2017). Par conséquent, nous notons que les coûts de ces soins ne sont pas négligeables car on y a recours de manière tardive. Les personnes sans domicile n’arrivent pas à accéder facilement à des soins primaires de qualité car ils n’ont pas un accès simple à un médecin généraliste. Les médecins généralistes refusant d’ailleurs de les prendre, sont souvent situés trop loin de leur foyer ou fonctionnent uniquement sur rendez-vous (O’Carroll et al., 2017).

D’ailleurs, nous constatons qu’une surutilisation des services d’urgences crée une pression sur le système de santé pouvant entraîner des soins inefficaces pour les patients itinérants (Franco et al., 2021).

Après un séjour hospitalier les personnes itinérantes rencontrent d’autres difficultés car souvent ils sont renvoyés dans des refuges qui ne sont pas adaptés à leur situation de vulnérabilité. La solution proposée par Hwang consiste à développer des installations de répit qui leur assurent un environnement protégé pour une bonne récupération après un séjour hospitalier (Hwang, 2001).

A Bruxelles, la Medihalte est un centre d’hébergement fondé en juin 2015, qui a un but bien précis : *“Loger et soigner des personnes sans-abris souffrant d’affections médicales aiguës ou de pathologies chroniques. Le dispositif suit la logique interne du Samusocial, à savoir partir de l’urgence et offrir une aide à la fois médicale et sociale pour viser, in fine, la réintégration de la personne au sein de la*

société”(Samusocial, 2022). L’équipe de la Medihalte est composée d’un médecin, d’infirmiers, d’aides-soignants, d’une assistante sociale et d’un éducateur. Le centre dispose de 38 lits dont 23 places sont destinées à des personnes souffrant d’affections médicales aiguës nécessitant un hébergement temporaire allant de 5 jours à 2 mois, mais ne nécessitant pas d’hospitalisation.

2.1 L’accès aux soins de santé pour notre population cible sur le territoire bruxellois

Nous réalisons que sur le territoire de la Région bruxelloise sur 1222 patients soignés par Médecins du Monde dans le cadre du plan hiver 2012/2013, 50% d’entre eux ne bénéficiaient d’aucune couverture médicale tandis que 30% d’entre eux déclaraient consulter un médecin généraliste contre 94,5% de la population belge en général (INAMI-Livre vert sur l’accès aux soins en Belgique, 2014).

Suivant les données de l’année 2021, en période COVID, les consultations chez Médecins du Monde ont été maintenues, l’équipe des hébergements d’urgences a assuré 1104 consultations médicales. Le profil rencontré est une population en situation irrégulière originaire d’Afrique du Nord et subsaharienne. Au niveau des chiffres 92,4% des patients rencontrés n’avaient pas de médecin traitant (Médecins du Monde, 2021).

Les problèmes financiers, administratifs ainsi que les problèmes liés à la compréhension du système de santé sont les principaux obstacles auxquels sont confrontés les sans-abris. Le recours aux soins est donc d’autant plus difficile pour notre population cible. Afin de lutter contre l’exclusion institutionnelle, il s’avère nécessaire d’uniformiser au maximum les différents modes d’opérationnalisation de l’aide médicale pour ces populations qui sortent du cadre de l’assurance soins de santé. (INAMI-Livre vert sur l’accès aux soins en Belgique, 2014)

Selon le Livre vert sur l’accès aux soins en Belgique de 2014, actuellement la personne sans-abri et celle en séjour irrégulier peuvent bénéficier d’une carte médicale du CPAS, du statut BIM, où être inscrits dans une maison médicale de quartier. Sur papier, les choses semblent bien réglées mais, en réalité, la pratique est bien plus complexe car l’accessibilité aux différents CPAS reste problématique. *(cfr les pistes d’amélioration selon le livre vert sur l’accès aux soins en Belgique en annexe 1)*

2.2 L’enjeu des soins primaires pour les patients sans-abris

Le renforcement des soins de santé de première ligne est un principe important permettant d’assurer l’accessibilité des soins de santé aux plus défavorisés (INAMI-Livre vert sur l’accès aux soins en Belgique, 2014).

Selon O’Carroll, « *les soins primaires ne visent pas seulement à améliorer la santé, mais aussi à gérer la gravité des symptômes causés par une mauvaise santé et à améliorer l’accès aux soins de santé préventifs* » (O’Carroll, 2017). Pour le public cible, il est nécessaire d’avoir une clinique de santé mobile afin de pallier les difficultés rencontrées en lien avec l’accès aux soins primaires (O’Carroll, 2017). Ces professionnels de santé sont sensibilisés et outillés pour travailler avec les spécificités de ce public, l’approche est différente, les stéréotypes inexistantes et les contacts sont orientés vers la personne sans qu’elle ait à se déplacer – exemple : les maraudes.

Le Livre blanc 2014 sur l’accès aux soins de santé en Belgique présente la fonction 0.5 développée par l’INAMI comme une solution pour dispenser des soins aux sans-abris en Belgique. Il s’agit “*d’une ligne de soins intermédiaire composée d’un ensemble de structures et/ou services ayant une approche multidisciplinaire, flexible et proactive où les personnes exclues des soins peuvent bénéficier de soins de santé primaire avec des conditions d’accès non discriminantes ayant pour objectif à terme de réintégrer le patient dans la première ligne traditionnelle*” (INAMI-Livre blanc sur l’accès aux soins de santé en Belgique, 2014).

Nous nous focaliserons sur les organisations “infirmières de rue”, Samu Social et Médecins du monde. Ces différentes organisations intégrées dans la fonction 0.5 réalisent un travail de proximité en coordination avec certains services d’urgences de Bruxelles.

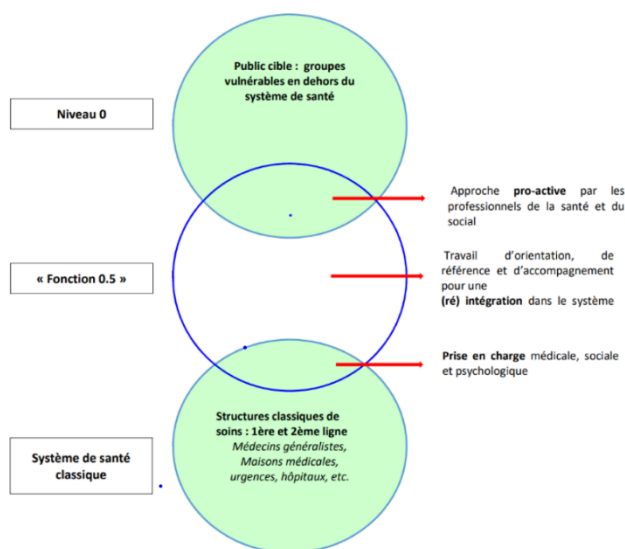


Figure 2 : La fonction 0.5 (Rapport d’activité du projet Médibus Hainaut, 2019)

3 Concept l’intégration des soins

3.1 Pourquoi l’intégration de soins est-elle importante en Belgique ?

Selon l’OMS, “les soins intégrés centrés sur la personne placent les personnes et les communautés, pas les maladies, au cœur des systèmes de santé et, ainsi, les personnes, au lieu d’être des bénéficiaires passifs de services, ont les moyens de prendre en charge leur santé. Les données montrent que les systèmes de santé axés autour des besoins des personnes et des communautés sont plus efficaces et moins coûteux, qu’ils améliorent les connaissances en matière de santé et la participation des patients et qu’ils sont plus réactifs face aux crises sanitaires” (OMS, 2016).

La problématique de gouvernance bruxelloise mène à une fragmentation des services d’aide et de soins et à une majoration des inégalités en matière de santé. Nous constatons que les professionnels de première ligne travaillant sur la Région de Bruxelles-Capitale sont confrontés à un manque de cohérence des politiques de santé entre les différents niveaux de pouvoirs pouvant entraîner une importante complexité administrative (Alvarez et al., 2020). En Belgique, nous rencontrons un cloisonnement entre les différentes structures de prise en charge et un manque de réponses spécifiques aux besoins de notre public cible.

A Bruxelles, le projet pilote des soins intégrés BOOST (Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod model) mis en place en 2018 ayant comme but d’améliorer l’intégration et l’articulation des interventions entre les différents acteurs d’aide et de soins pour les personnes confrontées à des situations complexes est présent sur le territoire (Integreo, 2017).

Les systèmes de santé intégrés ont été promus comme un outil permettant de perfectionner efficacement l’accès, la qualité et la continuité des services notamment pour les personnes ayant des besoins spécifiques et complexes. Rappelons-le, les soins de santé primaires constituent l’élément fondamental de tout système de santé. Un système de santé basé sur les principes des soins primaires et qui donne ainsi de l’importance au premier contact, aux soins

continus, complets et coordonnés, permet d'atteindre une meilleure santé et une plus grande équité en santé que les systèmes axés sur les soins spécialisés (Valentijn, 2013).

Pour une bonne réussite du système de santé, le soin intégré devrait conjuguer coordination et éthique médicale selon Contandriopoulos (Contandriopoulos et al., 2001).

Cette vision globale focalise son intérêt sur deux points qui sont les soins dispensés à la personne et les soins axés sur la population.

La première caractéristique concerne les soins centrés sur la personne. Celle-ci reflète « *une perspective biopsychosociale de la santé* » selon les termes de Valentijn. En effet, elle reconnaît que les problèmes de santé ne se réduisent pas à être des termes biologiques, des diagnostics ou des maladies mais, sont à la fois, un problème d'ordre médical, psychologique et social (Valentijn, 2013).

La deuxième caractéristique porte sur les soins axés sur la population. Elle vise à combler les besoins liés à la santé dans une population donnée. Le besoin et l'équité des soins basés sur la population sont mis en avant et particulièrement pour les populations défavorisées sur le plan social, avec des charges de morbidité plus élevées.

Par conséquent, cette complémentarité entre le point de vue axé sur la santé de la personne et de la population est primordiale, car elle reconnaît l'interdépendance des problèmes de santé et des problèmes sociaux. Dans le contexte des soins intégrés, la perspective centrée sur la personne et celle basée sur la population sont aussi importantes l'une que l'autre et assurent le lien entre les systèmes de santé et les systèmes sociaux (Valentijn, 2013).

3.2 Définition du concept sur l'intégration des soins

Au sens large l'intégration est "le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif" (Contandriopoulos et al., 2001).

Au niveau de notre système de santé, le but de "L'intégration des soins est la façon par laquelle les sociétés développées, partout dans le monde, espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé, entre autres la fragmentation des soins, l'utilisation inadéquate des compétences, l'accès inéquitable à certains services" (Contandriopoulos et al., 2001).

L'intégration de soins se définit selon différentes dimensions suivant le concept multidimensionnel Rainbow Model of Integrated Care.

Les dimensions de l'intégration de soins visent à établir une cohérence entre le système clinique, la gouvernance et le système collectif d'interprétations et de valeurs qui structurent l'espace dans lequel les acteurs de différentes organisations interagissent (Contandriopoulos et al., 2001).

3.3 Concept multidimensionnel Rainbow Model of Integrated Care (RMIC)

Le modèle arc-en-ciel de soins intégrés et de soins primaires créé par Pim P. Valentijn (Valentijn et al., 2013). Ce concept a été développé pour saisir la nature complexe et multidimensionnelle des soins intégrés (Valentijn, 2016).

Le RMIC fournit un cadre complet pour les soins intégrés du point de vue du patient et des professionnels de santé, combinant la mise en œuvre et la mesure des résultats des soins intégrés (Huang et al., 2020).

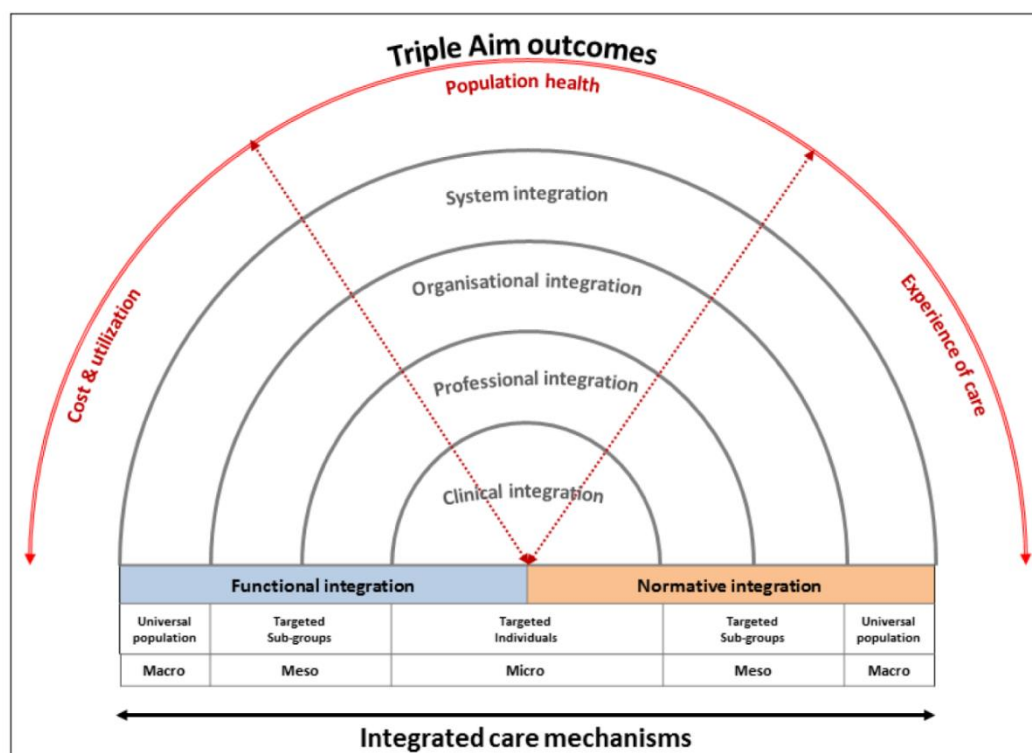


Figure 3 : Le RMIC, soins intégrés fondés sur la valeur. (Valentijn, 2016)

Ce modèle distingue deux principes directeurs des soins primaires, à savoir les soins axés sur la personne et sur la population suivant six domaines de soins intégrés, à savoir l'intégration clinique, professionnelle, organisationnelle, systémique, fonctionnelle et normative. Dans le RMIC, les soins intégrés jouent un rôle interconnecté au niveau micro de l'intégration clinique, au niveau méso de l'intégration professionnelle et organisationnelle et au niveau macro de l'intégration du système. L'intégration fonctionnelle et normative est conceptualisée comme un outil permettant de relier les différents niveaux. Le RMIC visualise que les soins intégrés peuvent être poursuivis à différents niveaux au sein d'un système pour faciliter la prestation continue, complète et coordonnée de services pour les individus et les populations (Valentijn, 2016).

En effet, l'intégration des soins permet d'éviter les obstacles auxquels les personnes défavorisées sont confrontées.

Nous allons brièvement expliquer les 6 types d'intégration.

1. **MICRO - L'intégration clinique** consiste "à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque personne souffrante. Elle vise à assurer la continuité et la globalité des soins, autrement dit, à assurer que les services fournis par les différents professionnels, dans différents lieux ou organisations, s'articulent dans le temps avec les besoins spécifiques de chaque personne souffrante compte tenu des connaissances disponibles" (Contadriopoulos et al., 2001). Elle constitue la finalité du processus d'intégration car il touche directement le patient.
2. **MESO - L'intégration professionnelle** "fait référence aux partenariats entre professionnels à la fois au sein (intra) et entre (inter) organisations. Les professionnels ont la responsabilité collective de fournir un continuum de soins continu, complet et coordonné à une population" (Valentijn, 2013).

Les professionnels disposant d'un large éventail de disciplines et de secteurs doivent assumer la responsabilité partagée de l'intégration des services pour assurer une bonne santé et un bien-être pour les populations confrontées à des problèmes complexes notamment à une charge de morbidité élevée.

3. **MESO - L'intégration organisationnelle** fait référence “ à la mesure dans laquelle les services sont produits et fournis de manière interdépendante. Les relations inter-organisationnelles peuvent améliorer la qualité, la part de marché et l'efficacité ; par exemple, en mettant en commun les compétences et l'expertise des différentes organisations ”(Valentijn, 2013).

En effet, le développement des réseaux hospitaliers avec une gouvernance commune permet d'améliorer la coordination entre les différentes institutions en évitant le travail en “silos”.

Les réseaux sont considérés comme une base qui allie flexibilité et engagement à la fois dans le domaine des soins de santé et des services sociaux. Ces mesures permettent notamment de répondre aux exigences et à la concurrence du marché (Axelsson, 2006).

4. **MACRO – L'intégration systémique** “est nécessaire pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable. Il faut pour cela que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local”.(Contrandropoulos et al., 2001). En effet, une gouvernance commune et cohérente à tous les niveaux (fédéral, régional et communautaire) améliore et renforce dans le temps l'intégration à tous les niveaux.

Un simple accord entre professionnels ou entre organisations ne peut pas suffire pour répondre à la complexité des situations rencontrées. Il a besoin d'être basé sur un « *cadre organisationnel et normatif général* » destiné à l'installation d'une vraie « *coopération clinique* » systémique (Contrandropoulos et al., 2001).

5. **L'intégration normative** est définie comme : “assurer la cohérence entre les systèmes de valeur des acteurs, les modes d'organisation des services et le système clinique” (Valentijn,2013). Cela fait référence à la mesure dans laquelle la mission, les valeurs du travail sont partagées au sein d'un système. L'intégration est dans une large mesure façonnée et basée sur le comportement et les attitudes professionnelles. Des mécanismes de coordinations informels basés sur des valeurs, une culture et des objectifs partagés entre les individus, les professionnels et les organisations sont considérés comme essentiels.

6. **L'intégration fonctionnelle** “fait référence aux mécanismes par lesquels les modalités de financement, d'information et de gestion sont liées pour ajouter la plus grande valeur globale du système.” Il comprend “la coordination des fonctions de soutien clés telles que la gestion financière, les ressources humaines, la planification stratégique, la gestion de l'information et l'amélioration de la qualité” (Valentijn, 2013). Nous pouvons constater que le Dossier Médical Informatisé est un des mécanismes pouvant améliorer la continuité des soins.

Ce concept multidimensionnel répond aux différents obstacles et difficultés que rencontre notre public cible. Il englobe différents acteurs (professionnels de santé, les professionnels sociaux...) faisant parti d'un réseau et où le travail de coordination est une solution face aux différents “gaps ” qui désignent des écarts importants, auxquels notre public cible est confronté.

3.4 Concept de l'approche des cas complexes

Lors de mes recherches en littérature scientifique, j'ai réalisé que le mot “complexe” était souvent relaté et lié aux personnes sans-abris notamment dans la recherche sur la base de données des mots clés tels que *homeless* et *integrate care*.

Les complexes ont des significations différentes dans différentes disciplines. Dans le domaine de la santé publique, le concept de « patient complexe » a été largement utilisé par les équipes médicales pluridisciplinaires et les différentes disciplines de santé, mais il a également perdu son sens au cours de la dernière décennie. Comprendre pourquoi, quand et comment le concept de patients complexes apparaît et comment il évolue dans le temps est une étape importante vers un niveau de clarté supérieur. Il est important de clarifier ce concept car les prestataires de soins de santé doivent se comprendre lorsqu'ils travaillent avec des patients

aits complexes. L'introduction du concept de patient complexe dans les années 1990 a progressivement modifié la façon dont les prestataires de soins de santé interagissent et attribuent un sens aux situations cliniques des patients présentant des caractéristiques et des besoins spécifiques. Nous réalisons que les concepts changent avec le temps et dépendent du contexte. Les patients complexes incluent d'autres termes tels que la comorbidité, les maladies multiples, la multimorbidité, le double diagnostic et les maladies chroniques multiples. Les déterminants sociaux de la santé sont un concept lié à la complexité du patient, ce concept que nous avons développé permet de définir le patient complexe au-delà de son état de santé. C'est une vision d'un patient qui non seulement souffre de divers problèmes de santé, mais qui vit dans un monde où les relations communautaires et sociales sont liées et dépendent de l'accès au logement et aux soins de santé (Manning & Gagnon, 2017).

Nous constatons que tout au long de leur vie, les personnes sans-abris sont confrontées à une accumulation de situations complexes.

Sur le plan international, les recherches en lien avec le sujet des soins destinés aux itinérants souffrant de pathologies graves et nécessitant des soins complexes et spécifiques, sont rares (Hakanson et al., 2014).

Les interactions entre des éléments relatifs à la santé physique, psychique et aux conditions de vie sociales et économiques font que la gestion de la situation de soins soit globalement complexe et associée à l'incertitude et l'imprévisibilité (Alvarez et al., 2020).

D'ailleurs, les soins dont les sans-abris ont besoin sont de nature complexe et nécessitent de multiples compétences au sein des services sociaux, des soins infirmiers en santé mentale et de la médecine (Hankanson, 2016).

Cette complexité est générée notamment par de multiples troubles mentaux et somatiques chroniques qui s'ajoutent au risque de non-satisfaction des besoins de soins de santé de cette population (Argintaru et al., 2013).

Les personnes sans-abris sont d'ailleurs qualifiées comme étant des patients "difficiles" car leurs besoins en soins sont complexes. Ils sont sujet à des maladies mentales, à la consommation de drogues illicites et de stupéfiants ce qui accentue leurs difficultés à suivre un traitement et les médicaments prescrits de même que leurs problèmes d'autonomie et d'assiduité aux visites programmées (Hwang et al., 2001 ; Mc Neil & Guirguis-Younger, 2012).

Les personnes itinérantes présentent des besoins complexes notamment une prévalence élevée de maladies chroniques. A Bruxelles suivant les statistiques de 2020 des "infirmières de rue", nous constatons que sur 59 patients sans-domicile fixe suivis par l'organisation, 44 patients souffraient de maladie chroniques. Nous réalisons que le concept de soins intégrés pourrait être une réponse à cette problématique (Infirmières de rue, 2020).

	Au 31/12/2020	% en 2020	Au 31/12/2019	% en 2019
Nombre total de suivis	59	100 %	54	100 %
Nombre de personnes souffrant de problèmes de santé physique chroniques	44	74,6 %	44	81,4 %
Nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale	39	66,1 %	39	72,2 %
Nombre de personnes souffrant d'assuétude déclarée	50	84,7 %	46	85,2 %
Nombre de personnes cumulant 2 des 3 problèmes minimum	50	84,7 %	50	92,6 %

Figure 4 : Identification des problèmes de santé (physique et mentale) et assuétudes (Infirmières de rue, 2020)

3.5 Concept du "patient vulnérable"

Cela signifie étymologiquement *“qui peut être blessé”* - qui oblige à interroger tant les conditions de possibilité de cette potentialité – le risque structurel d’être blessé – que les conditions de réalisation de celle-ci – le fait d’être effectivement blessé” (Pain, 2012).

“Vulnérabilité” vient du latin *vulnus* : la blessure, la plaie. Le terme grec ancien *oulé* désigne la cicatrice. *“Être vulnérable, c’est donc être susceptible de se retrouver blessé, affaibli, diminué”*(Merlier, 2020).

De ce fait, notre vulnérabilité face à un accident de la vie est toujours possible. Cette vulnérabilité est notre lot à tous, nous sommes tous exposés, c’est une exposition, un risque que partagent le soignant et le soigné, et ce fonds commun d’humanité nous met à égalité. Tous, nous sommes à la merci de la fortune, de l’accident et de la mort. *“Cette égalité corrige dans une certaine mesure, la dissymétrie de tout rapport hiérarchique présent dans la relation de soin ou dans l’accompagnement social”* (Merlier, 2020).

L’avis de la Commission nationale consultative des droits de l’homme du 16 avril 2015 définit la personne vulnérable comme celle qui non seulement n’est pas *“en mesure d’exercer tous les attributs de la personne juridique”*, ni en mesure *“d’exercer suffisamment correctement ses droits et libertés, du fait de sa situation de pathologie ou de handicap, ou de son âge ou de ses conditions économiques d’existence”* (Merlier, 2020).

Selon Castel, la vulnérabilité apparaît comme une fragilisation des liens sociaux, une perte des sécurités responsables du processus de désaffiliation (Castel, 1995).

4 La représentation des soins par les professionnels de santé

Il est important d'essayer de comprendre par rapport à un groupe de professionnels ce que représente pour ceux-ci un sujet, un concept, une problématique ou une situation complexe.

4.1 Concept "la représentation"

Nous pouvons définir que la représentation sociale est *"un ensemble organisé et hiérarchisé des jugements, des attitudes et des informations qu'un groupe social donné élabore à propos d'un objet. Les représentations sociales résultent d'un processus d'appropriation de la réalité, de reconstruction de cette réalité dans un système symbolique. Elles sont intériorisées par les membres du groupe social et donc collectivement engendrées et partagées. Elles sont les "visions du monde" que développent les groupes sociaux ; visions du monde qui dépendent de leur histoire, du contexte social dans lequel ils baignent et des valeurs auxquelles ils se réfèrent"* (Abric, 2003).

Elles correspondent au sens commun, à ce que les gens *"pensent connaître et sont persuadés de savoir"* à propos d'objets, de situations, de groupes donnés : ce sont en quelque sorte des connaissances implicites (Abric, 2003).

« Les situations d'exclusion correspondent très précisément aux situations dans lesquelles nous pensons que les représentations sociales déterminent les pratiques : une situation où la charge affective est forte, où la référence à la mémoire collective est importante et où enfin, l'acteur dispose d'une autonomie par rapport aux contraintes de la situation » (Abric, 2003).

Ces représentations sociales donnent lieu à trois fonctions essentielles dans les processus d'intégration-exclusion à savoir :

- Une fonction identitaire, en déterminant comment un groupe social donné se perçoit et perçoit les autres groupes avec lesquels il est en interaction ;
- Une fonction justificatrice ; elle permet de justifier à priori mais surtout à posteriori certaines pratiques sociales ;
- Une fonction d'orientation des pratiques (Abric, 1994).

Les représentations professionnelles sont selon Piasser, *"un ensemble de connaissances portées par un groupe d'individus à propos de leur métier ou d'un aspect de leur métier"* (Piasser, 2004).

Ces représentations sont une construction collective et se basent sur des pratiques communes. C'est son positionnement statutaire et son activité de travail au sein d'une organisation qui permettent de l'identifier (Salès-Wuillemin et al., 2009).

La mobilisation de concept en lien avec la représentation des professionnels de santé :

La représentation de l'intégration de soins des professionnels de santé envers des patients en situation de grande précarité se rattache à trois angles d'analyse qui sont l'ethnocentrisme médical, l'humanisme soignant englobant plusieurs valeurs et l'éthique professionnelle.

4.2 L'ethnocentrisme médical - la stigmatisation

Comme l'exige la déontologie médicale, les sans-logis ont accès aux soins.

L'idéologie biomédicale différencie les "bons" des "mauvais" patients. Ces jugements moraux sont camouflés par des arguments thérapeutiques. Benoist pointe du doigt cette attitude qui considère que les "bons" malades sont compliants et respectent les normes de comportements. N'abusant pas des soins et cotisant à la sécurité sociale, ils sont relativement "rentables". Toutefois, les mauvais malades ne sont pas compliants et, souvent affiliés à la CMU, *"ils coûtent chers à la collectivité"* (Benoist, 2010).

De ce fait, la médecine devient un facteur de domination sociale vu le fait qu'elle n'accompagne pas les sans-abris et un problème d'ordre éthique se pose dans ce cas (Benoist, 2010).

Les soignants considèrent les sans-logis comme responsables de la dégradation de leur santé. A leur avis ceux-ci « *ne font rien pour se maintenir en bonne santé et lorsqu'ils tombent malades, ils s'entêtent à refuser les solutions thérapeutiques qu'on leur propose* » (Benoist,2009).

4.3 La représentation de l'hygiène par les professionnels de santé

Les sans-abris sont classés par les professionnels de la santé et des travailleurs sociaux selon des critères hygiénistes. Plus ils sont considérés comme “sales et “clochardisés ” moins on considère qu'ils ont de chances d'être “guéris” ou “réinsérés”. Les professionnels semblent donc se focaliser de manière excessive sur l'importance de l'hygiène dans le parcours de ces personnes. Ils perdent de ce fait de leur humanité aux yeux des professionnels qui les « clochardisent » (Benoist, 2019). Ces appellations de “sans-abri ”ou de “clochards” sont définies comme des “stigmates”.

La stigmatisation est “*un stéréotype qui discrédite la personne qui en est caractérisée*” (Goffman,1963). Face à la stigmatisation des sans-abris rendus responsables de leur situation d'itinérance, ceux-ci vont intérioriser l'image de soi dictée par la société.

La stigmatisation accentue encore plus la souffrance des sans-abris atteints de maladies mentales. Par conséquent, il est nécessaire d'activer les interventions et les politiques systématiques, multidimensionnelles et multisectorielles pour une lutte efficace contre la discrimination et la stigmatisation publique, institutionnelle et structurelle omniprésentes liées à la fois à la maladie mentale, à l'itinérance et à la pauvreté (Mejia-Lancheros et al., 2021).

Les sans domicile-fixe s'opposent à recevoir des soins, à être hospitalisés ou recueillis. Ils s'expriment parfois avec violence. Selon Benoist au plus la personne est “clochardisée”, au plus son refus d'aide est catégorique au point de se retrouver dans des situations dangereuses ou fatales (Benoist,2008).

Ces types de comportements expliqueraient le non-recours aux soins d'après Benoist. Il s'agit du refus de soins, la négligence et l'acceptation des soins (Benoist,2008).

En outre, notre public cible est confronté à des obstacles au niveau de l'accès aux soins de santé dont la peur, la gêne et la présomption de mauvais traitements ou de discriminations pouvant se présenter de la part des professionnels de santé (Zeien et al.,2021).

La discrimination envers les personnes sans domicile fixe affecte négativement d'ailleurs et de manière notable les relations sociales et par conséquent le bien-être (Zeien et al.,2021). Il y a eu, de ce fait, plusieurs signalements de cas de discrimination de la part des travailleurs sociaux, de prestataires de soins de santé et d'autres professionnels des services auxiliaires envers des sans-abris (Zeien et al., 2021). Ces agissements altèrent par conséquent la qualité des soins reçus de la part des professionnels de santé et installent un climat de méfiance qui empêche les sans-abris de chercher des soins lorsqu'ils en ont besoin (Zeien et al.,2021).

Les concepts et les valeurs “humanisantes ”que je vais élaborer permettent d'éviter ces comportements délétères à la relation de soins.

4.4 L'humanisme soignant

L'humanisme soignant est “*un courant de pensée initié en 1995 par les concepteurs de la revue Perspective soignante*” (Hesbeen, 2017, p.50).

“*L'humanisme soignant c'est la capacité de reconnaître l'humanité de l'humain, d'accorder de l'importance à cette humanité qui caractérise chacun, de le considérer comme une fin en soi et non seulement le moyen de nos désirs, de nos sentiments, de nos projets, de nos actes, de notre métier ne va pas de soi* ” (Hesbeen, 2017, p.53). L'humanisme soignant intègre trois valeurs non négociables qui sont le respect, la considération et la dignité.

Lors des soins, nous essayons de voir l'humanité du patient, “*c'est le fait de prendre en compte l'humanité, quelle que soit la façon qu'a cet autre de se présenter à nous*” (Hesbeen, 2017,

p.53). Ce qui met le professionnel de santé à l'épreuve et donc à la reconnaissance des limites auxquelles le professionnel est confronté.

“C’est parce que prendre soin nécessite de porter une attention particulière à l’autre en vue de tenter d’accueillir et de prendre en compte sa singularité que le métier de soignant “ne va pas de soi” mais qu’il procure du plaisir lorsque l’on aperçoit dans le regard de cet autre, malgré sa détresse parfois, sa reconnaissance pour l’aide apportée et l’apaisement qu’on a pu lui procurer” (Hesbeen, 2019).

Nous réalisons que l’humanisme permet d’instaurer une structure éthique universelle qui accorde une place privilégiée à des qualités comme la fidélité, la confiance, la bienveillance, l’honnêteté intellectuelle, le courage, la compassion et la véracité. Ces vertus devraient être une norme éthique qui régit et organise le système de santé (Kvesić et al., 2019).

4.5 L’humanisme soignant impacté dans les contraintes organisationnelles

“Et le quotidien, par la frénésie du faire qui trop souvent le caractérise, voire le systématiser qui l’anime, conduit parfois les professionnels à manquer de vigilance, à sous-estimer l’impact de leurs manières d’être, de faire et de dire sur la personne soignée et sur la façon qu’elle a ainsi de se sentir considérée” (Hesbeen, 2014).

L’humanisme soignant apporte de l’humanité dans un contexte organisationnel qui est souvent dominé par la standardisation des actes techniques et donc le patient avec son vécu, sa singularité fait face à un système qui risque de le banaliser. La prise en compte et la réflexion d’une approche plus humanisante sur la pratique de soins par les professionnels de santé pourraient améliorer les soins malgré une pression organisationnelle qui peut s’avérer délétère aux patients.

En effet, l’humanisme soignant est une éthique de la relation à l’humain car elle interroge et met à l’épreuve le professionnel de santé lors d’un processus de soins, d’un entretien avec une personne vivant une situation difficile.

Hesbeen conçoit la relation de soin « *comme une relation d’attention particulière à autrui et par laquelle s’expriment l’intérêt que l’on porte à cette personne ainsi que la reconnaissance de l’être singulier et irremplaçable qu’elle est ; la conviction de sa présence au monde en qualité de sujet, quels que soient son état, sa condition et son histoire et la volonté de lui venir en aide dans ce qu’elle a à vivre* » (Hesbeen, 2018). Il s’agit d’une relation de soin de qualité qui respecte et offre de la considération à l’humain malade ou dépendant. Celui-ci s’y sent un peu aimé et reconnu digne d’intérêt et regardé comme une personne qui mérite l’intérêt qu’on lui donne.

4.6 Les valeurs humanisantes

Les valeurs humanisantes que nous pouvons mobiliser à l’amélioration de la relation de soin sont :

- La compassion

Les soins de compassion sont un ensemble de quatre attributs à savoir, la sagesse, l’humanité, l’amour et l’empathie. Dans une relation de soin basée sur la compassion le soignant a pleinement conscience de la particularité de la situation lorsqu’une personne est vulnérable et souffre (Blomberg et al., 2016).

La compassion est selon Hesbeen le fait d’accueillir la souffrance d’autrui, elle n’est pas religieuse mais bien humaine et s’exprime par la sollicitude. Elle est indispensable à la pratique des soignants car, sans faire preuve de compassion, on ne peut prendre soin de l’être souffrant (Hesbeen, 2017, p.91).

- La bienveillance

Il s’agit d’une valeur non-négociable en situation de soin. La bienveillance est une attitude où le soignant se montre disposé et soucieux d’avoir des rapports humains

agréables et bienfaisants à l'égard des patients vulnérables. De ce fait, il montre concrètement qu'on a à cœur que notre intervention soit aidante, facilitante et apaisante. Bref, la bienveillance est une manière noble d'exprimer sa préoccupation éthique dans les rapports humains (Hesbeen, 2017, p.77).

- La sollicitude.

Paul Ricoeur définit la sollicitude, dans *“Soi-même comme un autre”* en ces termes : *“La sollicitude est spontanéité bienveillante soucieuse de l'altérité des personnes, intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée de la vie bonne”* (Ricoeur, 1990). C'est une éthique pratique constituée par trois moments à la fois différents et liés ensemble : visée de la vie bonne (pôle “je”), avec et pour les autres (pôle “tu”), dans des institutions justes (pôle “il”) (Svandra, 2016).

