

Les soins dans les LHSS : la continuité de la prise en charge en question

Michèle Robert ⁽¹⁾, Thomas Gardez ⁽²⁾

Résumé :

Les lits halte soins santé (LHSS) sont des structures médico-sociales destinées à l'accueil temporaire de personnes adultes, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation, mais nécessite une prise en charge sanitaire adaptée. Toutefois, les finalités de ce dispositif ne se limitent pas à une simple guérison médicale. Elles se déploient plutôt autour d'un souci d'amélioration générale de l'état de santé, tant au niveau physique (guérison d'une pathologie) qu'au niveau social (réfection de papiers d'identité, par exemple) et relationnel (réapprentissage de la vie en collectivité). Comment ces différents plans de prise en charge s'articulent-ils ? Pour aborder cette question, il a fallu *élargir le regard* sur les soins et l'aide apportés aux hébergés, ou plus exactement, *sur ce qui fait soin*.

D'une part, dans la mesure où les LHSS participent à une amélioration physique et sociale de l'hébergé sur le moyen terme, il serait réducteur de limiter les soins prodigués par les soignants aux seuls gestes techniques de guérison. Des échanges informels noués hors de la salle de soins, hors des horaires dédiés aux soins (plaisanteries dans les couloirs, conversations entre deux portes, confidences autour d'un café ou d'une cigarette etc.) peuvent établir un climat de confiance et produire une interconnaissance qui facilitent le travail de prise en charge. A l'inverse, des troubles apparemment anodins peuvent avoir des effets fortement délétères sur la prise en charge.

D'autre part, l'étude, non plus des soins, mais de ce qui fait soin, implique de considérer les pratiques de l'ensemble des acteurs présents en LHSS (dont les agents de restauration, agents d'accueil ou les agents d'entretien) comme pouvant participer à une dynamique de prise en charge globale, que l'on pourrait dire collectivement distribuée. On observe que des hébergés tissent des liens privilégiés avec des membres du personnel qui ne sont ni des soignants ni des travailleurs sociaux. Des formes de réciprocité peuvent apparaître, dont dépend en partie l'issue du séjour en LHSS.

Si donc ce qui fait soin n'est pas seulement confiné à la salle de soins, ni seulement le fait des personnels de santé ou de travailleurs sociaux, alors la coordination des actions et des acteurs impliqués, peut mettre en question ce que nous appelons la continuité de la prise en charge, tant du point de vue des professionnels (qui travaille avec qui ? comment ? pourquoi ? jusqu'à quel point ?), que de celui des usagers (à qui ai-je à faire ? à qui dois-je m'adresser et pour quoi ?).

⁽¹⁾ LHSS Esquirol

⁽²⁾ Université Paris-Dauphine, Observatoire

En termes opérationnels, cette question de la continuité interroge les dispositifs de formation, d'information et de coordination des personnels : comment préparer les personnels à agir au-delà ce que leur fonction requiert ? Comment faire remonter et traiter des informations pertinentes mais recueillies dans les coulisses de la salle de soins ? Comment associer des personnels non soignants aux moments de concertation et de réflexion sur la prise en charge des patients, par exemple lors des réunions de synthèse, sans confondre les qualifications et les compétences des uns et des autres ?

**Les soins dans les Lits Halte Soins
Santé :**
la continuité de la prise en charge en question

Michèle Robert

Responsable du centre LHSS Esquirol

Thomas Gardez

Sociologue, Observatoire – Université Paris-Dauphine

Journée scientifique de l'observatoire du samusocial de Paris - 15 décembre 2009

Bonjour à tous,

Je vous présente, Thomas GARDEZ, sociologue, qui a effectué, une étude au sein de 2 centres LHSS : « Lits Haltes Soins Santé » du Samusocial de Paris.

- Le centre LHSS de RIDDER, orchestré par Christophe Anne, accompagné de Marie Roger-Bordat, Infirmière et Coordinatrice de l'équipe de soins.

La capacité d'accueil de ce lieu de vie, situé dans le 14ème arrondissement, est de 55 lits.

- Et le centre LHSS d'ESQUIROL où j'occupe le Poste de Responsable.

Sa capacité d'accueil est de 16 lits.

Il est situé au cœur de l'Hôpital psychiatrique d'Esquirol à St Maurice.

Thomas s'est plus particulièrement questionné, lors de cette étude sur « La continuité de la prise en charge » et aussi sur l'interaction et l'interdépendance du Social, du Médical et des soins infirmiers, au sens le plus large, durant le séjour pour soins, de ces personnes en souffrance.

