



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

“ Santé et précarité : La place du relationnel lors de l'accueil d'une personne sans domicile fixe.”



Formateur référent mémoire : Dominique GUY

GUYAU Noémie
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
Lundi 10 mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

“ Santé et précarité : La place du relationnel lors de l'accueil d'une personne sans domicile fixe.”



Formateur référent mémoire : Dominique GUY

GUYAU Noélie
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
Lundi 10 mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

**Santé et précarité : La place du relationnel lors de l'accueil d'une
personne sans domicile fixe.**

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

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

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

Le 06 mai 2021

Guyau Noélie

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements :

La réalisation de ce travail de fin d'études a été possible grâce à l'accompagnement et l'encouragement de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Tout d'abord, je voudrais adresser toute ma reconnaissance à ma référente de mémoire, Madame Dominique GUY, pour sa disponibilité, sa patience et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je désire également remercier les formateurs de l'Institut de Formation de Soins Infirmiers de Pontchaillou à Rennes, qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études universitaires.

Enfin, je voudrais témoigner ma gratitude envers ma famille et mes amis qui m'ont apporté leur soutien moral tout au long de ma démarche et de mes trois années.

SOMMAIRE :

A. INTRODUCTION.....	1
B. CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART	
C. LE CADRE CONCEPTUEL	
1. Situation d'appel.....	2
2. Questionnement.....	2-3
3. Question de départ.....	3
C. LE CADRE CONCEPTUEL	
1. La précarité.....	4-5
2. L'accueil.....	5
3. Causes des difficultés d'acceptation des soins	
2.1. Le rapport à la douleur.....	6
2.2 Le rapport au corps et l'estime de soi.....	6-7
2.3 La privation des libertés.....	7-8
2.4 Les problèmes sociaux et économiques.....	8-9
4. L'équipe soignante	
3.1. De Maslow à Virginia Henderson.....	10
3.2. Le "care".....	11
3.3. Les différents types de relation.....	11-13
3.4 Les stratégies de communication.....	13
3.5 L'observance et l'adhésion thérapeutique.....	14-15
D. LA PHASE EXPLORATOIRE	
1. Entretien exploratoire	
1.1. Choix de la méthode d'exploration.....	16
1.2 Exploration des données des entretiens exploratoires.....	16-17
1.2.1 L'accueil.....	17
1.2.2 Les raisons de refus de soins.....	17-18
1.2.3 Le cheminement et les étapes.....	19
1.2.4 La relation soignant et soigné.....	19-20
1.2.5 L'impact sur les soignants.....	20
1.2.6 Les différentes ressources.....	20
E. LA PHASE D'INTERPRÉTATION ET DISCUSSION.....	21-22
F. CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	24-25
ANNEXES.....	26-39

« On ne se sauvera pas les uns sans les autres. »
Fondation de l'Abbé Pierre

A. INTRODUCTION :

Le travail de fin d'études est un recueil permettant d'évaluer sa capacité de réflexion sur un sujet dont les réponses ne sont pas connues au premier abord. Cet exercice permet d'apporter des connaissances plus poussées et d'apporter un regard critique sur notre future prise de poste en tant que professionnel soignant.

Dans le cadre de ma formation, j'ai eu l'opportunité d'effectuer de nombreux stages tous différents et enrichissants qui m'ont permis de m'interroger sur ma pratique de future soignante. J'ai eu l'occasion de rencontrer des populations multiples, des personnes multigénérationnelles, avec des pathologies différentes. Et j'ai également été confrontée à des patients venant de tout milieu et parfois en situation de grandes précarités, notamment des personnes sans domicile fixe. Il peut être souligné que les patients rencontrés dans les différents services ne sont pas majoritairement sans domicile fixe, mais il me paraissait important de m'interroger sur l'accompagnement de ces personnes qui peut parfois être plus compliqué que d'autre, afin de pouvoir m'adapter et réagir de manière plus adaptée auprès de cette population dans le besoin par la suite. La précarité persiste dans notre société, et la situation sanitaire actuelle qui se profile à nous depuis ces derniers mois ne permettra pas de l'améliorer dans l'immédiat. La compréhension et la prise en compte de ce facteur me paraît donc indispensable pour une bonne prise en soins par la suite.

Prévalence :

Lors d'un de mes stages dans le milieu hospitalier, une situation m'a particulièrement questionné, et j'ai donc décidé de l'exposer dans cet exercice de recherche en précisant toutes les interrogations qui en sont émergées et qui m'ont par la suite amené à une problématique. Cette situation concerne une personne sans domicile fixe pour qui l'acceptation des soins était assez compliquée. Grâce aux échanges que j'ai eu l'occasion d'effectuer lors de mes différents stages, il m'a été confirmé que cette situation n'était pas unique auprès de cette population plus précaire. Je me suis donc questionnée sur les différentes raisons d'un refus de soins par ces personnes lors de mon développement afin de mieux les comprendre et pouvoir mieux adapter sa posture soignante dans un second temps.

B. LE CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART

1. Situation d'appel :

Lors de mon stage du semestre quatre, je me trouvais en tant qu'étudiante au sein d'un service de médecine, en spécialité d'hépatologie. Je suis arrivée un matin et une nouvelle entrée avait été faite dans le secteur où j'étais. Un patient est entré aux urgences la veille, pour des douleurs au niveau du foie qui étaient devenues insupportables selon ses propos confiés à l'infirmière des urgences et au médecin. Il a également confié à l'infirmière qu'il avait rencontré aux urgences, qu'il n'avait pas de domicile fixe et qu'il vivait donc dans les rues de Rennes. Il lui a expliqué avec ses propres mots qu'il ne savait pas où aller pour soulager cette douleur parce qu'il appréhendait d'être dans l'obligation de se faire hospitaliser, alors il est resté ainsi pendant plusieurs semaines dans la rue. Après s'être rendu compte que celle-ci ne passait pas, il s'est tout de même rendu aux urgences. Il a donc été admis dans notre service après son autorisation et après plusieurs examens, les médecins lui ont diagnostiqué une cirrhose hépatique très avancée. Nous n'avions donc aucun suivi antérieur pour la prise en soin de ce monsieur, n'ayant pas de dossier contenant de possibles antécédents ou de possibles allergies. En l'interrogeant, il n'a pas su nous répondre non plus.

Il était hospitalisé dans notre service depuis deux jours mais il présentait plusieurs épisodes de refus de soin. J'étais présente notamment un matin. Je suis entrée dans la chambre, seule, avec le matériel nécessaire pour effectuer une prise de sang. Sans réfléchir, il a refusé directement au premier abord, disant qu'il n'aimait pas ça et qu'il avait pour habitude de se débrouiller seul dans sa vie de tous les jours, et qu'il pourrait continuer ainsi, sans que nous intervenions davantage. Je n'ai donc pas voulu insister et je suis sortie de la chambre afin d'aller trouver l'infirmière pour lui expliquer le refus du patient. Nous sommes par la suite retournées auprès de lui dans sa chambre et après lui avoir expliqué, l'infirmière et moi, l'intérêt d'effectuer ces soins pour pouvoir bien déterminer ce qu'il avait et ainsi soulager sa douleur, il a finalement accepté. Je n'ai pas pu côtoyer ce patient très longtemps car 2 jours après, mon stage se terminait. Mais cet homme et sa situation m'ont beaucoup questionnée, et je n'ai pas eu le temps d'avoir des réponses à mes interrogations face à cette situation et ces nombreuses réticences face aux soins.

2. Questionnement

Suite à cette situation, je me suis donc tout d'abord interrogée sur le fait que cet homme était resté de longues semaines avec ses douleurs sans venir consulter un médecin, et que peut-être avec une prise en soin plus rapide, nous aurions pu préserver davantage son foie. En effet, en

parallèle des souffrances quotidiennes que ces personnes démunies endurent, comment peuvent-elles être aussi attentives à leur santé ou est ce que cela est secondaire pour elles ? Quelles sont les représentations des instituts de soins pour ces personnes en situation précaire ? Pourquoi les hospitalisations des personnes sans domicile fixe se font-elles tardivement ? Car cela engendre par la suite, dans de nombreux cas, des polyopathologies qui viennent s'accumuler. Par la suite, quel est le rôle infirmier de collaboration lors de la découverte de la précarité au cours d'une hospitalisation ? Lors de l'entretien d'accueil, quels moyens sont mis en place par les infirmiers pour favoriser une bonne relation soignant/soigné ? Quelles sont les ressources possibles ? Comment favoriser l'acceptation des soins pour ces personnes qui ont pour habitude de ne recevoir que très peu d'aide dans leur quotidien ?

3. Question de départ :

Ces différentes questions m'ont amené à m'interroger sur l'importance de la relation lors de la projection des soins, et donc plus précisément : "Comment la relation soignant/soigné lors de l'accueil d'une personne sans domicile fixe impactera-t-elle l'acceptation de la prise en soin ?"

C. LE CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel va permettre de préciser les notions clés telles que l'accueil, la relation soignant et soigné, la précarité mais aussi l'acceptation des soins pour ces personnes.

1. La précarité :

J.WRESINSKI définit la précarité, comme "l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives."¹

Les personnes sans domicile fixe sont des personnes qui n'ont pas de ressources ou très peu, qui n'ont très souvent pas de travail, qui n'ont donc pas de toit pour dormir, souvent pas de famille pour les soutenir ou les accompagner, et cela engendre de nombreux problèmes primaires. Ils font donc partie de la grande précarité. Beaucoup d'entre eux estiment, à travers plusieurs témoignages, que leur santé n'est qu'un problème secondaire face à ce qu'ils endurent quotidiennement. "Selon l'Insee, en 2013, la France comptait 8,5 millions de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. Selon le dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre, 3,8 millions de personnes sont mal logées, privées de domicile ou vivant dans des conditions très difficiles. En 2012, l'Insee estimait à 141 500 le nombre de personnes sans domicile en France métropolitaine, soit une progression de près de 50 % par rapport à 2001."² Des études ont été menées par la Fondation de l'Abbé Pierre venant en aide aux personnes en situation de grande précarité afin de leur permettre d'accéder à un logement sans prendre en compte ses ressources ou sa situation. Leur dernière étude a notamment confirmé l'augmentation continue de la précarité ces dernières années, mais elle n'a pas été confirmée par l'Insee.