Elle allie estime de soi et d'autrui et assure ainsi le respect mutuel. C'est une « sagesse pratique créative de sens » Le soin devient ainsi un « lieu d'échange réciproque » permettant de diagnostiquer la personne souffrante ou vulnérable, « de préserver son humanité et de restaurer un certain équilibre dans la relation de soins » selon les termes de Fürstenberg (Fürstenberg, 2021).

Voici un exemple, sur une représentation des soins relatée par des personnes sans-domicile fixe au CHAPSA (Centre d'Hébergement et d'Aide aux personnes sans-abris), un centre d'hébergement et de soins médicaux de Nanterre).

Suivant l'observation réalisée par Benoist, celui-ci a constaté que certains praticiens au CHAPSA, essaient d'établir une relation faite d'écoute et de complicité (Benoist, 2008).

Généralement, les sans-logis n'admettent pas ou minimisent leurs pathologies somatiques. Ils reconnaissent toutefois, très souvent la précarité de leur santé mentale. Ils sont en effet fréquemment sujet à des dépressions et à de la tristesse car ils vivent au quotidien la solitude, l'ennui, l'humiliation et le désespoir. D'ailleurs, certains sans domicile fixe qui sont inattentifs généralement concernant leur traitement, le suivent à la lettre s'il s'agit d'antidépresseurs. L'écoute que leur accordent les soignants les reconforte et les incite à accepter plus facilement les soins. Par conséquent, les consultations permettent à ces personnes itinérantes d'avoir un moment privilégié d'échanges et de paroles. Ils leur arrivent d'ailleurs de considérer le soignant comme un confident qui fait preuve de compréhension et d'écoute bienveillante à leur égard (Benoist, 2008).

4.7 L'éthique du soignant

Nous pouvons définir l'éthique *“comme une visée, elle permet de regarder l'action selon sa finalité et selon la capacité de l'acteur à conserver des valeurs constantes entre la fin et la réalisation, la morale est un instant, c'est-à-dire que l'action est regardée dans son présent pour mesurer s'il existe un écart ou une conformité entre ce qui devrait être et ce qui est”* (Demont, 2013).

L'éthique fait l'objet d'un savoir, se fondant sur le postulat d'une réflexion rationnelle possible dans l'ordre des valeurs (Lecomte, 2006). Les prises en compte des différentes valeurs citées plus haut font partie de l'éthique. L'éthique se travaille à travers des valeurs.

“Un travail rationnel est à la fois possible et nécessaire sur les valeurs...le nier, ce serait supposer qu'il n'y a de connaissance que scientifique, d'action que technique, de règle de droit que positive ; ce serait prendre position philosophiquement contre la possibilité pour la raison humaine de penser les valeurs, et renvoyer nos comportements à l'arbitraire psychologique, social et historique de chacun” (Rameix, 1996).

Chaque épisode de *“soins rencontrés”* s'articule autour d'une même visée *“téléologique”* se rapportant donc à une finalité. Cette visée va permettre de définir ce qu'est une *“bonne action”* en tant que professionnel, ce qu'est *“l'agir bien”*, ou encore ce qu'est le *“*

professionnalisme”, c’est-à-dire qu’elle apporte une perspective éthique au professionnel pour guider sa posture et déterminer les actions et discours qu’il a réalisés (Demont, 2013).

Paul Ricoeur (1990) propose une articulation entre l’élaboration d’une éthique et la théorie narrative. En effet, le récit permet à la personne de développer une pensée dont l’éthique n’est ni un référent social, ni un déterminant psychologique hérité de son histoire, ni à une analyse de discours, mais qu’elle s’élabore à travers les récits reçus et produits. Cet acte de “*raconter*” permet de considérer l’analyse de discours comme un outil pertinent pour mettre à jour, pour comprendre les caractéristiques que la personne prête à cette figure éthique construite dans le récit. Le récit construit une figure du personnage éthique de celui qui agit selon les critères d’une “*vie bonne*”, une figure qui sert de modèle. Selon Ricoeur, l’éthique est impliquée “*dans la structure même de l’acte de raconter*” (Ricoeur, 1990).

Ceci nous permet d’envisager que l’analyse de discours est un outil pertinent pour la mettre à jour, pour comprendre les caractéristiques que le locuteur prête à cette figure éthique qu’il construit dans le récit.

La démarche éthique selon Paul Ricoeur (1990) :

- “*Une prise de conscience du problème ;*
- *Un désir d’y répondre (ce qui appelle l’intention éthique des valeurs comme fondements et un souci de les honorer) ;*
- *Une démarche d’élaboration de la meilleure réponse possible “ ce qui nécessite la référence à des normes, et c’est là que selon Ricoeur la morale intervient (Ricoeur, 1990).*

4.8 La vigilance éthique

La vigilance éthique est un concept que j’ai découvert au cours d’épistémologie assuré par Professeur Walter Hesbeen. La découverte de cette pensée m’a permis de trouver et de mettre des mots sur ce que mon équipe et moi réalisons face à des situations sensibles et singulières rencontrées aux urgences.

Les institutions de soins sont confrontées à la mise en place de techniques très sophistiquées parfois peu soucieuses des situations singulières que vivent les patients. “*La vigilance qui traduit un attachement à l’humain qu’est cet autre, l’humain qu’est cet être, un être singulier à nul autre pareil*” (Hesbeen, 2017).

La vigilance éthique permet de s’interroger et d’interpeller la perspective dans laquelle se fait et sur ce qui doit être fait par les soignants, la perspective dans laquelle se met en œuvre ce qu’ils ont à réaliser. “*Cette vigilance se traduit par la volonté de permettre à chacun d’exister, de se sentir exister, en tant que sujet dans la relation de soin*” (Hesbeen, 2017,p.1.). Cette vigilance nous permet de prendre conscience sur des situations qui peuvent nous sembler difficiles.«...le malade n’est pas la maladie qu’il a » (Hesbeen, 2017). Cela permettra aux personnels de l’équipe de s’exprimer sur le fait de la place qu’occupe chaque personne lors d’une situation vécue et de développer une ambiance éthique.

4.9 Vignette clinique 1

Voici un exemple d’une vignette clinique que j’ai vécue :

Mr H arrive avec l’ambulance 100 aux urgences vers 3 h du matin, à l’accueil les pompiers me disent devant Monsieur H “*il est sorti de prison il y a deux jours et il cherche un endroit pour dormir...*” J’installe Mr H et ensuite je lui demande l’origine de son arrivée, il me dit “*Madame je suis sorti de prison et je suis fatigué...*”je lui réponds “*oui, cela je sais ...*”mais j’avais remarqué avant qu’il ne s’installe qu’il avait une démarche difficile...je prends ses paramètres et lui pose la question “*avez-vous mal quelque part ?* ”Il me répond “*oui à mes pieds...*” je lui propose de voir ses pieds...Monsieur est gêné en me disant que “*cela sent*

mauvais ... Je lui dis cela ne pose pas de problème en enlevant ses chaussettes, je constate des pieds blessés et présentant des "cloches" car depuis deux jours il ne fait que marcher ... Je lui propose un bain de pied pour soulager sa douleur avec un repas... Mr H m'a remercié et ensuite il a pu se reposer. Au rapport du matin j'ai demandé aux collègues de contacter le service social pour Mr H.

Cette situation vécue m'a confronté sur la priorité de la qualité de l'accueil des patients qui est essentielle à la relation de soin. Nous risquons de banaliser et de stigmatiser une personne sur son vécu et donc d'ignorer ses besoins et son bien-être. Les préjugés des pompiers envers le patient peuvent, non intentionnellement, influencer les professionnels de santé suscitant de la stigmatisation vis-à-vis du patient. C'est pourquoi, nous devons être vigilants face à ces situations et notre posture éthique est importante afin d'éviter de banaliser la personne que nous avons en face de nous.

Les différents concepts que nous venons de voir répondent à ma pratique quotidienne de soignante. Suivant mon expérience, mon point de vue sur la représentation que j'ai lors de l'accueil et de la relation de soin envers une personne sans domicile m'amène à dire que chaque situation vécue est une situation spécifique, singulière. J'ai remarqué que prendre le temps d'écouter et de me mettre à hauteur de la personne améliore la qualité de la relation de soin. Souvent aux urgences, nous sommes confrontés à une surcharge de travail mais nous arrivons, malgré tout, avec l'équipe, à trouver un moment où nous pouvons améliorer le processus de soins envers un patient présentant une grande précarité. Car selon moi, une vigilance éthique se travaille et se développe grâce à une équipe où des situations vécues sont discutées.

5 Point d'histoire

5.1 Sur l'accueil hospitalier

L'hôpital, au cours de l'histoire a toujours gardé sa double fonction de lieu de soins et d'accueil malgré une structure administrative de plus en plus complexe.

Au Moyen Âge, l'hôpital était une institution, un bâtiment communément appelé Hôtel-Dieu, un lieu d'hébergement ou d'hospice, généralement établi par une congrégation religieuse destinée à recevoir les pauvres et les malades. Le devoir de charité est institutionnalisé par l'Eglise. Selon Dodier, "*nous avons à cœur le bien-être des âmes ainsi accueillies*". L'obligation de charité est institutionnalisée par l'Eglise qui se préoccupe du bien des âmes ainsi accueillies (Dodier, 1997).

Cette ouverture se combine avec un souci d'enfermement des "*inutiles au monde*" c'est-à-dire pour ceux qui ne travaillent pas ou qui errent de par le monde. Cette forme d'hôpital perdure jusqu'au XVIIIe siècle.

Au XVIIIe siècle, l'hôpital rencontre une double crise. L'hôpital est d'abord confronté à une crise de la question sociale sur le fait qu'auparavant, la vulnérabilité des personnes touchait essentiellement des vagabonds ou des personnes déracinées. Ensuite, il y a eu une évolution où le peuple entier commence à être vulnérable aux transformations du travail. Avec comme conséquence au début du XIXe siècle et de l'ère industrielle, un développement du "paupérisme des populations". L'hôpital devient un lieu d'afflux pour ces populations dans le besoin. L'hôpital fait face à une deuxième crise qui est "médicale" car on prend conscience que les hôpitaux sont des foyers d'épidémie et que la mortalité y est élevée. Dans cette période de naissance de la médecine clinique, une grande inquiétude pèse sur le but proprement thérapeutique des hôpitaux (Dodier, 1997).

Cette double crise de l'hôpital permet le développement d'une nouvelle configuration de ses relations à l'extérieur : *l'assistance médicale publique* qui est fondée sur l'idée nouvelle que

les indigents ont des droits. En France, le “droit à l’assistance” est inscrit dans la loi de 1893 relative au droit aux soins pour les indigents. En 1905, est votée la loi sur le droit au secours pour les vieillards indigents et pour les invalides. Les hôpitaux passent sous une tutelle administrative après une autorité religieuse (Dodier, 1997).

La médicalisation des hôpitaux a permis un développement considérable de spécialisations visant à professionnaliser les espaces afin de créer des places pour des groupes de patients touchés par des pathologies homogènes. Pinel Phillippe (1745-1826) précurseur de la psychiatrie est l’un des artisans de cette organisation “spécialisée” des hôpitaux. De ce fait, on commence à sélectionner à l’entrée de l’hôpital les personnes sur des arguments médicaux, on exclut les “incurables” en construisant des lieux spécialisés. Les critères de sélections sont contrôlés par les médecins permettant un développement de leurs pouvoirs dans la hiérarchie hospitalière (Dodier, 1997).

Au cours des dernières décennies l’hôpital est devenu un lieu de substitution à la médecine générale pour une population où le rapport à la maladie a changé (Dodier, 1997).

Actuellement l’hôpital est “*devenu un lieu où l’on naît et celui où l’on meurt.*” Il est toujours un lieu d’accueil des individus marginalisés par leur état de santé psychique ou physique (Chauveau, 2011).

5.2 L’instauration d’une politique sociale dans la Région bruxelloise

La complexité institutionnelle belgo-bruxelloise nous conduit à essayer de situer dans le contexte historique, les évolutions majeures des politiques publiques par rapport au sans-abrisme (Malherbe et al., 2019).

En 1970, la première réforme de l’Etat se déroule sur fond de crise économique, l’explosion du chômage de masse permet à ces personnes d’être considérées comme des victimes de la crise. C’est dans ce contexte que sont créés, par la loi du 7 août de 1974, les Centres publics d’assistance sociale (dénommés depuis 2001 Centre public d’action sociale : CPAS) et qu’est instauré le droit minimum de moyens d’existence. Ce nouveau service public s’impose rapidement comme un outil important de l’arsenal de lutte contre la pauvreté (Malherbe et al., 2019).

“Régi par une loi nationale, il doit être le garant d’un traitement égal sur l’ensemble du territoire et symbolise l’autorité de la puissance publique à côté de la disparité de l’offre organisée par le secteur associatif” (Malherbe et al., 2019).

Dans les années 90, nous assistons à un grand bouleversement marqué à la fois par la reconnaissance de la Région bruxelloise comme entité politique à part entière et par de nombreux changements qui vont influencer la structuration du secteur de l’aide aux sans-abris jusqu’à aujourd’hui. La loi du 12 janvier 1993 traitant d’un “programme d’urgence pour une société plus solidaire” prévoyait plusieurs mesures importantes à l’égard des personnes sans-abris en élaborant un cadre relatif à la compétence des CPAS (Rea et al, 2001 ; cited in Malherbe et al., 2019). Cette loi a aboli une ancienne loi de 1891 sur le vagabondage et la mendicité en donnant la compétence aux communes de mettre en œuvre une politique pour les personnes sans-abris.

A Bruxelles, face aux difficultés rencontrées par les CPAS à mettre en place à leur niveau d’action des structures adéquates pour répondre aux besoins des personnes à la rue et à l’impossibilité de concevoir une vision commune aux 19 CPAS de la Région, six d’entre eux appuyés par des représentants des milieux laïques (socialistes et libéraux) créent une structure supplémentaire : le Samusocial. Celui-ci doit apporter une solution au vide existant dans la prise en charge des individus entre la rue et les autres services d’aide (Malherbe et al., 2019). Ces services à “bas seuil” d’accès permettent de remédier au manque d’accès aux soins et de rencontrer une population particulièrement exclue de l’offre classique d’aide et de soins.

En plus du Samusocial, une diversification et une spécialisation de services se développent tels les logements accompagnés, la création des abris de nuit, le travail de rue réalisé et

développé en 1995 par Diogènes et l'installation des services de jours (douche, services d'hygiènes, restaurants sociaux...).

Cette phase de création de services va de pair avec une professionnalisation croissante des salariés du secteur.

Parallèlement, le secteur d'aide aux sans-abris voit augmenter l'ouverture de places d'accueil d'urgence. Cette évolution parallèle suscite un débat essentiel à Bruxelles : le conflit entre la demande immédiate (ou en urgence) et le travail d'insertion à plus long terme qui démontre le conflit entre une politique généraliste et une politique ciblée (Malherbe et al., 2019).

Lorsqu'on analyse l'historique de la mise en place des différentes structures pouvant répondre aux besoins des individus présentant une grande précarité, je constate que cela a été possible grâce à une observation continue de la précarité par des acteurs de terrain travaillant dans différentes ASBL. Car nous remarquons que ces situations de grande précarité évoluent dans le temps et suivant le contexte socio-économique. Cependant le travail de coordination avec les différents acteurs et les institutions a été difficiles à réaliser. La mise en place d'une gouvernance commune et cohérente avec les différents partis a été indispensable et cela n'a été possible que grâce aux différentes conciliations et rencontres entre les différents partenaires de terrain.

6 Le contexte des urgences en Belgique

Le développement de la médecine d'urgence remonte aux années 1960, mais le domaine de la médecine d'urgence n'a été officiellement reconnu qu'au début des années 2000. Ce processus d'individualisation de la discipline est étroitement lié à la structuration des services basée sur l'acquisition de deux compétences : celui de la réponse aux risques vitaux et celui de l'accueil du tout-venant (Wolff, 2018).

En 2012, il y a eu en Belgique 290 contacts avec les services d'urgences par 1000 habitants, le nombre total de contacts est passé de 3 millions en 2009 et à 3,2 millions en 2012 (KCE, 2016).

Un service de soins urgents spécialisés *“doit être en mesure de préserver, de stabiliser et de restaurer les fonctions vitales et est chargé de la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou y est transportée et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats”* (Arrêté Royal sur les normes d'établissement des urgences spécialisées, 1998).

Il doit disposer en permanence d'au moins deux infirmiers (dont au moins un doit être porteur d'un titre professionnel particulier en soins intensifs et soins urgents ou équivalent) et d'un médecin spécifique au service d'urgences (KCE, 2016).

6.1 Mobilisation du personnel soignant aux urgences

Les urgences sont de plus en plus surpeuplées. Pour remédier à ce problème, des stratégies opérationnelles avec un système de triage des patients ont été mises en place dès leur admission (Jobé et al., 2018).

Il s'agit de procéder à l'accueil, le triage et à la mobilisation du personnel des urgences envers les patients présentant une demande “sociale”.

Les services des urgences font face à une constante croissance du nombre des patients ayant des besoins multiples et complexes. Les professionnels urgentistes essaient de traiter les différentes situations selon leurs priorités. Concrètement, l'urgence est évaluée par le patient et/ou repérée par le professionnel mais c'est l'évaluation de ce dernier qui détermine le déroulement de la prise en charge. C'est la subjectivité de celui qui repère l'urgence qui est déterminante pour le patient. Dès l'entrée au service, une relation de pouvoir en faveur du personnel des urgences s'installe et conditionne l'admission du patient ou sa réorientation.

Les priorités de soin seront décidées en fonction de la gestion des flux des patients (Wolff, 2018).

Le tri des patients se fait en fonction de critères cliniques préétablis (suivant les échelles) et aide à hiérarchiser les priorités. La mobilisation du personnel se fait par rapport au patient et ses besoins. A travers cette « mobilisation différenciée », les patients auront des rangs de priorités très « contrastées ». Dodier & Camus repèrent ici « un processus non codifié » à travers lequel le soignant décide en tenant compte à la fois « des dossiers, des mots, de l'allure des gens », les besoins du cas. Toutefois, la force mobilisatrice des cas peut différer d'un soignant à l'autre par rapport à la complexité de certaines attitudes des patients et des demandes sociales (Dodier & Camus, 1997).

Les itinérants en tant que catégorie de patients se dirigent vers les urgences car ils pensent être incapables de trouver ailleurs satisfaction à leurs besoins vu leurs difficultés d'ordre social et vital à savoir la recherche de logement, de protection contre le froid, d'alimentation... (Béland et al., 1990). Cette catégorie de patients génère des attitudes complexes pouvant varier d'une attitude très péjorative à une mobilisation réfléchie pouvant même susciter des divergences voire des conflits entre les soignants quant à la meilleure attitude à adopter (Dodier & Camus, 1998).

Un des facteurs rencontrés pouvant expliquer l'utilisation des urgences par les personnes itinérantes est que suivant la description des sans-abris sur leurs expériences en matière de soins : Ils déclarent souvent se sentir jugés, irrespectueux et non soutenus par les prestataires de soins. Les perceptions de manque de respect, de mauvais traitements et de méfiance aggravent d'autres obstacles à l'accès aux soins de santé auxquels sont confrontés les sans-abris. En conséquence, les sans-abris n'ont pas accès à une source régulière de soins de santé et demandent souvent des soins de santé aux services d'urgences (Nam et al., 2021).

6.2 Les idéaux types de l'urgence

L'étude sur l'analyse du discours des professionnels des urgences de l'hôpital Grand-Est en France réalisé par Wolff révèle que l'urgence est reconnue et priorisée différemment selon l'idéal-type d'appartenance (Wolff, 2018, p.78).

- Les urgences vitales sont qualifiées "d'urgences vraies" dont le risque vital peut être direct ou indirect, car le risque peut être diagnostiqué immédiatement dès le départ de la prise en charge ou repéré comme potentiellement existant. Dans ce cas, l'urgence vitale peut intégrer l'urgence immédiate. Les professionnels le qualifiant "d'urgence vraie" désigne *"les situations où la mobilisation des compétences du plateau technique des urgences est nécessaire immédiatement. Le pronostic vital peut être mis en jeu, ou l'état (lésionnel ou fonctionnel) du patient est susceptible de s'aggraver"* (Wolff, 2018, p.78).
- D'autre part, les recours liés à des pathologies médicales légères, susceptibles de relever de la médecine générale sont qualifiés selon les professionnels de santé comme de "non-urgence". Le type de pathologies rencontrées peut être des petites plaies, angines... Suivant l'analyse du discours, les professionnels de ce type d'urgence est peu apprécié par les professionnels. Les professionnels utilisent le terme "bobologies" pour ce type d'urgence (Wolff, 2018, p.78).
- L'autre forme d'urgence identifiée par les professionnels est l'urgence ressentie. L'urgence ressentie désigne une urgence subjective évoquée par le patient. C'est la présence d'une attitude démesurée d'anxiété présent chez un patient ayant une forme bénigne ou une absence de pathologie (Wolff, 2018, p.78).

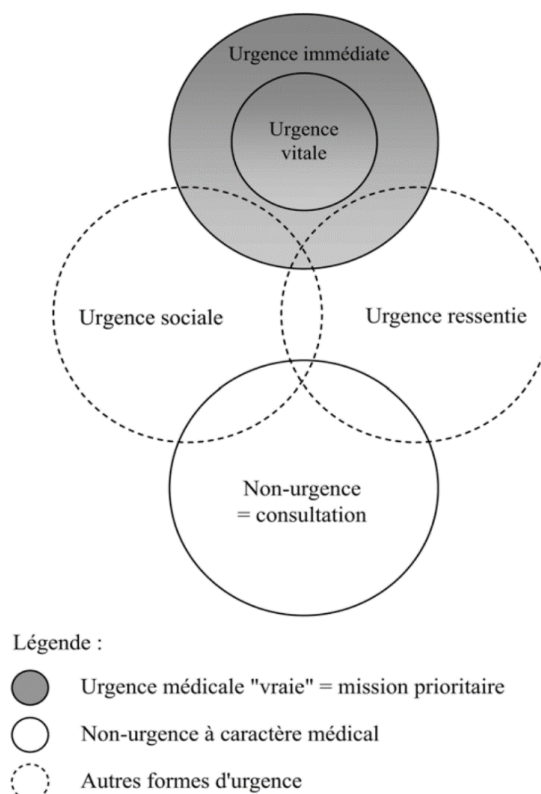


Figure 5 : Les idéaux de types de l'urgence repérés dans le discours des professionnels (Wolff, 2018)

6.3 Vignette clinique 2

Monsieur G sans domicile fixe depuis 16 ans, se déplaçant en chaise roulante, arrive l'après-midi aux urgences pour des douleurs au niveau des membres inférieurs. Lors de son arrivée, l'activité aux urgences est élevée. L'infirmier tri prends ses paramètres et réalise une première anamnèse. Mr G se plaint de douleurs aux membres inférieurs. Mr G voudrait des antidouleurs et émet à l'infirmière le désir de partir après ses soins. L'infirmier tri constate la présence d'anciens pansements au niveau de ses membres inférieurs avec un état général dégradé et un manque d'hygiène. En regardant son dossier médical il constate que Mr G a été hospitalisé deux mois auparavant pour des problèmes vasculaires. L'infirmier fait part de ses observations au médecin urgentiste qui constate que l'état de Mr G demande une prise en charge complète avec mise en place d'une perfusion et d'une prise de sang. Avant de réaliser les soins, l'équipe soignante propose à Mr G une toilette complète mais il est d'abord réticent et il refuse, il leur dit "j'ai besoin de ma bouteille de whisky... car sinon après je tremble ..."le médecin lui fait part qu'il aura un traitement de support pour son sevrage. Il accepte ensuite la toilette complète et que mon collègue réalise les soins. Lors de la réfection du pansement, le collègue constate que deux doigts de pied sont nécrosés avec des signes d'infection généralisés au niveau des membres inférieurs. La prise de sang présente un état inflammatoire d'où la nécessité de prise d'antibiotiques. Le médecin et l'infirmier expliquent à Mr G la nécessité de l'hospitaliser, le médecin lui dit qu'il mettra tout en œuvre pour un traitement adapté à son sevrage. Mr G accepte et me dit qu'il a besoin de repos...Mr G a été hospitalisé quelques jours, l'hospitalisation s'est bien passée. Vu son état de vulnérabilité, l'assistante sociale a pu trouver une place dans une maison de repos de soin en attendant que son état s'améliore.

Cette vignette clinique démontre que l'équipe soignante s'adapte aux besoins spécifiques des personnes sans-abris et est alerte aux critères de vulnérabilité même si le patient est réticent à l'hospitalisation. Ce jour-là, les urgences étaient surchargées et malgré une activité organisationnelle élevée nous avons pu réaliser des soins répondant aux besoins de Mr G. Nous constatons aussi que l'équipe soignante travaille en fonction d'une négociation qui s'établit entre le patient et les soignants en vue d'arriver à la finalité qui est de lui donner des soins.

Cette vignette évoque des similitudes avec le récit de Laurent Ravez qui relate l'histoire d'un patient sans domicile fixe séropositif hospitalisé cumulant des problèmes addictifs d'alcool et de drogues et souffrant d'une perte de poids. Le médecin entre dans sa chambre et s'entretient avec le patient. A un moment, donné le médecin lui dit *“Et voici une question difficile. Une question difficile, mais une bonne question. Qu'est-ce que je peux faire pour vous ?”* (D'Hoore & Hesbeen, 2016,p.17). C'est une question qui touche à la subjectivité du patient et qui tient compte de la singularité de l'individu que nous avons en face de nous. Nous ne savons pas répondre et satisfaire à toute sa demande mais l'attention que nous lui accordons peut enrichir notre relation de soins.

“Se mettre à l'écoute du sujet en vue d'accueillir sa singularité pour identifier et prendre en compte ce qui est important pour lui ne conduit pas, nécessairement, à pouvoir tout satisfaire, mais témoigne d'une intention et d'une ambition professionnelle dont le but ultime poursuivi est de prendre soin de la personne” (D'Hoore & Hesbeen, 2016,p.17.).

7 L'intégration des soins aux urgences

Nous allons aborder l'intégration de soins des personnes sans-abris dans un service d'urgences définit selon Rainbow Model of Integrate Care sous 3 niveaux micro-méso et macro.

7.1 Micro : au niveau de l'intégration de soins

Nous allons aborder l'intégration de soins de notre public cible lors du triage et du processus de soins réalisés aux urgences.

D'importants obstacles entravent l'accès des sans domicile fixe aux soins de santé. Le sans-abrisme corrélé aux soucis de santé sont à l'origine d'autres problèmes complexes. Outre les obstacles liés aux coûts, *« le statut d'assuré, les problèmes de santé mentale, la toxicomanie et les comorbidités médicales »* entravent tous l'accès aux soins médicaux nécessaires de notre population cible. Les rendez-vous manqués par les itinérants sont des problèmes qui aggravent le fardeau financier du système de santé (Mariano & Harmon,2019).

- **Compréhension des besoins des personnes vivant une grande précarité suivant la pyramide de Maslow**

Comprendre la hiérarchie des besoins suivant la pyramide de Maslow fournit une base pour répondre aux besoins particuliers de notre population cible. La pyramide de Maslow est un modèle en cinq étapes qui comprend :

- Les besoins biologiques et physiologiques
- La sécurité
- L'amour et l'appartenance
- L'estime
- Les besoins de réalisation de soi (Fraino, 2015).

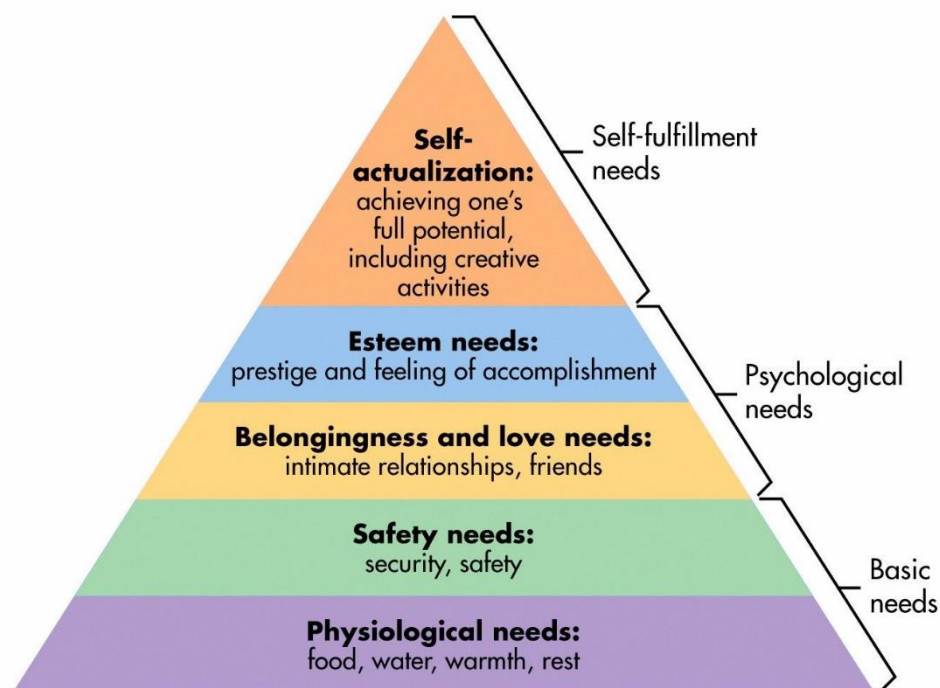


Figure 6 : La pyramide de Maslow (Mc Cleod, 2007)

Nous réalisons qu'à chaque niveau les besoins sont censés s'appuyer les uns sur les autres pour répondre au niveau le plus élevé de besoin (c'est-à-dire, la réalisation de soi). En effet, les besoins physiologiques les plus élémentaires, tels que la nourriture et le logement, doivent être satisfaits avant de pouvoir gravir la pyramide pour répondre à d'autres besoins (Fraino, 2015).

Lorsque les personnes sans-abris sont incapables de satisfaire leurs besoins les plus élémentaires, elles sont empêchées de passer à l'étape du besoin suivant, comme la sécurité et l'appartenance.

Dès lors, l'amélioration des soins de transition du milieu hospitalier au milieu ambulatoire est un élément essentiel à l'intégration de soins pour notre public cible. Nous allons développer le concept du gestionnaire de cas pouvant répondre à ces différentes problématiques telles les différents obstacles d'accès aux soins et la réponse satisfaisante aux besoins de base pour notre population cible.

- **Le gestionnaire de cas**

Le gestionnaire de cas peut trouver des solutions à ces différents problèmes en ayant recours à des programmes de réadaptation et de traitement.

Il travaille, en effet, avec les différents professionnels et le patient dans le but de rendre plus aisée la coordination des soins : il fixe des rendez-vous adaptés, organise le transport, assure le suivi des patients et fournit des services de soutien qui répondent aux besoins de santé complets de notre population cible (Mariano, 2019).

L'intervention en temps critique est une forme de gestion de cas limitée dans le temps qui met l'accent sur le maintien de la continuité des soins pour un individu pendant la période cruciale de transition des services d'hospitalisation à la communauté (Hwang, 2014).

Le gestionnaire de cas développe une alliance thérapeutique avec le patient ce qui impacte positivement la qualité de la relation interpersonnelle englobant confiance, respect et affection sincère. Le patient sans domicile fixe s'engage ainsi plus facilement et pleinement dans le traitement. Il devient un allié et un collaborateur qui vise autant que le personnel soignant à atteindre les objectifs de la thérapie (Chinman et al.,2000).

- **Dépistage du sans-abrisme aux urgences**

La plupart des services d'urgence ne s'intéressent pas de près au statut de logement des personnes sans domicile fixe. Ce statut de logement n'est pas forcément pris en compte comme un facteur de risque pour la santé au même titre que le dépistage de la présence d'infections, de maladies chroniques, de toxicomanie etc. Le personnel soignant n'est pas assez formé pour poser des questions comme « Où vivez-vous ces jours-ci ? » qui permettent de visualiser de près le degré de précarité du patient. Ces questions sont jugées comme gênantes et le personnel préfère les éviter. Toutefois, ce sont ces professionnels de santé qui peuvent approcher de plus près les conséquences sanitaires et sociales de l'itinérance.

Ce personnel est ainsi dans une position unique qui peut influencer positivement les personnes sans-abris. Selon Raven, le « *dépistage et l'identification précis de l'itinérance chez nos patients est une première étape nécessaire qui peut nous fournir des données qui soulignent l'importance des initiatives du système de santé pour lutter contre l'itinérance* » (Raven,2019).

- **Moments catalyseurs**

Lors du processus de soins nous pouvons nous interroger sur les moments catalyseurs qui sont définis comme un moment d'échange entre le professionnel de santé et les patients où l'attitude du prestataire fait "apparaître" ses propres perceptions et valeurs liées le plus souvent à sa culture, son vécu et aux éléments structurels de la santé (Macq, 2019).

7.2 Méso, au niveau des intégrations professionnelle et organisationnelle

Il est vrai que les professionnels de santé ne sont pas assez formés à soigner les patients présentant des besoins complexes. Se confronter aux obstacles psychosociaux des patients, aux maladies mentales non traitées et aux troubles en lien avec la consommation de substances, ainsi qu'aux problèmes systémiques de manque de temps ou de mauvaise coordination des soins avec les spécialistes, a pour conséquence de dispenser des soins fragmentés et non complémentaires (Loeb et al., 2015).

Pour le personnel de santé, la complexité est une combinaison de défis sociaux, comportementaux et médicaux. Ces défis semblent entraîner une inadéquation entre le patient et le système de santé, selon Chan. Le personnel soignant réalise ainsi que les obstacles et défis sont des ingrédients clés dans les soins aux patients socialement complexes. Ils nécessitent de répondre à la fois aux besoins psychosociaux et cliniques, de persister à garder le contact avec les patients pendant les périodes chaotiques, d'engager et maintenir une cohésion partagée entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, de créer une flexibilité dans l'adaptation des soins aux situations individuelles des patients. De même, les équipes de soins ambulatoires peuvent remédier à l'inadéquation en proposant « *des soutiens psychosociaux, une prestation de soins flexible et en favorisant la cohésion d'équipe pour soutenir l'engagement des patients* » (Chan et al., 2019).

Il apparaît donc nécessaire d'intégrer les soins sociaux dans le système de santé ordinaire pour détecter à temps et traiter les besoins sociaux et médicaux complexes des populations vulnérables. Ce projet requiert des « *approches interprofessionnelles en matière d'éducation et de formation médicale* » qui tiendra compte de la réalité de la situation des populations vulnérables et se basera sur les déterminants sociaux de la santé (Brettel et al., 2021).

Dans une situation complexe, les soignants font face à des opportunités mais aussi à un éventail de contraintes organisationnelles ce qui ajoute un niveau de complexité supplémentaire aux relations entre professionnels. Les réponses à ces niveaux de complexité diffèrent d'un personnel soignant à un autre ainsi que d'une institution à une autre (D'Amour et al., 2015).

- **Le travail sectoriel du “case manager”**

Nous avons relaté qu'il y a une présence des “gaps” lors de la sortie des patients sans domicile fixe des urgences et aussi lors d'une hospitalisation. Le “case manager” ou gestionnaire de cas travaillant avec plusieurs réseaux pourrait prévenir la problématique de discontinuité des soins. Milaney, a identifié six dimensions d'une pratique prometteuse à savoir : « *la collaboration et la coopération avec une véritable approche d'équipe, la juste adéquation des services centrés sur la personne, la gestion de cas contextuelle, culture et flexibilité, le bon type d'engagement, relations et plaidoyer ; système coordonné et évaluation* ». Ces six dimensions réduisent considérablement les obstacles et améliorent la collaboration sectorielle. Ils permettent de garantir aux gestionnaires de cas de bénéficier d'une formation appropriée et d'un soutien efficace (Milaney, 2011).