Son questionnement a évolué ; D'autres paramètres ont pris de l'importance au cours de son observation.

Que sont les LHSS ?

- **Un dispositif relativement méconnu mais pérenne**
- **Une entrée sur motif sanitaire...**
- **... pour des personnes extrêmement vulnérables**
- **Un temps de séjour assez long**
- **Que fait-on dans les LHSS ?**

Pour mieux comprendre, je vais vous présenter les LHSS, dispositif de 170 lits répartis dans 5 centres, ils sont peu connus, pourtant la création de la première structure coïncide avec le lancement du Samusocial de Paris, à l'hiver 1993.

A titre expérimental pendant plusieurs années, ils ont été pérennisés par décret le 17 mai 2006 et homologués « structure médico-sociale ».

Les LHSS accueillent sur orientation du 115 ou des Equipes Mobiles (EMA) de jour comme de nuit des personnes sans abris, qui ont une pathologie aiguë ou une pathologie chronique en phase aiguë.

Le LHSS a pour vocation de remplacer le domicile ou remplacer un centre de convalescence dans certains cas. Il est, en tout état de cause, un lieu où l'on « se pose ».

Bien que l'entrée se fasse dans l'urgence « médicale », une autre forme d'urgence existe de manière sous-jacente qui ne se mesure pas dans le même espace temps ; Il s'agit de l'urgence Sociale.

Le LHSS héberge à temps complet et inconditionnel, pour une durée limitée à deux mois renouvelable.

En 2008 la durée moyenne de séjour a été de 45 jours.

Je ne peux pas terminer cette présentation sans parler du personnel, nous disons entre nous : « l'équipe soignante » qui se compose de :

- poste d'assistante sociale
- Pour la part médicale d'un poste de médecin référent qui peut déléguer,
- Pour le « soin » et la présence H 24, par une équipe pluridisciplinaire, composée d'Infirmières, d'Aides soignant et d'Auxiliaires de vie, qui se relaient toute l'année.

D'autres partenaires privés participent à l'accompagnement et nous permettent de positionner l'hébergés durant son séjour dans le Droit commun, comme par exemple l'officine de pharmacie, le Laboratoire d'analyses médicale de ville, ou public comme l'hôpital, le secteur psychiatrique etc.

Je cède maintenant la parole à Thomas ; Merci.

Méthodologie et problèmes

- **Méthodologie : une enquête ethnographique**
- **La prise en charge ne se limite pas à une guérison physique mais se déploie sur deux autres niveaux :**
 - Social
 - Relationnel



Comment ces trois plans de la prise en charge s'articulent-ils ?

Journée scientifique de l'Observatoire du samusocial de Paris - 15 décembre 2009

Nous nous sommes demandés comment caractériser le travail mené auprès des hébergés dans les LHSS, si le dispositif ne peut pas être considéré comme un strict substitut de l'hôpital, ni comme un centre d'hébergement d'urgence classique.

Dans cette perspective, nous avons d'abord procédé par des observations directes et non participantes, des interactions entre le personnel et les hébergés accueillis en LHSS.

L'idée était d'étudier les soins, au sens large du terme (prendre soin), sans évacuer la possibilité que d'autres professionnels que les soignants n'interagissent avec des hébergés, avec une visée de soin.

Nous avons observé que la prise en charge ne se limite pas à une guérison physique mais se déploie également autour d'un souci d'amélioration de l'état général, sur deux autres niveaux :

- « social » (réfection de papiers d'identité, ouverture de droits...).

- mais aussi « relationnel ». Par « relationnel », nous désignons des manifestations ordinaire d'égard, de politesse, d'attention vis-vis des hébergés.

Cette catégorie, qui n'apparaît pas dans les documents officiels encadrant les LHSS, et qui pourrait, au premier regard, sembler tout à fait résiduelle et anodine par rapport aux plans sanitaire et social de la prise en charge, nous a paru déterminante pour saisir la dynamique collective du « prendre soin » (du *care*) dans les LHSS.

A partir de là, la question a été de savoir comment ces trois plans de la prise en s'articulent.

Soins infirmiers, soins sociaux et soins relationnels

- **Les soins techniques, première étape de la prise en charge ?**
 - **Des formes d'interaction qui échappent au domaine strict des soins**
 - **Soigner et mettre en confiance : le concept d'« écoute thérapeutique » (G. Dambuyant-Wargny)**

Journée scientifique de l'Observatoire du samusocial de Paris - 15 décembre 2009

Nous avons commencé par observer les soins « techniques », c'est-à-dire ceux pratiqués par les infirmières en salle de soins.