Les personnes sans domicile fixe présentent très souvent un vieillissement plus précoce dû aux conditions de vie difficile. Cela engendre l'apparition plus prématurée de maladies chroniques et dégénératives. Les personnes sans domicile fixe souffrent des mêmes pathologies que les autres populations, mais la prévalence est plus élevée que dans la population générale. Les personnes en situation précaire sont plus touchées par les maladies cardiovasculaires par exemple, ou encore respiratoires. Elles présentent également des problèmes dermatologiques très importants, ou encore

¹Michel Dollé 2005. *Précarités et politiques sociales*, Dans *Empan*, page 38

² Audrey Kartner Octobre 2016. *L'aide-soignante, De la précarité à l'état de santé précaire*, Volume 30, numéro 180 pages 10-12

des anémies fréquentes, des maladies du système digestif, du foie. Ces personnes sont également plus sensibles aux troubles psychologiques, englobant des troubles de l'anxiété, de dépression, voire même d'addiction. Les infections peuvent également être très présentes, qu'elles soient virales ou non, comme le VIH ou les hépatites. "Dormir dans la rue ou vivre dans un habitat insalubre, un bidonville, sur un terrain pollué, le fait de mal s'alimenter, ont bien évidemment un impact sur l'état de santé des personnes. Vivre à la rue rend malade."³

Les personnes sans domicile fixe possèdent généralement des polyopathologies et la prise en soins de celle-ci se fait souvent tardivement. Il apparaît donc important d'aborder l'accueil comme étant un moment privilégié pour une personne sans domicile fixe afin d'optimiser une bonne prise en soin : Comment peut-on le définir ?

2. L'accueil

"L'accueil peut être défini comme l'ouverture du lien social, ritualisé avec et par des automatismes sociaux et culturels. Il n'a de sens que par la finalité de la rencontre, mais il peut avoir une influence sur cette dernière par l'organisation sociale qu'il engendre et la persistance des impressions qu'il laisse. Dans les soins infirmiers, l'accueil peut être considéré comme la première étape de la prise en soin d'un patient dont il gardera un souvenir et qui peut influencer la suite des interactions de soin."⁴

C'est à partir de ce premier temps qu'apparaît l'importance de la relation soignant et soigné, regroupant notamment l'écoute, la confiance mais aussi la relation thérapeutique. La communication peut être verbale par la parole, ou non verbale en englobant cette fois ci, le toucher, le regard, la proximité et d'autres facteurs multiples. Elle est primordiale lors du premier échange lors de l'accueil de ces personnes, et pourra avoir un impact sur la suite. Ces différentes approches seront exploitées par la suite à travers de ce travail de recherche.

3. Causes des difficultés d'acceptation des soins :

Après avoir caractérisé ces différentes notions, il apparaît important de mieux comprendre les difficultés de l'acceptabilité des soins afin de faciliter l'approche de ces personnes par la suite.

³ Audrey Kartner Octobre 2016. *L'aide-soignante, De la précarité à l'état de santé précaire, Volume 30, numéro 180 page 11*

⁴ Monique Formarier, 2007. *La relation de soin concepts et finalités, Recherche en soins infirmiers (N° 89), pages 33 à 42*

3.1. Le rapport à la douleur :

Le rapport à la douleur des personnes sans domicile fixe est différent des autres personnes. L'écrivain Declerck affirme que la douleur fait partie de la vie de ces personnes au point d'être une composante de leur identité ; il parle de « *souffrance de fond* ».

La souffrance physique et la maladie sont en fait considérées comme des problèmes secondaires pour ces personnes, habituées à supporter bien plus, notamment moralement. Pour ces personnes vivant dans la rue, la satisfaction des besoins primaires ou immédiats est une préoccupation qui surpasse les autres problèmes. Avant de penser à se soigner, il faut se nourrir, se vêtir, trouver un abri pour la nuit et un autre pour faire ses besoins, trouver de l'argent, et même subvenir à des addictions pour certains.⁵

Sans effectuer de généralité et entrer dans des stéréotypes, il est vrai que les addictions sont parfois présentes auprès de ces personnes dans le besoin. La consommation d'alcool fait donc partie du quotidien de certains d'entre eux. Cette substance est très souvent utilisée pour exercer un effet analgésique et même anesthésique lorsqu'elle est consommée en grande quantité. Elle peut ainsi soulager temporairement certaines souffrances qu'elles soient physiques ou psychologiques. Mais il s'agit d'un cercle dangereux car même si l'alcool ou la consommation de drogues peuvent soulager certaines douleurs, elles engendrent des effets plus que néfastes sur la santé sur le long terme.

3.2 Le rapport à son corps et l'estime de soi

Les plus démunies arrivent souvent à l'hôpital avec des demandes plus floues et des difficultés à exprimer leurs besoins. "Ces obstacles sont encore plus importants chez les plus pauvres, pour qui la grande précarité s'accompagne d'un sentiment de honte générale, d'exclusion et de mésestime de soi, notamment chez les sans-abris. Une attention diminuée est accordée au corps et au souci de soi, ce qui se manifeste concrètement par un recours aux soins souvent tardif dans un état avancé de la maladie et/ou une polyopathie."⁶

Xavier Emmanuelli, un médecin et un homme politique français, fondateur du SAMU social de la ville de Paris et président du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, affirme "qu'ils n'ont même plus conscience de leur dégradation physique ; ils ont divorcé d'avec leur corps".

⁵ Yann Benoist 2008. *Vivre dans la rue et se soigner, Dans Sciences sociales et santé (Vol. 26), page 19*

⁶ J. Geeraert, Elisabeth Rivollier 2014. *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans Soins, Elsevier Masson, page 15.*

Les conditions dans lesquelles vivent ces personnes, qu'elles soient économiques mais surtout sociales, entraînent une baisse de l'estime et de l'image de soi. Ce phénomène entraîne une dissociation entre le corps et l'esprit et ce dernier ne prend plus en compte les possibles souffrances. Cela engendre par la suite une tolérance plus importante à la douleur comme évoqué auparavant, et ainsi un refus de soins qui ne semble pas nécessaire selon eux, bien qu'il est possible de constater que la précarité et les conditions difficiles peuvent aggraver certaines pathologies et favorisent le vieillissement précoce.

Les souffrances psychiques et morales sont très présentes auprès de cette population. L'auteur Patrick Gaboriau évoque dans son œuvre tournée vers les personnes sans domicile fixe que : « la domination sociale se réalise sur le corps et le psychisme. Être dominé, c'est souffrir intimement et devoir combattre les conséquences mentales de la souffrance »⁷. La souffrance psychologique prend ainsi le dessus sur les souffrances physiques. "D'après le préambule du rapport "Souffrance psychique et exclusion sociale", « nul ne peut ignorer aujourd'hui l'émergence d'une souffrance psychique invalidante qui touche les personnes en situation de précarité et parallèlement une précarisation croissante des malades mentaux. Cette souffrance psychique et sociale sans demande d'aide ni de soins de la part des personnes concernées apparaît principalement soit sous la forme de détresse sociale ».⁸

3.3 La privation de certaines libertés :

Tout d'abord lors de l'hospitalisation, il est difficile d'évaluer les problèmes de dépendance pour les personnes sans domicile fixe car très peu d'études ont été effectuées. L'Insee en a réalisé une qui montrait, malgré les stéréotypes, que cinquante pourcent de la population interrogée affirmait consommer de l'alcool quotidiennement et que seulement seize pourcent d'entre eux souffrent d'une dépendance. Ces chiffres sont donc assez éloignés des clichés que nous pouvons avoir, mais nous n'avons aucune certitude que cette étude soit totalement exacte. Dans l'oeuvre de Yann Benoist⁹ par exemple, une personne sans domicile fixe affirme qu'une hospitalisation l'empêcherait de pouvoir consommer comme elle le souhaiterait, et que les syndromes de sevrage étaient d'autant plus douloureux et compliqués à vivre pour elle que la raison pour laquelle elle était hospitalisée, d'où une de ses réticences à venir dans une structure hospitalière.

⁷ Gaboriau P. 1996. *Clochard*. Paris : Julliard.

⁸ André Sylvestre Mai 2011. *Les conséquences psychologiques de la précarité, Soins*, Vol 56, N° 755 pages 50-52

⁹ Yann Benoist 2008,. *Vivre dans la rue et se soigner*, Dans *Sciences sociales et santé* (Vol. 26), page 11.

Les contraintes de la structure peuvent également être perçues comme une privation de certaines libertés. Effectivement, les hôpitaux ont également des règles notamment sur les horaires d'ouverture et de fermeture dans certains services, ou encore des horaires de présence dans les chambres qui sont parfois importantes pour la réalisation des soins ou du passage du médecin par exemple.

3.4 Les problèmes sociaux et économiques :

Le plus souvent, ces personnes n'ont pas de médecin traitant qui leur permettent d'avoir un suivi de leur santé. Mais il y a d'autres facteurs qui expliquent les refus d'hospitalisation, par exemple, certaines personnes sans domicile fixe ont une image péjorative du secteur hospitalier ou d'un établissement de soins qui accueille des pathologies diverses. Il pourrait être un vecteur de multiples maladies, préférant donc ne pas fréquenter ces endroits.

Il y a également l'aspect économique et financier pour certains d'entre eux qui peut être un frein. En effet, le coût très élevé d'une hospitalisation peut entraîner un refus de demande de soins. Une hospitalisation peut coûter de huit cent euros et jusqu'à plus de quatre mille euros par jour selon les services et les spécialités. Ces sommes importantes sont prises en charge par la sécurité sociale et par le ticket modérateur pour les personnes ayant accès à ces droits. Ces droits ne sont accessibles que pour les personnes résidant en France et ayant une situation professionnelle. Pour les personnes sans domicile, il est possible d'avoir accès à la couverture maladie universelle, mais ils doivent tout d'abord élire un domicile auprès d'un centre communal d'action social ou d'une association agréée, afin d'obtenir une attestation de domiciliation. Mais malgré tout, il reste près de la moitié des personnes sans domicile fixe qui ne bénéficie pas de la couverture maladie universelle.

L'aide médicale d'Etat (AME) a également été mise en place en janvier 2000, et cette aide est destinée à subvenir aux dépenses médicales auprès des étrangers en situation irrégulière et sans ressources, mais qui réside en France depuis plus de trois mois. Les ressources du bénéficiaire doivent être en dessous du plafond fixé pour la CMU complémentaire. Mais il est parfois compliqué pour ces personnes ne recevant que très peu d'aides d'effectuer ces démarches, notamment pour prouver leur présence en France depuis plusieurs mois par exemple, et certains d'entre eux n'ont pas connaissance de toutes les aides.