- **Le principe de territorialisation - Le travail en réseau**

La pratique interprofessionnelle a un défi majeur à relever dans la façon dont les territoires professionnels sont découpés et distribués au sein d'un système complexe et interdépendant. Pour répondre aux besoins de leurs patients, les membres d'équipes interdisciplinaires ouvrent leurs frontières territoriales dans le but de garantir plus de souplesse « *dans le partage des responsabilités professionnelles* » (D'Amour et al., 2015).

Les organisations et les prestataires doivent prendre des initiatives pour améliorer les résultats afin de répondre aux besoins les plus élémentaires de notre population en

identifiant et en renforçant leur place au sein de leurs communautés et en aidant les patients à naviguer dans le système de soins de santé. En plus, de l'approche multidisciplinaire pour répondre aux besoins spécifiques des personnes sans-abris, le développement et l'inclusion d'un programme spécialisé pourrait aider ces personnes à explorer et à se connecter à des options de logement (Fraino, 2015).

De ce fait, dans le contexte actuel bruxellois, le principe du réseau, la coordination entre la deuxième et la première lignes notamment la fonction 0.5, permettent de renforcer et d'améliorer la continuité des soins envers notre public cible.

- **L'intégration fonctionnelle**

L'intégration fonctionnelle est possible grâce à l'utilisation d'un outil entre différents professionnels comme le dossier médical partagé nécessaire pour notre public cible. Cet outil permet un meilleur partage d'informations entre les différents professionnels de santé amenés à prendre en charge les patients sans-domicile fixe, à la fois au niveau des hôpitaux, des associations ou des structures "bas seuil" (infirmières de rue, MDM...). Cet outil permet d'optimiser le parcours de soins et la connaissance de l'histoire médicale du patient (Jego et al., 2018).

7.3 Macro, au niveau de l'intégration systémique

La gouvernance multi-niveaux instaurée en Belgique comme réponse aux différentes caractéristiques territoriales (culture, dynamique économique...) a installé des frontières régionales et communautaires qui se détachent des évolutions de l'usage des espaces. Cette mesure est particulièrement utilisée dans la Région Bruxelloise et au-delà de son aire fonctionnelle (Malherbe et al., 2019).

Concernant la politique destinée aux sans-abris, un accord de coopération entre les entités fédérées belges et l'État fédéral vise à répondre à l'invitation du Conseil européen du 20 et 21 juin 2013 et à mettre en place des stratégies globales garantissant les droits fondamentaux dont le droit à un logement décent repris à l'article 23 de la Constitution belge (Service Public Fédéral, 2014). Cet accord reconnaît la nécessité de "*poursuivre, coordonner et harmoniser leurs (les entités fédérées et l'Etat belge) politiques de prévention et de lutte contre le sans-abrisme*", et ce à tous les niveaux de compétence. Pour atteindre cet objectif, la mise en place de "*la plus grande clarté quant à l'offre existante de services et instruments disponibles, ainsi qu'une visibilité maximale de cette offre*" est intéressante (Service Public Fédéral, 2014). Il est important de "*trouver des solutions communes concrètes*" quand on est face à une superposition de compétences (Malherbe et al., 2019).

Niveau		Compétences	Domaines d'actions	Opérateurs	Organisations représentatives sectorielles ou thématiques liées au sans-abrisme
Fédéral		Tutelle sur les CPAS	Aide sociale	Service Public Fédéral (SPF) Intégration sociale	Front Commun des SDF Fédérations de CPAS (une par Région)
		Lutte contre la pauvreté	LCP Financement des dispositifs hivernaux	Service de lutte contre la pauvreté	Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté Forum Bruxelles contre les inégalités Verenigingen waar armen het woord nemen
		Santé	Santé	SPF Santé publique	
		Asile et Migration	Accueil	Fedasil	
Régional		Logement		Associations d'insertion par le logement <i>Housing First</i>	Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'Habitat Réseau Habitat
		•	Accueil	Hub humanitaire Porte d'Ulysse	Plateforme Citoyenne (+ associations humanitaires comme Médecins du Monde)
Communautaire	Commission Communautaire Francophone (COCOF)	Aide aux personnes	Action sociale	Maisons d'accueil Services d'aide aux sans-abris	AMA (Fédération des maisons d'accueil)
	Commission Communautaire comMune (COMCOM)	Aide aux personnes (dont sans-abrisme)	Action sociale	Maisons d'accueil Services d'aide aux sans-abris	BICO/AMA La Strada
	Vlaamse Gemeenschapcommissie VGC/VG	Aide aux personnes Politique sociale locale	Action sociale		SAW
Communal		CPAS	Aide sociale	CPAS	

Figure 7 : Répartition des compétences en matière d'aide sociale sur le territoire de la Région bruxelloise selon les niveaux de pouvoirs (Malherbe et al., 2019).

Au niveau de la Région Bruxelles-Capitale, nous remarquons que les dispositifs d'aide ne sont pas répartis de manière équivalente sur tout le territoire de la région. L'objectif est d'atténuer les désaccords entre les acteurs institutionnels comme les CPAS, les associations et entre les associations elles-mêmes. Pour y arriver, il est nécessaire d'installer une meilleure coordination des actions afin de garantir à la fois une lisibilité accrue de l'offre d'aide et une répartition mieux répartie des efforts à assumer par les parties (Malherbe et al., 2019).

8 Conclusion sur les apports conceptuels

La construction de ce cadre conceptuel m'a permis d'enrichir mes connaissances sur la problématique du sans-abrisme et aussi des difficultés et enjeux que certaines parties prenantes ont rencontrés pour mettre en œuvre une politique commune concernant une amélioration des conditions de vie des personnes présentant une grande précarité.

Prenons, en exemple, la définition de la personne sans-abri ; il a fallu plusieurs années et maintes conciliations et négociations entre les différents acteurs pour qu'une définition commune du sans-abrisme soit élaborée.

Lors de mes recherches, certaines études pointaient le fait qu'il y avait peu d'études de réflexion sur cette problématique car peu de statistiques, notamment sur les patients sans domicile fixe présentant une maladie chronique. Dès lors, les statistiques que j'ai trouvé sur les personnes sans-abris présentant une maladie chronique se retrouvent dans les rapports d'activité de différentes ONG ou institutions dans lesquelles travaillent les infirmières de rue, Médecins du Monde, Samu Social. Après consultation de ces différents rapports, je réalise que ce sont des statistiques sur un nombre limité de personnes. J'ai demandé plus de renseignements à ce sujet au professeur Christian Leonard, responsable de Sciensano. Il m'a mis en contact avec Mr Demarest Stefaan et sa réponse a été que *“La question des maladies chroniques chez les personnes sans domicile est très pertinente. Les enquêtes de santé organisées par Sciensano se basent sur les données du registre national pour la sélection de l'échantillon. Les sans-abris ne peuvent donc pas être sélectionnés car ils n'ont (généralement) pas d'adresse officielle connue”* (S. Demarest, e-mail, 31 mars 2022).

J'ai constaté que les études sur le sans-abrisme couvrent plusieurs disciplines : sociologique, philosophique, anthropologique, psychologique, épidémiologique, médicale, paramédicale. Cela prouve que cette problématique englobe plusieurs approches multidimensionnelles. Les études réalisées sur le sans-abrisme sont plus élevées dans les pays anglo-saxons notamment américains et canadiens par rapport au reste de l'Europe.

J'ai relevé des liens évidents sur la mobilisation des différents concepts particulièrement entre la relation humanisante de soins et l'intégration de soins et j'en conclus que le respect des valeurs humanisantes est à la base de l'intégration de soins.

B. Rencontre avec les témoins privilégiés

Dans ce chapitre, je partagerai l'expertise de professionnels du réseau de la première ligne et de la fonction 0.5.

En vue d'enrichir mes connaissances, j'ai pris contact avec des témoins privilégiés, en l'occurrence des professionnels qui travaillent sur le terrain de la grande précarité et particulièrement dans le domaine du sans-abrisme. J'ai voulu aborder plusieurs points de vue multidisciplinaires et multi organisationnels. Dans le but d'éviter des "biais idéologiques", j'ai rencontré des témoins de différentes organisations de la fonction 0.5.

Afin de guider les entretiens, la préparation de ces différentes rencontres a été réalisée sur base d'un canevas de questions (**cfr annexe 2**). Cependant, une grande liberté a été laissée à chaque personne interviewée afin de lui permettre d'exprimer et de mettre en avant ce qui est le plus pertinent dans son expertise en lien avec le sans-abrisme. Chaque intervenant a accepté que son nom soit retranscrit sur le mémoire. La retranscription complète de l'interview 3 se trouve en annexe. (**cfr annexe 3**)

1 Compte-rendu d'entretien avec Geneviève Gonry, infirmière au Samusocial

Depuis un an, Madame Gonry a intégré l'équipe composée de quatre personnes en "maraude de nuit" au Samusocial en qualité d'infirmière. Elle a exercé en qualité d'infirmière depuis cinq ans dans de multiples structures avant de travailler dans l'équipe "maraude de nuit" : Samusocial médicalisé, auprès des demandeurs d'asile, au sein d'un centre de jour psychiatrique.

Lors des maraudes, sa fonction est d'aller à la rencontre des sans-abris soit à leurs demandes, soit à la demande d'un particulier, afin de répondre à des besoins primaires de nourriture, couverture...

Ses tâches sur le terrain sont diverses :

- En qualité d'infirmière, elle réalise des soins et donne des conseils au niveau de leur santé.
- En fonction du contexte, elle oriente la personne sans-abri vers des centres d'hébergements ou des maisons médicales...
- Elle repère les sans-abris présentant des critères de vulnérabilité.
- Un travail de promotion à la santé est réalisé auprès des sans-abris.

"Dans mon travail, je fais autant du travail infirmier que social c'est un peu compliqué de séparer les deux..."

Selon Geneviève Gonry, la coordination entre le Samusocial et les urgences est compliquée mais souvent les personnes sans-abris ayant des maladies chroniques sont fort connus des services des urgences et des infirmiers du Samusocial, elle trouve que cela facilite la coordination entre la première ligne et les urgences. *"On a des personnes chroniques connues des deux côtés ça c'est un peu le côté chouette car lorsqu'on arrive aux urgences on peut facilement discuter avec les infirmières et les médecins des urgences... Il y en a quand même qui viennent régulièrement aux urgences et souvent dans les mêmes urgences et finalement pour quelque chose qui n'est pas très urgent..."*

Elle constate que les infirmières en maraude font appel aux urgences lorsqu'elles n'ont pas d'autres solutions quand elles sont dépassées par la situation comme par exemple une personne qu'on retrouve en rue dans un état instable et présentant plusieurs critères de vulnérabilité ; à ce moment-là, la solution sera les urgences. Elle affirme tenter de trouver des solutions alternatives aux urgences en référant la personne vers un centre pour la nuit avec présence d'un infirmier car selon Geneviève Gonry *"on sait que les urgences sont fort saturées...c'est un peu le jeu de la négociation..."*

1.1 Les difficultés liées à la coordination entre le Samusocial et l'hôpital sont présentes lors des sorties d'hospitalisation

- Dû au manque de place dans les structures d'accueil telles que Medihalte *“...parce qu'on a très peu de place pour les personnes en rue et là ça va être la fin de l'hiver et ça sera encore pire...”*
- Peu ou pas de communication entre les urgences, l'hôpital et le Samusocial *“On aime bien quand la personne sort soit des urgences et surtout d'hospitalisation qu'on soit au moins prévenu pour pouvoir évaluer la situation et savoir comment on peut l'accueillir au mieux. Et ce n'est malheureusement pas toujours le cas car c'est fait en “urgence” et on sait très bien que les hôpitaux sont saturés et ils doivent mettre les gens dehors.”*
- La réalité sociale précaire à laquelle la personne est confrontée à sa sortie d'hospitalisation n'est souvent pas prise en compte par le système hospitalier. *“Je pense que la complication c'est entre les problèmes de santé et la situation sociale de la personne. C'est difficile d'avoir un équilibre parce que dans les hôpitaux, on ne pense pas toujours à ça car la sortie de la personne c'est la rue ; on en rigole car quand on voit sur le dossier d'hospitalisation c'est noté retour domicile ou Samusocial mais le Samusocial n'est pas une maison, ce n'est pas l'adresse de la personne, il n'y a personne qui est là définitivement au Samusocial. Au fait la sortie c'est la rue et c'est un peu dur car les gens ne se rendent pas compte de la réalité...”*

1.2 Les obstacles présents pour l'accès aux soins de santé

Selon Geneviève Gonry, les barrières que rencontrent les personnes sans-abris pour intégrer un réseau de soin sont :

- La barrière de la langue. *“Lorsque la personne ne comprend pas ce qu'on lui dit, c'est très compliqué pour qu'elle puisse aller vers le réseau...et donc il faut avoir du temps et ce n'est toujours pas le cas...”*
- Les personnes souffrant de toxicomanie ont beaucoup de difficultés à intégrer un réseau de soins. L'équipe réalise un travail de terrain en aidant, en orientant et en intégrant la personne sans-abri toxicomane dans un réseau. *“Avec les toxicomanes, c'est beaucoup plus difficile car ils ne vont pas chercher le réseau même avec de gros problèmes de santé et à ce moment-là il faut vraiment prendre du temps pour mettre les choses en place et ça c'est vraiment notre travail sur le terrain, d'aller vers la personne, de créer un lien et tout doucement la réorienter dans un réseau de soins...”*
- La problématique des personnes trop instables psychologiquement pour intégrer une structure d'accueil avec risque de violence et la nécessité de davantage de personnel qualifié pouvant gérer ces situations d'accueil. Le personnel essaye de référer les personnes ayant des pathologies psychiatriques vers le réseau 107 mais souvent ce réseau est saturé.

1.3 Les leviers pouvant améliorer le travail de coordination

- Le travail du Samusocial avec le reste du réseau est nécessaire pour le bien-être de notre public cible. *“Oui, on travaille beaucoup avec le réseau puisqu'à la base le travail du Samusocial c'est d'envoyer les gens vers le réseau, on n'est pas censé être le réseau à long terme ; on est censé être une aide de référence. Cela fait partie de notre travail d'envoyer les gens vers autre chose.”*
- Les réunions multidisciplinaires et organisationnelles permettent un travail efficient sur le terrain en évitant “des doublons” de travail et une utilisation inefficace du réseau par notre public cible. *“ En rue, on a deux situations ou on fait des réunions avec le réseau pour se départager sur ce que chacun fait, pour ne pas empiéter les uns sur les autres. C'est également important pour le bénéficiaire de soin car, dans le cas contraire, c'est très compliqué d'avoir*

cinq personnes autour de lui ; il ne sait pas qui fait quoi car les gens font la même chose... Et donc c'est important de définir ce que chacun fait...".

1.4 Les éléments défavorables rencontrés lors du suivi des personnes sans-abris

- Manque de psychologues et de psychiatres car les personnes sans-abris présentent beaucoup de troubles psychiatriques.
- Les difficultés administratives des personnes sans-papiers.
- La "dure réalité" de ce que vivent les personnes sans-abris au quotidien, ce contexte difficile est délétère à leur santé.

"Ce qui manque vraiment ce sont les psychologues, ça coûte très cher à engager...et des aides pour les personnes non belges ou sans droit en Belgique. Il y a énormément de choses qui manquent dans les aides qu'on peut apporter et on se trouve inévitablement à ne savoir rien faire et à ne rien proposer à la personne et ça fait vraiment partie du problème." Geneviève Gonry me citera un exemple dont voici l'extrait : *"Par exemple, pour un toxicomane on va mettre des choses en place pour qu'il arrête et même pour une personne alcoolique, il va arrêter la drogue, l'alcool. Après il se retrouvera de toute façon en rue parce qu'il n'y a pas d'autre solution et donc il va se remettre à boire et à se droguer. Je pense que pour l'estime de soi c'est super négatif ; c'est genre OK tu as arrêté c'est cool, mais au fait on met la personne dans une situation d'échec inévitable parce qu'il revient dans le même contexte car c'est quasi impossible d'arrêter de boire lorsqu'on est en rue même si on arrête et bien d'office on recommence car la vie en rue est beaucoup trop dure..."*.

Je lui demande si elle a connu des personnes qui sont sorties de ce cercle vicieux, Geneviève Gonry me répond : *"Il y en a qui s'en sorte, je pense qu'à ce moment-là c'est un énorme travail de réseau qui est mis en place et ça demande tellement de soutien. Je pense qu'on n'est pas assez nombreux car cela demande beaucoup d'énergie. Les personnes qui arrivent à s'en sortir sont ceux qui ont un contact avec un réseau d'amis, famille...Je pense qu'il y a des gens totalement différents et on sent que ça n'ira pas car ils ont des problèmes psychologiques fondamentaux quelque chose qui est tellement gros."*

Les difficultés du travail social rencontrées envers notre public cible sont complexes car cela couvre plusieurs niveaux. *"Je pense que c'est le souci dans le travail social ; il y a quelques ASBL qui sont différentes mais en général on finit par toujours faire les mêmes choses aux gens. C'est comme si c'était un processus par exemple on dit que le logement ou le droit au revenu est important ; on va mettre ça en route...mais il y a d'autres choses auxquelles on ne pensera pas et qui sont plus importantes. Parfois il faut mettre les choses ensemble pour que ça puisse fonctionner mais ce n'est pas le cas et donc ça devient compliqué."*

Selon Geneviève Gonry c'est au "cas par cas", chez certaines personnes il faudrait traiter l'aspect psychologique avant de commencer un travail social.

1.5 Les idées et projets innovants

- Le travail d'adaptation des professionnels envers les patients sans-abris
Sa première idée est qu'il faut plus de personnel en rue nécessaire au réseau de première ligne car c'est un travail qui demande beaucoup d'énergie. L'adaptation du personnel au caractère hétérogène des personnes sans-abris demande beaucoup d'efforts. Une adaptation sera efficiente *"si dans l'équipe tout le monde est d'accord mais ça ce n'est pas gagné..."*.
Suivant son exemple vécu : *"Je me souviens, une personne toxicomane qui avait besoin de soins sur des plaies d'ulcères présentes sur ses deux jambes et dont les soins ont commencé en rue. J'ai constaté que, lors de ses soins, Monsieur fumait son héroïne. Et donc petit à petit, on a pu le ramener au centre où il a pu passer la nuit...on a adapté nos soins pour qu'il puisse consommer ça s'est aussi très compliqué ; c'est d'adapter la structure aux personnes."*

C'était important pour nous de s'adapter, il le fallait pour ses soins ; du coup il est resté au centre, on a su l'hospitaliser et maintenant il a des jambes nickel..."

- Espace de rencontre entre les différents professionnels du réseau
- D'autres idées innovantes selon Geneviève Gonry sont des espaces où les différents professionnels du réseau et des urgences prennent le temps de discuter des cas chroniques particulièrement pour les sorties d'hospitalisation *"...et on va se dire et bien avec cette personne qu'est-ce qu'on ferait ailleurs..."*. Dans l'organisation il existe depuis un an un poste essentiel à la coordination entre les sorties d'hospitalisation et le Samusocial. *"Ce professionnel réalise un lien entre les hôpitaux et la première ligne du Samusocial et les réunions permettent de déterminer si une personne en sortie d'hospitalisation est apte à aller chez nous. ... Est-ce que ce n'est pas trop tôt ? ...Est-ce qu'on peut offrir quelque chose qui est intéressant pour la personne ?"* La problématique des sorties d'hospitalisation avec une discontinuité des soins a permis le développement de ce poste permettant une meilleure intégration de soins du patient entre l'hôpital et la structure médicalisée du Samusocial (Medihalte). Medihalte compte très peu de places (50 places) qui sont insuffisantes à la demande et aux sorties d'hospitalisation.

2 Compte-rendu de l'entretien avec Sarah Lorand infirmière responsable du service social de l'hôpital St Pierre

Sarah Lorand travaille depuis 2000 à St Pierre. Elle a débuté aux urgences (10 ans) comme infirmière sociale et ensuite aux soins intensifs. Pendant 4 ans, Sarah Lorand a été adjointe à la responsable du service social et depuis deux ans, elle est responsable du service social de l'hôpital St Pierre. Le service social est composé d'une équipe de 36 personnes avec un travailleur social temps plein attribué au département des urgences. *"Le travailleur social aux urgences a une place pivot car la moitié des patients qui sont hospitalisés, le sont à travers les urgences..."*

Selon Sarah Lorand l'importance du travail social de l'hôpital St Pierre est essentiel à la population fréquentant l'institution. *"Les urgences St Pierre sont des urgences assez particulières en termes de densité et de quantité de patient, on a un grand service d'urgence. Par rapport au public, on est un hôpital qui est situé dans le quartier des Marolles qui historiquement est un quartier assez pauvre ; on n'est pas loin de la gare du Midi, on a des conventions avec Fedasil, l'office des étrangers, la Fares pour les patients tuberculeux...voilà on a une patientèle assez précaire... et si on revient aux sans-abrisme aux urgences c'est le quotidien du travailleur social de rencontrer des personnes sans-abris..."*

2.1 Les avantages du service social intégré aux urgences selon Sarah Lorand

- Le travailleur social aux urgences a un bon carnet d'adresses nécessaire à la réorientation du patient sans-abri vers un réseau de première ligne.
- L'assistant social participe aux projets en lien avec la fonction 0.5 notamment le "projet bitume".
- Le travail efficient entre le service social des urgences et la fonction 0.5 (infirmières de rue, Diogène, Samusocial...) permet à la personne sans-abri de s'accrocher à un réseau.
- Ce travail demande de la part du travailleur une curiosité professionnelle envers les différents partenaires du réseau. *"Quand notre nouvel assistant social a débuté aux urgences, je lui ai demandé, de se présenter au centre Lafontaine, de passer une journée avec les infirmières de rue... Moi, je trouve cela important qu'il puisse voir comment les autres fonctionnent et quelles sont leurs limites sinon on se trouve avec des orientations qui ne collent pas d'où on peut avoir des fantasmes, des ruptures de confiances..."*

La fonction 0.5 permet l'intégration de la personne sans-abri dans une trajectoire de soin autre que l'hôpital. Pour Sarah Lorand, les collaborateurs de la fonction 0.5 sont essentiels.

2.2 Les facteurs pouvant expliquer la surutilisation des urgences par notre public cible

Elle constate que *“le public sans-abri est un public très consommateur d'urgences parce que l'accroche reste compliquée de par la situation chronique de la personne...”*. Le manque de places dans les structures d'accueil génère une utilisation élevée des urgences par les personnes sans-abris. Dès lors, cela complique l'organisation des urgences. *“...les infirmières et les médecins ont des gardes très compliquées, les heures pour les PG sont très lourdes et avoir dans leur pool des “gros cas” avec des réas et en plus des patients sans-domicile fixe pour lesquels la prise en charge demande un “affinage particulier” ce n'est pas facile. Je pense qu'il peut y avoir des vécus tout à fait différents et tout à fait tronquer de la part de certains collaborateurs parce que la place d'une personne pour dormir n'est pas aux urgences d'un hôpital. Après il y a des limites comme par exemple pour les personnes qui sont très alcoolisées nécessitant une surveillance médicale...”*.

Les professionnels travaillant sur le réseau de première ligne peuvent rencontrer plusieurs obstacles (administratifs...) et de ce fait, la solution des acteurs de terrain sera de proposer à la personne sans-abri de se rendre aux urgences. *“Ça arrive que les travailleurs du réseau se disent à un moment donné, à force de voir les portes fermées ; et bien alors là ils proposent à la personne sans-abri de se rendre aux urgences parce qu'il y a un côté “immédiateté” et c'est une politique de “non-refus” aux urgences et c'est logique...”*

2.3 Les obstacles liés à l'accès au soin

L'accès aux soins primaires est long, le délai pour avoir accès à une maison médicale est élevé et peut aller jusqu'à un an voire un an et demi.

Les difficultés d'accessibilité pour les personnes sans-abris en ambulatoire et à la continuité de soins en sorties d'hospitalisation est bien réelle. *“Ce qui est compliqué, c'est l'accessibilité de manière générale à l'ambulatoire. Enfin moi, je suis très inquiète sur le virage ambulatoire qui se passe dans les hôpitaux à Bruxelles avec la diminution moyenne de séjour qui pour moi est problématique. Pour les personnes qui sont hospitalisées et qui sont médicalement sortantes comme vous et moi on a une maison, on aura un kiné qui va venir parce qu'on a accès aux soins, on aura une infirmière qui viendra faire notre pansement parce que nous avons un toit avec de l'eau courante, du gaz et de l'électricité. Pour les personnes sans-abris, on arrive à exploser la durée moyenne de séjour parce que ce sont des personnes qui ne peuvent pas, en sortie d'hospitalisation, se retrouver en rue.”*.

Elle me citera un exemple de difficulté rencontrée : *“Je prends l'exemple qui a l'air brusque, mais c'est la réalité ; une coloscopie se passe en One Day, vous voyez, vous êtes infirmière donc vous savez comme moi comment se passe la préparation avec du Colopreg la veille de l'intervention. Vous imaginez cela dans un squat ou un centre d'accueil ; ce n'est pas possible car on passe la nuit aux toilettes et puis après on va faire sa colonoscopie sous narcose pour se retrouver prêt à sortir pour 14h30...”* *“Allez Monsieur vous pouvez rentrer chez vous” mais il n'y a pas de chez lui et la soirée après la colono n'est pas cool aussi... Les personnes sans-abris sont impactées dans cette évolution hospitalière, ce qui est fait en One Day n'est pas adapté à la population des sans-abris car on ne tient pas compte des conditions de vie et d'accès aux soins.”*

La solution à ces difficultés rencontrées notamment aux sorties d'hospitalisation d'après Sarah Lorand c'est le développement de place au centre de soins comme Medihalte qui existe depuis 2015 et qui dispose de 45 lits. Sarah Lorand et les différents partenaires du réseau participent activement aux réunions avec l'INAMI, pour, notamment, financer l'augmentation du nombre de lits à Medihalte. *“L'INAMI est au courant, le Samusocial fait des courriers de manière fréquente pour alerter parce qu'on a beaucoup de patients sans-abris avec des pathologies neurologiques lourdes comme par exemple Korsakoff, AVC...”*

La méconnaissance du réseau par les représentants de la santé amène une sollicitation des urgences en termes d'urgence sociale ; Sarah Lorand m'expliquera l'exemple de la gestion proposée au début de la crise ukrainienne ; les autorités ont décidé que les urgences de l'hôpital St Pierre seront le centre de référence médicale pour la gestion des personnes nécessitant les soins de première ligne et la prescription de médicaments. Vu l'afflux élevé de personnes, les urgences ont eu des difficultés pour gérer cette situation. *“Il a fallu que les différentes instances (SPF intégration sociale, l'office des étrangers, les CPAS) se mettent d'accord sur qui fait quoi... On dit toujours que le public précaire n'adhère pas au médecin traitant et on constate que de l'autre côté les représentants de la santé, ou le Service Public Fédéral de la santé envisagent ça aussi. Je pense que ce n'est pas une critique en soi. Ce que je veux dire c'est que tout le monde était pris de court et bon, l'idée était que tout le monde aille à St Pierre et ça ce n'est pas possible car un service d'urgences ne peut pas absorber autant de monde... Voilà pour vous donner une idée, quand on n'a pas de solution... allez aux urgences”.*

2.4 La problématique administrative rencontrée par certains CPAS d'après Sarah Lorand

- Les demandes d'AMU devraient être simplifiées ; le manque d'effectifs dans certains CPAS génère une longue attente qui peut aller à 1 mois, à ce moment-là le CPAS est “hors la loi” aux yeux des autorités. Sarah Lorand propose de développer un “coté d'immédiateté” à l'AMU. Selon son travail avec le CPAS de Bruxelles. *“Dès que le patient est vu aux urgences s'il est éligible à l'aide médicale d'urgence, alors oui il aura une attestation et il sera orienté vers le CPAS pour le lendemain... Je pense que l'AMU devrait être simplifié, ça faciliterait la vie à tout le monde et principalement à un meilleur accès aux soins”*
- Beaucoup de personnes se rendent aux urgences à la demande de certains CPAS pour la pose de cachet sur le document AMU, or ce n'est pas du ressort de l'hôpital de réaliser cela.
- L'AMU devrait être ouvert à titre préventif et pas être effectif à l'arrivée d'une maladie ou d'un besoin de soin.
- Manque de connaissance du réseau par certains CPAS avec pour conséquence de conseiller au bénéficiaire de se rendre aux urgences. *“Effectivement les acteurs sont là, la collaboration est là et pourtant oui on ne connaît pas tout le réseau ; on est quand même fort focus autour de l'hôpital...”*
- Il y a un bon travail de collaboration qui se réalise le plus souvent avec le CPAS de Bruxelles qui se trouve à proximité de l'hôpital St Pierre.
- Lors de son parcours, la personne sans-abri peut rencontrer des difficultés de territorialisation entre les différents CPAS. Sarah Lorand me fait part des dérives administratives de certains CPAS, ils ne travaillent pas de manière uniforme et en fonction du lieu où la personne sans-abri “dort”, le travailleur social n'ouvre pas le dossier social et demande à ce que le sans-abri soit suivi par un autre CPAS. *“Comment on peut se positionner en disant à la personne, quand on introduit une demande d'aide ; en disant “ où est-ce que vous dormez à la gare du midi ?” Comment ça où est- ce qu'il dort ? Oui, mais si c'est du côté des quais du Thalys, il relève de la compétence du CPAS d'Anderlecht et si c'est du côté de l'avenue Fonsny, c'est le CPAS de St Gilles... donc voilà... et c'est la même chose du côté du canal...” De quel côté du canal vous dormez ?” ...car il y a un côté où c'est le CPAS de Molenbeek et un autre côté où c'est le CPAS de Bruxelles...”* Ces incompétences territoriales développées par certains CPAS sont délétères à l'accès aux soins de santé, pouvant bloquer l'intégration du sans-abri dans un réseau.

“Le souci, c'est les obstacles administratifs ...on transpose ce problème à l'hôpital alors que cela pourrait se faire ailleurs.”

2.5 Les facteurs pouvant améliorer l'intégration de soins des personnes sans-abris dans un réseau :

- L'accessibilité financière, administrative, linguistique et aussi horaire. *“On ne sait pas demander à quelqu'un qui a passé la nuit dehors de prendre rendez-vous et être présent à 9h, ce n'est pas possible. Donc je pense qu'on devrait ouvrir des lieux mixtes, plus flexibles...”* Elle me citera l'exemple des infirmières du Samusocial qui réalisent des soins de plaies ulcérées en soirée lors de leurs maraudes.
- *Les maraudes sont essentielles à l'intégration de soins primaires des personnes sans-abris...“Les maraudes...si elles n'étaient pas là en termes de Santé Publique ça serait une catastrophe et pour moi il n'y en a pas assez...C'est une plus-value car les personnes travaillant dans les maraudes réalisent un rôle de veille social...c'est vraiment aller là où plus personne ne va. Si on abandonne les maraudes, on abandonne les gens totalement parce que c'est une frange de personne sans-abris qui ne font plus la démarche d'aller vers le réseau.”*
- La connaissance du réseau est importante pour pouvoir passer le relais à d'autres partenaires du réseau. *“Le travailleur social aux urgences, il doit se dire, à un moment donné, je m'arrête là et je passe la main et à ce moment-là le collègue reprend le “truc” là où je l'ai laissé ; cette passation permettra de dire à la personne voilà...Car on ne s'en rend pas compte aux urgences que la première ligne réalise un travail de 6 mois pour qu'un patient accepte les soins ; les infirmières de rue pourront le dire mieux que moi par exemple, d'accepter de montrer sa jambe, accepter de montrer ce qu'il y a en dessous de la compresse, accepter qu'on lève la compresse, accepter de désinfecter la jambe et qu'on commence un soin...Ensuite accepter d'aller à l'hôpital, accepter d'attendre en salle d'attente...Comment pouvez-vous demander à quelqu'un de rester assis sans fumer, sans boire avec une salle d'attente bondée ; non, on devrait plutôt s'adapter à la personne, on devrait se dire que le patient puisse attendre dehors avec un éducateur et quand c'est son tour, on va le chercher...”*
- Les réunions interdisciplinaires composées d'infirmières et médecins référents des urgences, du service social des urgences et de l'hôpital, permettent le partage d'informations et améliorent la collaboration. Durant la première vague COVID, l'équipe a été sensible au sort des personnes sans-abris. Les centres de confinement et d'hébergement pour les sans-abris étaient débordés ; grâce aux travailleurs sociaux, infirmiers, pompiers ils ont mis à disposition des personnes sans-abris, une tente Croix-Rouge chauffée avec du café à disposition. *“A St Pierre, il y a cette fibre sociale...”*

2.6 Les idées innovantes à l'amélioration de l'intégration de soins selon Sarah Lorand

- Respecter la loi aux niveaux administratif et juridique pour améliorer l'accessibilité aux soins.
- Faciliter l'accès aux études de médecine.
- Investir dans le développement des maisons médicales, maisons de quartier, relais santé...
- Sensibiliser les futurs professionnels de santé à la problématique du sans-abrisme. *“Chaque année, on briefe nos nouveaux médecins avec notre “grande messe” en leur expliquant ce qu'est l'aide médicale d'urgence ; on leur explique les limites...C'est quoi le service social de l'hôpital St Pierre et donc ils sont sensibilisés ...on est là-derrrière...”*
- *Le développement du projet bitume, c'est une concertation permettant à la personne précarisée d'intégrer le projet, il faut qu'elle soit apte cognitivement à pouvoir dire OK...Les différents acteurs du réseau se consultent une fois par mois et parlent de la chronicité des sans-abris, le but étant de les intégrer en essayant d'accrocher la personne dans un réseau, une structure, une ASBL...Le développement des réunions multidisciplinaires sont innovantes pour le réseau”*

3 Compte rendu d'entretien avec Docteur Alain Devaux, médecin volontaire chez Médecins du Monde.

Docteur Devaux est médecin généraliste de formation. Il a pratiqué pendant 41 ans sa fonction à Molenbeek. Vu le contexte socio-économique, il avait une pratique de la médecine plutôt sociale. Lors de ses consultations, il rencontrait beaucoup de personnes dépendantes du CPAS.

Ensuite, il a intégré pendant 7 ans une maison médicale à Ixelles. Il a découvert le travail multidisciplinaire qui était important face à des situations complexes rencontrées. *“J’ai rejoint une maison médicale à Ixelles, pour plusieurs raisons ; car l’aspect multidisciplinaire me manquait quand on est seul face à des situations complexes et difficiles et donc j’ai rejoint la maison médicale Couleur Santé où j’ai travaillé pendant 7 ans et où j’ai été confronté à l’approche de personnes vulnérables avec des patients qui dépendaient du CPAS...”*

En 2019, Docteur Devaux a pris sa retraite et il a rejoint Médecins du Monde en qualité de médecin volontaire. Sa fonction actuelle est de réaliser des consultations au CASO (Centre d’Aide de Soins et d’Orientation) de Médecins du Monde et dans les dispositifs d’hébergements d’urgences.