Nous nous sommes aperçus qu'ils représentent en réalité la première étape de la prise en charge au sens où ils favorisent des formes d'interactions qui échappent au domaine strict des soins : en salle de soins, les soins dispensés par les infirmières semblent fonctionner comme un prétexte à des soins davantage relationnels. Les relations entre le personnel soignant des LHSS et les hébergés passent par des formes de plaisanterie, de taquinerie ou encore d'ironie.

Nous pourrions les ignorer (une bonne blague n'a jamais pensé une plaie !), mais nous manquerions leurs effets potentiellement bénéfiques pour l'utilisateur. Ces interactions ordinaires contribuent en particulier à créer de l'interconnaissance, de la confiance, du lien.

Des formules telles que : « comment vous allez ce matin ? » « Vous avez bien dormi ? », « Vos médicaments pour dormir, ils fonctionnent bien ? », ont une fonction « d'écoute thérapeutique » (concept employé par la sociologue afin de qualifier l'attitude du personnel : c'est une écoute qui soigne au sens où 1) elle permet de mettre en confiance la personne soignée et, 2) elle fournit des informations utiles pour la prise en charge) :

Élargir notre regard sur le soin

- En salle de soins et hors salle de soins
- Extension de l'observation à l'ensemble des personnels présents dans le centre



Prise en charge à tous les moments de la vie quotidienne du centre par l'ensemble des professionnels

Journée scientifique de l'Observatoire du samusocial de Paris - 15 décembre 2009

Mais cela ne concerne-t-il que le personnel soignant ? Ces soins « relationnels », on ne les observe pas seulement en salle de soins, ni seulement entre des soignants et les hébergés.

Il ne convient plus de s'intéresser uniquement aux personnels soignants mais de considérer les pratiques « soignantes » de l'ensemble des acteurs présents en LHSS (dont les cuisiniers, les gardiens, ou les agents d'entretien), au sens où elles peuvent participer à une dynamique de prise en charge, que l'on pourrait dire collectivement distribuée.

On observe ainsi que des hébergés tissent des liens privilégiés avec des membres du personnel qui ne sont ni des soignants ni des intervenants sociaux.

Exemple : le gardien dans la loge de l'un des centres observés qui entretient des relations privilégiées avec les hébergés tout en développant une écoute thérapeutique car, par exemple, il sympathise avec les hébergés, et surveille que ceux ayant une tension élevée ne boivent pas trop de café car la machine à café est située à côté de la loge, il opère ainsi un certain dépassement des compétences liées à son poste.

Prendre soin n'est donc pas l'affaire que de spécialistes (soignants ou sociaux) agissant comme spécialistes. C'est, en puissance, l'affaire de tous, à tout moment, pour autant que l'on considère les bienfaits d'interactions ordinaires. Mais cela complique d'autant la coordination de la prise en charge.

Travail d'équipe, continuité de la prise en charge

- **Les « soins » en LHSS : l'intrication continue du « cure » et du « care » produite par les équipes soignantes et les hébergés**
- **Les soins : une affaire collective**
 - Question de la coordination entre membres d'une équipe
 - Question de la coordination entre les différentes équipes
 - Question de la coordination entre les différents centres LHSS de Paris

Journée scientifique de l'Observatoire du samusocial de Paris - 15 décembre 2009

J'appelle « soins » tout cet ensemble de gestes mêlant le « cure » au sens de soins techniques et le « care » au sens de « prendre soins de », c'est-à-dire au sens de soins relationnels.

Dans cette perspective, les « équipes soignantes » (le terme équipe revient souvent sur le terrain, il est employé par les acteurs) regroupent l'ensemble des professionnels présents dans le centre sans distinction hiérarchique puisque chaque acteur est impliqué dans le processus de prise en charge, qu'il soit « soignant » ou non.