“De très nombreux dispositifs sanitaires et sociaux ont été développés à destination des populations précaires : Aide médicale d'État, Couverture maladie universelle complémentaire, Aide

complémentaire santé, Équipes mobiles psychiatrie précarité, Permanences d'accès aux soins de santé, Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Programmes d'accès à la prévention et aux soins gérés par la Agences régionales de santé. De nombreuses associations humanitaires sont actives dans le champ de la santé. Malgré le déploiement de moyens importants, la situation sanitaire des personnes précaires et pauvres est de plus en plus préoccupante. De nouvelles initiatives doivent être encouragées pour que la santé ne reste pas une préoccupation secondaire pour les pauvres et les précaires, pour améliorer le bien-être des « exclus de la santé », pour favoriser la prévention.”¹⁰

Après avoir abordé tous ces facteurs, il paraît important de les comprendre pour envisager le rôle du soignant afin de comprendre l'importance de la relation du soignant avec la personne précaire dans son parcours et ainsi faciliter l'acceptation.

4. L'équipe soignante

Qu'est ce qui est mis en place par l'infirmière lors de l'accueil du patient pour que les personnes sans domicile fixe acceptent l'aide qui leur est proposée ? Dans de nombreux cas, la demande de soin n'est pas faite explicitement par ces personnes, qui reste assez vague. On parle aussi de soin sybilline¹¹ des personnes sans domicile fixe, qui signifie le terme “mystérieux” et “difficile à comprendre”. Mais la première phase du soin est de comprendre l'intention et le besoin du patient. “Chez les populations en situation de précarité, les demandes s'accompagnent souvent d'un besoin d'écoute et de contact social à ne pas négliger. Une prise en charge efficace sur le long terme requiert de l'empathie, de l'écoute et la création de lien social, surtout chez les personnes désocialisées ou en cours de désocialisation. Cette attitude soignante permet de leur redonner confiance en soi et de réduire leur méfiance concernant l'institution ou la médecine car ces patients se sentent rejetés par l'une ou par l'autre.”¹² Il est donc important de comprendre les besoins de ces personnes pour adapter la démarche soignante.

¹⁰ Alfred Spira Avril 2017. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine : Précarité, pauvreté et santé, Volume 201, numéro 4-6, pages 567-587*

¹¹ Laureline Coulomb, 2015. *L'éthique du care malmenée au cours des interactions entre infirmiers et individus sans-abri, Revue des sciences sociales, pages 86-91.*

¹² J. Geeraert, Elisabeth Rivollier 2014, *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans Soins, Elsevier Masson, page 16.*

4.1 De Maslow à Virginia Henderson

La pyramide de Maslow est décrite comme une classification hiérarchique des besoins humains, répartie en cinq thèmes. “Dans les années 50, Abraham Maslow, spécialiste américain de la personnalité, s’est penché sur les besoins de l’homme. Il a distingué les besoins physiologiques, les besoins psychosociaux, les besoins existentiels et spirituels existant chez tout individu qu’il a regroupés en cinq catégories et représentés sous la forme d’une pyramide.”¹³ Ces cinq dimensions reprennent donc les besoins physiologiques, les besoins de sécurité notamment à travers un environnement stable et prévisible, les besoins d’appartenance en englobant les sentiments et les rapports sociaux, le besoin d’estime et de reconnaissance mais aussi les besoins d’accomplissement.

Suite à ça, Virginia Henderson est une infirmière américaine qui a œuvré tout au long de sa carrière pour développer la conception de la profession infirmière. Elle a permis de définir quatorze besoins inspirés directement de la pyramide de Maslow, qui sont, selon elle, des besoins fondamentaux pour chacun d’entre nous, et elle exprime ainsi qu’un besoin ne peut être atteint seulement si le précédent l’est également. Les quatorze besoins regroupent : le besoin de respirer, le besoin de boire et de manger, le besoin d’éliminer, le besoin de se mouvoir, le besoin de dormir, de se vêtir, de maintenir sa température du corps dans la limite de la normale, le besoin d’être propre et de protéger ses téguments, le besoin d’éviter les dangers, de communiquer, de pratiquer sa religion, de s’occuper et se réaliser, le besoin de se recréer et également d’apprendre. “Cette théorie sert de base au recueil de données que nous faisons pour reconnaître les besoins de la personne, élaborer une démarche de soins et répondre à ses besoins en individualisant les soins.”¹⁴

En situation de grande précarité, ces personnes n’ont accès qu’à une infime partie de leurs besoins qui sont pourtant exposés comme étant fondamentaux. Lors de l’accueil d’un patient sans domicile fixe, il paraît donc important de connaître son environnement afin de déterminer ses besoins personnels encore non acquis, qui lui sont propres. Cela pourra permettre par la suite, à l’équipe soignante, d’établir des démarches auprès d’autres équipes pluridisciplinaires et ainsi envisager un accompagnement plus global, sur le plan notamment social et économique.

¹³ Mady Pitrat février 2005. *Soins Aides-Soignantes, Les besoins : de Maslow à Virginia Henderson Vol 2, N° 2, page 6*

¹⁴ Mady Pitrat février 2005. *Soins Aides-Soignantes, Les besoins : de Maslow à Virginia Henderson Vol 2, N° 2, page 6*

4.2 Le care :

La valorisation du “care” c'est-à-dire prendre soin est d'autant plus important pour ces personnes là. Le terme *care* n'a pas de définition précise, il est souvent défini à travers les termes de sollicitude, de soin, de proximité, et elle s'enregistre également dans le souci de l'autre. Plusieurs sociologues ont essayé de définir ce terme selon leurs pensées et leurs convictions. Dans l'ouvrage “Le care” : un concept professionnel aux limites humaines ?”, Elisabeth Noël-Hureau¹⁵ regroupe notamment plusieurs définitions de ces sociologues, tel que Joan Tronto en 1993 qui affirme selon lui la présence de quatre principes dans le care qui allient quatre qualités qui sont les suivantes : l'attention (correspond au *caring about*), la responsabilité (correspond au *taking care of*), la compétence (correspond au *care giving*), la réceptivité (correspond au *care receiver*.) Pour ces personnes sans domicile fixe, l'acceptation des soins passe dans une grande majeure partie des cas, par le relationnel, l'écoute et la compréhension, d'où l'importance du care qui regroupe ces principes.

Le terme « care » prend en compte les différents aspects de la personne, notamment à travers la dépendance qu'elle soit physique ou mentale, sans que celle-ci ne soit jugée comme une faiblesse. Le principe de compréhension de l'autre est ainsi primordial. En comparaison, le care correspond plus spécifiquement à un sentiment, alors que le terme de “caring” correspond quant à lui à une action faisant intervenir un état affectif qui entre dans un aspect plus intime de la personne, en touchant à ses propres émotions. Le principe de se soucier des autres fait partie intégrante de la profession d'infirmier et il aura un impact d'autant plus important auprès des personnes en situation précaire. “Le caring n'est jamais acquis une fois pour toutes, car il s'exerce dans un environnement qui peut parfois le bousculer et le négliger. Il y a donc toute une dimension, autant personnelle qu'institutionnelle, à promouvoir pour que le caring puisse garder son humanisme fondamental.”¹⁶

4.3 Les différents types de relation :

Dans la situation où un soignant rencontre une personne sans domicile fixe, il s'agit tout d'abord de prendre le temps lors de l'accueil du patient de le connaître dans sa globalité en regroupant les problèmes sociaux, la souffrance psychosociale, la maladie, les modes de vie, le

¹⁵ Elisabeth Noël-Hureau 2015. *Le care : un concept professionnel aux limites humaines*, Dans *Recherche en soins infirmiers*, pages 9

¹⁶ Jean-Manuel Morvillers 2015. *Le care, le caring, le cure et le soignant*, Dans *Recherche en soins infirmiers* (N° 122), page 80

rapport aux institutions, l'environnement social et culturel mais aussi le rapport au corps. Mais cela n'est pas si simple et afin d'avoir toutes ces informations il est important d'établir une relation de confiance.

Il s'agit donc d'apprendre à connaître la personne au-delà de son domicile et de son lieu de vie. Cette connaissance permet d'envisager et de diriger le soin vers le bon chemin, tout en faisant intervenir par la suite des métiers pluridisciplinaires pour l'accompagner, afin qu'elle se sente en confiance, pour possiblement répondre à ses interrogations. En effet, il existe différents types de relation qui ont été classés comme quatre grands types de relations primordiales dans la profession de soignant¹⁷.

Il y a tout d'abord, la relation de civilité. Cette relation peut être commune à toutes les rencontres dans le quotidien, qu'elles soient professionnelles ou non. Elle s'exprime à travers les codes socio-culturels, tels que les formes de politesse par exemple, ou encore la courtoisie. Dans la relation soignant et soigné, elle permet de créer un climat de confiance en adoptant une posture conviviale tout en gardant le cadre professionnelle et la bonne distance.

La relation fonctionnelle arrive ensuite. Elle permet de prendre connaissance du patient, de son environnement. Il s'agit donc du recueil de données, ou encore de l'anamnèse. Ces informations englobent donc les habitudes de vie du patient, ses relations sociales, familiales, ou encore socio-professionnelles. On peut également parler de relation d'investigation, en étant en quête perpétuelle d'informations. Cette relation permet de consolider la relation de confiance entre le soignant et le patient, qui par l'échange pourra se confier sur des aspects parfois plus personnels.

La relation de compréhension intervient également rapidement, dans la plus pure empathie. Elle peut être mise en lien avec la relation de soutien émotionnel et d'estime aussi présente lors des échanges entre les soignants et les soignés. En effet, elle vise à donner à la personne une perception positive d'elle-même, de ses compétences, de sa valeur, de ses ressources, pour renforcer la confiance en soi. Dans le cadre des personnes en situation de grande précarité, elle est d'autant plus importante afin de faire ressentir au patient un sentiment d'importance et d'existence afin de lui faire prendre conscience de l'intérêt de la prise en soin de sa santé.