3.1 Les avantages du CASO selon Devaux Alain

Le CASO est composé d’un plateau médico-social avec un médecin généraliste, un psychologue, un dentiste, un psychiatre et une assistante sociale. Un suivi multidisciplinaire est réalisé envers des patients n’ayant pas accès aux soins. Le profil des patients est composé de personnes âgées, vulnérables et souffrant de maladies chroniques et de pathologies psychiatriques. *“Ils viennent chez nous pour être soigné donc on les examine, on leur fournit les médicaments, on peut leur prescrire quelques examens tels que les prises de sang que MDM prend en charge. On a également autour du CASO des conventions avec Iris Sud avec plusieurs spécialistes du réseau Iris Sud qui consacrent bénévolement quelques heures par semaine à des consultations en orthopédie, neurologie, cardiologie, ophtalmologie et rhumatologie...on a quand même une offre de soins qui est pas mal pour les patients vulnérables...”*

“Les assistants sociaux du CASO accompagnent les patients dans leurs démarches, car le but c’est qu’il ait un accès aux soins via une carte médicale”

Il constate que certains patients dépendants du CASO ne veulent pas intégrer un autre réseau de soins comme par exemple l’inscription à une maison médicale qui est souvent problématique car le délai d’attente est long. Souvent, la relation de soin développée au CASO sécurise le patient et de ce fait son suivi se réalise au CASO. *“Avec ces personnes, on arrive à établir une relation de confiance car ce sont des personnes qui ont souvent vécu des traumatismes soit lors du chemin pour arriver en Belgique avec tous les problèmes migratoires difficiles où ils ont subi des violences...donc c’est très important d’établir une relation de confiance pour prendre en charge leurs problèmes de santé le mieux possible, ce que je pense on essaye de le faire...Je pense qu’au CASO, on a une approche psycho-médicosociale immédiate et ça c’est très important car on prend en compte tous leurs problèmes...”*

Le deuxième lieu où sont réalisées les consultations est le département du dispositif d’hébergements d’urgences (DHU) qui est géré par la plateforme citoyenne. Dans ce lieu, 400 hommes sont logés temporairement. Le profil des résidents est composé en majorité de primo-arrivants originaire d’Erythrée et d’Afrique du Nord. Une fois semaine, un dispensaire médical est réalisé par MDM où des consultations sont effectuées avec un dépistage de vulnérabilité, par exemple, la présence de maladies chroniques ou une dégradation de l’état général. Ce dépistage permettra une orientation vers le CASO avec la mise en place d’un AMU.

La présence des interprètes est efficiente à la relation de soins. Ce travail multidisciplinaire est essentiel à l’accompagnement psychosocial *“Nous avons de la chance d’avoir des interprètes et on sait qu’aux urgences s’il n’y pas toujours des interprètes ça doit être assez compliqué pour eux. Je crois qu’ils ont besoin d’un maximum d’informations qu’on pourra fournir sur ce patient parce que*

le patient exprimera difficilement son problème...Donc, c'est important qu'il y ait une bonne coordination ..."

3.2 Le travail de coordination entre Médecins du Monde et les services d'urgences

La coordination avec les urgences s'effectue lorsqu'il y a une présence d'un évènement aigu ou une demande d'avis pour une hospitalisation éventuelle. Il contacte les urgences de St Pierre par téléphone et le résident est transféré aux urgences de St Pierre avec une feuille de liaison. *"En général, lorsque on envoie un patient aux urgences ; je le signale bien évidemment à notre coordinatrice de MDM...Je pense que c'est important qu'au niveau des urgences, ils reçoivent l'information sur ce que nous avons constaté mais aussi sur la situation sociale du patient car c'est très primordial..."*.

Par la suite, la coordinatrice prendra contact avec les urgences pour connaître le parcours de soins du patient. *"Donc si j'ai orienté une personne aux urgences pour un avis parce que je n'étais pas tranquille et bien elle (la coordinatrice) le sait et elle prend contact avec les urgences pour voir ce qu'il est advenu de ce patient." S'il a été hospitalisé on se posera la question "est-ce qu'il a été renvoyé ? Est-ce qu'il y a un AMU qui a été lancé aux urgences ?" Donc, il y a une coordination qui se fait entre notre coordinatrice et le service des urgences."*

"Au DHU, en plus de l'infirmière il y a une coordinatrice, une assistante sociale qui peuvent orienter et aider à l'accompagnement des personnes. On a aussi des accueillants qui expliquent le parcours comme par exemple comment se rendre au CASO, à la pharmacie...à la fin de la consultation on effectue un debriefing avec la coordinatrice médicale et l'infirmière".

3.3 Travail d'intégration dans un réseau de première ligne

Le travail de référence vers un réseau de première ligne est réalisé de manière continue. Les debriefings permettent de savoir où et comment les personnes ont été orientées sur le réseau. *"Connaître le devenir de ce patient pour qu'on puisse l'accompagner par exemple aux urgences...ou pour un avis chez un spécialiste, là il faut qu'on le sache pour accompagner le patient à la consultation..."*.

D'après le docteur Devaux, il admet l'importance d'une bonne collaboration entre la première ligne et la fonction 0.5 en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé.

3.4 Les difficultés rencontrées selon Alain Devaux

Les difficultés que rencontrent les bénéficiaires pouvant être délétères à la continuité de soins : Suivant leur situation, certains sans-abris ne sont pas suffisamment structurés pour intégrer un réseau.

"On constate une perte de suivi, même chez nous. Si j'envoie le patient pour un suivi au CASO, il y a peut-être une personne sur quatre qui va se rendre au CASO ; malgré les explications données donc le suivi sera difficile. Au niveau des rendez-vous en milieu hospitalier, là c'est très difficile de s'assurer que le patient va bien se rendre aux rendez-vous. Par exemple pour un rendez-vous dans 15 jours pour une consultation en orthopédie, souvent ils n'ont pas compris ce qui se passe, ils n'y vont pas, ils ont perdu ça de vue. Alors il faut à chaque fois les reprendre..."

"La grande difficulté, c'est l'accompagnement de ces personnes...parce qu'il y a plein de barrières, linguistiques et de plus certaines personnes présentent des troubles psychologiques qui font qu'ils sont un peu perdus...Il y a des problèmes de compréhension de notre système de santé...".

Les sans-abris fréquentant le DHU est un public très mobile. *"Par exemple pour les érythréens qui sont de passage chez nous afin de se rendre en Angleterre. Parfois, on organise tout un suivi et ensuite ils disparaissent car entre temps ils ont réussi à passer en Angleterre. C'est un public qui bouge tout le temps et donc certains disparaissent de nos radars et dont on ne sait pas de ce qu'il est advenu ... "*.

3.5 Les éléments pouvant améliorer l'intégration de soins

L'accès immédiat aux soins car selon le docteur Devaux, *“c'est aberrant le système qu'il y a en Belgique particulièrement à Bruxelles où chaque commune possède un CPAS. Pour accéder au système de santé via une aide médicale d'urgence, ça varie d'une commune à l'autre. Les critères sont différents c'est un public nomade ; par exemple, un sans-abri qui introduit sa demande à Anderlecht parce qu'il était là, à ce moment-là il a reçu sa carte médicale ; puis après il change de lieu de “résidence” car il dort parfois chez un ami résidant à Woluwe. Sa carte médicale d'Anderlecht ne sera plus valable, il faudra réintroduire à nouveau une demande d'accès aux soins...toute personne qui a besoin d'un soin devrait recevoir une carte universelle couvrant toute la Belgique. Une carte qui lui ouvre les soins partout...”*.

L'approche multidisciplinaire, le réseau, avoir un réseau et la connaissance des différents réseaux sont efficaces à l'intégration de soins.

D'après Monsieur Devaux, Médecins du Monde priorise le travail avec les différents partenaires du réseau. Cette coordination est capitale à la continuité de soins. *“Nous ne savons pas tout faire donc on travaille beaucoup en réseau avec des tas d'associations qui sont sur le terrain que ça soit Douche Flux, Lafontaine, les infirmières de rue ; pour tous les problèmes d'addiction nous avons le projet Lama pour les sans-abris qui ont des problèmes de dépendance, d'assuétude. Le travail en réseau est vraiment nécessaire car nous ne savons pas faire ça seuls... Il faut connaître ses partenaires, il faut avoir des liens avec eux, il faut se rencontrer, les connaître c'est aussi important ; ça c'est le réseau qui permet de tenir...”*

Les réunions inter-organisationnelles renforcent le réseau et sont composées de référents médicaux des différents projets MDM et des représentants du tissu associatif.

« L'accès immédiat aux soins, est un droit fondamental...la priorité c'est l'accès aux soins de façon inconditionnelle... »

4 Compte rendu de l'entretien avec Eva Dupont, infirmière pour “infirmières de rue”

Eva Dupont a débuté, dans un premier temps, comme aide-soignante dans une institution pour personnes présentant un handicap et ensuite auprès de personnes âgées. Lors de ses études d'infirmières, elle a réalisé son stage de mémoire et le sujet était “le rôle de l'infirmière dans l'insertion des personnes sans-abris” auprès des Infirmières de Rue. Depuis un an et demi elle travaille dans cette organisation en qualité d'infirmière au “pôle rue”.

Sa fonction nécessite un travail de maraude en binôme, c'est un travail de première ligne. La maraude est délimitée suivant plusieurs zones. Les équipes fonctionnent suivant les zones avec le suivi de près de 26 patients. Le but c'est d'avoir un suivi intensif de ces personnes présentant plusieurs critères de vulnérabilité. Les personnes se situent soit en rue, soit dans les centres d'hébergement du Samusocial...

Eva Dupont m'explique qu'il existe une coordination qui est de manière générale positive entre les infirmières de rue et les urgences de l'hôpital St Pierre. Les réunions de collaboration entre l'organisation et les urgences St Pierre sont efficaces à la coordination grâce aux échanges de suivis ; ces réunions permettent aussi aux urgences de savoir la démarche réalisée auprès des patients. Malheureusement, ce n'est pas le cas avec d'autres hôpitaux et de ce fait l'organisation essaie de se faire connaître. *“Mais je pense qu'on commence à être connu dans le secteur bruxellois. Et quand on se présente, on demande par exemple si un de nos patients est passé par les urgences, en général on a toujours des réponses... Après on collabore beaucoup avec St Pierre car on a beaucoup de patients qui se trouvent dans la zone proche de l'hôpital. Et donc on a plus de contacts avec les urgences de St Pierre permettant une bonne coordination...Nous avons aussi des réunions de collaboration composées du service social, de l'infirmière référente sociale des urgences et on parle*

du suivi de nos patients communs car il y a des patients qui passent régulièrement aux urgences...Par exemple, quand on a un de nos patients aux urgences ; il nous appelle pour nous prévenir et ça c'est chouette, on arrive à plus ou moins à bien se coordonner et ça devrait être comme ça un peu partout, nos patients étant souvent aux urgences..."

D'après Eva Dupont, le travail de coordination réalisé avec les urgences de St Pierre devrait se faire avec plus d'hôpitaux. *"Il faut que ça soit plus automatique avec d'autres services d'urgences car on a des patients qui vont à St Jean qui est un hôpital privé. Je pense qu'il faudrait avoir des réunions de collaboration avec différents hôpitaux et pas juste avec un seul hôpital. Je pense que cela permettrait une meilleure cohésion et une meilleure collaboration. Mais je pense qu'ils n'ont pas trop le temps de permettre tout ça...Je pense que ça aiderait parce que des fois certains hôpitaux ne savent pas qui nous sommes ni ce que nous faisons."*

Elle me confie que ces présentations sont importantes au suivi des patients au niveau des rendez-vous en ambulatoire.

L'objectif des infirmières de rue est de réaliser un lien et de réaliser un relais entre la personne en rue et tous les services de santé.

Mise en place et suivi des rendez-vous par les infirmières de rue. *"Tout à fait c'est ce que nous faisons, on prend les rendez-vous avec eux ; on leur rappelle les rendez-vous et quand on peut le mettre au niveau de notre planification, on essaie de les accompagner...Après il faut se dire ce n'est pas parce qu'on les accompagne aux rendez-vous que cela va fonctionner parce que, peut-être, lors de la prise du rendez-vous, la personne était dans une certaine forme de temporalité et donc une semaine après ça sera totalement différent, ça peut donc capoter mais on essaye et on réessayera encore..."*

Des réunions multi organisationnelles sont organisées avec les partenaires de la fonction 0.5 tels que le Samusocial, Lafontaine et ils sont essentiels à l'intégration de soins. Des échanges téléphoniques sont réalisés entre le Samusocial et les infirmières de rue pour connaître le parcours d'un patient.

Les éléments favorables rencontrés selon Eva Dupont sont une bonne collaboration avec les acteurs de terrain et cela permet d'améliorer le suivi.

Les éléments défavorables rencontrés sont la réticence de certains hôpitaux à accueillir des patients sans-domicile fixe. *"Ça arrive que la personne sans-abri soit mal reçue même lorsqu'on les accompagne. Car je pense que c'est un public fatigant car il manque les rendez-vous...mais je pense que certains ne sont pas sensibilisés et ne comprennent pas cela ..."*

Le ressenti des témoins privilégiés sur les contraintes administratives auxquelles notre public cible est confronté m'a permis d'essayer de comprendre le travail des travailleurs sociaux dans les CPAS. Suivant les conseils de Monsieur Hesbeen, j'ai rencontré un témoin privilégié responsable de l'une des antennes du CPAS de Bruxelles afin d'essayer de mieux comprendre le travail de coordination entre les CPAS et les réseaux de première ligne. Le canevas de question a été adapté au témoin privilégié. **(cfr annexe 4)**

5 Compte rendu de l'entretien avec Laurence Tondeur, assistante sociale responsable de l'une des antennes du CPAS de Bruxelles

Laurence Tondeur a débuté en 2001 au CPAS de St Josse en qualité d'assistante sociale. En 2008, elle a travaillé au CPAS de Bruxelles ; en 2016 elle fut chef adjointe pour l'antenne sociale de Laeken. Depuis 2018, Laurence Tondeur est chef à l'antenne du CPAS de Neder-Over-Heembeek (Bruxelles). Elle s'occupe de certains projets et elle a l'ambition de devenir gestionnaire de projets pour le CPAS de Bruxelles. Sa fonction actuelle est de travailler sur de nouvelles problématiques telles que l'octroi

d'aides sociales et financières en faveur des personnes résidant dans des maisons de repos. Elle est souvent amenée à remplacer les chefs dans les autres antennes car le territoire de Bruxelles est étendu. Ce dernier est composé de onze antennes dont la cellule de l'Aide Médicale d'Urgence qui s'occupe principalement des sans-abris.

5.1 Le travail de coordination entre les administratifs du CPAS et les réseaux de première ligne

D'après Laurence Tondeur, il existe un travail de coordination entre les hôpitaux et les CPAS. L'enquête sociale qui est réalisée au niveau des hôpitaux est basique, la communication entre le service social de l'hôpital et le CPAS permettra de récupérer la prise en charge sociale qui assurera une régularisation des soins au niveau administratif par le CPAS. *"Donc on a établi une coordination afin de tout de suite imputer au niveau de notre programme une éventuelle prise en charge, mais ça permet de pouvoir récupérer l'argent qu'on pourrait octroyer pour la prise en charge de ces soins. C'est important car on a très peu de temps de réaction, il y a énormément de demandes surtout au niveau des urgences de St Pierre. On se rend bien compte que les enquêtes sociales menées par l'assistante sociale sur place sont compliquées, car les gens ne sont pas toujours capables de s'exprimer. Il y a plein de freins qui sont là ..."*

Après l'enquête sociale, le CPAS investigate pour voir si la prise en charge des soins relève de leurs compétences. Ce travail consiste à rencontrer la personne et de mettre en place un suivi plus structuré avec par exemple la réalisation d'une carte santé. Elle constate que, à part l'aide médicale d'urgence, les personnes sans-abris n'ayant pas de papiers, n'ont pas droit à l'aide en général. *"Si on peut identifier que cette personne peut régulariser sa situation car elle le souhaite et parce qu'elle a des attaches, évidemment on va essayer d'entamer un suivi avec ces personnes. Mais ça c'est dans un monde idéal bien évidemment ; ce n'est pas toujours comme ça...Malheureusement ils ont peu de perspectives, concernant la régularisation et donc on reste dans cette Aide Médicale Urgence, on perd les gens pendant six mois après, ils reviennent..."*

Selon Laurence Tondeur lorsque la personne a développé ses attaches avec la cellule d'Aide Médicale, l'intégration au réseau est beaucoup plus facile et elle constate que ces personnes utilisent peu les urgences. *"Donc on peut établir un meilleur parcours de soins pour ces gens car ils ont souvent de graves problèmes de santé..."*

Au CPAS de Bruxelles après présentation d'une attestation AMU, la personne recevra, le jour même, une carte santé mais ce n'est pas le cas dans d'autres CPAS. *"Au CPAS de Bruxelles, ce n'est pas dans tous les CPAS, on a des critères d'aide. Si la personne remplit ceux-ci, on délivre en urgences sa carte santé le jour même avec un rapport qui va suivre."*

Elle réalise qu'au niveau des enquêtes qui sont envoyées par le service d'Aide Médicale cela prend plus de temps pour la récupération d'argent ; le souci selon Laurence Tondeur est plus d'ordre pratique du fait que les frais de santé liés aux demandes d'aide sont colossaux.

A ma question, comment cela se passent les rencontres, lors des enquêtes sociales, vis-à-vis d'une personne sans-abri ? Laurence Tondeur me répond : *"L'idée quand on a une personne sans-abri c'est d'identifier si elle a des attaches et qu'importe ces attaches ; par exemple, l'endroit où elle va manger tous les jours, l'endroit où elle prend sa douche...on est très large ; mais c'est très important car on part de cette base-là. C'est essentiel que la personne soit aidée à côté du lieu où elle est et où elle a des attaches."* Ces enquêtes permettent d'identifier le parcours de la personne. Ce n'est pas une enquête pour une demande de revenu d'intégration nécessitant de la part du bénéficiaire beaucoup de démarches administratives.

Ces questions se font selon un canevas type développé par le CPAS de Bruxelles mais les autres CPAS ne l'utilisent pas. *"Il faut que la personne puisse avoir rapidement accès au service social, c'est vraiment l'objectif de base une fois qu'on a identifié notre compétence ; car au final ça se rattache à la compétence du CPAS de savoir où la personne a ses attaches. Ça nous permet de mettre en place les différentes actions et de les coordonner par rapport à ce qu'on propose. Si une personne sans-abri a ses attaches à Bruxelles, on va lui proposer les services qu'on connaît qui sont proches"*

de son quartier, pouvant aider cette personne comme les distributions de repas, les accès aux douches. On a un carnet d'adresses de réseaux qui est distribué à chaque assistant social travaillant dans toutes antennes.”

Le but du travail de l'assistant social est de donner des outils nécessaires à la personne sans-abri afin de faciliter l'accès aux besoins primaires et aux soins de santé.

Lors de l'enquête, des questions sur l'aspect financier sont posées ; l'objectif est de savoir les mécanismes que la personne a développé dans la vie de tous les jours. *“Grâce à des subsides on a pu octroyer des chèques de 50 euros, des bons alimentaires et bien voilà c'est toujours ça de pris et c'est important d'identifier ces personnes qui sont réellement “sans rien du tout”.*

D'après Laurence Tondeur, la carte médicale est la seule chose qu'une personne sans-abri reçoit car le but est qu'elle n'arrive pas dans un état général dégradé aux urgences. La carte médicale permettra à la personne sans-abri d'avoir un contact plus régulier avec le réseau de première ligne.

“Les cartes médicales sont également prolongées, ce n'est pas une carte santé pour une année et donc la personne doit se présenter régulièrement au CPAS. Si elle a une maladie chronique à ce moment-là on va lui donner une carte santé plus longue. En général, ces personnes on les voit plus ou moins régulièrement une fois par mois car c'est important de garder le contact...”

Suivant la question, comment se passe le travail de coordination avec les CPAS ?

“On a des assistants sociaux du CPAS de Bruxelles qui travaillent aussi dans d'autres hôpitaux comme St Pierre et Brugmann. J'ai été interpellée par l'assistante sociale pour une personne qui était en séjour irrégulier mais qui avait des attaches sur Neder-Over-Hembeke et c'était nous qui suivions cette personne. Le carte de santé n'avait pas été prolongée pour raison X, mais grâce au travail de communication et de collaboration ça été beaucoup plus vite. Ça facilite vraiment les échanges et c'était pour une personne qui est dialysée ; donc c'était important de donner la carte santé avec effet rétroactif dont on a eu tout de suite les AMU. Et donc cette collaboration a facilité le travail à tous.”

5.2 Les difficultés rencontrées sont selon Laurence Tondeur

- Les contraintes administratives présentes à 80% dans les CPAS. *“Pourquoi 19 CPAS, pourquoi 19 communes, moi j'irais plus loin, c'est affolant, c'est historique et propre à la Belgique car chacun veut défendre son propre petit territoire et ça n'aide pas...”*
- Une aide pour les sans-abris qui n'est pas uniformisée selon les communes. *“Quand on parle des sans-abris et du parcours de soins ; on est là-dedans tout le temps. Il y a des CPAS qui renvoient systématiquement la balle. Je pense qu'à Bruxelles, on a largement notre part du gâteau. Par exemple le CPAS d'Uccle qui nous renvoie des personnes chez nous malgré les attaches de la personne sans-abri à la commune d'Uccle...”*
- Le CPAS de Bruxelles fait face à beaucoup de demandes d'aide de la part de personnes sans-abris.

Un début de travail a été réalisé sur le fait de comprendre les pratiques d'accueil des sans-abris dans différents CPAS en vue de les uniformiser. Ce travail n'a malheureusement pas abouti à des résultats.

“Par exemple chez nous le jour même on peut délivrer une carte santé. Je ne suis pas convaincue que dans tous les CPAS, ils ont ce type de fonctionnement...”

6 Eléments clés mis en évidence lors des entretiens avec les témoins privilégiés

Suivant le concept de Valentijn sur l'intégration de soins que nous avons vu précédemment, j'ai inclus la découverte des différents éléments énoncés par les témoins privilégiés dans les trois dimensions

micro –mésos –macro. Sur chacun de ces niveaux j’ai décrit les freins et les leviers rencontrés par les témoins privilégiés.

6.1 MACRO

- **Freins**

Suivant les interventions de nos différents témoins privilégiés, j’ai réalisé que les obstacles auxquels les sans-abris sont confrontés dépassent le cadre médical. Les lourdes procédures administratives complexifient l’intégration de notre public cible dans un réseau. Les multiples compétences et la territorialisation des différentes communes de Bruxelles bloquent une gouvernance commune indispensables aux 19 CPAS.

- **Leviers**

La gouvernance commune présente entre les différentes organisations et la connaissance par chacun des limites qu’ils rencontrent sur le terrain.

La présence des réunions entre les acteurs de terrain confrontés à la réalité du contexte de la grande précarité et les représentants du fédéral comme l’INAMI.

6.2 MESO

- **Leviers**

Lors des entretiens, j’ai été étonné par la connaissance des intervenants sur le contexte et les différentes ressources présentes sur le réseau. Le travail en “silo” n’est pas faisable, les professionnels ont besoin de travailler en synergie avec d’autres organisations. A défaut de statistiques robustes sur le nombre de personnes sans-abris vulnérables, la veille sociale réalisée par les acteurs de terrain interpelle les autorités communales sur l’évolution de la problématique.

Les liens entre le réseau de première ligne et les urgences possédant un service social intégré sont efficaces à l’intégration de soins du sans-abri.

Les réunions multidisciplinaires sont essentielles au travail de coordination et de collaboration entre les différents intervenants. Ces réunions permettent de développer une éthique de travail.

- **Freins**

Les contraintes administratives que les bénéficiaires rencontrent lors de leurs parcours de soins.

La fragmentation des soins rencontrée en sortie d’hospitalisation et en ambulatoire.

Certains professionnels ne comprenant pas la réalité de la rue vécue par les personnes sans-abris.

6.3 MICRO

- **Leviers**

Les professionnels de première ligne s’adaptent aux besoins du patient. Le système d’accroche apporte une relation humanisante envers un public exclu du système social.

Le partage de valeurs humanisantes entre les différentes organisations est la clef de voûte d'une relation entre les acteurs et le bénéficiaire aux soins de santé. Les professionnels tiennent compte des situations singulières des individus vulnérables précarisés.

- **Freins**

Les obstacles liés à l'accès aux soins que rencontrent les personnes sans-abris sont multifactoriels

- Obstacles linguistiques ;
- Les obstacles liés à une méconnaissance du système complexe de l'accès aux soins de santé ;
- Manque de littératie en santé ;
- Les causes d'addiction et de pathologies psychiatriques.

7 Qu'est-ce que les acteurs de terrain m'ont apporté en regard de ma question de recherche

Les entretiens réalisés auprès des témoins privilégiés m'ont permis de comprendre le travail du réseau de la fonction 0.5. Ces différentes organisations réalisent un travail de coordination avec les différents acteurs de terrain. Cette gouvernance commune entre les différents partenaires de la fonction 0.5 est efficiente à l'intégration de soins des personnes sans-abris dans un réseau de soins. Leurs expériences du terrain de première ligne répondent et confirment les études réalisées sur l'importance du développement de soins primaires adapté à un public présentant une grande précarité. Je n'ai remarqué aucune concurrence entre les différentes organisations travaillant pour la fonction 0.5, bien au contraire ils admettent l'utilité du travail de collaboration avec les autres partenaires. Suivant les propos de Sarah Lorand, le travail de veille sociale réalisée par la fonction 0.5 envers un public qui est exclu du système est une importance capitale en termes d'enjeux de santé publique.

Suivant l'expertise des témoins privilégiés, en complément de la problématique mobilisée sur la représentation de l'intégration de soins des professionnels de santé envers les personnes sans-abris aux urgences, je vais essayer de découvrir lors d'entretiens avec les acteurs de terrains s'ils connaissent ou s'ils entretiennent des contacts avec les professionnels des réseaux de la fonction 0.5.

C. Entretiens avec les acteurs de terrain

Dans cette partie de travail je décrirai les entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain. Je vais commencer par expliquer les objectifs de ma recherche ainsi que les différents thèmes mobilisés qui m'ont permis de réaliser les entretiens auprès des différents intervenants.

1 Objectifs de la recherche

La recherche de revues en littérature et les différentes rencontres avec les témoins privilégiés m'ont permis d'enrichir mes connaissances. L'objectif de la rencontre des témoins privilégiés et des acteurs de terrains est de « trianguler » leurs expertises et leurs connaissances du milieu avec la recherche de littérature et de ce fait de développer l'émergence d'un nouveau contenu sur la problématique de l'intégration de soins des personnes sans-abris. Mon idée sur l'utilisation de la recherche qualitative me permettra de révéler certains aspects auxquelles je n'ai pas pensé et qui me permettront de développer de nouvelles perspectives et de générer de nouvelles hypothèses.

Concernant ma question de recherche de départ **“Quelle est la représentation de l'intégration de soins des professionnels de santé aux urgences face à un patient sans-abri ?”**. Suivant les interventions des acteurs de terrain, mon objectif sera de décrire et de mettre en évidence certains aspects spécifiques à la problématique grâce à différents thèmes prédéfinis.

Les thèmes mobilisés dans les entretiens sont :

- La mobilisation du personnel soignant lors de l'accueil et du processus de soins incluant le dépistage
- La connaissance des professionnels de santé sur le concept de l'intégration de soins grâce à l'utilisation de mots clés tels que continuité, coordination, collaboration, intégration professionnelle et organisationnelle, réseau...
- L'humanisme soignant dans la relation de soins grâce à l'utilisation de mots définissant les valeurs” humanisantes”.
- Les freins et leviers rencontrés lors de la relation et de la continuité de soins.
Les freins pouvant être la réticence des personnes sans-abris aux soins, l'hygiène corporelle, l'état général du patient...
Les leviers pouvant être la communication, la confiance et la réponse aux besoins spécifiques des patients, l'adaptation à une situation particulière.
- Le type de contact présent entre les urgences et le service social de l'hôpital.
- La vigilance éthique appliquée dans l'équipe lors de la présence d'une situation sensible.
- La présence d'échanges en vue d'améliorer la continuité de soins entre les professionnels de santé et les acteurs des réseaux de première ligne.

2 Méthodologie

En fonction de l'objectif présenté dans le point suivant, ma démarche va être de type exploratoire. Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-directif. Cette méthode me paraît la plus adaptée à la problématique car c'est un sujet assez sensible. Suivant cette approche, la révélation de différents aspects des professionnels de santé tels que leurs connaissances, leurs vécus et leurs ressentis me semblent difficile à réaliser suivant un questionnaire.

3 Terrain d'études

La récolte de données a été réalisée au sein de deux services d'urgences du réseau Iris de Bruxelles. Le réseau Iris est gouverné par *“l'association faitière iris qui est chargée de la direction et de la gestion générale des activités hospitalières des hôpitaux publics bruxellois.”* (Iris, 2014). La faitière Iris présente une vision commune à tous les hôpitaux du réseau Iris telle que prendre en charge les

soins des patients ; l'importance de la mission sociale est un partage des savoirs par son caractère universitaire.

J'ai sélectionné des professionnels de santé travaillant au sein du réseau Iris du service des urgences de St Pierre et de Etterbeek Ixelles. La spécificité des urgences de St Pierre présente un service social intégré aux urgences. L'hôpital Etterbeek Ixelles dispose d'un service social général pour toute l'institution. Mon but n'est pas de comparer deux services d'urgences mais d'explorer les points de vue de chacun en vue de développer des "hypothèses émergentes".

4 Stratégie d'échantillonnage

J'ai sélectionné 1 médecin et 5 infirmiers sur deux terrains d'études. Afin d'éviter des biais, j'ai choisi des soignants au profil varié présentant des parcours d'études et professionnels différents.

5 Les critères de sélection

Afin de répondre à mon objectif, j'ai réfléchi aux choix des personnes interviewées et de ce fait, pour éviter les biais sur le choix des professionnels de santé, j'ai intégré un médecin et des infirmiers travaillant dans un service d'urgences. Un autre critère dont j'ai tenu compte dans mon échantillonnage c'est l'ancienneté professionnelle. Selon moi, le choix d'une personne nouvellement diplômée est pertinent car cela me permet d'avoir une vue plus large sur la problématique de l'intégration de soins des personnes sans-abris.

Il s'agit d'un échantillon de convenance car la sélection des personnes s'est faite par le biais de contacts directs avec des personnes que je connais soit via mon lieu de travail soit via des personnes travaillant dans d'autres services d'urgences que je croise lors de mes interventions SMUR.

Par la suite, j'ai pris contact avec les répondants afin de leur expliquer plus précisément le thème de mon étude et la manière dont les entretiens allaient se dérouler.

En fonction des disponibilités de chacun, j'ai pu fixer des moments de rencontres pour chacun des répondants.

6 Outils – Le guide d'entretien

J'ai réalisé mes entretiens exploratoires semi-directifs suivant un guide d'entretien composé de treize questions. Ces questions se basent suivant les thèmes préétablis cités plus haut. Mon objectif principal est de laisser la personne s'exprimer librement. Lors de l'élaboration de mon guide d'entretien, j'ai veillé à réaliser des questions ouvertes et neutres permettant aux personnes de donner leurs avis. Pour certaines questions, j'ai ajouté des sous-questions afin de collecter plus d'éléments. Suivant l'accord des répondants, les six entretiens ont été enregistrés afin de faciliter l'analyse du matériau. (*cfr annexe 5*)

7 Méthode d'analyse des entretiens

J'ai réalisé une retranscription intégrale "mot à mot" afin de garder une trace objective de tout ce qui a été révélé par les interlocuteurs (*cfr annexe 6*). Ensuite, j'ai procédé à une analyse thématique afin de faire ressortir les thèmes prédominants. Ceux-ci sont en partie prédéfinis par mon outil, le guide d'entretien construit au préalable. Lors de l'analyse des entretiens, j'ai pu découvrir l'émergence de certains thèmes. Cette analyse interprétative (Grounded Theory) permettra de développer ma subjectivité et mes connaissances issues de la littérature et ce en vue d'interpréter les résultats et de produire de nouvelles hypothèses. (Aujoulat, 2019)

J'ai ensuite créé un tableau avec les 7 thèmes prédéfinis subdivisés en 6 parties pour les 6 entretiens. J'ai analysé mon matériau en le découpant en unité d'analyse, en retranscrivant des mots clés, des parties de phrases en lien avec les thèmes mobilisés.

Suivant le tableau se trouvant dans l'annexe (*cfr annexe 7*) j'ai réalisé une lecture verticale et longitudinale.

Une lecture verticale me permettra de comparer et de repérer des fragments de discours en fonction des thèmes pour découvrir des ressemblances ou des divergences entre les différents répondants.

La lecture horizontale me permettra d'associer des idées en passant d'un thème à l'autre en fonction de chaque entretien. Cela favorisera le développement de nouvelles hypothèses.

J'ai subdivisé certaines parties suivant un code couleur :

- Hôpital Etterbeek-Ixelles
- Hôpital St Pierre
- L'expression d'un ressenti, d'une hésitation de l'interlocuteur par rapport à un ou plusieurs thèmes.
- Les unités d'analyse qui ont émergé des acteurs.
- Résultats des entretiens réalisés auprès des acteurs de terrain.

J'ai pu réaliser six entretiens auprès de cinq infirmiers et un médecin. Deux infirmiers travaillant aux urgences de l'hôpital St Pierre et trois infirmiers et un médecin aux urgences de Etterbeek Ixelles.

Les répondants sont composés de trois hommes et de trois femmes.

8 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur une période de 15 jours du 25 avril au 9 mai 2022.

Sur les six entretiens, deux ont été réalisés en distanciels. Les quatre entretiens ont donc eu lieu sur le terrain de travail des professionnels dans des lieux (bureaux, salle de réunions...) à l'écart de l'activité des urgences. La moyenne de temps des six entretiens réalisés est de 27 minutes.

Lors des entretiens j'ai pris soin de mettre en veille mes connaissances et mes représentations sur le sujet. En effet, les répondants sont des personnes que je côtoie dans ma profession, j'ai veillé à être la plus neutre possible dans mes interventions en vue d'éviter des réponses biaisées par mes interventions.

- Les considérations éthiques

Au début de chaque entretien, j'ai bien précisé à chaque répondant la raison pour laquelle elle avait été retenue, le but de l'entretien ainsi que de la manière dont celui-ci allait se dérouler. L'anonymat a été garanti pendant tous les déroulements de l'étude ; les informations sur la profession et l'ancienneté des répondants sont mentionnées dans les résultats. Les personnes interviewées ont donné leur accord pour être enregistrées, et ont reçu, de ma part, la garantie de la confidentialité des informations partagées.

Lors de mes deux premiers entretiens j'ai remarqué que suivant la question "*Si je vous parle de l'intégration de soins. Qu'est-ce que cela vous évoque ?*". Les répondants ont présenté une certaine forme d'hésitation avec une demande de précisions de ma part. J'ai de ce fait élaboré mon guide d'entretien en rajoutant une ou deux sous-questions précisant le concept par un exemple.

Au cours des entretiens, j'ai remarqué que les réponses de certains interviewés étaient plus fluides et que beaucoup d'éléments pertinents se sont révélés à partir de la quatrième question.

9 Analyse des entretiens

Suite à la retranscription des entretiens. J'ai débuté mon analyse par la réalisation pour chaque entretien, d'un tableau avec les thèmes au préalable prédéfinis.

Afin de faciliter mon analyse j'ai surligné en fonction d'un code couleur les divergences et les similarités présentes en fonction de chaque entretien.

Sur les éléments nouveaux découverts, j'ai créé suivant les mots des répondants une nouvelle unité d'analyse qui sera utile afin de développer mes hypothèses émergentes.