Cette intrication des différentes dimensions des soins implique une coordination à plusieurs niveaux :

- Entre les membres d'une même équipe : il existe une tension entre le respect de sa mission et la participation à la prise en charge des hébergés, qui nécessite un certain dépassement de ses compétences propres (si on reprend l'exemple du gardien qui ne tient pas uniquement le rôle du gardien). Cette tension oblige le personnel à créer des liens avec les hébergés tout en essayant de « rester à sa place » et ne pas déborder sur les compétences des autres soignants.
- Entre les différentes équipes : c'est principalement la question des transmissions entre les équipes de jour et les équipes de nuit. A cet égard, des outils ont été mis en place dans certains centres afin d'assurer la qualité des transmissions entre les équipes de jour et les équipes de nuit (cahier de transmissions informelles dans lequel chaque membre du personnel soignant ou non peut écrire ses remarques de manière informelle, il n'agit pas d'un outil officiel de travail). Donc on a pensé à des outils pour accentuer la coordination.
- Entre les différents centres LHSS : la continuité de la prise en charge, c'est aussi le fruit d'un travail collectif qui implique tous les centres LHSS qui travaillent en équipe par exemple pour résoudre les tensions entre des hébergés « devenus difficiles à

gérer » et les équipes d'un centre. L'hébergé est alors confié à un autre centre afin d'éviter un empêchement total des soins.

Mais alors : où et quand s'arrêtent les soins ?

Rupture des soins : fin de la prise en charge ?

- L'alcool en LHSS, un moindre mal ?
- « Il ne faut pas qu'ils s'installent » : jusqu'à quel point l'hospitalité peut-elle être une condition aux soins ?
- Fin des soins, poursuite de la prise en charge

Journée scientifique de l'Observatoire du samusocial de Paris - 15 décembre 2009

Nous avons essayé d'observer ce qui faisait obstacle à la relation de soins telle que nous l'avons décrite, en nous demandant si cela remettait en cause la prise en charge.

Il nous semble que l'alcool constitue un premier obstacle aux soins. Il y a, en LHSS, une tension face à l'alcool : d'un côté, les hébergés alcoolisés peuvent avoir des comportements violents et agressifs (verbalement ou physiquement) mais, d'un autre côté, l'alcool ne porte pas nécessairement préjudice à la prise en charge car une crise de sevrage serait encore plus difficile à gérer et risquerait de mettre un terme aux soins).

L'alcool comme élément de rupture des soins, parce qu'il provoque certaines dérives comportementales en contradiction avec ce qu'attendent les personnels de la part des hébergés, nous semble être lié à ce que nous appelons plus généralement le danger du « Il ne faut pas qu'ils s'installent » : qu'en est-il de la relation de soins lorsque l'hébergé devient un habitué ? Cette question mérite d'être posée dans la mesure où le risque inhérent à une prise en charge continue et de moyen terme semble résider dans une tension qui existe entre les soins et la mission d'accueil des lits infirmiers.

En effet, lorsque l'hébergé ne présente plus de pathologies aiguës et manifeste certaines exigences alors l'hospitalité ne peut plus être considérée comme une condition aux soins car elle seule ne semble pouvoir justifier la prise en charge.

Cependant ces ruptures sont à relativiser car elles ne signifient pas d'emblée la fin de la prise en charge mais elles symbolisent la fin des équilibres nécessaires à la continuité de la prise en charge, l'hébergé qui sera alors pris en charge par un autre dispositif d'assistance.

Conclusion : voir au-delà des soins

- Soigner n'est pas que guérir : comment soigner quand on ne guérit pas ?
- Regarder les soins comme des segments de prise en charge
- Restituer le contexte de la prise en charge : sa temporalité, ses lieux

Journée scientifique de l'Observatoire du samusocial de Paris - 15 décembre 2009

En conclusion, plusieurs éléments ressortent de cette enquête.

- Tout d'abord, l'idée que soigner n'est pas que guérir : les soins en LHSS ne se limitent pas aux seuls gestes techniques mais ils forment un continuum incluant des gestes techniques, des attentions, des gestes relationnels auquel participent tous les professionnels présents en LHSS et non pas uniquement les « soignants ».

Un enjeu, pour le personnel, est donc d'apprendre à soigner (prendre soin) sans s'obstiner à guérir.

- Cette idée implique de regarder les différentes dimensions des soins comme des segments de la prise en charge et de repenser l'assistance afin d'y inclure ces éléments: car dans cette perspective, la salle de soins n'est plus uniquement l'objet de soins techniques ni le seul lieu où les soins sont dispensés.

La continuité de la prise en charge devient donc une question plus complexe, puisqu'elle concerne des moments et des acteurs qui n'y participent pas a priori :

- plus complexe parce que des troubles de l'interaction ordinaires peuvent se répercuter sur la prise en charge

- plus complexe également, en terme de coordination et d'utilisation de l'information sur les hébergés. Sur un plan pratique, comment faire remonter les informations pertinentes (qui ne viennent pas seulement des soignants, ni de la salle de soins) ? Comment établir des conduites à tenir, en prenant acte du caractère collectif et ordinaire du prendre soin ?