¹⁷ Monique Formarier 2007. *La relation de soin, concepts et finalités, Recherche en soins infirmiers (N° 89), pages 36-39*

Et pour finir, il y a la relation d'aide thérapeutique. Elle consiste quant à elle à intervenir dans le cadre d'un projet de soins, grâce à la mise en œuvre des différents soins du rôle propre ou du rôle prescrit du soignant.

A la suite du premier échange, et si une hospitalisation est envisagée, la prise en charge est réalisée par étapes, avec des objectifs peu nombreux sur le court ou le moyen terme, selon des priorités définies avec les personnes elles-mêmes qui éprouvent des difficultés à se projeter dans l'avenir. Des repères clairs sont posés dans le temps face aux incertitudes de l'état de santé afin de guider et rassurer le patient.

4.4 Les stratégies de communication :

L'écoute active est une des stratégies les plus répandues entre le soignant et le soigné. L'objectif principal de l'écoute active est d'instaurer un climat permettant de favoriser l'expression du patient afin de l'aider par la suite à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti ou ses questionnements. Cette technique de communication a notamment été développée par le psychologue Carl Rogers. Il associe notamment la reformulation et l'écoute active afin de s'assurer de la compréhension intégrante des propos du patient. Cela permet de montrer à celui-ci, l'intérêt et la concentration portés sur ses propos ou son langage parfois non verbal.

En effet, la reformulation peut être réalisée de plusieurs façons¹⁸. La reformulation écho, qui consiste simplement à répéter les paroles de l'interlocuteur afin de s'assurer de la bonne compréhension mais aussi pour lui permettre de préciser son idée. La reformulation miroir, il s'agit ici de reformuler le propos de la personne en face en utilisant ses propres idées mais avec d'autres termes ou encore de citer ce qu'il voit en face de lui, à travers le non verbal. Dans cette situation, l'observation et l'accueil des émotions est primordial afin de percevoir ce que le langage corporel laisse transparaître inconsciemment. Et pour finir, la reformulation dite résumé afin de clarifier et synthétiser les propos de l'interlocuteur. Certaines attitudes de Porter sont également primordiales afin de mettre en avant la compréhension et le non-jugement de la personne présente face à soi. Toutes ces stratégies sont utilisées par de nombreux soignants, et ils apparaissent d'autant plus importants à instaurer auprès des personnes en situation de grande précarité, afin d'instaurer ce climat de confiance.

¹⁸ *Unité d'Enseignement : Sciences et techniques infirmières interventions, 4.02.S2-S3-S5 : "Soins relationnels"*

4.5 L'adhésion thérapeutique :

L'adhésion thérapeutique¹⁹ peut être définie comme l'acceptation claire et réfléchie de l'individu à prendre en charge sa maladie, en prenant compte des traitements proposés par les soignants, et en mettant en œuvre une participation active afin d'essayer d'obtenir des résultats thérapeutiques souhaités. L'adhésion peut être positive, mais elle peut aussi mettre plus de temps à s'établir ou être déclinée à tout moment. Il arrive également parfois que cette adhésion ne se forme pas, entraînant donc un refus de soin. Lorsque l'adhésion s'effectue rapidement, ce processus ne comprend que deux phases, celle de l'acceptation englobant la recommandation d'une hospitalisation, d'un soin ou d'une prise de traitement jusqu'à la première mise en œuvre de celle-ci, c'est ce qu'on appelle la phase d'initiation. Elle est ensuite suivie de d'une période d'observation de la bonne mise en œuvre de l'action proposée, cette phase correspond à la persistance. Dans le cas inverse, ou l'adhésion semble plus compliquée, le processus comporte une troisième phase(s) après celles évoquées auparavant, la non persistance. Elle permet de laisser au patient le temps de réflexion en ayant toutes les connaissances des bénéfices de ce qui lui a été proposé. Ce temps lui permettra de se sentir acteur de sa propre santé, et ainsi prendre ses décisions par lui-même.

Selon l'OMS, l'adhésion thérapeutique repose sur cinq dimensions qui peuvent expliquer les raisons d'un possible refus de soin d'une personne en situation de grandes précarités. La première dimension repose sur le contexte économique et social, englobant le niveau d'éducation, l'emploi mais aussi les coûts médicaux. La deuxième dimension repose sur le patient en lui-même et son entourage, sur les incompréhensions, sur le soutien, sur les croyances. La troisième dimension évoque le système de santé, de par leurs accessibilités par exemple ou de part leurs performances. La dimension qui arrive après concerne la pathologie en elle-même de l'individu, de part l'intensité des symptômes qui peuvent être plus ou moins supportables selon la tolérance de chacun, la gravité ou la nature. Et pour finir, la dernière dimension de l'adhésion thérapeutique concerne le traitement et les recommandations en prenant en compte la tolérance de l'individu et l'efficacité du soin.

Toutes ces dimensions peuvent être remises en cause par la précarité, notamment chez les personnes sans domicile fixe qui ont des liens sociaux plus restreints engendrant un soutien moins important, une accessibilité aux institutions de santé parfois plus compliquée à cause d'une méconnaissance, d'une mauvaise image de celles-ci ou même des difficultés financières. Le rôle de l'infirmière dans l'écoute, la compréhension et la mise en place d'aide avec des équipes

¹⁹ Adhésion, observance et persistance thérapeutiques : de quoi parle-t-on ? <http://well-livinglab.be/adhesion-observance-persistance-therapeutique-de-quoi-parle-t-on/> (janvier 2018)

pluridisciplinaires est ainsi primordial pour pallier les possibles difficultés qui peuvent entraver cette adhésion.

D. LA PHASE EXPLORATOIRE :

1. Entretien exploratoire

1.1. Choix de la méthode d'exploration

Après avoir présenté les différentes notions et concepts pour clarifier l'importance de la relation soignant et soigné auprès des personnes en situation plus précaire, la présentation de la méthodologie va permettre d'exposer les étapes de l'exploration de terrain. Le choix retenu est l'entretien semi-directif réalisé auprès de deux infirmières que nous appellerons "Infirmière 1" et "Infirmière 2" afin de préserver leur anonymat.

Pour le premier entretien, j'ai décidé de recontacter une infirmière que j'avais rencontré à un stage précédemment, qui au sein de son poste dans le secteur hospitalier, effectue des journées en tant qu'infirmière de liaison aux urgences, afin d'envisager ou non une hospitalisation par la suite. Cet entretien s'est déroulé à distance, en visioconférence. En effet, avec la situation actuelle qui ne permet pas de contact ni de déplacement trop important, et avec la distance qui nous sépare, nous avons décidé d'effectuer cet entretien par appel téléphonique. Afin de pouvoir exploiter plus facilement notre échange, je lui ai donc demandé au début de mon entretien si je pouvais enregistrer notre conversation, ce qui a été accepté. Cet entretien a donc duré un peu moins d'une vingtaine de minutes, et l'échange s'est fait très facilement.

Pour le second entretien, j'ai eu plus de difficultés à trouver une infirmière ayant des disponibilités. J'ai tout d'abord commencé par contacter une infirmière à domicile, qui avait travaillé aux urgences pendant de nombreuses années, mais son emploi du temps actuel n'a pas permis que l'on trouve un moment d'échange. Je me suis donc tournée vers une personne ressource qui m'a permis de trouver un contact auprès d'une infirmière des urgences au CHU de Rennes. Après avoir pris contact avec elle par mail, nous avons donc également pris la décision d'échanger par téléphone pour les mêmes raisons que l'entretien précédant, afin d'éviter trop de déplacements. Et l'enregistrement de l'appel a également pu avoir lieu, suite à son accord en début de discussion, qui a duré par la suite une quinzaine de minutes. Il me paraît important de souligner tout de même que les interactions ne sont pas les mêmes qu'en présentiel, et que la communication non verbale comprenant la gestuelle par exemple, était difficilement percevable à distance, malgré l'importance de celle-ci agissant comme un vecteur très souvent inconscient des émotions de chacun. Mais la situation actuelle nous a obligées à nous adapter.

1.2 Exploration des données des entretiens exploratoires :

L'analyse qui suivra présentera donc les points essentiels, les contradictions, et les liens avec ma question de départ. J'ai organisé cette analyse grâce à un tableau regroupant six grands concepts qui sont apparus à la suite de la lecture de ces deux entretiens. J'ai donc par la suite illustré ces concepts à l'aide des propos des deux infirmières

1.2.1 L'accueil :

Lors de mon entretien, j'ai interrogé les deux infirmières sur l'importance de l'accueil d'une personne en situation de précarité. C'est une notion qui a déjà été évoquée lors du cadre théorique mais il semblait important de connaître l'avis de ces deux professionnelles de santé grâce à leur expérience, et ainsi de déterminer si selon elles, la précarité modifie quelque chose ou non, dans l'approche de la personne.

L'infirmière 1 affirme que pour sa part, les prises en soins étaient les mêmes pour tous les patients, et qu'elle ne faisait pas de différence. Mais elle a tout de même précisé qu'il y avait une relation qui était parfois plus compliquée à établir auprès de ces personnes-là, et qu'il était vrai que la première approche pouvait être déterminante pour la suite de la prise en soins. Elle évoque que : "dans l'accueil oui effectivement, il faut vraiment mettre le patient en confiance, parce qu'on sait que les liens qui se nouent dans l'accueil vont avoir des répercussions sur le séjour qui peut suivre."

Elle parle également de la notion de vigilance et d'attention : "il faut vraiment être vigilant et attentif à ces personnes et leur histoire". L'accueil apparaît comme un moment privilégié basé sur l'échange et l'écoute, et c'est à partir de ce premier contact que se construit la relation de confiance.

1.2.2 Les raisons de refus de soins :

Malgré la vigilance et l'attention des soignants lors de ces moments d'échanges, il arrive parfois que les personnes en situation de grande précarité ne souhaitent pas recevoir d'aide particulière d'autrui, ce qui engendre donc des refus d'hospitalisation fréquents. Comment expliquer cela ? Les deux infirmières émettent plusieurs hypothèses illustrées d'expériences rencontrées dans leur exercice professionnel.