Les entretiens 1 et 2 sont représentés par les répondants travaillant aux urgences de l'hôpital St Pierre, les entretiens 3-4-5-6 exerçant aux urgences de Etterbeek Ixelles. Un exemple de tableau d'analyse d'entretien se trouve en annexe (*cfr annexe 7*).

Suivant les thèmes prédéfinis j'ai relevé :

- La connaissance des professionnels de santé sur le concept de l'intégration de soins grâce à l'utilisation de mots clés tels que continuité, coordination, collaboration, intégration professionnelle et organisationnelle, réseau...
- La mobilisation du personnel soignant lors de l'accueil et du processus de soins incluant le dépistage du sans-abrisme et la continuité des soins des patients sans-abris aux urgences.
- L'humanisme soignant dans la relation de soins grâce à l'utilisation de mots définissant les valeurs "humanisantes".
- Les freins et leviers rencontrés lors de la relation et la continuité de soins.
 - Les freins pouvant être la réticence des personnes sans-abris aux soins, l'hygiène corporelle, l'état général du patient...
 - Les leviers pouvant être la communication, la confiance et la réponse aux besoins spécifiques des patients, l'adaptation à une situation particulière.
- Le type de contact présent entre les urgences et le service social de l'hôpital.
- La vigilance éthique appliquée dans l'équipe lors de la présence d'une situation sensible.
- La présence d'échange en vue d'améliorer la continuité de soins entre les professionnels de santé et les acteurs des réseaux de première ligne.

Les renseignements généraux sur le niveau d'étude et l'expérience professionnelle des acteurs de terrain :

- Répondant 1 : Infirmière SIAMU aux urgences de St Pierre depuis 2006.
 - Niveau d'étude : SIAMU, formation en médecine tropicale, formation en médecine catastrophe, certificat interuniversitaire en victimologie.
 - Expérience professionnelle : Urgences de St Pierre, infirmière au Samusocial, formatrice de cours des premiers soins à l'école de police, mi-temps en qualité d'infirmière légiste au CPVS (Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles) en alternance avec les urgences de St Pierre. Infirmière référente sociale aux urgences en plus de sa fonction d'infirmière SIAMU.
- Répondant 2 : Infirmier SIAMU aux urgences de St Pierre depuis 1995
 - Niveau d'étude : SIAMU, master en santé publique en gestion de médecine d'urgences.
 - Expérience professionnelle : formateur à l'école d'infirmier, de police et de pompier, infirmier urgentiste et coordinateur du préhospitalier.
- Répondant 3 : Infirmier SIAMU aux urgences de Etterbeek-Ixelles depuis deux ans.
 - Niveau d'étude : SIAMU, première année en master de santé publique.
 - Expérience professionnelle : Secouriste bénévole à la Croix-Rouge, ambulancier AMU.
- Répondant 4 : Médecin SMU depuis 21 ans, il travaille aux urgences de Etterbeek-Ixelles depuis 5 ans.
- Répondant 5 : Infirmière aux urgences de Etterbeek-Ixelles depuis 4 ans.
 - Niveau d'étude : en cours de spécialisation en infirmière communautaire.
- Répondant 6 : Infirmière SIAMU aux urgences de Etterbeek-Ixelles depuis 7 ans, infirmière chef adjointe depuis juin 2021 aux urgences de Etterbeek-Ixelles.
 - Niveau d'étude : SIAMU, formation en médecine tropicale, master en science du travail à finalité genre et égalité.

Je vais détailler ci-dessous les résultats pour chacune des unités d'analyse précitées. Je vais tout d'abord développer la lecture verticale des six entretiens qui me permettra de relever les similarités et les divergences. Ensuite la lecture longitudinale des entretiens me permettra de développer des nouvelles unités d'analyse. Je terminerai ce point d'analyse par un développement des similarités et

des divergences présentes entre les répondants des urgences de l'hôpital St Pierre et de Etterbeek Ixelles.

9.1 Analyse verticale

- **A. La connaissance des professionnels de santé sur le concept de l'intégration de soins :**

Sur les six entretiens j'ai relevé de l'hésitation et une demande de précision sur trois répondants et un intervenant m'a annoncé que c'était la première fois qu'il entendait ce terme. Les professionnels ont pu m'expliquer suivant leurs mots et des exemples sur leur expériences de terrain ce que représente l'intégration de soins.

Les mots et phrases clés que j'ai relevées sont :

*"On essaye de prendre de façon **globale** ; donc on ne va pas s'attarder à une pathologie et essayer de voir plutôt le cadre, d'abord la **prévention** et l'**éducation à la santé**."*

*"C'est que quand les personnes se présentent aux urgences avec un problème aiguë, on va traiter le problème et on va **référer** soit vers le **médecin traitant**, soit après en **spécialisation** et là il y a une **continuité des soins**."*

*"L'intégration de soin ; moi je pense aux **soins intégrés**, ça veut dire des **soins globaux** qui ne prennent pas en charge qu'un aspect du patient mais le patient dans sa globalité de manière **holistique**."*

Un répondant me citera l'exemple sur la différence entre les soins non-intégrés et les soins intégrés, les soins non-intégrés sont selon l'intervenant des soins et des tâches réalisés de façon ponctuelle sur un patient par différents professionnels. Les soins intégrés est un ensemble de soins réalisés par un professionnel.

*"C'est le fait qu'un infirmier ou un petit groupe d'infirmiers prenne en charge un patient de manière globale de A à Z par rapport à la raison de sa présence. Mais aussi par rapport à sa **réalité**, par rapport à son **parcours de vie**, par rapport à ses **spécificités** et donc le fait d'**intégrer** tous ces éléments dans la prise en charge globale et non pas prendre le patient comme une série d'actes par exemple sur juste une prise de sang, une toilette..."*

*"L'intégration de soins, j'imagine que c'est le fait de **collaborer à plusieurs** pour une meilleure prise en charge globale."*

*"L'intégration de soins c'est compliqué dans un premier temps, par rapport aux personnes sans-abris, c'est d'essayer de les mettre dans un **parcours de soins** et ça ce n'est pas évident."*

- **B. La mobilisation du personnel soignant lors de l'accueil et du processus de soin incluant le dépistage du sans-abrisme et la continuité des soins des patients sans-abris aux urgences.**

J'ai eu beaucoup d'éléments de réponse sur ce thème qui se sont révélés tout au long des six entretiens. Les similarités relevées à travers les entretiens sont au niveau de l'accueil aux urgences ; les professionnels de santé vont tenir compte de la plainte aiguë et la réponse aux problèmes de chronicité que rencontrent les sans-abris dépendra de plusieurs facteurs, notamment organisationnels, et du profil du patient sans-abris.

Les divergences que j'ai relevées entre les répondants des urgences St Pierre et de Etterbeek-Ixelles concernent le premier contact réalisé lors de l'inscription en journée du patient sans-abri. Une identification du sans-abrisme est effectuée par les accueillants de St Pierre en vue d'orienter le patient vers l'assistant social lors du processus de soins.

- L'accueil, la question d'hébergement.

L'accueil s'effectue suivant plusieurs trajectoires soit via l'entrée des urgences, soit en ambulance "112".

Répondant 1 : *"Généralement si c'est la journée, au niveau de l'accueil, la situation sur l'hébergement sera identifiée suivant un cachet **"A voir par l'assistant social"** et le patient sera d'office vu par l'assistant social ; la nuit c'est un peu plus compliqué. On sait qu'à l'accueil on pose la question lors de l'enregistrement pour toutes les personnes qui ont une problématique sociale et elles seront contactées par l'assistant social."*

Il est important, pour les soignants, de répondre aux besoins primaires des patients sans-abris (manger, se reposer, se laver...) - pyramide de Maslow.

"La problématique c'est qu'à côté de ça il n'y a pas que le problème somatique mais il y a parfois le besoin de se reposer, de se laver, de manger, de comment on va faire pour avoir les médicaments..."

Répondant 2 : La question sur l'hébergement sera posée à des fins organisationnelles.

*"Alors la question est posée mais bizarrement elle est posée pour justement éviter de faire une hospitalisation donc c'est plutôt dans **une idée d'organisation**, on essayera de **trouver une solution** parce que sinon il passera la nuit aux urgences et on ne sait pas ce qu'on va en faire ..."*

Répondant 3 : L'accueil des personnes sans-abris se réalise régulièrement par le biais des ambulances la question sur l'état d'hébergement est connu préalablement par les pompiers dont ils en feront part aux soignants des urgences.

*"Lors du triage on a assez peu de patients sans-domicile-fixe qui arrivent par ce biais. La plupart des sans-abris arrivent dans des situations où **l'ambulance** a dû être appelée sur la voie publique et ils sont donc amenés via ambulance et donc à ce moment-là dans le rapport qui est fait par les pompiers, et bien il y a une précision du fait que c'est une personne sans-domicile fixe qui a été agressée dans la rue et où des tiers ont fait appel à l'ambulance. Ça arrive de temps en temps qu'on en ait **au tri la plupart du temps on les connaît**."*

*"C'est vrai que de temps en temps la question sur l'hébergement vient souvent d'eux-mêmes de par **les problématiques répétées** pour lesquelles ils viennent. Ils vont en faire état d'eux-mêmes. Par exemple, ils viennent régulièrement pour des pathologies liées à des soins au niveau des pieds, des blessures qui sont particulièrement importantes. Ils vont faire état assez rapidement de leur situation de sans-domicile fixe. Je pense que la personne le dit elle-même."*

Le répondant trois me fera part que le soignant identifie chez un patient une **situation sociale difficile**. Cette identification est intégrée dans le processus de soins et elle permettra aux soignants de s'adapter à la situation contextuelle du patient sans-abri.

*"Au fait, je pense que la plupart du temps ce qu'on va voir, c'est **une situation sociale difficile**, on va **repérer** une situation sociale difficile et à ce moment-là on va **l'identifier** et on va **l'intégrer dans nos soins**. Mais je pense que la question du domicile ne s'intègre pas trop au triage infirmier ; c'est plutôt quand on va donner des prescriptions de médicaments au patient et qu'il devra **"rentrer chez lui"** qu'on va discuter de ce problème. Pourquoi ? car on va demander au patient s'il a la possibilité de voir, d'aller chercher ses médicaments s'il y a des gens qui vivent avec lui ...c'est à ce moment-là que la **problématique du lieu de vie** ou de **la capacité à rentrer chez soi** va faire **émerger cette question**. Je pense que ce n'est pas au début de la prise en charge mais c'est plus à la fin."*

Répondant 4 :

La question d'hébergement sera posée dans un souci de mise à l'abri du patient et à des fins organisationnelles. *“C’est quand on doit les libérer, souvent **c’est pour savoir s’ils ont quelque part où aller.** Après ça dépend du moment de la journée ; si on les libère en pleine journée on ne va forcément pas poser la question mais si on les libère le soir, la question d’hébergement va se poser et parfois ça peut arriver de les accepter la nuit pour qu’ils puissent dormir la nuit au chaud surtout en plein hiver.”*

- Le processus de soins

Lors du processus de soins, la mobilisation des soignants est effectuée en vue de réaliser les soins ou d'hospitaliser le patient sans-abri. Les professionnels de santé se concertent et intègrent le patient dans ce processus de conciliation. Mais ce processus dépendra du profil du patient comme par exemple la connaissance par les soignants des refus de soins rencontrés dans le passé du patient. Les répondants travaillant aux urgences de St Pierre incluent l'assistant social à leurs concertations afin de trouver des solutions d'adaptation. Dès lors, le processus dépendra de plusieurs facteurs tels que le patient (la volonté du patient...), l'adaptation des soignants aux profils variés des patients sans-abris et les contraintes organisationnelles (manque de temps, manque de ressources...) que rencontrent les soignants. Les contraintes organisationnelles se sont révélées par les six répondants, ce point sera développé ultérieurement à la lecture horizontale de mon analyse.

Quatre répondants m'ont expliqué que la fonction première du service des urgences était de traiter des situations aiguës.

Répondant 1 : *“S’il faut l’hospitaliser, les soignants vont se mobiliser, les soins vont être faits ; mais parfois c’est en fonction du **profil** et il y a eu des personnes chroniques qui venaient régulièrement chez nous, ça été discuté avec les chefs d’équipe de se dire **“Jusque où on va”** ?”*

*“Nous aux urgences on va traiter la **situation aiguë**, on ne va pas faire ça, ça...Je sais qu’on a eu une **réflexion** de cela aux urgences. On mettait facilement une perfusion, là maintenant on réfléchit. **Est-ce qu’il en a vraiment besoin** ? Car on a la tendance de mettre des perfusions à tout le monde, mais il faut pouvoir réfléchir ; **Est-ce que c’est vraiment nécessaire** ?”*

Répondant 2 : *“Pour la personne sans-abri, on va peut-être ponctuellement prendre en charge sa pathologie ulcéreuse, sa pathologie alcoolique avec ses enzymes hépatiques, sa gastrite...mais il y a **tout le suivi derrière**, toute la prise en charge médicale qui ne suit pas derrière et je ne mets pas en doute le système de santé que nous avons mais c’est aussi la **volonté du patient**.”*

*“Il faut commencer par le vouloir donc il faut une prise en charge psychologique, sociale et surtout une **demande volontaire du patient**, ça c’est un gros problème, je crois que ça c’est une grosse pièce du problème.”*

Le répondant explique la complexité du processus de soins rencontrée aux urgences.

*“Au fait on a difficile à **jauger à capter** la prise en charge d’une personne précaire, sans domicile fixe est quelque chose de **très compliqué** et qui ne se limite pas à s’occuper de ses jambes qui sont pleines de plaies ou à son pansement qui date de trois jours...mais c’est tellement **phagocytant au niveau énergie et temps** pour avoir un résultat qui est tellement faible que soit on s’y **implique** et on tient bon ou soit on **lâche vite et on se protège** ; au fait, on se **barricade** et donc on se **limite** à faire des soins demandés par le médecin des urgences et **on laisse de côté tout l’investissement de la prise en charge globale.**”*

Des répondants m'ont fait part que l'accueil et le processus de soins étaient facilités par les patients sans-abris qui se rendaient régulièrement aux urgences.

Répondant 3 : *“C’est des publics qui sont présents assez régulièrement dans les services d’urgences qu’on revoit de semaines en semaines et dont on connaît une **partie du parcours de par les contacts réguliers que nous avons avec eux.**”*

Répondant 4 : Les urgences est selon l’intervenant un système qui permet une ébauche de soins menant à une trajectoire de soins.

Suivant son intervention, les urgences sont pour lui un **système d’accroche** aux patients sans-abris qui ne sont pas intégrés dans un réseau de première ligne. *“Je pense que ces patients, vu qu’ils n’ont pas de médecin traitant, à un certain moment ils doivent **être raccrochés et être mis dans une filière** quelque part où on peut intégrer l’ensemble des diverses données qu’on a sur lui, les différents examens, de son **parcours de santé** et qu’on puisse du coup le conseiller pour la suite afin qu’il ne fasse pas des allers-retours une fois à droite, une fois à gauche...”*

*“Le médecin urgentiste traite un **problème aigu**, il lance une mise au point et si le problème est simple, il le résout, mais quand il est compliqué, il essaye soit d’hospitaliser le patient, soit par un suivi avec un confrère en ambulatoire mais par définition on n’est pas là aux urgences pour **assurer une continuité de soins**. Mais on peut essayer **d’ébaucher une trajectoire** pour que le patient puisse bénéficier d’une continuité de soins. Mais les urgentistes, l’équipe des urgences avec les infirmiers nous sommes là pour **entamer un processus** mais sûrement pas pour assurer de bout en bout.”*

Répondant 5 :

L’intervenant me fait part que le processus de soins dépendra très fortement de la raison de la venue du patient sans-abri aux urgences mais aussi des professionnels de santé qui travaillent.

*“Alors oui ça nous arrive régulièrement de rencontrer des personnes sans-abris aux urgences, après **ça dépend** de la prise en charge de pourquoi ils viennent, c’est très dépendant aussi **en fonction des médecins** qui les prennent en charge. Il y a des médecins qui vont demander des bilans directement et d’autres qui ne le feront pas.”*

Répondant 6 :

Suivant l’avis du répondant, les pathologies chroniques présentes chez les patients sans-abris peuvent évoluer, vers une plainte, douleur à caractère aiguë. Les soins réalisés ne pourront pas répondre aux besoins du patient.

*“Les urgences ne répondent pas aux besoins des personnes sans-abris, elles ont souvent des problèmes chroniques. Aux urgences, on va traiter **le phénomène aigu** de la pathologie chronique même si on sait, ce qu’il faudrait faire c’est **de revoir un traitement de fond pour instaurer un suivi** mais ce n’est pas fait aux urgences.”*

- **C. L’humanisme soignant dans la relation de soins grâce à l’utilisation de mots définissant les valeurs” humanisantes”.**

J’ai récolté plusieurs éléments de réponses qui selon les mots, les phrases des répondants représentent les valeurs “humanisantes”. La lecture longitudinale des six entretiens que je citerai au point suivant a permis le développement d’une unité d’analyse propre à une valeur humanisante.

Répondant 1 :

“Donc il faut toujours les **regarder en tant qu’humain** et ce n’est pas qu’une volonté de devoir s’en sortir, il y a plein de paramètres différents. Pour moi, c’est de pouvoir réaliser des soins **comme pour toute personne**, de pouvoir proposer des soins comme on le ferait à Mr X ou Y...”

Répondant 2 :

“Ils sont démissionnaires, c’est parce qu’on ne les comprend pas ou on veut les sauver d’une situation où ils ne veulent pas être sauvés. Et donc ce qu’ils demandent seulement c’est **d’être écoutés, de se sentir un peu soutenus** autour d’un petit repas par exemple...”

Le répondant raconte que certaines valeurs peuvent être impactées dans des contraintes organisationnelles.

“La première valeur, je t’avoue il ne faut pas être hypocrite car c’est un peu difficile, c’est le **respect** voilà ; ça reste une personne et **vu la situation et la surcharge de travail**, on a envie de bâcler et de se dire OK il m’énerve il n’a que ça à faire. Alors **la première valeur** qu’il faut essayer de garder c’est le **respect**. C’est vrai qu’ils sont dans un état d’hygiène et physique qui ne pousse pas à la discussion et qui ne nous pousse pas à se dire qu’on a une **personne humaine** devant soi...”

Répondant 3 :

“Je dirais l’humanisme du fait de continuer à **considérer la personne comme un être humain** ; comme un adulte, de ne **pas l’infantiliser** même si on va l’aider pour des soins qui sont peu habituels pour des adultes, souvent à cet âge-là. Car c’est souvent des gens qui ne sont pas dans une tranche d’âge pas spécialement avancée et donc l’important pour moi ce n’est pas de les infantiliser. D’avoir conscience que les urgences vont être un passage pour eux simplement, on va leur rapporter une aide ponctuelle, on ne va probablement pas régler une situation qui s’est installée de manière chronique chez eux. Oui, je dirais **le fait de les traiter, de continuer à les traiter comme des êtres humains...**”

Répondant 4 :

Selon son intervention le respect des valeurs “humanisantes” devrait être réciproque entre le soignant et le soigné.

“Le soignant doit pouvoir mettre le patient en **confiance**, on doit créer une **relation de confiance** de notre part à son égard mais de lui vers nous aussi sans quoi il ne peut s’ouvrir à nous et il y aura toujours une partie de l’iceberg qu’on ne pourra pas explorer...”

Répondant 5 :

Les valeurs humanisantes sont définies par des questions “humanistes” que se posent le soignant vis-à-vis du patient sans domicile fixe.

“La **bienveillance**, l’écoute, **essayer de discuter** avec la personne afin de savoir ; “**Qu’est-ce qu’elle vit en ce moment ?**” ; “Si elle est toujours dans la rue ?”, si elle a des contacts sociaux aussi ; car ça c’est important de savoir si elle n’est pas trop isolée. La **bienveillance** c’est important car ce sont des personnes qui vivent dans la rue, qui peuvent être dénigrées car les gens passent devant elles sans les **regarder en les niant** et c’est vrai quand ils arrivent à l’hôpital on a envie de leur **apporter de la bienveillance**”.

Répondant 6 :

“C’est important **de ne pas juger** le patient, en **prendre soin** le mieux qu’on peut ; avoir de l’**empathie** pour eux...”

- **D. Les freins et leviers rencontrés lors de la relation et de la continuité de soins.**

Sur les éléments des six entretiens que j'ai récoltés, j'ai relevé plus de freins que de leviers rencontrés par les répondants lors de la relation de soins envers un patient sans-abri.

Les freins

Les freins à la continuité de soins sont selon les intervenants, liés à plusieurs facteurs tels que la posture et le ressenti des professionnels envers un patient sans-abri, le refus de soins des patients sans-abris. Les freins sont définis selon deux niveaux, le premier niveau c'est l'approche spécifique du professionnel face à un patient sans-abri et le deuxième niveau c'est le comportement du patient sans-abri aux urgences.

Répondant 1 :

*"Je trouve que c'est dépendant du médecin et de l'infirmier présent parce qu'il y a des gens qui ont **moins les connaissances** par rapport aux patients vivant des **situations difficiles**. Et puis il y a un **contact social** qui parfois est plus difficile puisque la personne vient quinze fois pour la même chose et qu'elle s'en va avant la fin des soins ; c'est épuisant car certains soignants ont **l'impression de faire du travail qui n'est pas nécessaire**."*

*"Il faut intégrer la personne dans cette **intégration de soins**. Car parfois on essaye de faire tout un parcours pour la personne et parfois elle te dit **"je n'ai pas envie"**. Parfois ils viennent pour soigner la douleur et donc il faut leur demander s'ils sont d'accord d'être hospitalisés et parfois ce n'est pas leur volonté, ils veulent juste qu'on gère le problème aigu puis ils veulent repartir. Ça aussi c'est important de les intégrer en leur posant la question."*

*"**La négociation ça dépend du personnel**. C'est comme pour tout le monde il y a des gens qui sont dans le social et d'autres qui sont plus techniques..."*

*"Certains patients n'ont pas **la notion du temps**, souvent ils zappent les rendez-vous soit à cause de la notion du temps ou qu'ils ont oubliés, soit ils se disent je n'ai plus mal donc je n'y vais pas..."*

Répondant 2 :

*"Les récurrents sont ceux qui sont **résistants à la prise en charge**...c'est tellement **usant et décourageant** ; on a tendance à **démissionner** justement dans cet investissement particulier qui est cette prise en charge aux urgences et souvent ils reviennent tout le temps. Tu redonnes un planning avec des rendez-vous, avec toute une prise en charge spécifique et globale de ses difficultés, voilà les papiers sont perdus. Ils ne trouvent pas cela nécessaire, ils te disent que oui mais finalement tu vois que ça n'avance pas à grand-chose. Et puis on rencontre **la barrière de la langue** et puis la barrière de cette **précarisation**."*

*"Du fait qu'ils sont démissionnaires, ça dégage dans **le personnel un peu de mauvaise humeur** et un peu de **résistance** aussi à la prise en charge..."*

*"Et je pense qu'il ne faut pas tomber dans le travers de la **pitié**. Ici c'est plutôt dans le **"encore lui"** ; il ne veut pas nous écouter et donc c'est **usant, on tourne en boucle**. Moi j'ai compris en tout cas, il n'aura pas de solution et donc on traite les symptômes en lui demandant **"est-ce que tu as mal ? tu veux quoi ?"**. On est **pragmatique** dans l'urgence. Pour ces problèmes chroniques, je ne sais pas t'aider car je ne sais pas comment tu vas évoluer...on est plutôt dans le **"pratiquo-pratique"** de l'urgence en tant que telle..."*

- L'investissement des soignants par rapport aux soins sur l'hygiène corporelle des patients sans-abris.

*“Ça te prend une **ressource extraordinaire**, tu sais en plus dans cet **investissement sans fond** parce que si tu savais que tu les lavais et qu'ils iraient dans un réseau, voilà un **réseau entre guillemet propre** avec une prise en charge **à long terme**. Mais là tu sais très bien que tu vas les laisser mais que dans deux heures ils retourneront dans la rue et ils seront à nouveau dans une situation où ils seront dans un squat avec puces et punaises.”*

Répondant 3 :

Les éléments de réponses du répondant trois sont les caractéristiques d'hygiène et l'agressivité des personnes sans-abris auxquelles les soignants peuvent être confrontés.

*“Je sais que par rapport à des collègues, il peut y avoir un côté **assez rebutant** ; il est très clair qu'il y a un niveau de soins pour ces patients qui ne sont pas le même que pour d'autres patients, des niveaux d'hygiène qui sont négligés à de très nombreux moments. Et donc pour beaucoup d'infirmiers ça peut être un facteur qui peut les rebuter vis-à-vis du patient et il va y avoir une forme de **dégoût** effectivement non vis-à-vis du patient **mais de la situation actuelle avec l'état d'hygiène dégradé**.”*

*“Les éléments comme **l'agressivité** liés aux intoxications éthyliques aiguës, le fait **d'être demandeur de manière agressive, de manière exigeante** dans un service où les choses ne peuvent pas arriver tout de suite vu la charge de travail.”*

Répondant 4 :

La problématique des soins fragmentés peut être délétère à la continuité de soins des patients sans-abris.

*“Ces personnes vulnérables n'ont **pas de médecin traitant**, n'ont **pas de dossier correctement suivi**, ils sont connus de plusieurs hôpitaux **sans véritable continuité**, sans suivi par un médecin qui essaye d'avoir une vue globale du patient qui consulte pour divers problèmes là où il peut et donc c'est **tellement décousu**, du coup **ça peut être dangereux** pour lui car il y a **de nombreux intervenants** qu'ils **ne le connaissent pas** et qu'ils font ce qu'ils peuvent quand le patient les consulte...”*

*“On a des patients sans-abris qui ne sont pas bien pris en charge parce qu'eux-mêmes **ne connaissent pas bien leurs antécédents ni-même le traitement** qu'ils prennent exactement. Et pour la prise en charge ? Ce n'est pas toujours le cas car ces patients demandent à mon avis **plus d'attention** qu'on ne leur accorde pour qu'ils soient bien soignés.”*

Répondant 5 :

La stigmatisation que rencontre le patient sans-abri est relaté par le répondant.

*“Ce sont des patients assez **stigmatisés** donc souvent on va simplement faire une prise de sang pour voir le taux d'éthanol, voilà après il faut investiguer pour voir s'il n'y a pas d'autres problèmes sous-jacents.”*

*“C'est vrai qu'il peut y avoir des patients sans-abris qui peuvent arriver et qui se sont urinés dessus, qui ont des selles sur eux, qui sentent beaucoup l'alcool et parfois qui ne se sont plus lavés depuis des semaines ; voilà on fait en sorte de faire tous les soins nécessaires même si parfois ça peut être **rebutant**. Ça nous arrive de faire des toilettes quand la personne est d'accord parce qu'il y en a qui ne veulent pas du tout...”*

Répondant 6 :

*“C'est vrai que c'est difficile de faire accepter l'hospitalisation à un patient sans domicile fixe, ou bien souvent ça se termine le jour d'après par une **décharge ou une***

fuite, c'est fatigant dans le sens où on se demande pourquoi on fait le travail si 24 heures après ça n'a servi à rien...

“La mauvaise hygiène corporelle peut influencer beaucoup la relation de soins... parce que même si on est très empathique, on reste humain, on peut être dégoûté parfois à cause des mauvaises odeurs et donc on peut isoler le patient du reste des autres patients ; on ne veut pas être dérangé par les odeurs, l'état d'hygiène et même de tout ce qui est contamination comme la gale ou les poux. Ça c'est une problématique qui risque de nous dégoûter et qui va nous faire prendre du recul par rapport au patient...”

Les leviers

Les répondants s'accommodent aux différents profils des patients sans-abris grâce à la négociation, à l'adaptation du soignant et à la relation de soin envers notre public cible. J'ai trouvé une divergence entre les répondants des urgences de St Pierre et des urgences de Etterbeek Ixelles sur le fait que la continuité des soins est facilitée par la présence des assistants sociaux et des référentes infirmières sociales.

Les leviers présents aux urgences de l'hôpital Etterbeek Ixelles est la présence du dispensaire chirurgical ; trois répondants m'ont fait part que ce dispensaire était bénéfique aux patients précarisés en vue d'améliorer la continuité des soins.

Répondant 1 :

“Parfois on doit négocier quand on voit des gens...la négociation parfois on y arrive et parfois pas, on fait ce qu'on peut par rapport à ça et encore ça dépend du personnel...”

“L'hospitalisation pour la personne en situation de précarisation très importante qui refusait les soins et qui avait juste besoin d'un traitement pour se remettre daplomb et ensuite partir ; comme par exemple des patients avec de grosses cirrhoses de foie, on faisait une ponction d'ascite et après ils repartaient. C'est important de discuter avec le patient pour voir jusqu'où on peut aller...”

“Je trouve que du point de vue de l'intégration, on essaye à St Pierre de le faire au maximum mais au niveau du timing si c'est entre 9 heures et 17 heures l'assistante sociale est là et c'est beaucoup plus facile de trouver des places en salle et de lancer un bon parcours pour le patient...”

Répondant 2 :

“On a une équipe de deux référents sociaux, c'est tellement facile de leur donner un coup de fil pour lui demander tient c'est pour toi et elles, évidemment comme elles ont un tropisme là-dedans ; elles ne vont pas dire non. Mais je pense que c'est une solution de facilité pour nous.”

Répondant 3 :

“Je dirais que le levier c'est en même temps un frein. Le levier c'est d'avoir l'hôpital derrière avec les services d'hospitalisation, le frein c'est le fait qu'on n'y arrive pas car on manque de beaucoup de places d'hospitalisation principalement depuis le COVID. Et donc c'est difficile de trouver des places d'hospitalisation et de justifier auprès des cadres de l'hôpital pour réaliser des hospitalisations sociales entre guillemet.”

“Pour le relais, après la prise en charge aux urgences ; nous avons l'avantage dans notre service d'avoir un dispensaire de pansement, un service qui est souvent lié à des pathologies de soins de plaies et à ce niveau l'avantage que nous avons c'est qu'on peut proposer au patient de revenir dans nos services d'urgence tous les jours et globalement ils le font assez facilement.”

Répondant 4 :

L'attention que l'on porte au patient dépendra du contexte organisationnel.

*“C'est vrai quand on a un peu plus de temps, quand c'est calme on se permet de faire une **digression** et d'en venir à sa situation de logement parce qu'on a le temps d'en parler...Oui Monsieur on fera une radio pour votre cheville **mais comment ça va dans la vie ?** Où est-ce que vous logez ? On peut étendre ça en tant que médecin, on a même **le devoir de le faire** parce que bon on est là quand même pour soigner les gens pas que sur un problème et de voir les gens dans leur globalité ”.*

Répondant 5 :

En ce qui concerne l'adaptation des soignants à répondre aux besoins spécifiques des patients sans-abris, le répondant 5 relate ce qui suit :

*“Pour s'occuper des personnes ayant de gros soucis d'hygiène, on a des **petites astuces pour pallier** ça. Et voilà en tout cas moi ça ne m'empêche pas de prendre en charge le patient et de faire tous les soins nécessaires pour lui.”*

*“Avec certain collègue ça peut nous arriver de **se poser la question** et d'essayer **de trouver des solutions** on regarde même sur nos GSM personnels pour voir s'il n'y a pas des structures, des numéros de téléphone parce que c'est vrai au sein des urgences on n'a pas forcément de contacts à disposition souvent on fait des recherches nous-mêmes.”*

Répondant 6 :

Le dispensaire de pansements aux urgences est adapté au suivi des plaies présentes chez beaucoup de patients sans-abris.

*“Chez nous aux urgences on a **un dispensaire de pansements** pour les soins de plaies des patients même s'ils n'ont pas de domicile. Ils peuvent venir chez nous tous les jours pour le soin de leurs plaies, ça c'est une bonne chose qui est faite mais qui est compliquée à mettre en œuvre car il faut venir tous les jours aux bonnes heures et ça s'est très compliqué...”.*

- **E. Le type de contact présent entre les urgences et le service social de l'hôpital.**

Sur ce thème j'ai réalisé suivant les réponses des intervenants la présence d'une divergence entre les deux hôpitaux sur la relation professionnelle entre les soignants et le service social. Les réponses communes aux six répondants sont que l'assistant social est sollicité par le service des urgences afin de faciliter l'hospitalisation sociale.

Répondant 1 :

“Pour trouver une solution comme des rendez-vous en ambulatoire, on a notre assistant social qui gère cela très bien et c'est vraiment chouette d'avoir un assistant social qui est là et qui fait une enquête sociale.”

Répondant 2 :

Le répondant m'explique que gérer les urgences sociales sont selon ses mots “c'est **phagocytant** au niveau moral et surtout au niveau de notre prise de temps...”Le fait qu'il y ait la présence d'un assistant social et d'une infirmière référente sociale aux urgences est selon le répondant : “Je préfère donner ce travail à l'assistant social ou au référent social qui lui, le réalise un maximum. On a de très bons assistants sociaux

qui réalisent aussi des solutions d'hébergement et qui ensuite **nous partagent le suivi du patient** en nous envoyant de petits mots pour nous dire qu'est-ce qu'il est devenu (concernant certains patients sans abris aux urgences). Ils vont même aux enterrements des sans-abris décédés. On a un **feed-back** avec eux et ça joue beaucoup dans un service. Quand tu as quelqu'un qui n'est pas de l'équipe mais qui est dans **l'équipe**, tu vois qui n'est pas infirmier et qui est assistant social où infirmier social et qui réalise vraiment **le lien** en t'apportant un **complément d'informations** dont tu n'as pas le temps où pas l'énergie et pas la formation ...ça aide pas mal."

"Lorsque j'ai vu le premier engagement de l'infirmière sociale aux urgences qui est maintenant la responsable du service social de l'hôpital ; c'est une **mine d'or**. Alors c'était une infirmière sociale qui **participait aux toilettes** à la thérapie des patients et là on a vu une différence, c'est un **dynamisme** que j'apprécie vraiment. "

L'appréciation du répondant sur la différence du travail entre les assistants sociaux :
"Les enquêtes sociales, le suivi social dépendra de l'assistant social, il y en a qui sont beaucoup plus administratifs et d'autres qui sont plus humains mais des fois ce n'est pas compatible avec l'administratif car **quand tu es trop humain tu fais moins de dossiers...** "

Les répondants des urgences St Pierre m'ont fait part de la relation professionnelle étroite qui existe entre les soignants des urgences et les assistances sociales. Ce lien est renforcé par la présence dans l'équipe infirmier de deux infirmières référentes sociales. Cette intégration professionnelle est bénéfique à la continuité et la relation de soins entre les professionnels et les patients sans-abris.

Répondant 3 :

Le service social selon le répondant a plus de ressources pour s'occuper d'une problématique sociale qui est nouvelle par rapport à un problème complexe qui est installé depuis longtemps chez un patient précaire.

"On a déjà fait appel à l'assistant social, souvent pour des situations à la demande du patient mais je n'ai pas l'impression dans le cadre des urgences que ça soit la solution définitive. Ça peut éventuellement être pour certains patients qui ont envie de sortir d'une situation problématique. On le voit plus facilement pour des patients assez jeunes qui viennent de tomber dans la précarité, dans la rue depuis au moins une semaine et qui ont envie de s'en sortir et pour qui depuis leur passage dans la rue, le service d'urgences est un premier contact. Alors oui on voit vraiment qu'il y a un impact du service social qui va pouvoir être le **tremplin, le relais vers la suite, vers d'autres services sociaux.** "

"Pour des patients qui sont dans la rue depuis plusieurs années, c'est beaucoup plus complexe et là on a l'impression d'être **démunis** vis-à-vis de cette situation. **Je dirais que pour des situations à court terme le service social est un réel plus pour une solution définitive par contre pour des situations à long terme chronique, ça sera plus une solution à des problèmes du quotidien.** "

Répondant 4 :

"Pour **éclaircir certaines situations sur le plan social**, on appelle l'assistant social pour voir un peu si ce patient est connu dans leur service ; si c'est le cas de voir ce qu'on peut faire pour lui. C'est donc un **investissement** qu'on ne leur accorde pas toujours..."

"Le service social, on le sollicite régulièrement, quand on sait qu'un patient sans-abri en mauvais état de santé repart en rue ça risque de se retourner contre lui et il risque

*de se dégrader...donc nous faisons appel à l'assistant social pour voir ce que nous pouvons faire pour le patient afin qu'il puisse aller un petit mieux. **L'hospitalisation sociale** permettra au patient **de se reposer et de se ressourcer...**"*

Répondant 5 :

"Quand il s'agit de faire une hospitalisation sociale, on va téléphoner en journée à l'assistant social qui réalisera aux urgences un premier contact avec le patient..."

*"Ça peut arriver qu'on contacte l'assistant social pour le suivi d'une pathologie chronique comme le diabète chez un patients sans-abri, afin **de trouver des structures qui prennent le relais à l'extérieur...**"*

Répondant 6 :

"Pour une demande d'hospitalisation, on demande souvent l'avis de l'assistant social et donc on prévient l'assistant social qu'on a un patient précarisé qui devrait être hospitalisé..."

- **F. La vigilance éthique appliquée dans l'équipe lors de la présence d'une situation sensible.**

Pour des situations sensibles, l'équipe se consulte et suivant le répondant un, l'équipe intègre le patient dans la discussion. La vigilance éthique se réalisera avec les patients sans-abris refusant les soins et l'hospitalisation. Lors de certaines situations difficiles, plusieurs membres de l'équipe s'investissent aux soins afin d'améliorer la motivation. De manière générale, les répondants m'ont fait part qu'ils discutent des situations afin d'apporter une solution à un évènement complexe mais que cela dépendait du contexte organisationnel.

Répondant 1 :

"Pour les patients chroniques qui viennent régulièrement, ça été discuté avec les chefs d'équipe de se dire jusqu'où on va ?

"Les infirmiers, les médecins avec les chefs ont eu des réunions avec les assistants sociaux pour des personnes qui venaient régulièrement et qui étaient plutôt dans le refus de soins."

*"On a une chouette équipe pour ça quand il y a une personne précaire, on va ensemble, il n'y a pas un seul infirmier qui y va, ça permet de **nous motiver** car ce sont des personnes qui sont difficiles à gérer...on va aussi à deux afin de motiver le patient pour lui donner une douche, de l'aider à se déplacer, à se déshabiller...et **c'est plus facile de le faire ensemble car on se pose aussi des questions.**"*

Répondant 2 :

*"Des infirmiers qui se sentent dépassés par le comportement d'un patient, généralement ils le disent, ils viennent et **ils passent la main**. On passe la main à quelqu'un d'autre même moi **je l'ai déjà fait car je pense que la relation ne sera pas constructive et qu'elle va partir dans un mauvais ressenti** à ce moment-là, je passe la main. Après il faut mettre **des balises** car je pense que le respect doit être des deux côtés. Le manque de respect peut aussi commencer chez le patient ; la demande de respect doit être des deux côtés. Ma méthode à moi, **je mets d'emblée mes limites**, je me dis jusque-là tu peux aller, plus loin tu ne sais pas aller..."*

Répondant 3 :

*"Il y a des situations on va réagir assez immédiatement ; on va peut-être discuter sur la manière de faire pendant quelques secondes mais finalement on va être **fort dans la réaction** juste après il y aura très peu de grande consultation. Malheureusement **nos moyens sont assez limités** dans un service d'urgence donc la question se posera peut-*

être plus au niveau de la **discussion pluridisciplinaire** avec nos collègues médecins, infirmiers au moment où on va parler du **“devenir du patient.”**

Répondant 4 :

*“Ça nous arrive de se dire quoi qu’il en soit, quoi qu’on puisse avoir comme **préjugé** d’une manière ou d’une autre, il n’est pas bien et donc il faut **se poser un peu**. Il faut qu’il soit hospitalisé de ce fait **on réfléchit, on discute, on se concert**e entre nous mais bon c’est au cas par cas. C’est un peu aléatoire, il n’y a pas de règle en la matière...”*

Répondant 5 :

*“En général on se connaît dans l’équipe et on sait vers qui on peut se tourner, sur la personne **qui sera apte à prendre le relais**. Voilà si on a des situations trop difficiles qu’on n’arrive pas à gérer, on demandera à des collègues...”*

- **G. La présence d’échanges en vue d’améliorer la continuité de soins entre les professionnels de santé et les acteurs des réseaux de première ligne.**

J’ai réalisé une différence de rapport, de lien entre les urgences de St Pierre et Etterbeek-Ixelles vis-à-vis des acteurs de la fonction 0.5. Les urgences de St Pierre sont en contact permanent avec les acteurs de première ligne, ce contact est facilité par l’assistant social et l’infirmier référent social des urgences. Un répondant des urgences de St Pierre m’a expliqué l’importance de connaître les limites des acteurs du terrain et cela a été possible grâce aux rencontres et aux formations. Par contre les soignants des urgences de Etterbeek-Ixelles ont très peu ou pas de contact avec les professionnels de la fonction 0.5. Les répondants des urgences de Etterbeek-Ixelles m’ont fait part de leur souhait de rencontrer ces acteurs. Ce thème sera développé ultérieurement dans mon analyse horizontale.

Les répondants de St Pierre m’ont expliqué qu’ils ont développé des outils de communication d’informations entre les urgences et les organismes de la fonction 0.5 (feuille de route, prescription...)

Répondant 1 :

*“Ce qui facilite c’est que **notre service social est tout le temps en contact avec le Samusocial**, avec transit, les gens se connaissent car **l’assistant social participe aux réunions**. Donc tu sais à qui tu parles, tu connais leurs compétences et tu sais poser les bonnes questions car ça va dans les deux sens. J’ai participé à plusieurs réunions avec les infirmières de rue, le Samusocial où je leur disais de nous prévenir lorsque vous amenez un patient avec la présence d’une feuille de route. L’un dans l’autre, de pouvoir avoir **des échanges** car nous avons besoin d’un hébergement, d’un suivi mais eux parfois ils ont besoin de nous pour une gestion de médicament ou de soins. **L’intégration de soins est améliorée du fait que lorsqu’il partira des urgences pour le centre d’hébergement il aura une enveloppe avec son dossier médical et ses prescriptions.**”*

Répondant 2 :

L’intervenant me fera part d’une gestion de conflit rencontrée entre les urgences et les acteurs de la fonction 0.5.

*“Mon volet formation permet de créer **des liens et des nouages** avec différentes institutions du fait que je donne cours à une des institutions, j’ai pu réaliser un **feedback** et échanger beaucoup d’incompréhension. Grâce à ces discussions où on exprime chacun nos ressentis, les rapports professionnels se sont améliorés. Les gens ont vraiment besoin de se connaître...”*

*“Le Samusocial avec les urgences de St Pierre, les liens sont très bons et on les rencontre plus souvent, grâce à l’infirmière référente. Les transferts se réalisent de manière uniforme avec une **feuille de liaison** où tout est notée même le numéro du **coordinateur** et ça se passe très bien...”*

Répondant 3 :

*“On est de temps en temps en contact avec le Samusocial par rapport à des retours dans des centres le soir. Malheureusement nous n'avons jamais eu de contact avec les infirmières de rue. Et donc on a **très peu de contacts avec l'extérieur** et ça serait bien d'en avoir car ça nous permettrait d'être un peu plus au clair avec les besoins spécifiques plutôt que d'agir juste au jour du jour...**Ces associations sont les meilleures porte-voix des patients sans-abris.**”*

Répondant 4 :

*“Je trouve qu'on n'a **pas assez de contact** avec tous ces intervenants. Le contact avec le Samusocial, les infirmiers de rue est **très faible** proche de zéro. **Et si on se connaissait mieux et qu'on se réunissait occasionnellement afin de discuter sur quelques points, voir comment on peut bien assurer une continuité de soins ; ça serait l'idéal.** Mais curieusement on est nulle part car on ne les connaît pas bien et on ne connaît pas leurs champs d'activité et c'est bien dommage...”*

Répondant 5 :

*“On n'a **pas de travail de collaboration avec des structures externes** travaillant avec les personnes **sans-abris**. En tout cas au sein des urgences, je n'ai jamais rencontré des professionnels de la première ligne...Je n'ai jamais été amené à travailler en collaboration avec eux. Après ça nous est déjà arrivé d'appeler le Samusocial pour trouver une place d'hébergement pour un patient sans-abri qu'on ne pouvait pas garder pour la nuit.”*

Répondant 6 :

*“Je sais qu'avant aux urgences il y a eu une collaboration entre guillemets avec les infirmières de rue mais concrètement c'est très compliqué car il n'y a pas grand-chose, **rien de neuf par rapport à ça...**”*

9.2 Analyse horizontale / Développement des hypothèses émergentes.

Certaines réponses des intervenants m'ont apporté de nouveaux éléments à mon analyse, je vais donc développer ces nouvelles unités d'analyse liées à ma problématique de recherche.

- **A. Sensibilisation du personnel des urgences face à la réalité du vécu des patients sans-abris /Sollicitude**

J'ai récolté cette émergence thématique à travers 4 répondants. Les intervenants m'ont expliqué leurs ressentis à travers des exemples de ce que peuvent vivre les sans-abris. Cette sollicitude était présente à travers leurs paroles. Ethiquement, ils se posent des questions sur le vécu de la personne, le fait de voir la réalité de la personne au travers de ces questionnements est selon moi un vrai travail éthique.

*“C'est le fait qu'ils sont en permanence en **hypervigilance** parce qu'ils ne sont jamais en pause, ils ne peuvent jamais lâcher prise puisqu'ils sont toujours dans une recherche de « je dois trouver » ...ce n'est pas sur l'instant présent c'est à chaque fois étape par étape ; **“tiens demain, je dois faire ça, comment je vais faire ?”** et donc ce sont des personnes qui sont tout le temps en hypervigilance...”*

*“Ça dépend du personnel présent car certaines personnes ne se rendent pas compte du **parcours tellement difficile** même s'il y a des endroits pour prendre sa douche, pour aller manger...c'est quand même le **parcours du combattant**.”*

*“Pour moi ils ont **tous une vie** et que ça n'a pas été un choix de se retrouver dans cette situation. Malheureusement une crise, une séparation ...Lorsque j'étais en contact avec les résidents chroniques du Samusocial que je revoyais aux urgences ; ils ont souvent eu **un parcours de vie assez intense** avec beaucoup de traumatismes, de crises, de deuils importants...et quand on regarde le parcours de la personne il y a eu à chaque fois une problématique assez importante qui a fait qu'on se retrouve dans cette situation-là ...”*

*“Quand tu vois un peu le suivi tu te dis vraiment il y a des gens qui n'ont **pas eu vraiment de chance**. L'enquête sociale, ça te permet de savoir et ça t'aide à comprendre parce que c'est tellement facile de dire c'est parce qu'ils ont voulu...Voilà, il faut aller au-delà...”*

*“Je pense qu'ils ont souvent **des choses à nous raconter, à nous expliquer**. Ce sont des gens qui se sentent **tellement seuls**, même s'ils ont des contacts dans la rue et bien finalement il y a des choses qu'ils ont envie d'exprimer. Alors je pense que particulièrement chez ces patients, le fait de faire des soins chez eux va permettre **un moment d'échange par rapport à leur situation**. Du fait qu'ils vivent des difficultés de la rue au quotidien, avoir un moment au chaud auprès de quelqu'un qu'il leur propose un repas, un soin d'hygiène et où ils peuvent finalement se sentir un peu plus comme le reste de la société **dans un contact de chaleur humaine**. Finalement avec des choses tout à fait basiques qui paraissent évidentes pour monsieur et madame tout le monde mais pour eux cela signifie beaucoup de choses...”*

*“La bienveillance c'est important car ce sont des personnes qui vivent dans la rue et qui peuvent être **déniées** car les gens passent devant elles **sans les regarder en les niant** et quand ils arrivent à l'hôpital en a envie de leur apporter de la **bienveillance**.”*

- **B. La spécificité relationnelle des professionnels envers les patients sans-abris.**

Lors de ma collecte de données j'ai eu beaucoup d'éléments de réponse sur le fait que la relation de soins envers les patients sans-abris était fort dépendante du professionnel. J'ai mentionné certaines réponses liées à ce thème sur les freins que rencontrent les professionnels des urgences à la continuité de soins. Ces éléments de réponse se retrouvent chez six répondants. On peut conclure que ces moments catalyseurs entre le soignant et le patient sans-abri est dépendant du professionnel et du contexte des urgences.

*“Et puis cette partie-là de notre job n'est pas **la plus attrayante**...ce qui attire les jeunes c'est la traumatologie, les gros cas d'urgence ...”*

*“Ce n'est pas qu'on soit démunie mais on est très désinformé par l'évolution sociale, peut-être parce qu'on **n'est pas motivé non plus et parce qu'on n'est pas intéressé**...”*

*“Pour la résistance à la prise en charge, les anciens parce qu'ils en ont eu beaucoup, ils sont **un peu réfractaires** en disant que c'est pour les jeunes et les jeunes cela ne les intéresse pas du tout. Donc là il y a **une barrière à un juste milieu**. Je t'avoue moi personnellement qu'on en a tellement que c'est lourd et que cela devient un puits sans fond...”*

*“Là où j'ai **démissionné** c'est tout le projet thérapeutique qu'on peut faire avec eux justement par désinformation, manque de moyens, surcharge de travail et peut-être par **désintérêt**. Je ne suis pas fière mais je ne m'en cache pas car c'est tellement **usant**...”*

- **Sensibilité professionnelle particulière aux situations singulières du patient.**

La sensibilité particulière de certains professionnels ; le répondant deux me décrira la relation soignante entre l'infirmière référente sociale et un patient sans-abri qui est similaire aux missions relationnelles du gestionnaire de cas.

*“Les référentes infirmières sociales ont **cette fibre, ce déclic** ; elles ont un gène dans le cerveau qui fait qu'elles vont prendre le temps avec la personne afin de lui proposer*

*d'aller boire un café et moi ça ne viendrait jamais à l'esprit mais elles et je sais pourquoi elles le font car **elles sont humainement vraiment intéressées** et voilà on a **chacun notre spécificité et notre tropisme** et elles l'ont. Heureusement qu'on a cela dans notre équipe car certains n'ont pas assez cette fibre sociale."*

- Sensibilité professionnelle en vue de répondre aux missions sociales du service public.
*"De manière ponctuelle, il faut qu'on se rende compte qu'on a une **mission de service public** vis-à-vis de ces personnes et qu'on devrait pouvoir l'assurer de cette manière en leur offrant certains services ponctuels afin de pallier les situations difficiles comme dans les périodes de grands froids."
*"On est un hôpital public, on accepte tout le monde. Mais dans mes collègues il y a des personnes qui sont **moins sensibles** à ce type de population."
*"Le fait de se dire qu'il y a des hôpitaux publics à Bruxelles et que vis-à-vis de ces patients, **on a une mission de service public et donc d'assurer une meilleure disponibilité** de nos services pour eux. Parce que c'est clair que pour eux on est un des seuls moyens d'accéder plus facilement à la médecine..."***

• **C. Les contraintes organisationnelles impactant la relation de soin. Difficultés d'accueil et de processus de soins que rencontrent les professionnels en soirée et en nuit.**

Les différents types de contraintes que rencontrent les soignants aux urgences ont été cités par les six répondants.

- La mobilisation du personnel impactée par des contraintes organisationnelles.
*"Idéalement on pourrait appliquer l'intégration de soins aux urgences mais ce qui nous manque beaucoup ce sont des ressources, **on n'est pas assez staffé pour ça...**"
*"Les urgences sont par définition un service aigu de technique, pourquoi ? Parce qu'on n'a pas les ressources ; **on a trop de patients par rapport au nombre d'infirmiers disponibles** et donc on n'a pas les moyens. La cadence va tellement vite, on nous demande de plus en plus et les médecins sont de plus en plus exigeants et c'est normal..."
*"Par contre c'est un peu vexant, c'est qu'on entend les autres hôpitaux qui nous les renvoient et qui disent "non, non c'est un sans-abri c'est pour St Pierre avec un patient avec une fracture sans Dafalgan ; et ça arrive encore en 2022 là c'est peu vexant et ça fait mal..."
*"Alors on a eu un patient ce matin avec des poux et des puces qui sortaient de tous les côtés et bien de nouveau c'est encore **un problème de ressources** ; ça prend deux infirmiers et encore on a la chance d'avoir une salle de bain, douche qui a été préparée pour ça...ça te prend donc des ressources extraordinaires..."
*"Le problème c'est la **surcharge de travail** aux urgences qui risque **de limiter le temps** et notre globalité de travail qui peut être donnée au patient et souvent on **se limitera à l'essentiel** et on n'ira pas aussi loin qu'on le voudrait peut-être à cause de cette charge de travail..."
*"Je crois que les services d'urgences ne sont pas le bon lieu pour pouvoir offrir la meilleure offre de soins pour ces patients. Dans le sens où c'est vrai qu'on a **un flux énorme de passage de patients** aux services d'urgences ; il y a ce côté **un peu imprévisible** dans le service d'urgence et je pense que le manque de place aux urgences par rapport au flux de patients qui arrivent et qui pourraient potentiellement arriver comme les patients très graves font qu'il y a toujours **une petite inquiétude pour les soignants de laisser stagner des patients** dans un service d'urgences."
*"Le travail peut être énorme lorsqu'un patient sans-abri présentant un état d'hygiène dégradé car ça va nécessiter **un temps conséquent**, ça peut prendre trente minutes et on sait que cela va prendre un impact réel sur la prise en charge..."*******

“Pourtant si on voulait bien les soigner, ça demande du temps plus que pour d’autres personnes à mon avis. Pour que les choses soient bien claires pour nous mais pour lui aussi et pour son avenir et on n’a pas toujours le temps...”

Le répondant me fera part que prendre le temps de poser des questions d’attention telles que “Est-ce que ça va ? sont éviter par le soignant lorsque l’activité du service des urgences est élevée.

*“La question peut être posée. “Où est-ce que vous dormez ? est-ce que ça va ?”. Ce n’est toujours pas le cas parce qu’à nouveau on est pris par le temps soit qu’on en n’a tout simplement pas le temps ; si on a le temps on peut répondre à la demande du patient. Par exemple, un patient qui vient pour sa douleur de cheville ; on traite la douleur et **si on remarque que le patient présente d’autres problèmes de type social, ça arrive qu’on fasse semblant de ne pas l’avoir vu. On se dit si je m’étends à tous ces problèmes, je ne vais pas m’en sortir et donc oui c’est vrai cela dépendra de l’activité des urgences...**”*

Le recours à l’accueil de nuit aux urgences.

“Parfois ça peut arriver de les accepter la nuit pour qu’ils puissent dormir la nuit au chaud surtout en plein hiver et voilà car on sait très bien qu’en pleine nuit ils n’auront pas de place au Samusocial car les places sont normalement réservées la journée donc souvent ils restent chez nous et on les libère au petit matin...”

“Aux urgences, l’intégration, c’est compliqué parce que ce sont des choses je pense qui demandent du temps sur le public sans-abri. C’est un public hyper spécifique.”

- **D. Sensibiliser les professionnels de santé à l’approche des patients sans-abris grâce aux formations, rencontre des acteurs du réseau de la fonction 0.5.**

Cette hypothèse émergente est rencontrée auprès de quatre répondants travaillant aux urgences de Etterbeek-Ixelles et sur un répondant des urgences de St Pierre. Le répondant des urgences de St Pierre m’a expliqué l’importance de la place de l’étudiant aux urgences. Les éléments de réponse sont des idées innovantes pouvant améliorer la continuité de soins.

*“Par contre c’est bizarre **on épargne très fort les étudiants**, je pense qu’il faut les impliquer et on dit mais ce n’est pas intéressant pour eux moi je me dis, oui justement c’est intéressant ; moi personnellement je les intègre là-dedans.”*

*“Je pense que **des formations pour le personnel sont essentielles**. Des formations avec les associations extérieures comme les infirmières de rue en vue d’avoir **une attitude plus adéquate**.”*

*“On pourrait **innover** en trouvant le moyen d’établir **une communication vraiment fournie** avec ces acteurs qu’on ne connaît pas bien. Si on pouvait déjà trouver un moyen pour nous réunir occasionnellement pour pouvoir discuter, s’appeler par nos prénoms ; ça serait une innovation d’enfer...”*

*“Peut-être essayer de rencontrer des organismes externes **pour améliorer la coordination** ; pour pas lâcher les personnes comme ça en pleine nature quand on doit les libérer. Mais bon comme il n’y a pas vraiment de coordinateur de soins pour coordonner tout ça, c’est vrai que ça peut être un frein à la continuité...”*

*“**Des formations qui nous sensibilisent à la question du sans-abrisme parce que comme je le disais c’est une population qui est très stigmatisée même dans le milieu des soins.**”*

Les points clefs

L’analyse des entretiens démontre une nette divergence entre les urgences de St Pierre et de Etterbeek-Ixelles concernant la relation entre le service des urgences et les acteurs de la

fonction 0.5. Ce facteur est lié à la présence du service social intégré aux urgences car ce service social crée un lien entre les professionnels des urgences et les acteurs de la fonction 0.5. L'élément relaté précédemment par la responsable du service social (le témoin privilégié) qui précisait l'importance de l'assistant social de connaître les limites et les compétences des acteurs de la fonction 0.5. La clarification des compétences des professionnels du terrain améliore l'intégration organisationnelle.

Les répondants des urgences de Etterbeek-Ixelles demandent à ce que certains éléments soient innovés en matière d'accueil et de processus de soins des patients sans-abris notamment sur une réponse adéquate face aux demandes sociales des patients sans-abris. Cette innovation pourrait également émerger dans les rencontres et dans les formations entre les soignants et les acteurs de la fonction 0.5. Suivant le récit du témoin privilégié, les infirmières de rue, elle explique l'importance de réaliser ces rencontres auprès des professionnels des différentes urgences. Des deux côtés, les professionnels remarquent ce manque et chacun de son côté propose des solutions innovantes. Un répondant a relaté le développement d'un coordinateur pouvant créer les liens entre ces différents intervenants. Voici l'extrait : *“Mais je pense que ça serait intéressant d'avoir un point de référence à Bruxelles pour tout ce qui est de la gestion liée aux situations de sans-abrisme ; donc d'avoir par exemple une infirmière coordinatrice ou un assistant social coordinateur pour le réseau d'urgences bruxellois. Et que ce soit lui qui mette en place des actions, des formations, des informations et des interventions communes à l'intention des services d'urgences.”*

10 Qu'est-ce que les professionnels de santé m'ont apporté en regard de ma question de recherche.

Selon les réponses des intervenants, vu le caractère aigu des urgences, je réalise que l'intégration de soins est appliquée de manière ponctuelle dans le service d'urgences et qu'elle est dépendante des professionnels, de l'état du patient et du contexte organisationnel. Ces différents facteurs sont influencés par la présence ou pas de l'assistant social aux urgences.

L'importance de l'utilisation du dossier médical partagé a été relaté par le répondant travaillant en qualité de médecin, il m'explique que cet outil est indispensable à la continuité de soins.

Le service social intégré aux urgences est une plus-value à la continuité des soins des patients sans-abris ; lors des situations sensibles rencontrées aux urgences, j'ai remarqué selon les réponses des intervenants de St Pierre et même en présence de l'assistant social aux urgences, les questions sociales et humaines sont posées et se travaillent en équipe.

De manière générale la relation de soin entre les patients sans-abris et les soignants ne va pas de soi et qu'elle est dépendante de la sensibilité du soignant face aux urgences sociales qui sont aussi des urgences “humaines”.

J'ai été étonnée de la description de l'infirmière sociale référente par un répondant qui est similaire à la fonction du gestionnaire de cas. Même si cette fonction n'est pas formalisée, ce travail qu'exerce l'infirmière référente en plus de sa fonction aux urgences permet à l'équipe de renforcer le lien entre les soignants et les patients sans-abris.

La sollicitude des répondants face au vécu des patients sans-abris m'a touchée, dans le sens où le soignant voit le contexte social et la singularité du patient sans-abri au-delà des murs de l'hôpital ; en se disant qu'il peut apporter à partir de ses gestes, paroles et actes de bienveillance une forme de “chaleur humaine” au patient sans-abri.

III Discussion

Pour entreprendre cette discussion, je vais partir de ma question de recherche : “Quelle est la représentation de l’intégration de soins des professionnels de santé aux urgences face à un patient sans-abri ?” En tentant d’apporter des éléments de réponse grâce aux apports des différentes étapes de ma méthode à savoir :

- Le cadre théorique
- Les entretiens avec les témoins privilégiés
- Les entretiens avec les acteurs de terrain

Au terme de mon travail, la triangulation de ces phases m’a amené à l’élaboration de pistes intéressantes.

- Au niveau de l’intégration de soins :

La littérature met en avant un système de gouvernance commune entre différents professionnels en vue de créer une cohérence en termes d’approche de soins dans un système de santé complexe. Le concept multi-dimensionnelle Rainbow Model of Integrate Care place le patient sans-abri avec sa “réalité de rue” dans un système de santé fragmenté intégrant différents professionnels ; pouvant influencer le parcours de vie du sans-abri.

En confrontant les résultats de ma collecte de données des intervenants de la fonction 0.5 et des professionnels de santé des urgences à mon cadre théorique sur l’intégration de soins, je constate, suivant les trois niveaux ce qui suit :

Au niveau micro :

Dans le contexte de la rue, l’approche des acteurs de la fonction 0.5 permet d’établir un lien de confiance avec des sans-abris exclus de tout système de santé. Cette approche répond à des valeurs humanistes.

Dans le contexte des urgences, les sans-abris exclus de tout système de santé arrivent souvent au service par le biais des ambulances “112”. L’approche des patients sans-abris est succincte et influencée par la hiérarchisation des priorités aux urgences. Malgré les contraintes organisationnelles, le travail de collaboration présent dans l’équipe permet d’amorcer un processus de soin avec le soigné mais nous réalisons que, suivant les réponses des intervenants, cela dépendra du professionnel.

Au niveau méso :

L’harmonisation des liens entre les différents professionnels est primordiale à l’intégration professionnelle et organisationnelle. La connaissance des limites de chacun a été relatée par plusieurs répondants en vue d’éviter les incertitudes entre les différents professionnels. Certains acteurs de la fonction 0.5 ont pour ressources des interprètes essentiels au processus de soin. Le partage d’informations entre les acteurs de terrain et les urgences permettent de lever les obstacles linguistiques. Le dynamisme du travail en équipe observé aux urgences permet de faciliter le processus de soins envers les patients sans-abris, car selon certains répondants le réaliser seul est usant.

Au niveau macro :

Les acteurs de la fonction 0.5 sont les portes-voix des personnes exclues de tout système. Les entrevues avec les pouvoirs publics permettent de sensibiliser et de mobiliser certaines parties prenantes qui se réalisent souvent en période hivernale. Ce dynamisme ascendant de type Bottom-up permet aux autorités de comprendre la réalité du terrain. L’intégration systémique est co-construite par des acteurs de différents niveaux et elle est fort dépendante du contexte socio-politique.

Les interventions des témoins privilégiés et des acteurs de terrains m’ont apporté un regard critique sur la problématique. Comprendre les perspectives des professionnels de la fonction 0.5 et des professionnels des urgences qui rencontrent des patients socialement complexes permet d’élargir l’horizon de l’intégration de soins.

Suivant la recherche de littérature et les éléments des différents entretiens, je réalise que la discontinuité et la fragmentation des soins se produisent en sortie d'hospitalisation des patients sans-abris. Le développement d'un centre de soins spécifique aux patients sans-abris tel que Medihalte permet une amélioration de l'intégration de soins avec une diminution du risque de ré-hospitalisation. Le refus de soins des patients sans-abris demande au soignant des efforts d'adaptation qui est dépendant des professionnels.

Les urgences avec sa particularité pour « l'aiguë », essaient de s'adapter à l'urgence sociale en réalisant un système d'accroche et une continuité de soins pour les patients sans-abris par le biais d'un dispensaire chirurgical pour les urgences de Etterbeek-Ixelles et part le biais du service social intégré des urgences de St Pierre.

La mobilisation du personnel au processus de soins vis-à-vis d'un patient sans-abri dépendra du facteur organisationnel, l'équipe se consultera de manière ponctuelle afin de solutionner une situation sensible ; l'équipe des urgences de St Pierre intégrera le patient dans cette discussion.

L'approche de ces apports m'ont appris que le profil des personnes sans-abris est hétérogène et cela demande aux soignants des urgences un effort d'adaptation à ces différents profils. Les acteurs de la fonction 0.5 connaissent le parcours de vie des patients sans-abris. En étant attentif de développer des rencontres entre les différents acteurs de terrain, les professionnels de la fonction 0.5 pourraient aider les soignants des urgences à éviter la stigmatisation et à comprendre les trajectoires de vie des patients sans-abris. L'assistant social et l'infirmier référent social contribuent, quant à eux, à harmoniser les liens entre ces différents acteurs.

Afin de tenter d'apporter des éléments de réponses à ma question de recherche, je vais alimenter la représentation des soignants suivant l'humanisme soignant qui est à la base de l'intégration de soins.

- Au niveau de l'humanisme soignant

L'intégration de soins est un concept relié et influencé par plusieurs dimensions humaines et contextuelles. La relation de soins qui est à la base de l'intégration de soins inclut les valeurs de l'humanisme soignant. L'humanisme soignant vis-à-vis des patients sans-abris ne va pas de soi selon les professionnels rencontrant les patients sans-abris. La vigilance éthique permettra à ce que la personne sans abri ne soit pas banalisée, englobée dans le contexte organisationnel des urgences. Cette sollicitude et sensibilité humaine que ressentent les soignants permettent lors de la relation de soins d'insuffler un peu d'humanité au patient sans-abri par des mots, des questions qui selon moi sont des "questions humanisantes". L'attention, le regard que portent ces professionnels de santé apportent au patient sans-abri la considération de se sentir exister.

En effet suivant les réponses des intervenants, le respect, la bienveillance, la sollicitude sont des valeurs indissociables de l'humanisme soignant.

Suivant le principe de Walter Hesbeen, de l'humanisme soignant qui consiste à faire émerger l'humanité de l'autre :

- *Quel que soit son état*
- *Quel que soit son comportement*
- *Quel que soit son statut*
- *Quel que soit son environnement*

Ça ne va pas de soi car cela demande un effort ; un effort qui est ressenti comme important lorsqu'on est en phase avec son intériorité" (W.Hesbeen, communication personnelle, 8 juin 2022).

Cet humanisme demande un effort éthique de la part du soignant, car dans un service imprégné de protocole et de technique de pointe ; le professionnel de santé est amené à rencontrer des personnes vulnérables. Cette rencontre peut ébranler l'intérieur du soignant. Beaucoup de répondants m'ont fait part que cette sensibilité était dépendante du professionnel. Souvent le soignant n'est pas seul face à cet humanisme soignant ; l'humanisme soignant se travaille en équipe, par des questions "humanistes".

Suivant l'émergence de sollicitude des intervenants, je peux parler d'un élément que je n'ai pas relaté dans mon cadre théorique qui est la règle de réciprocité de Paul Ricoeur : *"Tout ce que vous voudriez que les hommes fassent pour vous, faites-le vous-même pour eux."* (Ricoeur, 1990). En inversant les rôles entre soigné et soignant ; le soignant animé d'empathie se définit en tant qu'être humain en se mettant à la place du soigné.

Les soignants, les professionnels de la fonction 0.5 essayent par des gestes, des mots, un regard, de voir l'humanité auprès des personnes sans-abris. Cette attitude peut paraître banale aux yeux de tous mais essentielle et humaine aux yeux d'une personne sans-abri.

Un extrait du livre de Walter Hesbeen m'a touché car la perspective soignante est un élément commun que j'ai trouvé à travers les entretiens des répondants. Cette perspective se retrouve chez les professionnels de la relation de soin. C'est *"une perspective d'attention particulière portée à la personne, une perspective animée du souci permanent de sa dignité et guidée par une vigilance éthique, celle qui conduit à veiller à ce qui est ou serait bien et à être en éveil pour ce qui pourrait apporter du bien. Une perspective qui ne consiste pas à donner du sens à ce que l'on fait mais bien à interroger le sens que prend pour cet autre ce qu'il est en train de vivre, le sens que prend pour lui ce que l'on se propose de lui faire pour tenter de lui venir en aide, pour tenter de l'aider à aller bien, à aller mieux ou le mieux possible."* (Hesbeen, 2017)

Avant d'évoquer les limites et la conclusion de mon travail, je vais développer les perspectives des soignants.

A. Perspective des soignants

1 Le développement du gestionnaire de cas

Le gestionnaire de cas répond aux valeurs humanistes ; le répondant de St Pierre m'a touché lorsqu'il a décrit que l'assistant social connaissait le parcours de vie des patients sans-abris et qu'il lui arrivait d'assister aux enterrements. L'assistant social raconte le vécu, l'histoire de vie des patients sans-abris se rendant régulièrement aux urgences auprès des soignants. Cet échange ébranle l'intériorité des soignants et peut modifier le regard du soignant vis-à-vis du patient sans-abri. Le gestionnaire de cas arrive à transformer l'attitude, le ressenti du soignant face au patient sans-abri.

Actuellement, nous observons, une précarisation élevée de la population, l'évolution de cette approche en plus des soins primaires pourrait apporter au patient sans-abri une confiance au système de santé. Le développement de cette fonction aux urgences pourrait apporter au soignant et au soigné des soins axés sur la singularité du patient et pas focalisés sur son état de santé. Le gestionnaire de cas connaît le parcours de vie du patient sans-abri, les attentes de celui-ci et il crée le lien entre les différents professionnels. Il est l'élément clef à l'intégration de soins, professionnelle et organisationnelle.

Personnellement je trouve que le mot gestionnaire de cas peut se définir comme le confident social vis-à-vis d'une personne singulière.

2 Sensibiliser les étudiants infirmiers, médecine à l'approche des personnes sans-abris

Intégrer les étudiants en soins infirmiers et en médecine à l'approche des personnes sans-abris en les incluant aux maraudes avec les professionnels de la fonction 0.5 et au processus de soin des urgences pourrait les sensibiliser et les éveiller à la relation de soins envers les patients sans-abris.

Inclure les étudiants à la rencontre des personnes sans-abris grâce aux maraudes de la fonction 0.5, peut également les amener à se questionner. Ce travail intérieur est une forme d'intelligence humaniste. Cette intelligence humaniste prépare l'étudiant à comprendre la réalité que vit une personne socialement complexe. Actuellement, nous réalisons que les stages se réalisent souvent dans les milieux hospitaliers où la hiérarchisation reste forte avec un respect de procédures et de protocoles. L'approche spécifique de l'accès aux soins des personnes sans-abris par les étudiants est innovante pour l'intégration de soins des personnes sans-abris. Suivant l'étude de Gill sur un programme interprofessionnel visant à améliorer les compétences des étudiants en matière de facilitation des transitions de soins pour les patients en situation d'itinérance, *«Il a été démontré qu'une formation pratique et interdisciplinaire sur la planification de la sortie de l'itinérance améliore les attitudes et la confiance des étudiants sur la prise en charge des patients sans-abris. Les futurs professionnels de la santé doivent connaître et développer des compétences concrètes pour naviguer dans les services et les ressources disponibles pour les patients en situation d'itinérance afin de prendre efficacement soin de cette population. Il est nécessaire d'améliorer la coordination des soins entre les services sociaux hospitaliers et ambulatoires et entre les équipes médicales et sociales»* (Gill & al, 2020).