Par exemple, l'infirmière 1 parle d'intrusion parfois trop directe dans leur vie : "Surement que c'est trop intrusif dans leur vie, qu'ils ne veulent pas évoquer certaines choses, parce que nous dans le service, les personnes sans domicile fixe la plupart du temps, elles ont un problème d'addiction." En effet, ces personnes ne veulent souvent pas évoquer leurs souffrances, leurs environnements, leurs situations ou parfois même leurs addictions. Ce sont des personnes qui n'ont pas reçu beaucoup d'aides tout au long de leur vie et cela peut être compréhensible qu'il soit difficile d'accorder sa confiance en abordant des aspects intimes et privés. Comme la première infirmière, l'infirmière 2 a également évoqué le problème d'addiction parfois présent chez les personnes sans domicile fixe : "très souvent quand l'alcool est redescendu, ils ne veulent plus se faire hospitaliser. Ils veulent repartir, sortir assez rapidement et retourner à la rue".

Mais même si les addictions peuvent être présentes auprès de cette population, il y a bien d'autres raisons qui expliquent les causes d'un refus d'hospitalisation. L'infirmière 2 évoque le monde de la rue comme un endroit cruel provoquant un manque de sécurité : "souvent leur seul bien qu'il leur reste, ils l'ont pas forcément avec eux, ils sont planqués dans des endroits, et le monde de la rue est assez cruel, donc ils veulent rapidement récupérer leurs affaires." Elle évoque dans la même idée que ces personnes ont très souvent des animaux, notamment des chiens, et qu'ils ont le devoir de rester auprès d'eux, ainsi une hospitalisation ou un placement ne le permettrait pas. "la plupart du temps ils refusent parce que notamment ce sont des patients qui ont des chiens par exemple". Ce sont des personnes solitaires, qui ne peuvent compter que sur un nombre de personnes restreintes et les biens qu'il leur reste leurs sont précieux.

Les deux infirmières se rejoignent donc sur le fait qu'une hospitalisation pourrait aller à l'encontre de leurs fonctionnements habituels et engendrer une privation de liberté auxquelles ils ne sont pas toujours habitués. L'infirmière 1 évoque par exemple les difficultés à se soumettre à des règles imposées par l'établissement : "ils ont des difficultés à rester dans leur chambre parce que le médecin va passer, des choses comme ça."

Et parfois, les refus d'hospitalisation sont tout simplement dû à un moment ou une période non propice à l'acceptation de se faire aider. L'infirmière 1 s'exprime en affirmant : "le patient n'est pas près ou disponible à ce moment-là". Après lui avoir expliqué l'intérêt d'une hospitalisation, et d'une prise en soin, c'est au patient de faire son choix. Parfois, ils ont simplement besoin de temps pour réfléchir à ce dont ils ont envie et besoin.

1.2.3 Le cheminement et les étapes :

Les deux infirmières semblent être d'accord sur le fait que l'acceptation et la coopération des soins se font sur la durée. L'infirmière 2 évoque ainsi : "On se dit que chaque étape gagnée comme ça, peut être qu'un jour, il aura le déclic".

L'infirmière 1 indique également : "on peut parler de parcours." Cette même infirmière parle tout d'abord d'une première étape : l'opposition. Elle a notamment évoqué un patient en situation précaire qui est lui aussi passé par ces différentes étapes. Elle explique: "il était plutôt dans l'opposition et pas très conciliant par rapport aux soins [...] et je sais que ce patient, il a décidé un jour de sortir contre avis médical". Il y a ensuite l'étape de réflexion, l'infirmière 1 exprime à travers son patient : "il a décidé de mettre un terme à une hospitalisation pour pouvoir mieux réfléchir à son projet par la suite". Ce moment paraît donc important afin que le patient puisse prendre du recul, réfléchir et prendre ses propres décisions par la suite. Cela lui permet d'être acteur de sa santé. La dernière étape se traduit par l'accompagnement et la persévérance. En effet, lorsque le patient accepte l'aide et l'hospitalisation, la présence de l'équipe soignante est d'autant plus importante pour assurer le suivi de ses besoins et ses attentes. L'infirmière 1 explique par l'exemple de son patient ayant des addictions : "il accrochait quand même au sevrage, et ça lui a permis de rencontrer des professionnels sociaux comme les assistantes sociales et de mettre en place des projets".

1.2.4 La relation soignant et soigné :

La relation et la communication entre le soignant et le soigné reste primordiale à chacune des étapes afin de garder le lien tout au long du parcours de soins. L'infirmière 1 parle d'alliance thérapeutique, elle peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. Pour l'infirmière 2, la relation ne s'établit pas directement, elle se construit et s'entretient, elle affirme ainsi que : "la relation de confiance elle s'est faite aussi sur du long terme. Pour certains, on y travaille encore". Elle précise par ailleurs que pour les services d'urgences, il y a plusieurs personnes en situation précaire qui reviennent quotidiennement. Dans ces situations, il est donc plus simple de rentrer en contact avec eux, mais ce n'est pas pour autant que l'acceptation des soins est systématique.

L'infirmière 1 précise que l'expérience permet également d'adapter sa posture face aux différentes personnes qui se présentent et ainsi instaurer un climat de confiance plus facilement avec des personnes en situation de précarité par exemple : "c'est aussi l'expérience qui fait qu'on est plus attentif, parce qu'on connaît d'avantage comment adapter son discours et même ses postures face à des personnes sans domicile fixe."

1.2.5 L'impact sur les soignants :

Après avoir évoqué les raisons de refus de soins des personnes en situation de précarité et l'importance de la relation établie par les soignants, il apparaît primordial de se pencher sur l'impact que peut engendrer un refus de soins sur les soignants. Quel est leur ressenti face à ces situations? Les deux infirmières se sont rejointes sur un même concept : l'échec. "Alors on vit ça un peu comme un échec" affirme l'infirmière 1 et l'infirmière 2 évoque que "c'est un échec pour nous, mais en même temps, on ne peut pas les forcer à être hospitalisé".

L'infirmière 1 ajoute également que la précarité peut être une situation compliquée pour les soignants car il peut faire surgir un sentiment d'impuissance face à cela, elle évoque que "C'est très attristant, c'est dur de voir qu'à notre époque encore, il y a des personnes dans la rue". Mais l'infirmière 2 a terminé l'entretien en affirmant que "On ne part jamais du principe où c'est perdu". L'optimisme, la patience et la persévérance semblent être des facteurs clés auprès de cette population.

1.2.6 Les différentes ressources :

Malgré les nombreux refus, les infirmières puisent dans leurs ressources afin d'accompagner les personnes en situation de précarité, notamment à travers des associations. L'infirmière 1 parle donc de "ATSAO sur Rennes" pour disposer d'un logement au sein d'un foyer par exemple, ou encore "Le Fourneau ou le puzzle". Elle précise que les personnes en grande précarité ont des ressources incroyables que l'on ne soupçonne pas forcément. L'infirmière 2 exprime également que l'équipe dirige les patients vers différentes structures mais qui n'aboutissent pas toujours pour les mêmes raisons que les refus d'hospitalisation : "Je le fais régulièrement, encore plus l'hiver, pour essayer qu'ils soient à l'abri, qu'ils ne dorment pas dehors, la plupart du temps ils refusent."

E. LA PHASE D'INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

Grâce au travail de recherches ainsi qu'aux échanges partagés avec les professionnels lors des entretiens, toutes deux se rejoignent sur l'importance de la relation soignant et soigné qui apparaît comme un temps primordial et incontournable pour un bon déroulé des soins par la suite. A mon sens, c'est également à travers ce premier échange que le soignant doit se concentrer sur la connaissance de son patient tout en gardant la juste distance, en lui laissant la liberté et la place de s'exprimer sur ces besoins et sur ses envies.

Mais la notion de précarité change-t-elle quelque chose dans la mise en place de cette relation qui fait partie intégrante du soin ? Cette étude a permis de déterminer que le cheminement qui mène à l'acceptation des soins pour ces personnes en grande précarité peut effectivement parfois, voir même dans de nombreuses situations, prendre plus de temps. Les recherches effectuées dans un premier temps ont évoqué les différents types de relation pouvant intervenir entre le soignant et le soigné, et ainsi favoriser un échange optimal, en prenant en compte l'intégralité de l'environnement du patient. Les professionnels de santé ont quant à eux valorisé les valeurs soignantes regroupant la tolérance, la patience et l'accompagnement qui doivent être au centre de la relation auprès de ces personnes, afin d'appivoiser tous les facteurs pouvant impliquer un refus de soins. Pour ma part, je rejoins les deux idées pour instaurer une première approche dans la relation, impliquant les différents types de communication évoqués comme la relation fonctionnelle ou encore la relation de compréhension mais également, les différentes valeurs soignantes qui permettront de s'adapter davantage à la personne en face de nous.

Les auteurs et les professionnels soignants se rejoignent sur l'importance de la connaissance de la personne qui permettra donc par la suite de comprendre quel peut être l'origine d'un refus de soin de leur part. Il me paraît important de prendre en compte cette notion qui permettra de montrer l'intérêt porté à la personne face à nous, qui dans cette situation est sans domicile fixe et donc ne reçoit habituellement que peu d'attention. Mais cela permettra aussi de pouvoir mettre en place les aides nécessaires par la suite afin que le patient se sente écouté et aidé. Il me paraît également important de prendre cet aspect en compte afin d'adapter son discours et sa posture face aux patients. Un des professionnels soignant avait notamment précisé l'importance de l'expérience qui permettait une adaptabilité plus spontanée face aux différentes populations rencontrées.

De nombreuses associations ont été évoquées par le personnel soignant lors des entretiens. En effet, il en existe plusieurs afin de venir en aide aux personnes sans domicile fixe. Ces associations leurs permettent d'avoir un contact social, mais aussi d'avoir un toit de manière temporaire. Il y a

aussi le SAMU social qui n'a pas été évoqué dans les échanges avec les deux infirmières. Il s'agit d'un dispositif d'urgence sociale sur la région d'Ile de France, qui a été créé par la Croix-Rouge en décembre 1994 par le docteur Xavier Emmanuelli, très impliqué dans l'aide auprès des personnes en situation de grande précarité. Ce principe rassemble plusieurs aides, notamment une équipe de maraudes qui se composent de bénévoles mais aussi des professionnels médicaux et paramédicaux. Le SAMU social de Paris met également à disposition des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'accueil à la journée ou encore des lits infirmiers. A mon sens, c'est par la connaissance du patient que le personnel soignant pourra mettre en place ces aides lorsque la relation de confiance aura été établie.

Les entretiens ont permis de faire émerger une nouvelle notion qui n'avait pas été évoquée dans le temps de recherche : le consentement. La deuxième infirmière a affirmé : "mais en même temps, on ne peut pas les forcer à être hospitalisé". Le consentement peut être simplement défini comme l'autorisation ou l'accord donné à un acte légal. Depuis la loi du 4 mars 2002 renforcée par la loi du 22 avril 2005, l'importance du consentement du patient a été renforcée. Selon l'article 36 R.4127-36 du code de la santé publique : "Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences". L'article 1111-4 du Code de la Santé Publique précise également qu' : «Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment». Les patients ont la liberté de choisir ce qui semble être le mieux pour leur santé selon eux. Lors de mes stages, j'ai été confrontée à des refus de soin auprès de personnes sans domicile fixe, et il est incontournable de ressentir un sentiment d'impuissance face à eux. Les infirmières évoquent quant à elles lors des entretiens effectués, un sentiment d'échec.

F. CONCLUSION :

Le relationnel occupe une place plus qu'importante au sein de notre profession de soignant, il fait en effet partie intégrante d'une prise en soin globale. Ce travail de fin d'études m'a permis de comprendre que les personnes en grande précarité ont plus de difficultés à établir un contact social pour diverses raisons, et l'approche et la relation entre le soignant et le soigné peut donc parfois être plus compliqué à établir. De ce fait, la connaissance et le non jugement de l'environnement du patient est primordial afin de comprendre ses besoins. L'intérêt porté à celui-ci pourra également permettre de montrer l'impartialité du soignant, qui se doit de soigner et d'accompagner son patient, sans prendre en compte les différences sociales. L'infirmier a pour rôle dans ces situations, d'adapter sa posture soignante.

En effet, il s'agit d'une population ne recevant que très peu d'aides dans leur quotidien et l'approche d'une personne extérieure peut paraître intrusive pour eux. Il est donc important de leur laisser la place de s'exprimer sur leurs envies et leurs besoins lors des temps d'accueil notamment. Ce n'est seulement qu'après leur avoir exposé l'intérêt d'une hospitalisation, lorsque cela est nécessaire, que le choix leur appartient. En effet, il est essentiel de leur laisser le temps de réflexion indispensable afin qu'ils se sentent acteur de leur santé. Ainsi, lorsque le patient prend la décision de se faire hospitaliser, le risque de refus de soins ou de demande de sortie de l'institution semble être moins fréquent. La patience et la compréhension sont donc les maîtres mots d'une prise en soins d'une personne en situation de grande précarité. La recherche du consentement est capitale afin de pouvoir avancer et les accompagner, mais les refus de coopération sont encore très fréquents. Mais ces refus peuvent être d'autant plus compliqué à accepter parce qu'ils interrogent le soignant sur son propre rôle : celui d'aider, d'accompagner et de soigner. Comment alors rester soignant dans ces situations ?

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Michel Dollé 2005. *Précarités et politiques sociales*, Dans *Empan*, page 38
- Monique Formarier 2007. *La relation de soin, concepts et finalités*, *Recherche en soins infirmiers* (N°89), pages 33 à 42
- Yann Benoist 2008. *Vivre dans la rue et se soigner*, Dans *Sciences sociales et santé* (Vol. 26), page 19
- J. Geeraert, Elisabeth Rivollier, 2014. *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité*, dans *Soins*, Elsevier Masson, page 15-16.
- Gaboriau P. (1996). *Clochard*. Paris : Julliard.
- Elisabeth Noël-Hureaux, 2015. *Le care : un concept professionnel aux limites humaines*, Dans *Recherche en soins infirmiers*, pages 9
- Unité d'Enseignement : *Sciences et techniques infirmières interventions*, 4.02.S2-S3-S5 : "Soins relationnels"
- Laureline Coulomb, 2015. *L'éthique du care malmenée au cours des interactions entre infirmiers et individus sans-abri*, *Revue des sciences sociales*, pages 86-91.
- *La relation soignant et soigné :*
<https://pro.guidesocial.be/articles/echos-du-terrain/article/la-relation-soignant-soigne#:~:text=La%20communication%20entre%20le%20personnel,faciliter%20la%20transmission%20d%27informations>
- *La précarité entrave le droit d'accès à la santé des personnes sans-abri :*
<https://www.dansmarue.net/la-precarite-entrave-le-droi-a-la-s>
- *Adhésion, observance et persistance thérapeutiques : de quoi parle-t-on ? :*
<http://well-livinglab.be/adhesion-observance-persistance-therapeutique-de-quoi-parle-t-on/#:~:text=L'adh%C3%A9sion%20th%C3%A9rapeutique%2C%20ou%20adh%C3%A9sion,acceptable%20pour%20obtenir%20un%20r%C3%A9sultat>
- Alfred Spira Avril 2017. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Volume 201, numéro 4-6, pages 567-587
Membre de l'académie nationale de médecine : M^{me}S.M. Adolphe, M.T. Hermange, D. Lecomte, M.M.G. Benoît, C.L. Dreux, G. Dubois, M. Gentilini, C. Geraut, C.L. Giudicelli, R. Gonthier, C.L. Jaffiol, C. Laverdant, Y. Levi, J.-M. Mantz, J.-P. Michel, J. Milliez, C. Molina, J.-P. Olie, P.F. Plouin, C.F. Roques-Latrille, J. Rouessé, Y. Touitou, A. Vacheron
Membres de l'Académie nationale de Pharmacie :M.M.J.-G. Gobert, E. Postaire, F. Trivin, Membres de l'Académie Vétérinaire :M^{me}S.J. Brugere-Picoux, M.M.J.P. Laplace.

- *Audrey Kartner Octobre 2016. L'aide-soignante, De la précarité à l'état de santé précaire. Volume 30, numéro 180 page 11*
- *André Sylvestre Mai 2011. Les conséquences psychologiques de la précarité, Soins, Vol 56, N° 755 pages 50-52*
- *Mady Pitrat février 2005. Soins Aides-Soignantes, Les besoins : de Maslow à Virginia Henderson Vol 2, N° 2, page 6*

ANNEXE 1 :

Guide d'entretien :

- Depuis combien de temps êtes vous dans le service ? Est-ce un choix de votre part ?
Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel

- En tant qu'infirmière de liaison aux urgences, avez-vous souvent des arrivées de personnes sans domicile fixe ?

- Constatez vous dans votre pratique plus de refus d'hospitalisation ou de refus de soins de ces personnes suite à un entretien d'accueil ?

- Comment et que mettez-vous en place afin d'établir une relation de confiance avec ces personnes en situation précaire ? (écoute, relation de confiance...)

- De quelle manière abordez-vous la question de l'importance de la nécessité des soins pour les personnes en situation précaire ?

- Dans votre parcours avez-vous eu des formations supplémentaires sur l'importance de la relation soignant-soigné, notamment avec ces personnes qui est primordial pour l'acceptation des soins par la suite ?

- Est ce que vous avez eu une situation qui vous a marqué ? Qui vous a questionné dans votre pratique ? un exemple

- Est-ce que cette situation vous a questionné et a modifié votre pratique professionnelle ?

- En cas de refus, y a-t-il d'autres ressources possibles ? Pour assurer un suivi à ces personnes?

ANNEXE 2 :

Retranscription du premier entretien avec une infirmière de liaison entre les urgences et un service de médecine en hépatologie :

Moi : *Pouvez-vous m'expliquer succinctement votre parcours ?*

IDE : Alors, je vais commencer par t'expliquer mon parcours professionnel. Moi j'ai commencé en tant qu'aide soignante au CHU de Rennes en 2002, j'ai commencé en tant qu'aide soignante tout en ayant le projet de devenir infirmière et donc en 2010 j'ai eu mon concours infirmière et donc je suis allée au centre hospitalier de Guillaume Régnier qui est l'hôpital psychiatrique pour faire ma formation de 3 ans. Je suis sortie en 2013 et déjà en 2013 je me suis beaucoup questionnée sur ce que j'allais faire, si je revenais au CHU ou pas, parce que j'avais beaucoup aimé mes stages en psychiatrie, donc je ne savais pas encore si j'allais demander ma mutation à Guillaume Régnier. Et puis finalement je suis restée au CHU, et je suis allée 1 an sur le pôle abdomen au CHU, et ça m'a permis de voir un petit peu les services de chirurgie, de médecine, d'hôpitaux de jour etc et du coup j'ai beaucoup aimé leur prise en soins des patients sur le service d'hépatologie et d'addictologie au CHU et justement parce que ça alliait le soin technique et le soin relationnel et ça c'est quelque chose pour lequel je me retrouvais beaucoup parce que les prises en charge que technique ça ne me correspondait pas du tout, le relationnel était primordial. On m'a proposé aussi de faire le DU addicto que j'ai accepté avec joie et ça m'a permis de faire partie de l'équipe de liaison et de soins en addictologie, donc ELSA et d'intervenir sur les urgences et les différents services de Pontchaillou.

Moi : *Très bien, merci beaucoup. Et donc en tant qu'infirmière de liaison aux urgences, avez-vous souvent des arrivées de personnes sans domicile fixe ?*

IDE : Et bien moi j'ai pu rencontrer des personnes sans domicile fixe régulièrement aux urgences dans le cadre de l'équipe ELSA, mais aussi sur mon service au CHU et j'ai une personne en tête là qui était à la rue depuis de nombreuses années, que l'on a accueilli dans le service, déjà dans un premier temps pour un sevrage et qui a continué son hospitalisation sur plusieurs fois dans notre unité, on a été un peu plus loin que le sevrage parce qu'il avait fait des démarches. En fait, on l'a eu plusieurs fois en hospitalisation, à chaque fois il était sans domicile fixe, mais il accrochait quand même au sevrage, et ça lui a permis de rencontrer des professionnels sociaux comme les assistantes sociales et de mettre en place des projets. Donc finalement via ATSAO sur Rennes, il a pu avoir un logement au sein d'un foyer.