3 Améliorer les formations, rencontre entre les urgences et les professionnels de la fonction 0.5

Comme je l'ai cité plus haut, connaître les limites et les compétences de chacun est à la base de l'intégration organisationnelle et professionnelle. Les formations apportent des connaissances spécifiques au niveau opérationnel car beaucoup de ressources communautaires et sociales existent mais elles sont souvent peu ou pas connues des professionnels des urgences. Le développement de formation par des acteurs de la fonction 0.5 et d'outils tels qu'un carnet d'adresses des différentes ressources existantes pourrait améliorer l'accès aux soins primaires des sans-abris. Ces formations à l'attention des soignants des urgences sont des leviers importants et nécessaires à la compréhension contextuelle de la grande précarité.

4 Finalité soignante

La mobilisation des soignants aux urgences dépendra du contexte organisationnel et de la hiérarchisation des priorités du service. Aux urgences, on confond souvent la finalité d'une action avec les moyens auxquels on a recours pour tenter de l'atteindre. Certains soignants estiment que les actes posés sont plus importants que l'attention que l'on porte à un être singulier qui est le patient (Hesbeen, 2017).

Nous réalisons que les actes de bienveillance, de sollicitude, de compassion sont des valeurs inestimables. De plus, ces actions humanisantes ne sont pas objectivées par des protocoles ou des procédures hospitalières. Le métier de soignant est un travail du "prendre soin" qui dépendra du professionnel, du contexte organisationnel avec comme particularité aux services d'urgence, les soins selon une hiérarchisation de priorité.

“C'est ainsi qu'aucune technique, si sophistiquée soit-elle, n'empêche de prendre soin de l'être, n'empêche de lui porter une attention bienveillante et bienfaisante, si pas précisément durant l'acte, au moins durant ce qui le précède et durant ce qui suit. Cette attention particulière portée à la personne par le professionnel qui manie des techniques parfois très sophistiquées est ce qui laisse trace de son humanité. Est-ce qui fait sa signature d'humain dans les actes qu'il pose et qui, à ce titre, le distingue d'un robot dont la précision est pourtant appréciable” (Hesbeen, 2017).

Cet extrait de Walter Hesbeen, rejoint les éléments que j'ai recueilli auprès des soignants qui sont en perpétuelle remise en question. Cette sensibilité est une forme d'éthique qui est dépendante du soignant.

5 Perspective future, vers une nouvelle perspective soignante

Une étude qualitative sur la représentation des patients sans-abris vis-à-vis des professionnels de santé pourrait apporter de nouveaux éléments de réponse à la problématique. Car mon étude s'est

concentrée, quant à elle, principalement sur le regard des professionnels rencontrant les personnes sans-abris.

Elaborer des focus groupe entre les acteurs de la fonction 0.5 et les professionnels des urgences permettrait d'élargir notre vision sur la problématique.

Les formations, les rencontres entre professionnels permettent d'éviter les zones d'incertitudes et aident à l'innovation de nouvelles synergies, telles que, notamment, le développement de programmes transversaux pouvant agir sur le parcours de vie du sans-abri.

J'ai réalisé que l'intégration fonctionnelle était peu présente entre les acteurs de la fonction 0.5. Le développement d'outils tels que la tablette avec un dossier médical partagé est une plus-value à la coordination et aux partages d'informations entre les différents professionnels de terrain.

L'intervention pertinente de plusieurs intervenants sur le fait de réaliser le travail inverse dans une autre logique ; par l'intégration du sans-abri dans un domicile et ensuite de réaliser un travail médico-social avec le bénéficiaire en vue de répondre aux difficultés d'addiction alcool, toxicomanie. Le projet Housing First est un projet innovant permettant de viser l'insertion sociale avec un accès au logement sans conditions et un maintien au logement grâce à une équipe qui accompagne le bénéficiaire.

B. Les limites

J'ai remarqué que le travail de réflexivité est parfois difficile à réaliser de manière objective étant donné que je connais le milieu des urgences, ma subjectivité et ma connaissance du terrain peuvent, par conséquent, biaiser mon analyse.

Les soignants de mon échantillon sont soit des collègues soit des connaissances de travail en préhospitalier de ce fait, il y a un risque de présence d'un biais de désirabilité sociale. J'ai anticipé ce

risque en adoptant une stratégie pour le minimiser en expliquant, préalablement à l'entretien, le thème de mon travail de manière générale aux intervenants.

J'ai réalisé que suivant certaines questions de mon guide d'entretien, des intervenants demandaient une clarification sur certains points. Les éléments de réponses se sont révélés tout au long de l'entretien.

J'ai effectué mon étude sur deux services d'urgences du réseau Iris. Une analyse englobant en plus de ces deux services d'urgences, un service d'urgences du réseau privé aurait été pertinent. L'analyse de plusieurs points de vue amènerait à une richesse d'éléments nouveaux.

IV Conclusion

La réalisation de ce mémoire m'a apporté des éléments nouveaux dans mon parcours personnel et professionnel. Les rencontres avec les différents professionnels ont été enrichissantes, mon regard par rapport à la problématique du sans-abrisme a changé tout au long de ma recherche.

J'ai réalisé que l'intégration de soins est un concept réalisable sur le terrain car selon les acteurs de la fonction 0.5, l'intégration de soins est à la base du travail de coordination. Cependant aux urgences, l'intégration de soins est dépendante du contexte organisationnel et nécessite la présence d'un service social intégré. Nous constatons que l'inclusion du service social aux urgences de St Pierre est une plus-value à l'intégration des patients sans-abris dans un réseau de soins. Les infirmières référentes sociales et les assistants sociaux des urgences permettent d'apporter un éclairage et de sensibiliser les soignants à l'approche des patients sans-abris. De plus le service social des urgences connaît et communique régulièrement avec les acteurs de la fonction 0.5. Ils sont le lien entre les acteurs de la rue et les professionnels hospitaliers.

Les formations, les rencontres entre les acteurs de la fonction 0.5 et les soignants des urgences permettent de renforcer l'intégration de soins et l'approche spécifique des sans-abris. L'intégration de soins englobe l'éthique et les valeurs humanisantes, cette intégration peut répondre aux difficultés que l'on rencontre dans notre système de soins complexe et fragmenté.

Malgré l'activité bruyante des urgences, la révélation sur la sensibilité des soignants à la problématique du sans-abrisme a été mise en évidence. Au travers des soins, les soignants essaient, ensemble de se positionner en se posant des questions à valeurs humanistes. Ces questions, ces attentions qu'ils portent aux patients sans-abris sont une forme d'éthique.

Cette mobilisation des acteurs de terrain ne fonctionnera pas sans une politique étatique plus axée sur une reconnaissance et une valorisation du personnel soignant et sur les nombreux défis auxquels ils font face au quotidien. Sans réelle prise de conscience de la nécessité de valoriser leurs salaires, leurs besoins, leurs compétences et leur présence sur le terrain, le risque de voir les services d'urgences se vider est bel et bien réel risquant de provoquer dans la foulée une perte d'acteurs clés de premières de lignes indispensables à la population et particulièrement aux sans-abris.

La révélation sur la différence d'approche médico-sociale entre les deux urgences, m'a amené à développer un objectif futur. Cet objectif est de proposer au réseau Iris-Sud, un projet "coordinateur précarité" ; cette fonction sera basée sur les valeurs du gestionnaire de cas. Le "coordinateur précarité" réalisera le lien entre les différents partenaires de la fonctions 0.5 et les professionnels de santé des urgences. Ce travail de coordination sera renforcé par la mise en place de rencontres, de formations et de réunions multidisciplinaires où les "cas sensibles" seront discutés.

Tout au long de ce travail, j'ai compris que la synergie et le dynamisme d'une équipe sont une force face aux situations sensibles que rencontrent les acteurs de la fonction 0.5 et les professionnels des urgences.

Je vais conclure par la révélation de ma sollicitude face aux patients sans-abris...

Tout au long de notre existence, des ruptures de nature ou degrés différents se succèdent. Il y a bien des choses que les personnes sans-abris ne parviennent pas à digérer. Lâcher prise est difficile car cela nous ramène à la réalité que nous pouvons tout saisir et tout concrétiser. Il est difficile aussi, lorsque nos repères s'effondrent de redonner un nouveau sens aux choses, d'apercevoir le champ des possibles qui s'offre à nous et de retrouver un nouveau souffle.

Accompagner une personne sans-abri en toute dignité dans sa souffrance psychique et physique c'est le guider pas à pas dans la guérison du « care » et de sa reconstruction identitaire.

Cet accompagnement nécessite le travail d'équipes pluridisciplinaires agissant en transversalité afin de sensibiliser : des hommes et des femmes outillés dès l'école supérieure ou dès l'université aux attitudes adéquates à adopter face au sans-abrisme et à la précarité médicosociale.

V Bibliographie

- Abric, J.-C. (1994). Les représentations sociales : aspects théoriques. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-35). Paris : Presses Universitaires de France.
- Abric, J. (2003). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. Dans : Jean-Claude Abric éd., *Exclusion sociale, insertion et prévention* (pp. 11-19). Toulouse Éres. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3917/eres.abric.2003.02.0011>
- Alvarez Irusta, L., Belche, J. L., Biston, C., Buret, L., D'Ans, P., Defraigne, F., & Van Durme, T. (2020). *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone* (UCL-Université Catholique de Louvain).
- Argintaru, N., Chambers, C., Gogosis, E., Farrell, S., Palepu, A., & Klodawsky, F., et al. (2013). A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *BMC Public Health*, 13, 577.
- Arrêté Royal de 27 avril 1998 fixant les normes d'établissement auxquelles une fonction d'urgence spécialisée doit répondre peut être reconnue, M.B, 19 juin 1998.
- Aujoulat, I (2018-2019). Introduction aux méthodes qualitatives. Woluwe, UCL.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 21(1), 75-88. Doi:10.1002/hpm.826
- Béland, F., Philibert, L., Thouez, JP, Maheux, B. (1990). Perspective socio-spatiale sur l'utilisation des services hospitaliers d'urgence dans deux territoires urbains du Québec, *Sciences sociales et médecine*, 30, 1, 53-66.
- Benoist, Y. (2008). Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et santé*, 26(3), 5. Consulté le 15 novembre 2021. Disponible sur le site Web <https://doi.org/10.3917/sss.263.0005>
- Benoist, Y. (2009). Sans-logis de Paris à Nanterre: ethnographie d'une domination ordinaire. *Sans-logis de Paris à Nanterre*, 1-262.
- Benoist, Y. (2010). Se soigner à tout prix pour survivre à quel prix ? In E. Hirsch, *Traité de bioéthique* (p. 51). ERES. Disponible sur le site Web <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.02.0051>
- Benoist, Y., (2019) *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical, approche ethnographique d'un système de soins*, L'Harmattan: Terrain: récits & fictions.
- Benoist, Y. (2019). « À la douche ! » : Représentations de la propreté et prise en charge des sans-logis. *Anthropologie et Sociétés*, 43(2), 181. Disponible sur le site Web <https://doi.org/10.7202/1067026ar>
- Blomberg, K., Griffiths, P., Wengström, Y., May, C., & Bridges, J. (2016). Interventions for compassionate nursing care : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 137-155. Consulté le 5 novembre 2021. Disponible sur le site Web <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.009>
- Brettel, P., Beier, E., Maun, A., & Jung, P. (2021). Health Service Utilization by Homeless Persons: Analysis of the Role of Enabling Factors, Pain and Gender using the Gelberg-Andersen Model. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes*

(Germany)). Consulté le 5 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1055/a-1633-3537>

Brousse, C. (2005). Définir et compter les sans-abris en Europe : enjeux et controverses. *Genèses*, (1), 48-71. <https://doi.org/10.3917/gen.058.0048>

Bruchon-Schweitzer, M. & Boujut, É. (2021). 2. Les facteurs environnementaux et sociaux de la santé. Dans : M. Bruchon-Schweitzer & É. Boujut (Dir), *Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles* (pp. 83-193). Paris : Dunod. Disponible sur le site Web. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3917/dunod.bruch.2021.01.0083>

Bruss'help. (2020). *Dénombrement des personnes sans-abri de Bruxelles-Capitale*, sixième édition, 9 novembre 2020. Bruxelles.

Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E., & Pleace, N. (2010). *Absence de chez-soi et politiques en la matière en Europe: Les enseignements de la recherche*. 100.

Campbell, D. J. T., O'Neill, B. G., Gibson, K., et Thurston, W. E. (2015). Besoins en soins de santé primaires et obstacles aux soins parmi les sans-abris de Calgary. *BMC Family Practice*, 16(1), 139. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0361-3>

Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard, 1995.

Chan, B., Hulen, E., Edwards, S., Mitchell, M., Nicolaidis, C., & Saha, S. (2019). « C'est comme sortir du chaos » : Prendre soin de patients socialement complexes dans une unité de soins intensifs ambulatoires (A-ICU). *The Annals of Family Medicine*, 17(6), 495-501. Consulté le 20 novembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1370/afm.2464>

Chauveau, S. (2011). Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? *Les Tribunes de la santé*, n° 33(4), 81. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/seve.033.0081>

Chinman, M. J., Rosenheck, R., & Lam, J. A. (2000). *La relation de gestion de cas et les résultats des sans-abri atteints de maladie mentale grave*. 51, 6.

Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante*, 8 (2), pp. 38-52

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116-131. Consulté le 5 novembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>

D'Hoore, W., & Hesbeen, W. (2016). *Le mémoire de fin d'études des étudiants en soins infirmiers: Se révéler l'auteur de sa pensée*. Elsevier Health Sciences.

Damon, J. (2021). Sans domicile fixe (SDF) et sans-abri : Qui sont-ils ? Combien sont-ils ? *Population & Avenir*, n°751(1), 17. Consulté le 10 octobre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/popav.751.0017>

Demont, G. (2013). L'éthique professionnelle peut-elle se penser au singulier ? Le cas des formations dans le secteur de l'aide à la personne dépendante. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité. Cahiers de l'Apliut*, 32(2), 64-81. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.4000/apliut.3773>

- Dodier, N., Camus, A. (1997) L'hospitalité de l'hôpital. *Communications*, 65, 1997. L'hospitalité. pp. 109-119. Consulté le 3 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3406/comm.1997.1992>
- Dodier, N., & Camus, A. (1998). Ouverture et spécialisation : Traiter les patients dans un service d'urgence hospitalier. *Sociologie de la santé et de la maladie*, 20(4), 413-444. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00109>
- Edgar, B. (2009) Revue européenne des statistiques sur le sans-abrisme (Bruxelles : FEANTSA)
- FRA – Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne. (2021). Roms et Gens du Voyage dans six pays – Enquête sur la situation des Roms et des gens du voyage . Union Européenne consulté le 10 juin 2022. Disponible sur le site Web. doi :https://fra.europea.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-roma-travelles-sixcountries-fr.pdf
- Fraino, J. A. (2015). Infirmière praticienne mobile : Un programme pilote pour combler les lacunes en matière de services vécues par les sans-abri. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 53(7), 38-43. Consulté le 4 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3928/02793695-20150615-01>
- Franco, A., Meldrum, J., & Ngaruiya, C. (2021). Identifier les besoins de la population sans-abri au service des urgences à l'aide de la recherche participative communautaire. *BMC Health Services Research*, 21(1), 428. Consulté le 4 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06426-z>
- Furstenberg, C. (2021). L'éclairage sur la sollicitude selon Paul Ricœur pour repenser le soin: *Recherche en soins infirmiers*, N° 145(2), 7-21. Consulté le 15 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/rsi.145.0007>
- Garrett, N., Bikah Bi Nguema Engoang, J. A., Rubin, S., Vickery, K. D., & Winkelman, T. N. A. (2020). Health system resource use among populations with complex social and behavioral needs in an urban, safety-net health system. *Healthcare*, 8(3), 100448. Consulté le 5 janvier 2022. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100448>
- Gill, F., Appley, M., Nix, L., Green, G., Gribbon, M., Divagaran, A., Huo, S., Avegno, J., & Jones, C. (2020). The Homeless Hospital Liaison Program : An Interprofessional Program to Improve Students' Skills at Facilitating Transitions of Care for Patients Experiencing Homelessness. *Academic Medicine*, 95(3), 378-381. Consulté le 20 mai 2022. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003004>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster
- Håkanson, C., Christiansen, M., Ekstedt, M., Sandberg, J., Kenne Sarenmalm, E., & Öhlén, J. (2014). Experience-based knowledge in the care of homeless people with severe illness and complex care needs. *Palliative Medicine*, 28(6), 789–789. Consulté le 5 janvier 2022. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1177/0269216314532748>
- Håkanson, C., & Öhlén, J. (2016). Illness narratives of people who are homeless. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 32924. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32924>
- Hesbeen, W. (2014). Pour une éthique du quotidien des soins. *Cancer(s) et psy(s)*, n° 1(1), 173. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/crpsy.001.0173>
- Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers, un art du singulier*. Elsevier Masson.

- Hesbeen, W. (2018). Les mots fragiles du prendre soin . Sante Mentale, pp.20-23. Disponible sur GEFERS : <http://www.gefers.fr/publication/textestelecharger>
- Hesbeen, W (2019). Régénérer le sens du soin par la pratique de l'encadrement. *Ethique de l'encadrement de proximité dans le secteur de la santé* , Paris, Seli Arslan.
- Huang, Y., Zhu, P., Chen, L., Wang, X., & Valentijn, P. (2020). Validation of the care providers version of the Rainbow Model of Integrated Care-measurement tool in Chinese primary care systems. *BMC Health Services Research*, 20(1), 727. Diponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05562-2>
- Hwang, S. W. (2001). Homelessssness and Health. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 229-233.
- Hwang, S. W., Gogosis, E., Chambers, C., Dunn, J. R., Hoch, J. S., & Aubry, T. (2011). Health Status, Quality of Life, Residential Stability, Substance Use, and Health Care Utilization among Adults Applying to a Supportive Housing Program. *Journal of Urban Health*, 88(6), 1076-1090. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9592-3>
- Hwang, S. W., & Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, 384(9953), 1541-1547. Disponible sur le site Web. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61133-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61133-8)
- INAMI – RIZIV, Médecins du Monde – Dokters van de wereld. (2014). *Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*. Bruxelles.
- INAMI – RIZIV, Médecins du Monde – Dokters van de wereld. (2014). *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*. Bruxelles.
- Infirmières de rue (2020). *Rapport d'activités : Covid-19, travailler dans un contexte de crise sanitaire*. Bruxelles.
- Integreo. (2017). *Plan conjoint en faveur des malades chroniques : Des soins intégrés pour une meilleure santé*. doi:https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_fr.pdf.
- IRIS. (2014). Iris-Faitiere. Consulté le 2 mai 2022. Disponible sur le site Web. <https://www.iris-hopitaux.be/fr/le-reseau-iris/nos-structures/iris-faitiere-3>
- Jackson, Y. L. J., Willemin, T., & Bodenmann, P. (2016). Santé et soins des personnes sans abri. *Revue médicale suisse*, 12(533), 1671-1675.
- Jego, M., Gentile, G., Giusiano, B., Sambuc, R., Balique, H., & Gentile, S. (2018). Prise en charge des personnes sans chez-soi : Intérêt du dossier médical partagé ? *Santé Publique*, 30(2), 233. Consulté le 5 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/spub.182.0233>
- Jobé, J.,GhuysenJobé, J,Jobé, J.,Ghuysen, A., D'Orion, V. (2018). Le triage infirmier avancé aux urgences. *Revue Medical Liège*, 73: 5-6: 229-236
- Kvesić, A., Galić, K., & Vukojević, M. (2019). Humanisme influençant l'organisation du système de soins de santé et l'éthique des relations médicales dans la société de Bosnie-Herzégovine. *Philosophie, éthique et sciences humaines en médecine*, 14(1), 12. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1186/s13010-019-0082-7>
- Lecomte, M.-A. (2006). La formation à l'éthique des étudiants en soins infirmiers (Belgique). *Recherche en soins infirmiers*, N° 86(3), 4. Consulté le 15 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/rsi.086.0004>

- Loeb, D. F., Binswanger, I. A., Candrian, C., & Bayliss, E. A. (2015). Primary care physician insights into a typology of the complex patient in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 13(5), 451-455. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1370/afm.1840>. PMID: 26371266; PMCID: PMC456
- Macq, J. (2019-2020). *Cours académiques : organisation des réseaux et système de soins de santé*. UCLouvain.
- Malherbe, A., Moriau, J., Rosa, E., & Wagener, M. (2019). La problématique du sans-abrisme à Bruxelles-limite de la gouvernance multiniveau dans l'application du principe de justice spatiale. *Justice spatiale-Spatial justice*, (13). Consulté le 10 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <http://hdl.handle.net/2078.1/219818>
- Manning, E., & Gagnon, M. (2017). The complex patient: a concept clarification. *Nursing & health sciences*, 19(1), 13-21.
- Mariano, M. A., & Harmon, M. J. (2019). Living libraries : Nurse integration in interprofessional homeless health care team. *Public Health Nursing*, 36(2), 172-177. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1111/phn.12561>
- McLeod, S. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Simply psychology*, 1(1-18).
- McNeil, R., et Guirguis-Younger, M. (2012). La consommation de drogues illicites comme défi à la prestation de services de soins de fin de vie aux sans-abris : Perceptions des professionnels de la santé et des services sociaux. *Médecine palliative*, 26(4), 350-359. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1177/0269216311402713>
- Médecins du Monde (2019) : *Rapport d'activités du projet Médibus Hainaut. Charleroi*. 1 janvier 2019 au 31 décembre 2019.
- Médecins du Monde Belgique. (2021). Dispositif pour l'Hébergement d'Urgence. *Rapport d'activité 2021*. Bruxelles.
- Mejia-Lancheros, C., Lachaud, J., Woodhall-Melnik, J., O'Campo, P., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2021). Interrelations longitudinales de la discrimination et de la stigmatisation en matière de santé mentale avec les résultats en matière de logement et de bien-être chez les adultes atteints de maladie mentale et l'expérience récente de l'itinérance. *Sciences sociales et médecine*, 268, 113463. Consulté le 5 janvier 2022. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113463>
- Merlier, P. (2020). 13. La fragilité et la vulnérabilité. Dans : , P. Merlier, *Philosophie et éthique en travail social* (pp. 163-177). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Milaney K. (2011). The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness, part 1: contextualizing case management for ending homelessness. *Professional case management*, 16(6), 281-289. Disponible sur le site Web. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be/2443/10.1097/NCM.0b013e31821ee840>
- Miyawaki, A., Hasegawa, K., Figueroa, J. F., & Tsugawa, Y. (2020). Hospital Readmission and Emergency Department Revisits of Homeless Patients Treated at Homeless-Serving Hospitals in the USA : Observational Study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(9), 2560-2568. Consulté le 25 novembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06029-0>
- Nam, E., Palmer, A. N., & Patel, M. (2021). Caractéristiques des visites aux services d'urgence par des jeunes adultes sans abri dans le U.S. *Journal of Adolescent Health*, 69(2), 302-307. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.024>
- O'Carroll, A., Irving, N., O'Neill, J., & Flanagan, E. (2017). Un examen d'une clinique de santé mobile gérée par un registraire de médecin généraliste pour les sans-abris. *Irish Journal of*

- Medical Science* (1971 -), 186(3), 541-546. Consulté le 25 novembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1007/s11845-016-1527-2>
- Office Mondial de la Santé. (2011). *La commission des déterminants sociaux de la santé*. OMS, 2011, p.44
- Office Mondial de la Santé. (2016). Cadre pour des services de santé intégrés centré sur la personne. Récupéré sur https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf?ua=1
- Pain, B. (2012). Fragilité et vulnérabilité : De la « bientraitance » ou de la philosophie du soin ? *L'enseignement philosophique*, 62e Année (2), 35-45. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/eph.622.0035>
- Piaser, A. (2004). Des représentations sociales aux représentations professionnelles, 7ème conférence internationale sur les représentations sociales, 10-14 septembre 2004, Guadalajara: Mexique.
- Rameix, S. (1996). Fondements philosophiques de l'éthique médicale.
- Raven, M. C. (2019). Homelessness and the Practice of Emergency Medicine : Challenges, Gaps in Care, and Moral Obligations. *Annals of Emergency Medicine*, 74(5), S33-S37. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.08.440> -1675.
- Ricoeur, P. (1990). Soi-même comme un autre (Editions du Seuil). *Points" essais"*, Paris.
- Salès-Wuillemin, É., Morlot, R., Masse, L., & Kohler, C. (2009). La représentation sociale de l'hygiène chez les professionnels de santé : Intérêt du recueil par entretien et de l'analyse discursive des opérateurs de liaison issus du modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB): *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 82(2), 43-72. Consulté le 10 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/cips.082.0043>
- Samusocial.brussels. (2022). La Medihalte, se loger, se soigner, se poser. Bruxelles. Disponible sur le site Web. <https://samusocial.be/la-medihalte-se-loger-se-soigner-se-poser/>
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2021). *Des faits et des chiffres*. Bruxelles. Disponible sur le site Web. <https://www.luttepauvrete.be>
- Service Public Fédéral-Chancellerie du Premier Ministre (2014) *Accord de coopération concernant le sans-abrisme et l'absence de chez soi*, 12 mai 2014 (MB 2014/206010).
- Stafford, A., & Wood, L. (2017). S'attaquer aux disparités en matière de santé pour le sans-abri ? Commencez par les déterminants sociaux. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1535. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121535>
- STRADA, L. (2019). Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale. Cinquième édition: 5 novembre 2018. Bruxelles: *La Strada*.
- Svandra, P. (2016). Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur : Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en soins infirmiers*, N° 124(1), 19. Consulté le 15 décembre 2021. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0019>
- Trouvé, M. & Claudel, H. (2011). Urgences psychiatriques et précarité : étude descriptive et comparative sur la prise en charge de sujets SDF. *L'information psychiatrique*, 87, 89-94. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8702.0089>
- Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Mispion S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique: situation actuelle et possibilités de réforme – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 263Bs. D/2016/10.273/22.

- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13. Consulté le 20 octobre 2021. Disponible sur le site Web. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.886>
- Valentijn, PP. (2016). Rainbow of Chaos : Une étude sur la théorie et la pratique des soins primaires intégrés. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 3. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.5334/ijic.2465>
- Wolff, V. (2018). *La précarité en urgence. Mobilisation des hospitaliers autour des sans-abri*. Rennes (Presses universitaires de Rennes).
- Zeien, J., Hanna, J., Puracan, J., Yee, S., De Castro, A., Ervin, B., Kang, P., Harrell, L., & Hartmark-Hill, J. (2021). Improving health professionals' and learners' attitudes towards homeless individuals through street-based outreach. *Health Education Journal*, 80(8), 961-973. Disponible sur le site Web. <https://doi.org/10.1177/00178969211037362>

VI Annexe

Annexe 1

Les pistes d'amélioration suivant l'entretien d'Antoin Galle de l'asbl Diogènes. (INAMI-Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique, 2014)

“Assurer un bon accueil des sans-abris par des personnes correctement formées. Nous constatons que certaines réceptionnistes peuvent organiser, avec des moyens simples, un accueil où chaque personne se sent considérée, et ce même aux heures de pointe. Ils/elles savent qui est qui et connaissent aussi les travailleurs des différents services.

On demande depuis plus de 20 ans aux CPAS bruxellois d'appliquer des procédures plus uniformes et clairement définies. En vain. Le personnel travaillant à l'intérieur et à l'extérieur du CPAS doit être mieux informé de la façon dont on peut obtenir les autorisations de soins. Les CPAS locaux peuvent-ils continuer à traiter sans soutien régional ou national la charge de travail plus importante et complexe engendrée par les demandes d'aide médicale urgente ? Ils sont mal équipés pour mener cette tâche à bien : à l'heure actuelle, un assistant social doit effectuer une enquête circonstanciée, vérifier des détails médicaux pour lesquels il est incompétent et ce, avec quelqu'un qui ne maîtrise même pas une des langues nationales. A cela s'ajoute, pour les citoyens européens, le fait qu'ils doivent faire jouer l'assurance maladie dans leur pays d'origine, mais que cette procédure devient particulièrement ardue si la personne concernée n'a pas d'adresse. Les citoyens européens qui errent à Bruxelles sont parfois dépourvus de toute aide sociale autre que “l'aide médicale urgente” et souffrent après quelques années des mêmes maladies chroniques que les autres habitants de la rue.

Un autre point important serait l'attribution automatique de droits comme par exemple pour le régime du tiers payant, le statut OMNIO ou BIM...A l'heure actuelle, le patient doit présenter lui-même les documents nécessaires, à la mutualité pour bénéficier de ce statut.

Un patient qui a besoin de l'intervention du CPAS pour avoir des soins médicaux, doit se rendre lui-même au CPAS. Il doit donc être capable de s'orienter, de respecter des rendez-vous, de formuler des demandes d'aide, etc. Souffrant de troubles psychiatriques, d'épuisement, de maladies ou d'accoutumance, de nombreuses personnes n'en sont plus capables. Ne pourrait-on pas faire intervenir des partenaires tiers reconnus ?

Comme nous l'avons déjà signalé, les sans-abris ont besoin de visages familiers, surtout au CPAS. La rotation du personnel y est hélas importante. La charge de travail en est une des causes, mais certainement pas la seule. Les maisons médicales disposent de nombreux atouts pour offrir des soins adéquats aux sans-abris. Nombreuses d'entre elles sont malheureusement débordées ou ne sont pas encore reconnues pour appliquer un régime forfaitaire. Leur rôle mérite une plus grande reconnaissance. Pas seulement de la part des autorités, mais également des ONG.” (INAMI-Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique, 2014)

Annexe 2

Guide interview pour les témoins privilégiés

Bonjour madame, monsieur, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de m'accorder un peu de temps pour répondre à mes questions. Je vais commencer par me présenter. Je m'appelle Guabi Hasna, je suis infirmière SIAMU et je travaille actuellement aux urgences de Etterbeek-Ixelles. Dans le cadre du master en Sciences de la Santé Publique, je réalise mon mémoire sur le thème de l'intégration de soins des personnes sans-abris aux urgences. Je m'intéresse plus particulièrement à la représentation de l'intégration de soins des professionnels de santé aux urgences envers les patients sans-abris. J'ai commencé ma méthodologie par une recherche de littérature. Celle-ci m'a permis de mettre en évidence l'importance de la dimension multidisciplinaire et multiorganisationnelle qui sont nécessaires à l'intégration de soins des personnes sans-abris dans un réseau de santé primaire. De ce fait, j'ai voulu en apprendre davantage sur les acteurs de terrain tels que les professionnels de la fonction 0.5. Mon objectif est de nourrir cette réflexion à différents points de vue à travers l'expertise et les conseils des témoins privilégiés. C'est dans cette optique que je vous ai contacté afin de pouvoir échanger avec vous et que vous puissiez partager avec moi votre expertise sur le sujet. Afin de mieux traiter les données recueillies, permettez-vous que j'enregistre notre entretien ? Sachez que cet entretien peut être stoppé à tout moment si vous le souhaitez. Acceptez-vous que votre nom apparaisse dans mon mémoire ? Je m'engage à vous transmettre la retranscription de cet entretien si vous le désirez.

1. Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
Ancienneté
Expérience professionnelle
2. Pouvez-vous me décrire votre activité au sein de l'organisation ?
3. Que pensez-vous de la coordination de soins entre les soins de premières lignes et les urgences ? Est-ce que cela pourrait améliorer l'intégration de soins ?
4. Suivant votre expérience, qu'est ce qui selon vous pourrait améliorer l'intégration des personnes sans-abris dans un réseau de soin ?
5. Quels sont selon vous les éléments favorables/défavorables que vous rencontrez lors du suivi des personnes sans-abris, vulnérables ?- freins/leviers
6. Y-a-t-il des idées, des projets innovants qui pourraient améliorer la santé des personnes sans-abris ?

Annexe 3

Retranscription entretien du témoin privilégié

1/ Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?

Ancienneté

Expérience professionnelle

Je suis médecin généraliste, j'ai pratiqué pendant 41 ans en qualité de médecin généraliste d'abord comme médecin solo à Molenbeek où j'avais une pratique de médecine plutôt sociale. Je soignais beaucoup de personnes qui dépendaient du CPAS de Molenbeek, et des communes avoisinantes donc j'avais une forte patientèle bénéficiaire des CPAS. Lors des sept dernières années de ma pratique, j'ai rejoint une maison médicale à Ixelles pour plusieurs raisons, car l'aspect multidisciplinaire me manquait quand on est seul face à des situations complexes, difficiles et donc j'ai rejoint la maison médicale « Couleur Santé » où j'ai travaillé pendant sept ans et où j'ai été confronté à l'approche de personnes vulnérables avec des patients qui dépendaient du CPAS, on avait aussi un accord de collaboration avec Fedasil et où on avait une convention avec un centre d'hébergement proche de la maison médicale. Ensuite, j'ai pris ma retraite en juin 2019 et depuis le mois de septembre 2019, je travaille chez MDM en tant que volontaire.

2/ Pouvez-vous me décrire votre activité au sein de l'organisation ?

J'ai rejoint Médecins du Monde comme médecin volontaire où je travaille comme bénévole au CASO de Médecins du Monde et dans les Dispositifs d'Hébergements d'Urgences (DHU) essentiellement à la plateforme citoyenne. Je travaille sur deux sites, sur le site du CASO qui est le Centre d'Aide de Soins et d'Orientation se trouvant dans le siège de MDM. Au CASO, il y a un cabinet de médecin généraliste, de psychologue, un dentiste et il y a également une assistante sociale qui est présente sur ce plateau. Là on assure le suivi des patients vulnérables qui n'ont pas accès aux soins; ce sont des personnes âgées, des personnes souffrant de maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète...) et des personnes qui ont des problèmes psychiatriques sans accès aux soins, et donc ils viennent chez nous pour être soignés. On leur fournit les médicaments, on peut leur prescrire quelques examens tels que des prises de sang que MDM prend en charge. On a également des conventions avec Iris- Sud à Baron Lambert, plusieurs spécialistes du réseau Iris-Sud qui consacrent quelques heures par semaine à des consultations bénévoles en orthopédie, neurologie, cardiologie, rhumatologie, ophtalmologie ; on a aussi un psychiatre qui passe une fois semaine au CASO. Donc, on a une offre de soins qui est pas mal pour des patients vulnérables. Nos assistants sociaux du CASO accompagnent le patient dans la démarche puisque le but, c'est qu'il ait un accès aux soins via une carte médicale. L'aide médicale d'urgence, permet d'intégrer le dossier dans le système de santé normal, ça c'est le CASO.

Le centre d'Ulysse est un département du dispositif d'urgence de MDM géré par la plateforme citoyenne, il y a 400 personnes qui sont là, essentiellement une population d'hommes relativement jeunes et originaires d'Erythrée, et du Nord de l'Afrique. C'est un dispositif médical, où on les examine et on les soigne. Si lors de l'examen on détecte une vulnérabilité tel que le diabète ; là on les oriente vers le CASO pour qu'il y ait un suivi et s'il y a une grosse urgence en général là on envoie le patient aux urgences de St Pierre.

3/ Que pensez-vous de la coordination de soins entre les soins de premières lignes et les urgences ? Est-ce que cela pourrait améliorer l'intégration de soins ?