Moi : *Justement à ce propos, constatez vous dans votre pratique plus de refus d'hospitalisation ou de refus de soins par la suite de ces personnes suite à un entretien d'accueil ?*

IDE : Effectivement, il y en a qui ne veulent pas du tout nous rencontrer parce que je ne sais pas, **surement que c'est trop intrusif dans leur vie, qu'ils ne veulent pas évoquer certaines choses, parce que nous les personnes sans domicile fixe la plupart du temps, elles ont un problème d'addiction.** Donc il y en a qui acceptent de nous rencontrer et d'autres pas. Parfois on les rencontre, ils nous exposent leurs difficultés, mais **ils n'ont pas du tout en tête une hospitalisation.**

Moi : *Et lorsque vous découvrez à l'accueil que la personne est sans domicile fixe, est-ce que cela modifie quelque chose dans votre approche de la personne ?*

IDE : **Je trouve pour ma part que quand on accueille des personnes qui sont sans domicile fixe, on fait des prises en charge pour tous les patients de la même manière mais il y a chez ces personnes là, je ne dirai pas un manque de repère mais pour ceux qui ont vécu des années à la rue, pour que l'alliance thérapeutique soit vraiment la meilleure possible il faut vraiment être vigilant** par rapport au fait qu'ils ont par exemple **des difficultés à rester dans leur chambre parce que le médecin va passer, des choses comme ça.** Elles, elles sont plus en difficultés donc je trouve qu'il faut vraiment être d'une tolérance encore plus importante pour pouvoir les prendre en soin. **Mais dans l'accueil oui effectivement, il faut vraiment mettre le patient en confiance, parce qu'on sait que les liens qui se nouent dans l'accueil vont avoir des répercussions sur le séjour qui peut suivre donc oui il faut vraiment être vigilant et attentif justement à ces personnes et à leur histoire.**

Moi : *Dans votre parcours avez-vous eu des formations supplémentaires sur l'importance de la relation soignant-soigné, notamment avec ces personnes, ce qui est primordial pour l'acceptation des soins par la suite ?*

IDE : Dans mon parcours surtout dans mon école il y a des **cours comme dans tous les IFSI d'ailleurs sur l'importance de la relation soignant et soigné et sur les entretiens d'aidés, les entretiens thérapeutiques** etc. Je sais que dans mon école on faisait beaucoup de jeux de rôle pour vraiment essayer de se mettre dans les situations. C'est vrai que tout ça m'a vraiment aidé dans la prise en soins et **c'est aussi l'expérience qui fait qu'on est plus attentif, parce qu'on connaît davantage comment adapter son discours et même ses postures face à des personnes sans domicile fixe.**

Moi : *Est ce que vous avez eu une situation qui vous a marqué ? Qui vous a questionné dans votre pratique ? Un exemple*

IDE : Justement le même patient dont je t'ai parlé au début, on peut parler de parcours parce que je te dis nous on l'a reçu à plusieurs reprises en sevrage et on a pu voir sur certains moments qu'il était plutôt dans l'opposition et pas très conciliant par rapport aux soins donc ça a questionné un peu son objectif d'hospitalisation et je sais que ce patient a décidé un jour de sortir contre avis médical et du coup ça peut questionner un peu, quand il y a des personnes qui vivent dans la rue qui ont la possibilité d'être hébergés et qui préfère retourner à la rue. Mais en même temps on peut aussi le comprendre parce que être dans une structure, avec toutes les règles que ça implique même si dans notre service d'addictologie, on a un degré de tolérance qui est plus important que dans d'autres services. Alors on vit ça un peu comme un échec mais après c'est aussi probablement parce que le patient n'est pas près ou disponible à ce moment-là et que du coup c'est peut-être mieux aussi qu'il puisse mettre un terme à une hospitalisation pour pouvoir mieux réfléchir à son projet par la suite.

Moi : *En cas de refus, y a-t-il d'autres ressources possibles ? Pour assurer un suivi à ces personnes ?*

IDE : C'est vrai que nous, quand les personnes décident de sortir on ne s'y oppose pas sauf si il y a vraiment un problème somatique et encore que cela peut dépendre mais souvent quand ces personnes sortent, et je sais que nous sur Rennes, il y a des adresses pour les personnes très précaire comme Le Fourneau, Le Puzzle, ou des choses comme ça, ce sont des structures qui proposent un accueil pour ces personnes afin qu'elles soient en dehors de la rue et un peu plus en sécurité pour au moins un petit laps de temps. Mais quand les personnes refusent une hospitalisation ou demande à en sortir, on ne les laisse pas comme ça, souvent on les oriente vers ces structures tout en sachant que la plupart du temps, les personnes sans domicile, elles ont des ressources incroyables, elles arrivent avec rien à connaître un peu les adresses, et avec les personnes qu'elles côtoient, elles s'échangent des adresses, des idées, je trouve que parfois elles sont étonnantes de ressources. Mais parfois elles sont aussi dans de la très grande précarité et parfois c'est très attristant, c'est dur de voir qu'à notre époque encore, il y a des personnes dans la rue. Ce sont souvent des personnes qui ont des parcours de vie très compliqué et chaotique, et il faut prendre ça en compte également lorsque l'on échange avec eux.

ANNEXE 3 :

Retranscription deuxième entretien auprès d'une infirmière dans un service d'urgence :

Moi : *Pouvez-vous m'expliquer succinctement votre parcours ?*

IDE : Alors moi je suis infirmière depuis 2009, j'ai travaillé deux ans en chirurgie cardiovasculaire, un an sur l'UHCD chirurgicale et ça fait presque dix ans que je suis aux urgences à Pontchaillou et c'est un choix de ma part. Aux urgences de Pontchaillou de jour, et voilà pour l'instant mon parcours

Moi : *Très bien, merci. Et donc en tant qu'infirmière aux urgences, avez-vous souvent des arrivées de personnes sans domicile fixe ?*

IDE : Alors je pense qu'on en a à peu près tous les jours, après nous c'est un peu plus facilité dans le sens où ce sont des patients qu'on connaît bien, puisqu'ils viennent très souvent et que donc la relation de confiance elle s'est faite aussi sur du long terme. Pour certains, on y travaille encore. La plupart du temps, tous les patients qu'on a qui sont SDF, c'est la majorité, ce sont des patients qui sont chroniques, qui sont alcooliques, qui viennent dans un contexte d'alcoolisation massive, récupéré par les pompiers ou alors sur des chutes, mais les chutes c'est pas la majorité du temps.

Moi : *Constatez vous dans votre pratique plus de refus d'hospitalisation ou de refus de soins par la suite de ces personnes suite à un entretien d'accueil ?*

IDE : Alors euh, dans les patients qui sont très habitués dans les services d'urgences, c'est extrêmement rare qu'on arrive à les hospitaliser. Quand ils arrivent dans un contexte d'alcoolisation massive, soit ils sont comateux, soit c'est à leur demande avec une demande de prise en charge en hospitalisation mais très souvent quand l'alcool est redescendu, ils ne veulent plus se faire hospitaliser. Ils veulent repartir, sortir assez rapidement et retourner à la rue. Il y a plusieurs choses qui expliquent ça hein, souvent leur seul bien qui leur reste, ils l'ont pas forcément avec eux, ils sont planqué dans des endroits, et le monde de la rue est assez cruel, donc ils veulent rapidement récupérer leurs affaires.

Moi : *Dans votre parcours avez-vous eu des formations supplémentaires sur l'importance de la relation soignant-soigné, notamment avec ces personnes qui est primordial pour l'acceptation des soins par la suite ?*

IDE : En formation non, la seule formation qui peut nous servir c'est plutôt dans la gestion de l'agressivité et la violence, parce que le monde de la rue est compliqué, ce sont des patients qui peuvent être facilement agressifs, toujours dans ce contexte d'alcoolisation massive. Donc ça, ça nous aide bien. Après ce qui nous aide plus, c'est la relation de confiance à long terme qu'on met avec nos patients qu'on suit très régulièrement. C'est une formation qu'on a dans le cadre de l'urgence et de mémoire on est formé tous les trois ans, il me semble qu'initialement c'est sur 48 heures et après on a une remise à niveau, une tous les trois ans.

Moi : *Est ce que vous avez eu une situation qui vous a marqué ? Qui vous a questionné dans votre pratique ? un exemple*

IDE : Plusieurs certainement oui. Je me rappelle d'un monsieur qui n'a jamais voulu se faire hospitaliser alors qu'il était rempli d'asticots sur la tête. C'est un monsieur qu'on avait jamais eu aux urgences, qui refusait catégoriquement l'hospitalisation, et il était arrivé parce que des voisins s'étaient inquiétés des odeurs de là où il dormait. Ce monsieur voilà, on a jamais réussi à installer une relation de confiance, on a jamais réussi à faire quoi que ce soit, il est retourné dans la rue et il est décédé quelques semaines après. C'est très compliqué parce que ce sont des patients chroniques qu'on voit très régulièrement, ce sont des patients qui viennent parfois plusieurs fois par jour, on les connaît bien et eux aussi nous connaissent très bien. Donc avec ces patients, c'est un peu plus facile, et il y en a d'autre qui ne viennent jamais et qui ne demandent jamais d'aide et quand on les a, souvent ce sont des patients qui sont graves, dans des contextes assez dramatique et on arrive pas à instaurer le climat de confiance. Ça nous est arrivé d'appeler le 115 pour savoir si c'était des patients qui sont connus, effectivement, la plupart du temps il n'y a déjà pas de climat de confiance instauré avec eux. C'est plutôt des gens qui sont en rupture totale de lien social

Moi : *Est ce que dans le cas contraire, vous avez réussi à faire hospitaliser une personne en situation précaire ?*

IDE : Ça nous est arrivé quelques fois oui, mais malgré tout, ce sont des gens qui replongent. J'en connais pas en tout cas, qui s'en sont bien sorti. Si, j'ai tort, j'en connais une qui elle s'en sort bien malgré que son mari, parce que c'est un couple, le mari, on le voit tous les 48h aux urgences, et elle par contre on l'a voit jamais mais on sait que elle, elle s'en sort.

Moi : *En cas de refus, y a-t-il d'autres ressources possibles ? Pour assurer un suivi à ces personnes ?*

IDE : Je le fais régulièrement, encore plus l'hiver, pour essayer qu'ils soient à l'abri, qu'ils ne dorment pas dehors, la plupart du temps ils refusent parce que notamment ce sont des patients qui ont des chiens par exemple, et dans certains centres, ils refusent les animaux. Y'a toujours un frein, quelque chose qui nous empêche d'aller plus loin. C'est très compliqué, la relation de confiance on l'a à l'hôpital, avec eux, souvent on sait ce qu'ils veulent, parce qu'on les connaît bien, ça fait très longtemps qu'on les voit. Donc forcément y'a un climat de confiance, je les appelle par leur prénom, et ils m'appellent par mon prénom aussi. Mais on garde le vouvoiement auprès d'eux. Ils nous écoutent, ils savent qu'on a raison, mais 48 heures après on les revoie aux urgences. On se dit qu'un jour, ils auront peut-être le déclic, et voilà. Il y en a un qui s'en sort pas trop mal, c'est à la suite d'un séjour en prison, c'est un côté assez dramatique et je ne sais pas pour quelle raison il était là bas, et je ne veux pas le savoir, j'estime que ça ne me regarde pas, si il veut en parler, il en parle. Ce monsieur, pendant presque un an on ne l'a pas vu. Là, il revient de nouveau mais c'est une étape qui aurait pu basculer du bon côté. On se dit que chaque étape gagnée comme ça, peut être qu'un jour, il aura le déclic. On part jamais du principe où c'est perdu. On est d'ailleurs très triste quand on sait qu'il y a un décès, on vit ça comme un échec toutes ensemble. On se dit bon, on aura pas réussi. C'est un échec pour nous. Mais en même temps on ne peut pas les forcer à être hospitalisé.

ANNEXE 4 :

Analyses des deux entretiens dans un tableau :

Concepts et notions	Infirmière 1	Infirmière 2
Accueil	<p>“Je trouve pour ma part que quand on accueille des personnes qui sont sans domicile fixe, on fait des prises en charges pour tous les patients de la même manière mais il y a chez ces personnes là, je ne dirai pas un manque de repère mais pour ceux qui ont vécu des années à la rue [...] il faut vraiment être vigilant”</p> <p>“Mais dans l’accueil oui effectivement, il faut vraiment mettre le patient en confiance, parce qu’on sait que les liens qui se nouent dans l'accueil vont avoir des répercussions sur le séjour qui peut suivre donc oui il faut vraiment être vigilant et attentif justement à ces personnes et leur histoire”</p> <p>Vigilance aux difficultés, mettre le patient en confiance afin d’établir des liens par la suite en prenant en compte l’intégralité des difficultés et de son parcours de vie.</p>	
Raisons de refus	- Intrusion	- Contexte

	<ul style="list-style-type: none"> - Privation de certaines libertés - Ne veulent pas évoquer certaines choses (addiction, précarité) <p>“surement que c’est trop intrusif dans leur vie, qu’ils ne veulent pas évoquer certaines choses, parce que nous les personnes sans domicile fixe la plupart du temps, elles ont un problème d’addiction.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non prêt, manque de repère <p>“patient n’est pas près ou disponible à ce moment là”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instauration de règles <p>“des difficultés à rester dans leur chambre parce que le médecin va passer, des choses comme ça.”</p>	<p>d’alcoolisation :</p> <p>“très souvent quand l’alcool est redescendu, ils ne veulent plus se faire hospitaliser. Ils veulent repartir, sortir assez rapidement et retourner à la rue.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sécurité de leurs biens, de leurs animaux : <p>“souvent leur seul bien qui leur reste, ils l’ont pas forcément avec eux, ils sont planqués dans des endroits, et le monde de la rue est assez cruel, donc ils veulent rapidement récupérer leurs affaires.”</p>
Cheminement/étapes	<p>“En fait, on l’a eu plusieurs fois en hospitalisation, à chaque fois il était sans domicile fixe, mais il accrochait quand même au sevrage, et ça lui a permis de rencontrer des professionnels sociaux comme les assistantes sociales et de</p>	<p>“On se dit qu’un jour, ils auront peut être le déclic, et voilà”</p> <p>“On se dit que chaque étape gagnée comme ça, peut être qu’un jour, il aura le déclic.”</p>

	<p>mettre en place des projets.” “on peut parler de parcours”</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>1ere étape :</u> <u>l’opposition</u> “l’opposition et pas très conciliant par rapport aux soins donc ça a questionné un peu son objectif d’hospitalisation et je sais que ce patient il a décidé un jour de sortir contre avis médical” - <u>2ème étape : réflexion</u> “mettre un terme à une hospitalisation pour pouvoir mieux réfléchir son projet par la suite” - <u>3ème étape :</u> <u>accompagnement et persévérance</u> “il accrochait quand même au sevrage, et ça lui a permis de rencontrer des professionnels sociaux comme les assistantes sociales et de mettre en place des projets” 	
Relations soignantes	<p>“L’alliance thérapeutique” “cours comme dans tous les</p>	<p>“la relation de confiance elle s’est faite aussi sur du long terme. Pour certains, on y</p>

	<p>IFSI d'ailleurs sur l'importance de la relation soignant et soigné et sur les entretiens d'aide, les entretiens thérapeutique"</p> <p>"c'est aussi l'expérience qui fait qu'on est plus attentif, parce qu'on connaît d'avantage comment adapter son discours et même ses postures face à des personnes sans domicile fixe."</p> <p>"on a un degré de tolérance qui est plus important que dans d'autres services"</p> <p>"Ce sont souvent des personnes qui ont des parcours de vie très compliqué et chaotique, et il faut prendre ça en compte également lorsque l'on échange avec eux."</p>	<p>travaille encore."</p> <p>"ce qui nous aide plus, c'est la relation de confiance à long terme qu'on met avec nos patients qu'on suit très régulièrement."</p> <p>"Ce sont des patients chroniques qu'on voit très régulièrement, c'est des patients qui viennent parfois plusieurs fois par jours, on les connaît bien et eux aussi nous connaissent très bien. Donc avec ces patients, c'est un peu plus facile"</p> <p>"C'est très compliqué, la relation de confiance on l'a à l'hôpital, avec eux, souvent on sait ce qu'ils veulent, parce qu'on les connaît bien, ça fait très longtemps qu'on les voit. Donc forcément y'a un climat de confiance, je les appelle par leurs prénoms, et ils m'appellent par mon prénom aussi. Mais on garde le vouvoiement auprès d'eux. Ils nous écoutent, ils savent qu'on a raison"</p> <p>"la gestion de l'agressivité et la violence, parce que le monde de la rue est compliqué, ce sont des patients qui peuvent</p>
--	---	--

		être facilement agressif”
Impact soignant	<p>Sentiment d'échec</p> <p>“Alors on vit ça un peu comme un échec”</p> <p>“c'est très attristant, c'est dur de voir qu'à notre époque encore, il y a des personnes dans la rue”</p>	<p>“On part jamais du principe où c'est perdu.”</p> <p>Sentiments d'échec et d'impuissance</p> <p>“On est d'ailleurs très triste quand on sait qu'il y a un décès, on vit ça comme un échec toutes ensembles. On se dit bon, on aura pas réussi. C'est un échec pour nous. Mais en même temps on ne peut pas les forcer à être hospitalisé.”</p>
Ressources	<p>Donc finalement via ATSAO sur Rennes, il a pu avoir un logement au sein d'un foyer.</p> <p>Il y a des adresses pour les personnes très précaire comme Le Fourneau, Le Puzzle, ou des choses comme ça, ce sont des structures qui proposent un accueil pour ces personnes afin qu'elles soient en dehors de la rue et un peu plus en sécurité pour au moins un petit laps de temps.</p> <p>“on ne les laisse pas comme ça, souvent on les oriente vers</p>	<p>“Je le fais régulièrement, encore plus l'hiver, pour essayer qu'ils soient à l'abri, qu'ils ne dorment pas dehors, la plupart du temps ils refusent”</p> <p>Pour les mêmes raisons que les refus d'hospit</p>

	ces structures tout en sachant que la plupart du temps, les personnes sans domicile, elles ont des ressources incroyables”	
--	--	--

ANNEXE 5 :

Les dimensions de l'adhésion thérapeutique :



<https://www.pfizerpro.lu/public/news/d%C3%A9couvrez-les-5-dimensions-de-l%E2%80%99adh%C3%A9sion-th%C3%A9rapeutique-et-les-4-principes-fondamentaux?destination=public/news/d%C3%A9couvrez-les-5-dimensions-de-l%E2%80%99adh%C3%A9sion-th%C3%A9rapeutique-et-les-4-principes-fondamentaux>

La pyramide de Maslow



<https://my-psychologie.com/2018/06/20/faut-il-oublier-la-pyramide-de-maslow/>

ABSTRACT :

La précarité est présente dans notre société depuis maintenant des années et n'a jamais réellement cessé d'augmenter. Elle entraîne de nombreux impacts sur les populations touchées engendrant des problèmes sociaux, économiques, mais également sanitaires. De nos jours, des études ont montré que la France comptait environ trois cent mille personnes sans domicile fixe. Ce travail de recherche permet alors de constater quelles sont les réelles conséquences sur la santé de ces populations touchées par la précarité, et il répond également aux questionnements face aux hospitalisations et au prise en soins des différentes pathologies qui sont malheureusement prises souvent tardivement. En effet, les professionnels de santé peuvent être confrontés à d'importantes inégalités sociales et ces recherches ont également permis de comprendre comment ces soignants peuvent adapter leurs postures face à des situations fréquentes de refus de soins de ces personnes sans domicile fixe, ne recevant que très peu d'aide au quotidien.

A travers ce travail de fin d'étude, s'appuyant sur des recherches théoriques mais aussi sur des entretiens exploratoires avec des professionnels de santé possédant une grande expérience, ayant notamment été confrontés à des personnes sans domicile fixe, cela a permis d'explorer le questionnement suivant : En quoi la relation soignant/soigné lors de l'accueil d'une personne sans domicile fixe impactera-t-elle l'acceptation de la prise en soin ?

MOTS CLÉS : Précarité, accueil, refus de soins, relation

Precariousness has been present in our society for years now and has never really stopped increasing. It has many impacts on the affected populations, causing social, economic and health problems. Today, studies have shown that there are approximately three hundred thousand homeless people in France. This research work allows us to see the real consequences on the health of these populations affected by precariousness, and it also answers questions about hospitalizations and the treatment of different pathologies which are unfortunately often taken care of late. Indeed, health professionals can face important social inequalities and this research has also allowed us to understand how these health professionals can adapt their postures when coping with frequent situations of refusal of care by these homeless people who receive very little help in their daily lives.

This final study, based on theoretical research but also on exploratory interviews with health professionals who have a large experience of work with homeless people, has led to explore the following question: How will the caregiver/patient relationship impact on the acceptance of care when taking care of a homeless person ?

MOTS CLÉS : Precariousness, refusal of care, relationship