Lorsqu'il y a quelque chose d'aiguë, je transfère à St Pierre avec une feuille de liaison où on explique pourquoi on envoie aux urgences afin d'avoir un avis au niveau des urgences. Ce qui se passe souvent, c'est que soit les personnes ont besoin d'être hospitalisées et l'urgence fait elle-même l'aide médicale d'urgence pour couvrir l'hospitalisation et les soins ultérieurs, soit le problème ne nécessite pas une hospitalisation. La personne après avoir eu l'avis d'un chirurgien ou après avoir vu le médecin urgentiste sortira des urgences avec une prescription. On réalise que ces personnes ne savent pas aller en pharmacie, ne pouvant pas payer ; souvent on les renvoie pour pouvoir leur refaire une prescription avec les pharmacies auxquelles MDM collabore, comme ça elles ne devront pas payer.

Y-a-t-il une bonne coordination entre MDM et les urgences ?

Oui en général, lorsqu'on envoie un patient aux urgences, je le signale bien évidemment à notre coordinatrice, lorsqu'il y a les consultations du DHU, il y a toujours le médecin, l'infirmier dans les autres centres par exemple, il y a les infirmiers du Samusocial et le médecin de MDM qui travaillent et collaborent avec l'infirmier du Samusocial.

Au DHU, en plus de l'infirmier, il y a la coordinatrice sociale qui peut orienter et aider à l'accompagnement des personnes. On a aussi des accueillants qui expliquent le parcours « comment se rendre au CASO, à la pharmacie... ». Et par rapport aux urgences à la fin de la consultation, on a notre debriefing avec la coordinatrice médicale à qui au rapport, on explique « voilà, j'ai orienté une personne aux urgences pour un avis parce que je n'étais pas tranquille... » et bien elle le sait et elle prend contact avec les urgences pour voir ce qu'il est advenu de ce patient, si il a été hospitalisé ... « est-ce qu'il a été renvoyé?...est-ce qu'il y a un AMU qui a été lancé aux urgences ? ». Donc voilà, il y a une coordination qui se réalise entre notre coordinatrice et le service des urgences.

4/ Suivant votre expérience, qu'est ce qui selon vous pourrait améliorer l'intégration des personnes sans-abris dans un réseau de soin ?

Oui, c'est extrêmement important qu'il y ait une bonne collaboration entre la première ligne et la fonction 0.5, où on se situe, c'est important qu'il y ait une bonne coordination. Je pense que c'est important qu'au niveau de l'urgence ; qu'il reçoit l'information sur ce que nous avons constaté mais aussi sur la situation sociale de ce patient, c'est très important. Nous avons des patients, par exemple de la plateforme citoyenne qui parlent uniquement l'érythréen et donc nous avons la chance d'avoir des interprètes et on sait qu'aux urgences il n'y a pas toujours des interprètes, et cela doit être assez compliqué pour eux. Je crois qu'ils ont besoin d'un maximum d'information, qu'on peut fournir sur le patient parce qu'il exprimera difficilement son problème. C'est donc important qu'il y ait une bonne coordination, pour nous aussi en retour de savoir le devenir de ce patient afin de l'accompagner par exemple aux urgences, on leur demande « j'aimerais que vous venez dans une semaine pour un avis de spécialiste ». Là il faut qu'on le sache et qu'on accompagne le patient à la consultation parce qu'on a constaté qu'il y a beaucoup de perte de suivi. Même déjà chez nous, si j'envoie le patient pour un suivi au CASO, il y aura peut-être une personne sur quatre qui s'y rendra, malgré les explications données, donc le suivi sera difficile. Au niveau des rendez-vous en milieu hospitalier, là c'est très difficile aussi de s'assurer que le patient va bien se rendre au rendez-vous. Par exemple pour un rendez-vous en orthopédie dans deux semaines, souvent il n'a pas compris, il n'ira pas au rendez-vous car il a perdu cela de vue, alors il faut à chaque fois le reprendre...

La grande difficulté, c'est l'accompagnement de ces personnes, l'accompagnement c'est important parce qu'il y a plein de barrières...des barrières linguistiques par exemple parfois certaines personnes présentent des troubles psychologiques qui font qu'ils sont un peu perdu...Il y a des problèmes de compréhension de notre système de santé donc je revois certains dans la porte d'Ulysse et qui me demande certaines choses dont je ne sais pas satisfaire... « je veux un scanner... », parce qu'ils ont des attentes énormes et malheureusement je ne sais pas y répondre donc ils doivent aussi apprendre comment fonctionne notre système de santé.

C'est donc tout un accompagnement psychosocial qu'il faut faire avec des interprètes, c'est quand même assez lourd, car dans le suivi il y a beaucoup de perte parce qu'à un moment donné cela disparaît dans la nature. Ils ne comprennent pas pourquoi on leur envoie une chose....parce que eux-mêmes ont d'autres parcours...Par exemple, les érythréens sont de passage ici pour aller en Angleterre et donc parfois on organise tout un suivi et puis ils disparaissent car entre temps ils ont réussi à passer en Angleterre. C'est un public très mobile, qui bouge tout le temps et donc beaucoup disparaissent de nos radars dont on ne sait pas de ce qu'il est advenu... Voilà ce n'est pas toujours facile.

De façon générale, toute personne qui nécessite des soins ont un accès immédiat aux soins. C'est aberrant le système qu'on a en Belgique, particulièrement à Bruxelles où chaque commune a un CPAS. Par exemple pour accéder au système de santé via une aide médicale urgence cela varie d'une commune à l'autre. Les critères sont différents, c'est un public nomade par exemple un sans-abri qui introduit sa demande à Anderlecht par exemple parce qu'il était là à un moment donné où il a reçu une carte médicale et qu'ensuite il change de résidence car il dort parfois chez un ami qui vit à Woluwe, nous réalisons que sa carte médicale d'Anderlecht n'est plus valable ; il faudra réintroduire à nouveau une demande d'accès aux soins ; donc il faudrait que toute personne qui a besoin d'un soin reçoive une carte universelle, une carte qui couvre toute la Belgique. Une carte qui lui ouvre les soins partout parce que le gros frein c'est l'accès aux soins, ça c'est déjà une chose qu'on devrait pouvoir obtenir. En attendant, par rapport à l'intégration aux soins, je pense que l'approche multidisciplinaire, le réseau, avoir des réseaux, connaître les réseaux...Heureusement MDM a toujours priorisé le réseau...en ayant toujours des partenaires parce que nous savons pas tout faire donc on travaille beaucoup en réseau à MDM avec des tas d'association qui sont sur le terrain que cela soit avec Douche Flux, Lafontaine, les infirmières de rue, pour tous les problèmes d'addiction, nous avons le projet Lama pour les sans-abris qui ont des problèmes de dépendances, d'assuétudes...Avoir un réseau, c'est important car nous savons pas faire cela seul. Il faut connaître ses partenaires, il faut avoir des liens avec eux. Il faut se rencontrer, les connaître c'est important aussi, ça c'est le réseau qui permet de tenir.

Y-a-t-il des réunions qui se réalisent avec MDM et les différents réseaux ?

Au niveau des bénévoles comme moi non...

Mais au niveau de l'organisation MDM, avec les différents référents médicaux sur place dans les différents projets, ils ont des contacts réguliers avec tous les tissus associatifs. Ils se voient régulièrement et il y a toute une coordination et une concertation qui se font ça c'est certain.

5/ Quels sont selon vous les éléments favorables/défavorables que vous rencontrez lors du suivi des personnes sans-abris, vulnérables?- freins/leviers

Les difficultés du suivi au niveau du CASO, il faut que la personne soit suffisamment structurée, pour pouvoir venir sur place, se souvenir de son rendez-vous. Certains sont dans une situation de détresse, ils oublient de venir... ça c'est comme un frein aussi, les barrières linguistiques, nous avons des traducteurs, heureusement

qu'on en a... mais on a des limitations de moyens, parce qu'il y a des suivis qui nécessitent des examens complémentaires, coûteux comme la résonnance magnétique pour cela MDM ne peut pas prendre cela en charge. Là au CASO, on peut faire des prises de sang, on peut envoyer faire des radiographies ou avoir un avis...Je pense qu'à ce moment-là, il faut faire des examens, nos assistants sociaux essaient au mieux d'amener la personne à accéder aux soins. Ce n'est pas évident parce qu'il y a des barrières...Il y a des personnes qui pourraient avoir accès aux soins mais qui préfèrent rester dépendantes du CASO parce qu'elles en sont habituées. C'est difficile pour eux, car dans certaines maisons médicales, ils doivent prendre rendez-vous. Ce n'est pas toujours le même médecin qu'ils rencontrent, ils sont souvent perdus...et j'ai remarqué qu'au CASO ils se sentent en sécurité et donc ils préfèrent rester au CASO. Et il y a certains qui sont logés chez un ami mais ils ne peuvent pas être résident là-bas. Pour avoir un AMU, il faut un lieu de résidence mais certains ne veulent pas le dire et cela peut provoquer beaucoup de barrières au suivi.

Pour les leviers ?

Avec ces personnes, on arrive à établir une relation de confiance, car ce sont des personnes qui ont souvent vécus des traumatismes soit lors du chemin pour arriver en Belgique avec tous les parcours migratoires difficiles où ils ont subi des violences...Donc c'est très important d'établir une relation de confiance pour pouvoir prendre le mieux possible leur problème de santé, ce que je pense qu'on essaie de faire...Je pense au CASO, on a une approche psycho-médicosociale immédiate, ça c'est important car on tient compte de tout leurs problèmes par exemple cela sert à rien de prescrire de l'insuline à un diabétique, si il ne sait pas l'acheter, il ne sait pas comment se l'a procurer...Donc il faut vraiment un suivi. Prendre contact avec les différentes structures d'accueil afin de suivre ces personnes...Il y a aussi tout un accompagnement et une coordination à faire avec les autres structures d'hébergements qui s'occupent de ces patients.

6/ Y-a-t-il des idées, des projets innovants qui pourraient améliorer la santé des personnes sans-abris ?

Ah des projets innovants..*(Rires)*. Ce que nous pourrions proposer à l'avenir pour améliorer cela ça serait déjà d'avoir un accès immédiat aux soins de santé de façon universelle au moins pour toute la Belgique. L'accès immédiat aux soins est un droit fondamental. La priorité c'est donc l'accès aux soins de façon inconditionnelle. C'est l'intérêt pour notre société. On pourrait imaginer une collaboration plus étroite entre les différents services d'urgences afin que les urgences comprennent la réalité du terrain. C'est important que chacun apprennent à se connaître.

Annexe 4

Guide interview adapté à l'assistant social du CPAS

1. Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
Ancienneté
Expérience professionnelle
2. Pouvez-vous me décrire votre activité au sein de l'organisation ?
3. Pouvez-vous me décrire les difficultés que vous rencontrez lors de la mise en place d'un AMU envers une personne sans-abris ?
4. Que pensez-vous de la coordination entre les services de CPAS et les réseaux de soins de premières lignes ?
5. Qu'est ce qui selon vous pourrait améliorer l'intégration d'une personne sans abris dans un réseau de soin ?
6. Quels sont les éléments favorables et défavorables que rencontrent une personne sans-domicile à l'intégration dans un réseau de soins ?
7. Y-a-t-il des idées, des projets innovants qui pourraient améliorer la santé des personnes sans-abris ?

Annexe 5

Guide d'entretien - Acteurs de terrain

Quelle est la représentation de l'intégration de soins des professionnels de santé des urgences de Bruxelles envers les patients sans-abris.

Bonjour madame, monsieur, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de m'accorder un peu de temps pour répondre à mes questions. Je vais commencer par me présenter. Je m'appelle Guabi Hasna, je suis infirmière SIAMU et je travaille actuellement aux urgences de Etterbeek-Ixelles. Dans le cadre du master en Sciences de la Santé Publique, je réalise mon mémoire sur le thème de l'intégration de soins des personnes sans-abris aux urgences. Je m'intéresse plus particulièrement à la représentation de l'intégration de soins des professionnels de santé aux urgences envers les patients sans-abris. J'ai commencé ma méthodologie par une recherche de littérature. Celle-ci m'a permis de mettre en évidence l'importance de la dimension multidisciplinaire et multiorganisationnelle qui sont nécessaires à l'intégration de soins des personnes sans-abris dans un réseau de santé primaire. De ce fait, j'ai voulu en apprendre d'avantage sur les acteurs de terrain tels que les professionnels de santé des urgences. Mon objectif est de nourrir cette réflexion à différents points de vue à travers l'expertise des acteurs du terrain. C'est dans cette optique que je vous ai contacté afin de pouvoir échanger avec vous et que vous puissiez partager avec moi votre expertise sur le sujet. Afin de mieux traiter les données recueillies, permettez-vous que j'enregistre notre entretien ? Sachez que cet entretien peut être stoppé à tout moment si vous le souhaitez.

1. *Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?*

Depuis quand travaillez-vous aux urgences ?

2. *Quelle est votre fonction actuelle ?*

3. *Si je vous parle de l'intégration de soins, qu'est-ce que cela vous évoque ?*

4. *Selon vous pouvez-vous appliquer l'intégration de soins aux urgences envers un public vulnérable comme par exemple une personne sans-abris ?*

Comment se passe la continuité des soins des patients sans-abris aux urgences ?

5. *Aux urgences êtes-vous confronté à rencontrer des personnes sans-abris vulnérables ? Si oui est-ce que les soins et examens demandés répondent aux besoins du patient ?*

6. *Lors du triage, est-ce que la question sur l'état d'hébergement du patient est posé. Et si c'est le cas c'est en fonction de quel élément présent que la question est posée ?*

7. *En quoi l'hygiène du patient peut-il influencer la relation de soins ?*

8. *Quels sont les valeurs importantes à vos yeux à la relation de soin envers une personne vulnérable ?*

9. *Quels sont les moyens que se donnent l'équipe pour entretenir une relation humaniste face à un patient sans-abris, vulnérable ?*

Comment l'équipe s'organise face à des situations sensibles ou certains professionnels sont démunis ?

10. *Avez-vous fait appel au service social de l'hôpital si c'est le cas pour quelle raison. Est-ce que selon vous le service social peut-il répondre aux besoins spécifiques d'un patient sans domicile fixe ?*

11. *Quelles sont les leviers et les freins que vous rencontrez pouvant influencer la continuité des soins ?*

12. *Qu'est-ce qui pourrait améliorer la coordination entre les urgences et les services de premières lignes ?*

Avez-vous été en contact avec des services de premières lignes ?

L'intégration des soins aux urgences peut-elle selon vous aider un patient sans domicile fixe à avoir des soins continus dans un réseau de première ligne ?

13. *Selon vous qu'est-ce qui pourrait être innové en matière d'accueil des personnes sans-domicile fixe aux urgences ?*

Annexe 6

Retranscription complète de l'entretien - acteur de terrain

1/ Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?

- Depuis quand travaillez-vous aux urgences ?

J'ai commencé dans le milieu des soins en tant que secouriste bénévole à la Croix-Rouge de Belgique à l'âge de 15 ans. A 18 ans en tant qu'ambulancier dans l'Aide Médicale Urgente que je pratique depuis 5 ans auprès des services 112 de Bruxelles. Je travaille en parallèle depuis 2 ans dans un service d'urgence comme infirmier SIAMU. Actuellement je réalise des études en Santé Publique.

2/ Quelle est votre fonction actuelle ?

Je suis infirmier SIAMU aux urgences d'Etterbeek-Ixelles.

3/ Si je vous parle de l'intégration de soins, qu'est-ce que cela vous évoque ?

(Réflexion) L'intégration de soins...moi quand je pense à intégration de soins, je pense à soins intégrés donc ça veut dire des soins globaux qui ne prennent pas en charge qu'un aspect du patient mais bien le patient dans sa globalité "de manière holistique". Je vois vraiment plus facilement dans les services classiques où on parle de soins non-intégrés quand par exemple une infirmière va faire la toilette de tous les patients ; une autre infirmière va donner les médicaments de tous les patients et une autre prendra tous les paramètres et donc chacune va réaliser une tâche chez tous les patients. Là où il y a les soins intégrés c'est lorsque quelques patients sont pris en charge par une infirmière de manière globale, avec l'ensemble des soins. Dans un service d'urgence, je le vois un peu plus de cette manière. C'est le fait qu'un infirmier ou un petit groupe d'infirmiers prend en charge un patient de manière globale, en prenant en charge de A à Z par rapport à la raison de sa présence. Mais aussi par rapport à sa réalité, par rapport à son parcours de vie, par rapport à ses spécificités et donc le fait d'intégrer tous ces éléments dans la prise en charge globale et non prendre le patient juste comme une série d'actes par exemple sur juste une prise de sang, une toilette.

4/ Selon vous pouvez-vous appliquer l'intégration de soins aux urgences envers un public vulnérable comme par exemple une personne sans-abris ?

Oui, je pense que c'est possible ; le service d'urgence permet une prise en charge intégrée dans le sens où un infirmier peut tout à fait se consacrer dans certains cas à donner du temps à un patient. Le problème c'est la charge de travail aux urgences qui risque de limiter le temps et la globalité qui peut être donnée au patient. Et souvent se limiter à l'essentiel et pas aller aussi loin qu'on le voudrait peut-être à cause de cette charge de travail. Mais après je pense que les services d'urgences sont adaptés à cela ; d'autant plus que vous parlez ici de public "défavorisé" et que je pense que ce sont des publics qui sont présents assez régulièrement dans les services d'urgences qu'on revoit de semaine en semaine, et dont on connaît une partie du parcours de par les contacts réguliers que nous avons avec eux. Et donc le fait de connaître ces patients de manière privilégiée au sein des services d'urgences, nous permet aussi d'intégrer les soins et de pouvoir éventuellement en fonction des réalités qu'on connaît du patient, de pouvoir intégrer d'autres profils professionnels. Car pour moi, la prise en charge intégrée ce n'est pas seulement prendre en charge notre partie, mais également penser aux autres acteurs qui pourraient être amenés à intervenir avec le patient.

5/Aux urgences êtes-vous confronté à rencontrer des personnes sans-abris vulnérables ?

Oui on est amené à rencontrer des personnes sans-abris, mais je trouve moins qu'avant. Je trouve, qu'il y a quelques années en tout cas de ce que je voyais via ma vision d'ambulancier. On en avait beaucoup plus entre guillemet des habitués, donc des patients qu'on allait chercher quasiment quotidiennement en ambulance en les amenant du coup aux urgences. Je trouve qu'aujourd'hui, il existe quelques sans-abris mais la problématique s'est un peu déplacée vers des situations de vulnérabilité autres au sein de la société. On a encore quelques-uns mais c'est moins des habitués comme on en avait avant.

Est-ce que les soins et examens demandés répondent aux besoins du patient ?

(Hésitation) Oui et non, je crois que les services d'urgences ne sont pas le bon lieu pour pouvoir offrir la meilleure offre de soins pour ces patients. Dans le sens, où c'est vrai qu'on a un flux énorme de passage de patient aux services d'urgences ; il y a ce côté un peu imprévisible dans le service d'urgences. Et je pense que le manque de places aux services d'urgences par rapport aux flux des patients qui arrivent comme les patients très graves, soit par leurs propres moyens, en SMUR, en ambulance. On a toujours une petite inquiétude en tant que soignant de laisser stagner les patients dans un service d'urgence. Le fait de laisser un patient longtemps trainer aux urgences, alors que la situation pourrait être entre guillemet clôturer, bien cela va entraîner un peu de précipitation dans les soins. Et aussi, le fait qu'on n'a pas le temps de libérer une chambre. Je pense qu'on a la possibilité d'apporter les soins intégrés, les soins adaptés aux patients mais dans la pratique c'est assez complexe. Je ne suis pas sûr que les services d'urgences soient les services les plus adaptés même si ce sont les plus privilégiés de par nos contacts avec l'extérieur.

6/Lors du triage, est-ce que la question sur l'état d'hébergement du patient est posée. Et si c'est le cas c'est en fonction de quel élément présent que la question est posée ?

Lors du triage on a assez peu de patients sans-abris qui arrivent par ce biais. La plupart des sans-abris arrivent dans des situations où l'ambulance a été appelée sur la voie publique. Les sans-abris sont donc amenés via ambulance et donc à ce moment-là dans le rapport qui est fait par les ambulanciers ; et bien il y a la précision du fait que c'est une personne sans domicile fixe qui a été agressée par des personnes dans la rue et par des tiers qui ont appelé l'ambulance 112. Cela arrive de temps en temps qu'on en ait au tri, la plupart du temps on les connaît, donc on ne pose pas la question. C'est vrai que temps en temps la question vient souvent d'eux-mêmes de par les problématiques répétées pour lesquelles ils viennent. Ils vont en faire état eux-mêmes. Par exemple, ils viennent régulièrement pour des pathologies liées à des soins au niveau des pieds, des blessures qui sont particulièrement importantes et pour lesquelles ils vont faire état rapidement de leurs situations de sans domicile fixe. Et donc je pense que la personne le dit elle-même ; de temps en temps on vient à poser la question à la personne parce que de part le profil qu'on a l'habitude de voir ...je pense que la plupart du temps ce qu'on va voir c'est une situation sociale difficile. On va repérer une situation sociale difficile et à ce moment-là on va l'identifier et on va l'intégrer dans nos soins. Mais je pense que la question du domicile ne s'intègre pas trop au triage infirmier. C'est plutôt quand on va donner des médicaments au patient et qu'il devra rentrer chez lui qu'on va discuter de ce genre de problématique. Pourquoi ? Car on va demander au patient si il a la possibilité d'aller chercher ses médicaments, s'il a des personnes qui vivent avec lui ; c'est à ce moment-là que la problématique du lieu de vie ou de la capacité à rentrer chez soi qui vont faire émerger cette question. Je pense que ce n'est pas qu'au début de la prise en charge mais c'est plus à la fin sauf quand on a des pathologies qui semblent être typiques du fait de vivre dans la rue. Ce qui n'est pas fréquent via le tri. Ils arrivent plutôt en ambulance avec des blessures au niveau des pieds qui les empêchent de se déplacer et qui nécessitent l'ambulance, les intoxications éthyliques aiguës ou voire chroniques qui vont nécessiter l'intervention d'une ambulance.

7/ En quoi l'hygiène du patient peut-il influencer la relation de soins ?

Je sais que par rapport à des collègues, il peut y avoir un côté assez rebutant, il est très clair qu'il y a un niveau de soins pour ces patients qui sont pas les mêmes que d'autres patients ; des niveaux d'hygiène qui sont négligés à de très nombreux moments et donc pour beaucoup d'infirmiers ça peut être un facteur qui peut les rebuter vis-à-vis du patient ...et voilà il va y avoir une forme de dégoût non pas vis-à-vis du patient mais plutôt sur la situation actuelle avec l'état d'hygiène dégradé.

À titre personnel, je ne suis pas très sensible à tout ce qui est hygiène, ça ne m'atteint pas. Il y a des moments où on sait très bien qu'il y a des soins d'hygiène qui vont demander des soins assez lourds surtout quand il y a des déficits dans la mobilisation lors des intoxications éthyliques aiguës. Et donc à ce moment-là c'est plus un sentiment que quand il y a une charge de travail très élevée de se dire comment on va intégrer cela dans nos soins ; parce qu'on a déjà une charge de travail très énorme. On sait que débiter la toilette d'un patient sans-abri qui est particulièrement dans un état d'hygiène avancé cela va nécessiter un temps très conséquent. Cela peut prendre autour de vingt minutes, voire prendre trente minutes et on sait que ça va avoir un impact réel, même s'il faut le faire... il n'y a pas de soucis. Mais il y aura un impact réel sur la prise en charge. Après l'hygiène en elle-même, pour moi, cela n'a pas un caractère à me rebuter par rapport au patient, ça sera plutôt sur d'autres éléments comme l'agressivité liée aux intoxications éthyliques aiguës, le fait d'être demandeur de manière agressive, de manière exigeante dans un service où les choses ne peuvent pas arriver tout de suite vu la charge de travail.

Comment proposez-vous la toilette à un patient sans-abri ?

Alors moi souvent je leur dis clairement, je leur propose de manière très directe, une aide pour se laver, on leur suggère très franchement une aide pour se laver parce qu'on sent que la situation n'est plus tenable. Mais après, finalement c'est pas très compliqué de proposer. Je crois que souvent ce sont des patients qui sentent bien qu'ils ont un déficit à ce niveau-là, ce n'est pas un déficit volontaire de leur part. Pour eux une bonne douche, une bonne toilette c'est tout ce qu'ils demandent finalement. Alors quand on leur pose la question de manière directe, je dirais que dans la toute grande majorité des cas, leurs réponses sera très franche de leurs parts par un « oui, oui je veux bien ... et ça va me faire du bien... ». On a rarement des refus à ce niveau-là. La question pour moi ne pose pas de difficulté.

8/ Quels sont les valeurs importantes à vos yeux à la relation de soin envers une personne vulnérable ?

Je dirais l'humanisme du fait de continuer à considérer la personne comme un être humain, comme un adulte, de ne pas l'infantiliser même si on va l'aider à des soins qui sont peu habituels pour des adultes, souvent à cet âge-là car c'est souvent des gens qui sont dans une tranche d'âge pas spécialement avancée et donc l'importance pour moi ce n'est pas de l'infantiliser, c'est d'avoir conscience que les urgences vont être simplement un passage pour eux. On va leur apporter une aide ponctuelle ; on va problématiquement pas régler une situation qui s'est installée de manière chronique chez eux...oui je dirais le fait de continuer à les traiter comme des êtres humains. Voilà comme n'importe quel autre patient qui viendrait, tout en prenant en compte leur situation et je pense qu'ils ont

souvent des choses à nous raconter, à nous expliquer. Ce sont des gens qui se sentent très seuls, même s'ils ont des contacts dans la rue et bien finalement il y a des choses qu'ils ont envie d'exprimer. Je pense que particulièrement chez ces patients-là, le fait de faire des soins chez eux va permettre un moment d'échange par rapport à leur situation qu'il leur fait du bien parce que cela sort un peu de la solitude de la rue et de la difficulté de la rue. Pendant un moment d'être au chaud et d'avoir quelqu'un qu'il leur propose un repas, des soins d'hygiène ...et où ils peuvent se sentir pendant quelque temps, un peu comme le reste de la société...finalement se sentir un peu dans un contact de chaleur humaine avec des choses tout à fait basiques, qui paraissent évidentes pour monsieur et madame tout le monde mais qui ne sont pas si évidentes que ça finalement.

9/ Quels sont les moyens que se donnent l'équipe pour entretenir une relation humaniste face à un patient sans-abris, vulnérable ?

Comment l'équipe s'organise face à des situations sensibles où certains professionnels sont démunis?

Je pense que dans les services d'urgences, on a une qualité dans beaucoup de situation d'urgences ; mais peut-être des défauts dans des situations plus complexes. On est fort dans l'instantané, tout tourne dans l'action-réaction et il y a des situations où on va réagir assez immédiatement. On va peut-être discuter sur la manière de faire pendant quelques secondes, mais finalement, on va être très fort dans la réaction. Donc il y aura très peu de grande consultation et malheureusement nos moyens sont très limités dans un service d'urgence. La question se posera peut-être un peu plus au niveau de la discussion pluridisciplinaire avec nos collègues médecins ; au moment où on va parler du « devenir » du patient, c'est-à-dire au moment où les soins seront fait et où on se demande finalement, « que va devenir le patient là maintenant, est-ce que la situation actuelle va-t-elle le mener à retourner immédiatement dans la rue ? »

Est-ce que la situation actuelle nécessite des soins plus complémentaires avec une mise en place d'une hospitalisation ou est-ce qu'on est entre les deux ? C'est peut-être cela une situation complexe où il n'y a pas vraiment une nécessité d'hospitalisation mais où on a l'impression que quelqu'un d'autre devrait intervenir, mais d'une autre manière.

Il faut se dire, imaginons on est le soir ; est-ce qu'on n'attendrait pas jusqu'à demain matin pour qu'un assistant social prenne le relais car on en a pas la nuit.

Les discussions se portent plus sur le devenir du patient que sur les soins au patient.

10/ Avez-vous fais appel au service social de l'hôpital? Si c'est le cas pour quelle raison? Est-ce que selon vous le service social peut-il répondre aux besoins spécifiques d'un patient sans domicile fixe ?

On a déjà fait appel ça oui, souvent pour des situations où la demande du patient est clairement de retourner dans sa situation à la rue mais où il y a un problème physique ...Imaginons, on fait appel au service social ; on a eu le cas récemment d'un patient sans abri qui se déplaçait en chaise roulante ; il avait peur que sa chaise roulante lui soit volée à l'hôpital, il a donc confié sa chaise à un ami sans abri mais dont il n'avait pas son numéro de téléphone. Le patient se trouvait sans sa chaise roulante au milieu des urgences et là on a fait appel au service social afin de trouver une solution temporaire vis-à-vis de ce patient.

Mais de ce qu'on voit, je pense qu'il ne faut pas s'attendre au miracle. Il y a des situations chroniques qui demandent la présence et l'implication de beaucoup de professionnels et qui demandent également beaucoup de volonté de la part du patient...ça c'est certain...Une volonté de vouloir s'en sortir aussi parce que pour certain leur lieu de confort, leur petit cocon c'est la rue. Finalement, ils n'ont pas envie de s'en sortir et donc ça sert à rien de les forcer. Et donc oui, on peut faire appel au service social, j'ai pas l'impression que dans le cadre des urgences que ça soit la solution définitive. Dans le cas des patients sans-abris qui veulent s'en sortir, on le voit plus pour des patients assez jeunes qui viennent de tomber dans la précarité, qui sont dans la rue depuis une semaine et qui ont envie de s'en sortir et pour qui depuis le passage dans la rue le service d'urgence est un premier contact. Alors oui, on voit vraiment qu'il y a un impact du service social qui va pouvoir être le tremplin, le relais vers la suite, vers d'autres services sociaux. Pour des patients qui y sont depuis plusieurs années, c'est beaucoup plus complexe et là on a l'impression d'être démunis vis-à-vis de cette situation. Je dirais que pour des situations à court terme, le service social est un réel plus dans une solution définitive pour les situations chroniques à long terme, cela sera plus une solution à des petits problèmes liés au quotidien...

11/ Quelles sont les leviers et les freins que vous rencontrez pouvant influencer la continuité des soins ?

Alors la continuité ? (*demande de précisions*). Par rapport au relais en sortie des urgences.. Nous on a l'avantage dans nos services d'urgences d'avoir un dispensaire de pansements, un service qui est souvent lié à des pathologies, des soins de plaies et à ce niveau-là ; l'avantage on va proposer au patient de revenir dans nos services d'urgences tous les jours et globalement ils le font assez facilement, ça ne pose pas trop de souci. Après pour tout ce qui est du suivi de pathologie, malheureusement on a beaucoup de mal à assurer le suivi ; on n'a pas beaucoup de leviers pour y arriver. Le seul levier qu'on a c'est si on a la possibilité d'hospitaliser temporairement le patient pour un bilan. On sait que ce sont des patients où il va falloir plus penser à une hospitalisation qu'à un bilan ambulatoire.

Je dirais que le levier c'est en même temps un frein. Le levier c'est d'avoir l'hôpital derrière avec les services d'hospitalisation ; le frein c'est le fait qu'on ne peut pas hospitaliser car on manque beaucoup de place d'hospitalisation, principalement depuis le COVID. Et donc, c'est difficile de trouver des places d'hospitalisation et de justifier auprès des cadres de l'hôpital afin de réaliser des hospitalisations sociales entre guillemets.

12/ Qu'est ce qui pourrait améliorer la coordination entre les urgences et les services de premières lignes ? Avez-vous été en contact avec des services de premières lignes ?

On est de temps en temps en contact le soir, avec le Samusocial par rapport à des retours dans des centres. Les infirmières de rue, malheureusement on n'est jamais en contact avec elles. Et donc on a très peu de contact avec l'extérieur et ça serait bien d'en avoir ; cela nous permettrait d'être un peu plus au clair avec les besoins spécifiques plutôt que d'agir juste au jour le jour. Je pense que ce n'est pas notre mission première aux urgences de régler des problèmes de manière chroniques. Mais s'il y a des moyens dans la question de la mission vis-à-vis des sans-abris, des moyens d'agir de manière plus adéquates et ce au travers des besoins qui pourraient se refléter vis-à-vis des ces associations. Je pense que ces associations sont les meilleures portes voix des patients sans-abris.

L'intégration des soins aux urgences peut-elle selon vous aider un patient sans domicile fixe à avoir des soins continus dans un réseau de première ligne ?

Trouvez-vous que les réunions multidisciplinaires entre les urgences et les réseaux de premières lignes amélioreraient l'intégration de soins des sans-abris dans un réseau ?

Des réunions multidisciplinaires entre les services d'urgences, ça risque d'être compliqué de se coordonner pour beaucoup de chose. Et je pense qu'entre les services d'urgences, on ne va pas avoir une plus grande plus-value à se parler entre les services d'urgences, en tout cas, en concernant ce sujet. Mais je pense que ça serait intéressant d'avoir un point de référence à Bruxelles pour tout ce qui est la gestion des situations liées aux sans-abrisme donc d'avoir par exemple un(e) infirmier(e) coordinateur ou un assistant social coordinateur pour le réseau d'urgence bruxellois et que cela soit elle/ lui qui mette en place des actions, des formations, des interventions et des informations à l'attention des services d'urgences pour qu'on ait au moins une intervention commune entre les services d'urgences issus de la demande et des besoins de la rue.

13/ Selon vous qu'est ce qui pourrait être innover en matière d'accueil des personnes sans-domicile fixe aux urgences ?

Je pense que des formations pour le personnel c'est essentiel. Je pense que des formations avec des associations extérieures comme les infirmières de rue, afin de nous aider à avoir une attitude plus adéquate. Et après mine de rien, pourtant c'est une de nos missions aux urgences, je dirais aussi de retrouver notre caractère de service public au sein des services d'urgences.

Le fait de se dire qu'il y a des hôpitaux publics à Bruxelles et que vis-à-vis de ces patients, on a une mission de service public et donc d'en assurer une meilleure disponibilité. Parce que c'est clair que pour eux, on est un des seuls moyens d'accéder à la médecine en tout cas d'y accéder plus facilement.

Donc voilà, il faut qu'on redevienne à un certain moment le point central de contact pour eux afin d'assurer un service et donc de se dire que contrairement à ce qu'on entend parfois, un patient sans domicile fixe qui à un moment donné se rend dans un service d'urgence et qu'il demande à avoir une douche et bien non...c'est pas qu'il se croit à l'hôtel, c'est qu'il a un réel besoin dont il ne peut pas satisfaire ailleurs. C'est très clair qu'un service d'urgence ne peut pas pallier aux besoins quotidiens des gens. Il n'est pas possible que tous les jours les patients sans domicile fixe viennent prendre leurs douches tous dans un service d'urgence. Mais de manière ponctuelle, il faut qu'on s'en rende compte qu'on a une mission de service public vis-à-vis de ces personnes et qu'on devrait pouvoir l'assurer de cette manière en leur offrant certains services ponctuels pour pallier à des situations difficiles comme dans les moments de grand froid.

Annexe 7

Tableau d'analyse d'entretien

	Theme predefini 1	Theme predefini 2	Theme predefini 3	Theme predefini 4	Theme predefini 5	Theme predefini 6	Theme predefini 7	Analyse Verticale
Répondant 1								
Répondant 2								
Répondant 3								
Répondant 4								
Répondant 5								
Répondant 6								
Analyse Horizontale								

Répondant 1, 2 : les professionnels de santé des urgences de St Pierre.

Répondant 3, 4, 5, 6 : les professionnels de santé des urgences d'Etterbeek-Ixelles.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp