



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

### Grande précarité et alliance thérapeutique



(Album Issu De La Co-Formation « Professionnels Du Social Et De La Santé Et Personnes Vivant Dans La Grande Pauvreté », n.d.)

Formateur référent mémoire :

Marylène OLERON

Etudiante :

TRAORE Anne-Penda  
Formation infirmière  
Promotion 2020-2023  
Date 02/05/2023



*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 Infirmier**

**Travaux de fin d'études :**

**La grande précarité et l'alliance thérapeutique**

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 Infirmier, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

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

Le 02/05/2023

TRAORE Anne-Penda

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<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration

## Remerciements

Tout d'abord, mes remerciements s'adressent à l'ensemble du Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU de Rennes pour ces 3 années d'étude riches et passionnantes.

Je remercie Marylène Oléron, ma référente MIRSI pour son accompagnement dans la réflexion et la construction de mon travail de fin d'études. Je suis reconnaissante pour ses conseils, sa disponibilité et son écoute bienveillante tout au long de la construction de ce travail.

Merci à mes deux référentes pédagogiques qui m'ont suivie et encouragée tout au long de ma formation. Merci à Catherine Dieu pour son énergie, sa joie de vivre et sa confiance. Merci à Rozenn Lemogne qui a pris le relais pour ma dernière année d'étude, merci pour sa bienveillance.

Je tiens à remercier les deux infirmières que j'ai eues la chance de rencontrer et d'interroger pour mon sujet, merci à elle pour la richesse des échanges et leur disponibilité.

J'ai aussi une pensée pour tous les professionnels que j'ai pu croiser au cours de mon parcours de stage, leur engagement et leur passion esquissent mon exercice de futur professionnel.

Enfin, un grand merci à mes proches qui m'ont soutenu tout au long de ces trois années, leur motivation a été précieuse et m'a permis de m'épanouir dans mon projet professionnel et de prendre confiance en moi.

## Sigles

AAH (Allocation Adulte Handicapé)

ACS (Aide Complémentaire Santé)

ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique)

AME (Aide Médicale d'État)

ATD Quart monde (Agir Tous pour la Dignité Quart monde)

CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile)

CAF (Caisse d'Allocation Familiale)

CMU (Couverture Maladie Universelle)

CMUc (CMU - Complémentaire)

CSP (Code de la Santé Publique)

CSS (Complémentaire Santé Solidaire)

DOM-TOM (Départements et Territoires d'Outre-Mer)

EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

EMSP (Equipe Mobile en Santé Précarité)

HAS (Haute Autorité de Santé)

IDE (Infirmier diplômé d'Etat)

INSEE (Institut National de la Statistique et des études économiques)

LAM (Lits d'Accueil Médicalisés)

LHSS (Lits Halte Soins Santé)

OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)

PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins)

PUMA (Protection Universelle Maladie)

RMI (Revenu Minimum d'Insertion)

SDF (Sans Domicile Fixe)

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Cheminement</b>	<b>2</b>
<b>Cadre théorique</b>	<b>4</b>
1. Situation de grande précarité	4
1.1 Qu'est-ce que la précarité ?	4
1.2 La population en grande précarité	5
1.3 Prise en soin de la personne en grande précarité	7
2. L'alliance thérapeutique	10
2.1 Définition	10
2.2 La collaboration soignant-soigné	11
2.3 Un processus dynamique	12
3. Sur le terrain : la grande précarité bousculant l'alliance thérapeutique	13
3.1 Représentation du patient en grande précarité	13
3.2 La double vulnérabilité du patient en grande précarité	14
3.3 La Relation avec un patient en grande précarité	15
<b>Dispositif méthodologique du recueil de données</b>	<b>17</b>
1. Objectifs du guide d'entretien	17
2. Population interviewée	17
3. Organisation des entretiens	17
4. Bilan du dispositif	18
<b>Analyse descriptive des entretiens</b>	<b>19</b>
1. Description de la population	19
2. Visées de la prise en soin infirmier	20
3. Rôles et attitudes soignantes	21
4. Ressources	24
5. Difficultés	25
<b>Discussion</b>	<b>27</b>
<b>Conclusion</b>	<b>32</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>33</b>
<b>Annexe I : Schéma des étapes du changement</b>	
<b>Annexe II : Guide d'entretien</b>	
<b>Annexe III : Entretiens IDE retranscrits</b>	
<b>Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens IDE</b>	

## Introduction

Dans le cadre de ma formation infirmière, mon travail de recherche pour l'obtention du diplôme d'Etat s'intéresse à la prise en soin de patient en situation de précarité. Mon mémoire d'initiation à la recherche prend racine tout au long de mon parcours de stage avec l'observation d'une population vulnérable sur le plan de la santé, du social et de l'économie. Ce qui est frappant, c'est que la santé ne semble pas toujours être la priorité pour les personnes en situation de précarité, c'est-à-dire que le recours au soin passe fréquemment et inévitablement par le service des urgences. En partant du postulat que l'engagement mutuel dans la prise en soin du soigné et du soignant est très souvent déséquilibré. Ces problématiques mettent en lumière l'importance de l'alliance thérapeutique qui favorise l'observance et l'éducation thérapeutique dans un but de rendre le patient acteur du soin.

J'aimerais donc comprendre notre implication en tant qu'infirmier dans l'accompagnement de la personne soignée en situation de précarité pour permettre une alliance thérapeutique personnalisée. L'étude de cette thématique participe à me projeter professionnellement et à acquérir des connaissances sur une population que je pourrais être amenée à prendre en soin quotidiennement.

Ce travail s'articule ainsi avec pour débiter, mon cheminement sera explicité à travers deux situations rencontrées et mon questionnement aboutissant à ma question de départ. En continuité, je poserais un cadre théorique afin de définir la précarité, l'alliance thérapeutique et leur lien entre eux dans la littérature. Par la suite, une analyse de terrain à l'aide de deux entretiens avec des infirmières en exercice sera faite pour comprendre le point de vue sur ce thème. Et pour clore ce travail, une discussion confrontant à la fois la théorie, la pratique et mon point de vue sera développée.

## Cheminement

Tout au long de mon parcours de stage infirmier, j'ai été touché par la vulnérabilité et la complexité des histoires de vie des patients en situation de grande précarité. Je suis admirative de l'investissement des équipes dans leur prise en soin. Lors du séjour à l'hôpital d'un patient qui se présente en grande situation de précarité l'intervention d'une équipe inter pluridisciplinaire dans le but d'un projet de rétablissement pour et avec le patient, m'est apparu crucial. C'est pour moi des prises en soin riches qui nécessitent une coordination d'acteurs. J'ai pu l'observer à chacun de mes stages, elles demandent une attention particulière avec une anticipation sur les connaissances de l'environnement du patient et de sa situation sociale. Ce sont des prises en soins amenant au débat dans les équipes, mais aussi qui ont pu malheureusement conduire à des rapports parfois conflictuels avec le patient.

En l'occurrence, deux situations d'appel me font une résonance. Dans la première situation vécue au cours de mon semestre 3, il s'agit de Monsieur L., un patient SDF vivant habituellement avec ses deux chiens. Il est admis dans une unité de médecine, où il présente une altération de l'état général, de multiples plaies, une infection urinaire et une insuffisance rénale aiguë. La question du devenir et de la suite de prise en soin se pose. Au sein de l'équipe, un sentiment de fatalité se fait ressentir, certains soignants trouvent que le séjour devient de plus en plus long et doutent que M. L. accepte les propositions de l'assistante sociale pour son logement. De plus, M. L. communique un découragement et une lassitude au sujet des soins qui lui sont prodigués. Ce qui parfois amène un rapport conflictuel entre ses désirs et les soins qui favoriseraient son rétablissement. Cette situation me questionne énormément, en quoi la précarité de M. L. impacte-t-elle notre prise en soin infirmier ? Quel accompagnement proposer pour un patient hospitalisé qui est en situation de précarité ? Comment garantir une sortie sereine et accompagner le patient en situation de précarité ? Quelle est la responsabilité du soignant dans cette prise en charge ? Quel regard le soignant peut-il avoir face à cette situation ? Quelles sont les représentations des soignants sur la précarité ? Quels sont les acteurs pour accompagner au mieux une personne hospitalisée en situation de précarité ? En quoi la précarité est un handicap pour l'amélioration de l'état de santé du patient ? En quoi celle-ci peut-être un frein à notre prise en charge ? Dans quelle mesure peut-on accompagner le patient en situation de précarité dans sa prise en soin qui nécessite une qualité d'hygiène de vie ?

Dans ma deuxième situation d'appel au cours de mon semestre 2, j'ai en mémoire la situation de Monsieur T., un patient suivi à domicile pour son diabète, l'observance de ses traitements ainsi que la pose de bas de contention. Il habite seul dans un logement insalubre et se présente en incurie. À nos passages matins et soirs, nous le retrouvons très souvent dans son lit. Il vit dans une seule pièce qui sert de cuisine, salon et chambre, les toilettes et la douche sont à part. On retrouve une désorganisation

dans tout le logement, une forte odeur s'y dégage. M. T ne semble pas prendre de douche. Il se fait livrer 1 fois par jour un repas via les services d'une association et cela peut lui arriver de manger dans son lit. Lors de nos passages, il ne se montre pas très expressif et est succinct dans ses réponses. Les visites à domicile auprès de M. T m'ont d'abord mise mal à l'aise et choquée de par l'état de son domicile et m'ont attristée, car il apparaît comme une personne isolée semblant "se laisser aller". Des tentatives de négociation pour améliorer l'hygiène de M. T. sont faites. Par exemple, l'IDE encourage, M. T a laver ses bas de contention qui, avec le temps, "tiennent quasiment debout". Toutefois, celui-ci refuse très souvent de changer ses habitudes et j'ai le sentiment d'un passage expéditif chez le patient. Pour la prise des traitements, M. T est compliant, toutefois, j'ai été très étonné de voir que l'infirmière lui donnait ses médicaments avec un soda. Or M. T se trouvant en obésité sévère cela m'interpelle, l'infirmière qui m'accompagnait m'expliquant par la suite qu'il ne les prendrait pas sinon.

Suite à la prise en soins de M. T., je me demande si un environnement insalubre est compatible avec son bien-être ? Quel impact cet environnement a-t-il sur sa santé mentale et physique ? Quel impact en tant qu'infirmier à domicile, pouvons-nous avoir pour cette prise en soin ? Quel accompagnement peut-être mis en place pour sortir Mr T de la sédentarité, de son incurie ? Quelle place, ou quel rôle pouvons nous avoir dans cette situation ? Est-ce que Mr T démontre une perte d'adhésion aux soins ? Peut-on vraiment parler d'alliance thérapeutique ? Comment communiquer et mettre en place une relation de confiance quand le patient est peu expressif et semble résigné ? Comment mettre en place des actions concrètes qui peuvent bouleverser ses habitudes quand le patient peut se montrer passif et peu expressif ? Quels acteurs dans cette situation peuvent intervenir ? Quelle communication adopter en tant que soignant avec un patient en situation d'incurie ?

Parmi toutes ses questions qui découlent de mes deux situations, je fais le choix de m'intéresser en particulier à l'alliance thérapeutique, un concept important dans la prise en soins.

Ainsi, ma question de départ sera, en quoi la situation de grande précarité d'un patient, peut-elle influencer la mise en place de l'alliance thérapeutique par l'infirmier ? L'intention recherchée est de comprendre ce qu'est une situation de grande précarité et qu'elle est l'intérêt d'une alliance thérapeutique dans une prise en soin ? Il s'agit enfin, de démêler à quel niveau la précarité peut-être un frein à l'alliance thérapeutique ?



# Cadre théorique

## 1. Situation de grande précarité

Il s'agit de définir ce qu'est la précarité, de décrire la population concernée ainsi que d'expliquer la prise en soins de la personne en situation de grande précarité.

### 1.1 Qu'est-ce que la précarité ?

La précarité est un nom féminin, un état, un caractère de ce qui est précaire (*Dictionnaire De Français Larousse*, n.d.). Le mot précaire est un adjectif provenant du latin *precarius* traduit par qui s'obtient par la prière. Il est défini comme "qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause" et "qui est d'une sécurité douteuse".

La définition qui est reconnue et régulièrement citée à travers la littérature est celle du père Wresinski dans le rapport Grande pauvreté et précarité économique et social de 1987. "*La précarité est le défaut d'accès à un ou plusieurs des dispositifs qui permettent 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 importante, avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger ou devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible*" (Wresinski, 1987).

Le concept récent de précarité est révélateur des enjeux de société, d'économie et de politiques. Maryse Bresson dans son livre *Sociologie de la précarité* insiste sur le fait que la précarité fait écho à l'histoire de la sociologie qui s'intéresse « *aux transformations économiques et sociales qui accompagnent la révolution industrielle* » (Bresson, nd). En effet, dans la deuxième moitié du XXe siècle les évolutions sociales se déploient, en 1950 le terme utilisé est "individus asociaux", dans les années 60, on parle "d'inadaptation", puis en 1970 la précarité n'est plus seulement décrite, on voit naître des actions politiques à travers la loi de 1975 mettant en place un dispositif de gestion pour le handicap avec l'AAH. Fin des années 70, les thèmes de nouvelle pauvreté, de précarisation et d'exclusion commencent à percer parmi plusieurs sociologues, les mots précaire et précarité se sont progressivement transformés. Dans les années 80, l'augmentation du nombre de chômeurs ainsi que le recensement croissant du nombre de décès au cours de l'hiver à montré une transformation de la société, le mot précaire et précarité se rapprochent de l'idée de pauvreté comme peut l'évoquer le rapport Oheix où la précarité est associée à la pauvreté (Oheix, 1981). Pour le père Wresinski, fondateur du mouvement ATD Quart-Monde fait le lien entre la précarité et l'insécurité (Wresinski,

1987). Cette époque correspond à la mise en place du RMI en 1988 par la loi considérant la précarité pouvant être une menace à l'origine de l'exclusion. Dans le code du travail, l'article de juillet 1900 est destiné à compenser la précarité du travail intérimaire. Le sociologue Serge Paugam a beaucoup étudié le concept de précarité, il s'intéresse à son imbrication avec la dégradation de l'emploi (Paugam, 2000). Pour lui, la précarité est un modèle social alors que pour Maryse Bresson, la précarité est une notion qui n'est pas véritablement définie. C'est-à-dire que la catégorie précaire est mal décrite et ne permet pas de désigner clairement des individus ou des groupes, elle fait le constat de la diversité des modèles théoriques. Enfin, pour le professeur en sociologie Patrick Cingolani, la précarité est une catégorie évolutive et incertaine (Cingolani, 2017), ce qui rejoint la notion d'insécurité relevée dans la définition.

Précarité, pauvreté et exclusion sont dans la littérature trois concepts décrits conjointement et pouvant se rassembler et entretenir des similitudes. Il semble alors pertinent de les définir (Besson, nd). La pauvreté est difficilement mesurable de façon satisfaisante, elle a plutôt un caractère relatif. Pour ce qui relève de la pauvreté et de la précarité, la pauvreté est considérée plutôt comme étant l'absence ou l'insuffisance de ressources et la précarité elle ne s'arrête pas à cela elle désigne en plus "une fragilité des revenus et des positions sociales" (*Pauvreté Et Précarité En Chiffres*, 2016). En somme, l'aspect social chez un individu en grande précarité apparaît indispensable à prendre en compte. L'exclusion, selon Castel Robert, sociologue et philosophe français spécialiste de sociologie du travail et des questions relatives à l'exclusion sociale, est la coupure de deux ensembles sur la base géographique ou culturelle. Pour Serge Paugam, c'est un processus qui peut conduire à des situations extrêmes et notamment la dégradation de l'emploi et l'affaiblissement des liens sociaux. Dans certaines situations, l'exclusion est la conséquence de la précarité.

Ces trois concepts sont donc très proches, ils sont considérés comme situations sociales "à problèmes" (Lenoir, 1989). Certains auteurs considèrent que ce sont des situations distinctes qui peuvent être hiérarchisées en mesurant les degrés de difficultés. Et d'autres appuyés sur le fait que la précarité, désigne le risque d'avoir sa situation sociale se dégrader, on décèle ici la notion d'instabilité dans une société qui est sans cesse en mouvement.

## 1.2 La population en grande précarité

Si on s'intéresse à l'épidémiologie de la grande précarité, selon l'organisme de statistiques, les résultats sont un peu différents et vont dépendre de la méthodologie employée. Selon les données de l'INSEE en France, 1,9 million de personnes sont en situation de grande pauvreté en 2018, parmi eux, 35% sont des enfants, 7% ont 65 ans ou plus et 24% vivent dans les DOM-TOM. On retrouve deux types de populations qui ont des revenus très faibles qui sont susceptibles d'être en situation de grande

pauvreté. Les personnes vivant en EHPAD ou dans un autre établissement sanitaire ou social et les personnes vivant en cité universitaire ou en foyer. Parmi les adultes en grande pauvreté, il est estimé qu'un tiers d'entre eux est limité dans son quotidien à cause de sa santé. Plus de 30% des adultes en situation de pauvreté sont au chômage. La grande pauvreté est un phénomène souvent durable (Blasco & Picard, n.d.). En 2020, selon des estimations, le taux de pauvreté serait stable. Il semblerait que les chômeurs et les familles monoparentales sont les plus touchés par la pauvreté monétaire. Il est à noter que 31,5% des personnes immigrées sont pauvres dont 39,2% d'entre eux sont nés en Afrique (*L'essentiel Sur... La Pauvreté*, 2021). La fondation l'Abbé Pierre, estime qu'en 2023, 4,1 millions de personnes sont concernées par le mal-logement. Et, parmi eux 330 000 serait le nombre de personnes sans domicile, il prend en considération les personnes vivant dans un hébergement généraliste, en centre d'accueil de demandeurs d'asile, à l'hôtel et dans des abris de fortune ou à la rue (*Les Chiffres Du Mal-Logement*, n.d.).

Depuis une trentaine d'années, des mutations ont amorcé les questions et phénomènes de pauvreté et précarité (*Pauvreté Et Précarité En Chiffres*, 2016). Du côté du Samu social de Paris, la population sans domicile a évolué de façon significative d'un point de vue démographique, il est fait le constat d'un rajeunissement, d'une féminisation et d'une internationalisation (Eberhard et al., 2017). Autrement dit, la composition de ces populations en situation de précarité "s'est sensiblement modifiée" et la pauvreté désormais "affecte beaucoup moins les personnes âgées, mais davantage d'isolés, souvent jeunes, et de familles monoparentales" qui sont plus en difficulté sur le marché du travail. D'autre part, on note une urbanisation de la pauvreté qui s'est transformée en une réelle problématique urbaine devenant très présente dans les centres métropolitains. De plus, l'augmentation du coût de la vie, du logement impact fortement le budget des défavorisés. Il est observé une dépendance forte aux prestations avec l'augmentation des dépenses sociales en général et des dépenses spécifiques pour remédier à la pauvreté même si celle-ci reste constante. Enfin, l'immigration est un sujet où les évolutions des profils et trajectoires migratoires sont à prendre en compte (*Pauvreté Et Précarité En Chiffres*, 2016).

La situation sanitaire des personnes précaire semble de plus en plus "préoccupante". La population est plus vulnérable, elle compte des chômeurs, personnes âgées, femmes enceintes et enfants, familles monoparentales et malades en situation de précarité, migrants, exclus sociaux, personnes vivant à la rue ou en grande précarité, personnes hébergées à l'hôtel par le Samu social, prisonnier, gens du voyage, migrants (Spira, 2017).

Il y a un lien de réciprocité entre la précarité et l'état de santé. En effet, la précarité est un déterminant de santé, un facteur qui influence directement l'état de santé. Puis, dans un autre versant, la précarité peut aussi découler d'un problème de santé, qui peut être une maladie chronique, un

handicap, ou encore un trouble psychiatrique. Elle peut être la résultante aussi d'un problème médico-social via un déficit fonctionnel ou une dépendance liée à l'âge. Le facteur socio-économique peut aussi conduire à la précarité, car l'exclusion sociale peut toucher une famille monoparentale, un migrant ou encore un chômeur.

Les individus les plus pauvres ont une espérance de vie plus courte, car ils sont plus vulnérables s'expliquant par des mauvaises conditions de vie, un comportement à risque (tabac, alcool, alimentation, sédentarité) et une qualité environnementale défavorable. Menaçant alors grandement leur santé. La mortalité et la morbidité sont plus élevées chez les plus précaires. On peut noter une augmentation significative de nombreuses pathologies, dont les maladies cardiovasculaires, les maladies métaboliques, la dépression et les problématiques d'addiction (Spira, 2017). Pour Jean Furtos, psychiatre, "la population en situation de précarité connaît des difficultés psychologiques qui ne relèvent pas des pathologies mentales classiques et pour lesquelles les personnes concernées ne demandent rien". "La précarité psychique peut aller jusqu'à l'auto-exclusion". Les symptômes décrits sont une rupture avec l'entourage et peuvent conduire à l'isolement, l'errance et l'incurie. Il y a alors des répercussions sur les besoins fondamentaux au niveau de l'hygiène et de la nourriture pouvant aller jusqu'au décès de la personne (Paillard, 2021).

En termes de prévention, la participation aux campagnes est d'autant moins efficace quand le revenu est bas, le taux de vaccination est plus faible chez les enfants issus de familles pauvres. On constate que l'accès aux soins est plus compliqué avec plus de 5 millions de personnes ne disposant pas de la totalité de leurs droits à la santé en France en 2017 (Spira, 2017).

Le mode d'accès aux soins pour les personnes en grande précarité est souvent retardé et les urgences se retrouvent à être un "service de premier recours", parfois, c'est un "premier contact avec le système de soins". La précarité et précarisation sont de véritables accélérateurs d'inégalité, au niveau de l'accès aux soins, la prise en charge, et de l'accompagnement (Aubry, 2017). Le recours au système de soins plus tardivement que la population générale se fait quand les pathologies sont plus avancées et que la situation est plus grave (Wolff, 2022), dans ce cas l'intérêt est davantage curatif que préventif (Thomas & Hazif-Thomas, 2020). Les personnes en errance ont rarement un suivi médical, on constate l'absence d'un médecin traitant et celles-ci sont souvent dépourvues de couverture sociale (Wolff, 2022).

### 1.3 Prise en soin de la personne en grande précarité

Au niveau de la politique d'établissement dans la prise en charge des personnes en situation de précarité, l'HAS met à disposition des structures hospitalières un référentiel de certification (Combe, 2020). Cette certification permet d'évaluer la précarité sociale sur les enjeux importants tels que l'accès aux soins, le développement de la prévention via la simplification des parcours de soins et les

démarches administratives. Pour l'accès aux soins, c'est questionner si l'établissement met une place une "politique de l'aller vers" est-ce que l'établissement offre un parcours de soins à la personne précaire en lien avec le territoire de santé ? En ce qui relève de la prévention, est-ce que des actions de prévention sont mises en œuvre pour renforcer la capacité du patient à agir pour sa santé ? À travers un bilan de santé, l'évaluation du statut vaccinal, la prévention des addictions et la réduction des risques. Tout en s'assurant que les conseils délivrés prennent en compte les conditions de vie réelles des patients. Quant au projet de soins, celui-ci doit être en adéquation à la situation du patient pour permettre un parcours cohérent. Il est pour ça construit de façon pluridisciplinaire avec le patient, en partenariat avec les services sociaux, répond aux conditions de vie, environnementales et sociales du patient en vue de la sortie.

Il existe plusieurs dispositifs d'accès aux soins pour les personnes en grande précarité. On peut retrouver une structure sanitaire. On retrouve principalement les PASS qui existent depuis 1998 (*Les Permanences D'accès Aux Soins De Santé (PASS) - Ministère De La Santé Et De La Prévention, 2022*). Ce sont des "services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, elles sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux". Afin de répondre aux besoins spécifiques d'une population précaire, d'autres dispositifs de soins et d'hébergement temporaires voient le jour, comme les lits halte soins santé (LHSS), les appartements de coordination thérapeutique (ACT) créés en 1990, les lits d'accueil médicalisés (LAM) créés en 2000, le dispositif "Un chez-soi d'abord" dans les années 2010 (Ligier & Mucilianu, 2021).

De plus, la création de dispositifs solidaires comme la PUMA est marquante, elle est créée en 2016 et remplace la CMU datant de 1999. Elle s'adresse à "Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie : tel est le principe de la protection universelle maladie" (*La Protection Universelle Maladie | Ameli.fr | Assuré, 2023*). L'accès à une complémentaire santé est souvent un budget conséquent et non négligeable pour les ménages. Il existe donc aussi une complémentaire santé solidaire mise en place par l'État.

Enfin, la prise en soin de la personne en grande précarité est légiférée, on peut s'appuyer notamment sur plusieurs textes de lois. La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, la circulaire n°2001/393 du 2 août 2001, d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale. Plus récemment, la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Et enfin, la loi

n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

À travers les données épidémiologiques et de santé, le sujet de la précarité relève d'un problème de santé publique complexe. C'est donc tout naturellement que l'infirmier est amené à prendre en soins la personne précaire au quotidien. La connaissance du processus de précarisation et de ses retentissements sur la santé mentale et physique permet aux infirmiers de repérer les difficultés de vie des personnes, de dégager leurs besoins et de proposer des actions adaptées en lien avec les différents acteurs des réseaux de soins (Paillard, 2021). Lors de l'entrée du patient hospitalisé, un recueil de données doit être réalisé afin d'identifier les problèmes et les risques. Par la suite, le soignant peut proposer un projet de soin personnalisé. Ce projet de soin sollicite l'expertise et l'action de d'autres professionnels, car les besoins de l'individu sont multiples et demandent un travail d'équipe coordonné. Ainsi, dans le CSP Art R. 4311-1 rappel que les infirmiers et infirmières : "exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif". Et ajoute aussi que les soins infirmiers doivent tenir "compte de la personnalité" de la personne soignée "dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle". En somme, le rôle IDE est la coordination des soins, travailler en interprofessionnalité afin d'organiser et de coordonner des interventions soignantes. Cela fait partie de la compétence 9 du référentiel de compétences infirmiers, on retrouve ainsi plusieurs actions à la portée de l'infirmier :

- ❖ identification des acteurs intervenant auprès des personnes;
- ❖ organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités;
- ❖ veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences, choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité;
- ❖ coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile;
- ❖ coopérer au sein de l'équipe pluri professionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale;
- ❖ coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins;
- ❖ instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes;
- ❖ organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur du libéral.

Toutes ces actions démontrent la diversité des missions de l'infirmier dans la prise en soin d'un patient et constituent notamment dans un contexte de précarité des compétences indispensables garantir la continuité, la sécurité et la qualité des soins.

## 2. L'alliance thérapeutique

Il s'agit d'expliciter le concept d'alliance thérapeutique ainsi que définir la collaboration soignant soigné et de l'inclure dans un processus dynamique.

### 2.1 Définition

Le développement du concept d'alliance thérapeutique débute avec Freud et le courant de la psychanalyse (Mateo, 2012 & Phaneuf, 2016). Freud considère que la collaboration entre praticien et patient est nécessaire et se pose la question comme d'autres auteurs de la distinction entre transfert et alliance thérapeutique (Bachelart, 2012). En effet, l'alliance thérapeutique serait un "investissement narcissique" et créer une alliance thérapeutique de qualité est apparenté pour le praticien comme étant curative. Alors que pour Bordin (1979), l'alliance thérapeutique ne serait pas curative, mais plutôt un levier sur lequel le patient peut s'appuyer pour adhérer au soin et favoriser son observance thérapeutique. Cette notion s'élargit vers une collaboration entre le patient et l'analyste et donne lieu à un dépassement des "phénomènes de résistance" que le patient peut exprimer lors de la prise en soin. Avec le développement de la recherche en psychothérapie et en psychanalyse, la collaboration est reconnue comme positive pour le patient (Monié, 2018). Le psychologue humaniste Carl Rogers explique que la mise en place de l'alliance thérapeutique peut être transposée et s'adapter aux soins infirmiers psychiatriques, en addictologie ainsi que dans les soins somatiques.

Dans le dictionnaire, alliance provient du mot latin alligare, "attacher à", "mettre avec", et provenant qui décline du mot allier, elle est définie comme étant "un accord" (*Dictionnaire De Français Larousse*, n.d.). Le mot thérapeutique du grec therapeuein, "qui prend soin de" et donc qui est "l'art de prendre soin" (*Dictionnaire De Français Larousse*, n.d.).

L'alliance thérapeutique est la collaboration entre le patient et le soignant (Mateo, 2012). Pour Benoît Monié, l'alliance à la notion d'union à travers un engagement mutuel (Monié, 2018). C'est la rencontre de deux personnes qui travaillent ensemble pour résoudre des problèmes. Création d'une relation de confiance entre l'infirmier et son patient, dans cette relation, ils se mettent d'accord afin de travailler ensemble à s'engager dans un processus de changement et de progression vers un état de mieux-être. Au Québec, l'université de Sherbrooke dans la formation des étudiants en sciences infirmières fait mention de l'alliance thérapeutique dans son texte qui note "Qu'au terme de ce programme, l'étudiante ou l'étudiant sera en mesure d'agir avec compétence dans les situations professionnelles suivantes : en établissant et en préservant l'alliance thérapeutique dans le respect de la dignité humaine, de l'unicité, du potentiel et de la culture des personnes, et ce, dans des situations qui représentent un défi sur le plan relationnel" (*Baccalauréat En Sciences Infirmières - Programmes Et Admission*, n.d.).

On distingue quatre aspects fondateurs à l'alliance thérapeutique. La négociation qui permet de s'accorder sur le cadre. La mutualisation dans le but de se coordonner (Roten, 2000). La confiance, c'est s'abandonner et se fier à l'autre. Puis l'acceptation plus ou moins implicite pour le soignant d'influencer et de se laisser influencer pour le patient (Beitman et Klerman, 1991). L'intérêt de l'alliance thérapeutique est d'avoir un accord commun mutuel plus ou moins explicite entre les deux protagonistes. Le cadre de soin est professionnel et tend à une prise en charge qui recherche un rétablissement vers un mieux-être pour le patient (Bachelart, 2012). Le requis soignant pour y parvenir est la force motivationnelle et soutien du soignant (Phaneuf, 2016). L'alliance thérapeutique est un "leitmotiv de nos organisations de soin" où l'on parle d'approche centrée sur le patient. (Phaneuf, 2016). La collaboration apparaît dans un contexte de prise en soins particulier, la personne peut avoir une force affaiblie par la maladie et la volonté de se rétablir peut faiblir. On constate une difficulté de se tirer vers haut, avec la douleur, les addictions et une difficulté à y parvenir seul (Phaneuf, 2016). Le but est alors de faire prendre conscience au patient de ses propres capacités d'action et d'éveiller en lui sa volonté de prendre part à son évolution vers un mieux-être. Enfin, de permettre aux patients de devenir responsable de leur propre transformation. En finalité, l'autonomie du patient est recherchée (Peze et al., 2015).

## 2.2 La collaboration soignant-soigné

La relation soignant soigné est à la base de l'alliance thérapeutique et la qualité de cette relation est indispensable (Phaneuf, 2016). Celle-ci possède de multiples facettes, elle met en jeu une relation qui se veut accueillante, une relation fonctionnelle de qualité qui permet de répondre aux besoins, une relation de confiance qui encourage le patient à se confier et enfin, la chaleur de la relation d'aide. Le psychologue humaniste américain Carl Rogers explique qu'il "entend par ce terme des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie".

Cette collaboration et partenariat entrent soignant et le patient est un pilier qui recherche à atteindre des objectifs de soins qui sont conjointement fixés et négociés au préalable. C'est une alliance de travail dans une relation de confiance. Dans cette relation, le soignant ne fait pas pour le patient, mais avec lui et celle-ci peut potentiellement être élargie à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Le lien qui se crée est un lien qui peut être de nature affective, prendre de la distance se révèle important pour rester le plus objectif possible même si une part de subjectivité subsiste, car la relation reste humaine (*L'alliance Thérapeutique Patient-Soignant*, 2014).



Pour exister l'alliance thérapeutique ne peut se faire qu'avec le consentement du patient. Car celle-ci implique une co-construction du projet de soin. Le consentement passe par l'information (*L'alliance Thérapeutique Patient-Soignant*, 2014). Le patient doit être correctement informé, il est capable d'exprimer son rôle et le rôle du soignant dans sa prise en soin. C'est le dynamisme de la relation qui est fondateur de l'alliance thérapeutique (Phaneuf, 2016). La nature de la relation est susceptible de changer aux cours du temps (Valot & Lalau, 2020).

L'alliance thérapeutique peut s'appuyer sur des outils et prendre différentes formes. On peut citer l'art-thérapie, l'éducation thérapeutique, les soins de supports, équithérapie, etc. Cette diversité d'outils peut être proposée aux patients dans le but de faciliter l'alliance thérapeutique. Le soignant peut alors se saisir de cette richesse, se former ou développer son réseau d'acteurs et proposer aux patients de participer à un programme ou des ateliers thérapeutiques.

### 2.3 Un processus dynamique

Si on devait théoriquement décrire le processus dynamique de l'alliance thérapeutique. Dans un premier temps, la relation d'aide, l'empathie, l'écoute, le non-jugement, la considération positive par le soignant se mettent en place. Dans un second temps, l'acceptation par le patient de s'engager dans une relation et une participation active se fait. Puis, dans un troisième temps, la collaboration établie permet alors de favoriser la motivation et l'implication du patient dans son propre projet de soin. Enfin, dans un quatrième temps, parce que le patient se sent en confiance dans son accompagnement, les objectifs permettent l'amélioration de son état de santé (Phaneuf, 2016).

L'alliance thérapeutique s'inscrit dans une dynamique de changement, et le patient s'inscrit au cours de son parcours dans différents stades de changement. Pour illustrer cela, il existe le modèle théorique développé par Prochaska et Di Clemente sur les changements comportementaux (Annexe I). Ce modèle décrit des étapes précises dans un cycle de changement. Ainsi, pour accompagner un patient, il est nécessaire d'interroger son désir de changement et de tenir compte du stade dans lequel il se situe afin d'adapter sa prise en soin.

Pour résumer, appréhender ce qu'est l'alliance thérapeutique permet de déceler de quoi est faite son essence : un partenariat basé sur la confiance, la volonté de changement ou encore sur le recueil du consentement du patient.

Après avoir touché du doigt la complexité de la grande précarité, il est pertinent de se demander si la situation de grande précarité d'un patient peut avoir un impact significatif sur la mise en place de l'alliance thérapeutique par l'IDE ?

### 3. Sur le terrain : la grande précarité bousculant l'alliance thérapeutique

À travers la littérature, j'ai pu découvrir que la grande précarité a un impact sur l'accès au soin qui est très souvent questionnée alors que son impact sur l'alliance thérapeutique n'est pas clairement recherché. Les études portent sur la prise en soin de certaines catégories précaires telles que les personnes sans domicile, les migrants ou encore les mères de famille seule. Après avoir identifié les éléments qui sont fondamentaux de l'alliance thérapeutique j'ai pu les confronter et les retrouver dans la prise en soin des personnes en situation de grande précarité.

Il s'agit de s'intéresser principalement aux éléments qui sont à la portée de l'infirmier, d'identifier les représentations des soignants, d'exprimer la double vulnérabilité du patient et de détailler la dynamique relationnelle qui peut s'exercer.

#### 3.1 Représentation du patient en grande précarité

Dans de nombreux articles, on retrouve une forte stigmatisation du patient. (Aubry, 2017 & Thomas & Hazif-Thomas, 2020). Le patient peut se sentir stigmatisé et vivre une forme de "ségrégation" de la part du personnel soignant entendons comme argument de fond qu'ils "coûtent cher", qui "ne rapportent pas" à l'établissement et "qui prennent la place de personnes qui ont véritablement besoin de l'hôpital dans sa fonction sanitaire" (Aubry, 2017).

La prise en soin du patient et son acceptation par l'équipe peut-être compliquée, l'image que le patient peut parfois renvoyer est un manque d'hygiène total : patient en incurie, avec une forte odeur, ou un comportement qui dénote à travers une coopération difficile : pas de compliance aux traitements, refus parfois de prise en soin et prise de toxique tabac ou alcool (Marin & Farota Romejko, 2016). Le patient peut alors avoir le sentiment d'être réduit à une catégorie marginale, d'assisté ce qui peut altérer son identité et être humiliant (Parizot, 2003).

Les valeurs soignantes peuvent être mises à mal. Les représentations de certains professionnels parfois péjoratives sur les migrants peuvent aussi affecter les soignants. Un médecin de la PASS témoigne : "j'ai déjà entendu des réflexions : "Oui, bah, il vient se faire soigner ici, ça lui coûte moins cher que chez lui" ". Ces réflexions n'encouragent pas le travail du soignant (Sampers et al., 2022). On peut parler d'un déchirement entre l'éthique (conscience et valeur) et les normes (accès aux droits) qui peut pousser le soignant à se sentir impuissant. La volonté du soignant peut être affaiblie entravant la relation d'aide avec son patient.

Dans les recommandations des bonnes pratiques de l'HAS (Ligier & Mucilianu, 2021), s'intéressant aux personnes sans domicile, le dossier fait part d'un sentiment de honte, de peur d'être rejeté et dénonce une mise en confiance peu évidente. Le patient peut se sentir jugé dans la relation via le manque de compréhension et d'empathie que certains soignants peuvent avoir pour leur

situation de sans-abrisme. De plus, la différence de statut social peut affecter la perception du patient, les nombreux conseils donnés par l'infirmier peuvent sonner et être vécus comme des jugements. La relation soignant soigné peut occuper une position asymétrique et le patient peut ressentir un poids hiérarchique. Dans certains cas, le patient peut avoir le sentiment de ne pas être le bienvenue au sein du service entraînant une impression d'être ignoré, discriminé. Dans le dossier de l'HAS, l'attitude négative des médecins est dénoncée vis-à-vis des patients sans domicile (Ligier & Mucilianu, 2021). La conscience de l'existence d'un traumatisme chez le patient n'est pas forcément questionnée alors qu'il y a des soins qui peuvent être invasifs et amener le professionnel à brusquer le patient avec des gestes qui d'apparence ne le sont pas. Dans le cas où le patient ne serait pas bien informé du déroulé du soin et de son intérêt, cela peut conduire à altérer la relation soignant-soigné.

### 3.2 La double vulnérabilité du patient en grande précarité

Afin de préserver l'image de soi, certains patients cherchent à éviter les lieux où ils ont pu vivre un mauvais accueil, une humiliation, ressentir du non-respect ou une domination du milieu médical. Il y a, l'exemple d'une mère qui ne consulte pas de spécialistes, car elle a honte d'avoir à demander s'ils acceptent la CMU. D'autres, via le discours d'assistanat, se retrouvent à consulter le médecin qu'en dernier recours et s'en montre fière (Desprès, 2018). Le sentiment de honte qui peut habiter le patient précaire est souvent décrit, celui-ci peut se sentir responsable de sa condition et peut chercher à éviter le milieu de la santé.

Tout comme la maladie, la toxicomanie ou encore la douleur, la précarité est source de tension, elle peut diminuer la volonté et la force motivationnelle du patient (Phaneuf, 2016). Or, la force motivationnelle concourt à favoriser l'alliance thérapeutique.

Pour aller plus loin, la mobilisation des compétences psychosociales chez les patients en grande précarité n'est pas aisée. Selon le focus santé de juin 2016 l'utilisation des compétences psychosociales "permet de développer le pouvoir d'agir des personnes, ce qui leur permet d'influencer positivement les facteurs déterminant la santé". L'OMS définit le concept de compétence psychosociale en 1993 tels que : "capacité d'une personne de répondre avec efficacité aux exigences et aux preuves de la vie quotidienne", et "c'est la capacité d'une personne de maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement" (Lamboy, n.d). Dans le dossier des recommandations de l'HAS, les auteurs soulignent que les compétences psychosociales dans des "contextes défavorisés sont peu propices au développement de ces compétences". Dans une situation de migration par exemple, la mobilisation des compétences psychosociales apparaît compliquée à cause de la perte du "statut social", des difficultés de communication avec l'accessibilité d'une langue qui n'est pas la sienne, une méconnaissance du fonctionnement du système de santé. De plus, les

“discriminations sociales” avec l'exclusion, le racisme et la stigmatisation peuvent conduire à la propre “déévaluation” d'elle-même.

Ainsi, la double vulnérabilité du patient liée à la pathologie et à la situation de précarité ne semble pas toujours évidente et consciente pour le soignant. Cette omission semble avoir un impact sur la qualité de la relation soignant-soigné qui est cruciale dans le déroulement de l'alliance thérapeutique.

### 3.3 La Relation avec un patient en grande précarité

Dans la relation soignant-soigné, la communication est un outil pour l'alliance thérapeutique. L'accès à l'information dans certaines situations est compliqué, ne facilitant pas la relation et l'objectif qui est de rendre le patient acteur dans sa prise en soin. Dans certaines situations, la barrière de la langue est une réelle difficulté et peut conduire à des incompréhensions. L'absence d'interprètes peut entraver la compréhension de l'autre, la mise en place d'une relation de confiance et conduire à une prise en charge superficielle (Thomas & Hazif-Thomas, 2020). Dans l'article accompagner et soigner les migrants, à défaut d'avoir des interprètes les soignants peuvent avoir “recours à des systèmes de débrouille”, ce sont des gestes, des traducteurs en ligne, des bribes de mots dans plusieurs langues différentes (Sampers et al., 2022). Seulement, très souvent, l'interprète n'est pas un professionnel, il peut être un proche ou une personne du même pays qui ne sont pas formés à la traduction ni aux vocabulaires médicaux. Le risque est d'avoir une perte d'information. La difficulté pour récolter le consentement du patient, s'assurer qu'il est bien compris n'aide pas à mener avec lui un projet de soin. L'alliance thérapeutique qui s'appuie sur le consentement du patient est alors dans ce cas compromis et fragile.

On note un impact de la grande précarité sur la relation fonctionnelle, les professionnels peuvent se retrouver en manque de connaissances sur une pathologie particulière et rarement rencontrée (Sampers et al., 2022). L'exemple des psycho-traumatismes relevé par l'article, accompagner et soigner les migrants, montre que ce sont des troubles dont peut souffrir le patient migrant. Ces troubles “sont mal connus des professionnels de santé par manque de formation”. La souffrance psychique n'est pas automatiquement questionnée pendant un entretien et cela peut mettre sous silence des maux qui permettraient de comprendre le patient. De plus, dans l'article intitulé fin de vie et précarité, l'auteur Régis Aubry, évoque la nécessité de former les étudiants et les professionnels de santé “à la réalité de la précarité, à la spécificité des situations et à la prise en charge de ces personnes vulnérables”. Discutant de la “méconnaissance de la vie sociale de la personne soignée” lors d'une prise en soin et de la “méconnaissances des dispositifs et ressources du champ social”.

La relation soignant-soigné base de l'alliance thérapeutique faite intervenir toute une équipe. Dans la prise en soin de patient en grande précarité, le concept "d'inter-acculturation" entre professionnels ne semble pas toujours évident (Aubry, 2017). L'existence d'une pluralité d'acteurs institutionnels complexifie la prise en charge et demande à l'infirmier des compétences en coordination ou de savoir repérer sur quels acteurs il peut s'appuyer (Parizot, 2003). La connaissance du champ d'action de chacun n'est pas connue de tous. Cela est problématique pour la collaboration et donc la mise en place de l'alliance thérapeutique. La communication, la coopération et la coordination ne semblent pas aisées alors qu'ils participent grandement à l'alliance thérapeutique.

Enfin, le maintien de la relation avec le milieu de la santé est parfois fragile. Le dysfonctionnement au niveau de la continuité des soins peut mettre en péril l'alliance thérapeutique. On note dans une étude canadienne la non-organisation des sorties d'hospitalisation, ce qui conduit à la rupture des soins (Ligier & Mucilianu, 2021). La collaboration s'arrête à la fin de l'hospitalisation alors qu'à la sortie du séjour hospitalier, le patient précaire peut nécessiter un suivi et un accompagnement pour l'aider à vivre avec sa pathologie et prévenir les risques de rechutes.

Pour résumer, dans mes lectures, j'ai pu découvrir que la précarité était capable de bousculer l'alliance thérapeutique. Ce phénomène se traduit par des valeurs soignantes troublées par des représentations de la population en grande précarité, la double vulnérabilité du patient précaire qui n'est pas toujours conscientisé par le soignant et enfin un retentissement conséquent sur la dynamique relationnelle soignant-soigné au cours de la prise en soin.

Après avoir pris conscience de cet impact à travers la littérature, il est intéressant de se questionner sur comment cette thématique, peut-elle être perçue sur le terrain ?

## Dispositif méthodologique du recueil de données

### 1. Objectifs du guide d'entretien

Mon guide d'entretien a pour objectif d'étayer et de révéler différentes notions qui pourraient répondre à ma question de départ. Le choix de réaliser des entretiens semi-directifs permet de récolter des témoignages qui ne sont pas fermés et qui sont pertinents sur ma thématique de la précarité.

L'élaboration du guide d'entretien s'est basée sur la construction de mon cadre théorique et sur des notions qui me semblaient importantes à développer dans la mise en place de l'alliance thérapeutique. Pour mes deux entretiens, je me suis appuyée sur 5 questions principales (Annexe II). J'ai pris le parti de poser peu de questions pour laisser le temps au professionnel d'y répondre librement. Des questions de relance ou des reformulations ont également été préparées afin d'être capable de rebondir et de relancer la discussion.

Finalement, cette méthodologie quantitative a contribué à un recueil de données complet et intéressant dans le cadre de ce travail de recherche et participe à la formulation d'une réponse à ma question de départ.

### 2. Population interviewée

Au cours de mes recherches sur la thématique de la précarité, j'ai découvert les différents pôles d'activité du réseau Louis Guilloux. Au vu des nombreuses activités du réseau, par rapport aux missions et au rôle infirmier, j'ai choisi de cibler l'équipe mobile en santé précarité et le pôle des ACT. J'ai alors contacté par mail l'association pour avoir plus de renseignements et leur proposer d'interviewer deux professionnels dans les deux pôles d'activité qui m'intéressaient. Les deux infirmières interrogées ont toutes les deux une expérience et des connaissances dans la prise en soin de patient en grande précarité. Leur expertise est au cœur de ma thématique et c'est donc pour moi une chance pour répondre à ma question de départ.

### 3. Organisation des entretiens

Les entretiens (Annexe III) se sont déroulés sur le lieu d'exercice des deux professionnelles. Ce sont deux IDE travaillant auprès de personnes en situation de grande précarité, la population étudiée dans ce travail, l'une aux appartements de coordination thérapeutique et la seconde dans l'équipe mobile santé précarité. Elles sont nommées respectivement dans ce travail IDE 1 et IDE 2. La durée des deux entretiens est en moyenne de 40 min chacun. Après validation de chaque infirmière, j'ai pu enregistrer les entretiens avec un dictaphone à l'aide de mon téléphone. Avant chaque entretien, les

modalités de son déroulement ont été présentées : durée de l'entretien, nombre de questions, enregistrement sur leur accord, liberté dans les réponses, disponibilité pour répondre à des questions et anonymisations pour la retranscription.

#### 4. Bilan du dispositif

Pour faire un bilan de la méthodologie et du déroulé de mes entretiens, des points forts, des difficultés et des limites peuvent être mis en lumière. Les points forts se retrouvent dans la disponibilité des professionnelles interrogées. En effet, après l'avoir contacté, l'IDE 1 s'est rapidement positionnée pour proposer un entretien et elle a aussi été facilitatrice dans ma rencontre avec l'IDE 2. Je me suis senti accueilli, favorisant ainsi un cadre serein et un sentiment de confiance. De plus, les deux professionnels ont montré une expertise de par leur expérience du milieu de la grande précarité, amenant pour le coup une plus-value à mon travail de recherche. L'entretien a été fluide et à respecter le temps prévu.

Concernant les difficultés rencontrées, le suivi de mon guide d'entretien n'a pas été rigoureux, car au cours des entretiens, les infirmières répondaient à certaines de mes questions avant même qu'elles soient posées. Pour les limites, interroger des professionnels qui sont déjà dans le milieu de la précarité de par leur expertise, on peut se demander si l'alliance thérapeutique est plus facilement réalisable ? Est-ce que l'impact de la grande précarité sur l'alliance thérapeutique pourra être mis en évidence au cours de ces entretiens ? Il aurait été intéressant de croiser le regard de professionnels hospitaliers qui ne sont pas toujours experts dans cette thématique.

De plus, il est vrai qu'à aucun moment, j'évoque l'alliance thérapeutique au cours de mes entretiens. J'ai fait le choix que le concept puisse émerger des professionnelles que j'interroge. Toutefois, si on se réfère au cadre théorique, la définition de l'alliance thérapeutique peut se retrouver dans les entretiens, cela demande une analyse rigoureuse et de confronter la définition du concept et ses grandes notions avec les informations délivrées au cours des entretiens.

## Analyse descriptive des entretiens

L'étude du contenu des entretiens apparaît sous l'angle de 5 objectifs qui sont détaillés dans des tableaux d'analyse (Annexe IV) :

- ❖ Objectif 1 : décrire la population en situation de précarité, mettre en évidence ce que peut-être une situation de grande précarité.
- ❖ Objectif 2 : mettre en évidence les visées de la prise en soin infirmier chez des patients en situation de précarité.
- ❖ Objectif 3 : identifier les rôles et les attitudes soignantes dans la prise en soin des patients en situation de précarité.
- ❖ Objectifs 4 : identifier les ressources dans la prise en soin des patients en situation de précarité.
- ❖ Objectif 5 : identifier les difficultés dans la prise en soin des patients en situation de précarité.

### 1. Description de la population

Concernant la population prise en soin, dans les deux entretiens, on retrouve une diversité de situations avec un profil de population hétérogène, un contexte de vie complexe ainsi qu'un lieu de vie souvent précaire.

Pour décrire la population brièvement, ce sont des personnes plutôt isolées, femme seule avec ou sans enfants, homme français seul. Il est fait la distinction d'une population étrangère qui peut être allophone. Le contexte de vie est décrit comme difficile, par exemple, il y a des personnes "qui viennent d'arriver sur le territoire" et qui ont suivi un "parcours migratoire", certains ont vécu de la "maltraitance" et des "traumatismes", ce sont des personnes qui ont des revenus modestes, d'autres vivaient dans des situations très précaires comme un monsieur SDF depuis 20 ans. Le lieu de vie apparaît très précaire, il est souvent ressorti lors des entretiens la description de prise en charge telle que des femmes enceintes à la rue dormant en tente ou dans une voiture, des personnes vivant dans des squats, des hébergements d'urgence proposés par le 115 ou dans des foyers. Ce sont des logements qui ne sont pas durables, manquant de confort et dans lesquels les gestes de la vie quotidienne sont difficiles à réaliser. Il apparaît aussi la difficulté de se déplacer vers les lieux de soins, complexifiant dans ce sens l'accès aux soins ainsi que les démarches administratives.

De plus, les deux IDE expliquent que les domaines médical et social sont très souvent imbriqués, les pathologies sont diverses, l'accès au service sanitaire semble défaillant et les droits de santé et statut social sont généralement fragiles.



En termes de pathologies d'abord, chez les personnes en situation de précarité, on retrouve en particulier des pathologies chroniques telles que le diabète. Il y a des pathologies psychiatriques, des pathologies d'addiction et des psychotraumatismes. L'IDE 2 déclare qu'elle peut aussi avoir des soins relevant de la traumatologie ou de l'orthopédie. Des maladies rares peuvent être aussi découvertes et prises en soin. C'est une population qui est impactée par des maladies infectieuses et touchée donc par des problématiques de contamination. Ce sont des "situations médicales, hyper lourdes" déclare IDE 1, certains patients sont atteints de cancer, d'autres ont besoin de dialyse ou d'être greffé. La prise en soin montre ainsi une polyvalence en termes de pathologies. Relativement, en lien avec le milieu médical, ce sont des personnes décrites par les deux IDE comme "très éloignées du soin", qui n'ont pas de suivi médical, il n'y a souvent pas de "maillage professionnel" reconnaît l'IDE 1. Et enfin, au sujet des droits de santé et du statut social, certains patients n'ont plus ou pas de protection de santé, "pas de titre de séjour", ou ils ont plutôt une "autorisation provisoire de séjour", ce sont souvent des demandeurs d'asile et donc "ils sont en situation irrégulière" ce qui signifie qu'ils n'ont pas d'autorisation pour circuler librement au sein du territoire français. Les personnes qui n'ont pas d'adresse fixe où officielle ne peuvent pas avoir accès au versement d'aide de la CAF. Ainsi, à travers les paroles des deux professionnelles, la santé et le social sont à l'origine de la précarisation de la personne.

## 2. Visées de la prise en soin infirmier

Le lien avec le milieu de la santé semble timide pour les personnes en grande précarité, l'accès à la santé, à la santé mentale est un droit "même quand tu es très précaire". Au départ, "c'est la rencontre avec la médecine spécialisée" déclare l'IDE 1. Les visées de la prise en soin des deux infirmières chez des patients en situation de précarité se répartissent en 3 parties : la place centrale qui est celle du patient, ses besoins et la confiance.

Leur prise en soin vise avant tout à mettre le patient au centre du soin de manière globale et personnalisée : "la personne, elle, est au cœur de notre accompagnement" déclare l'IDE 2. Ici, le professionnel cherche à rendre acteur le patient. Pour cela l'autonomisation est une notion clé dans l'accompagnement. D'après l'IDE 1, l'acquisition d'autonomie permet aux patients de "sortir du service en étant les plus sereins possibles". Elle se fait de façon progressive avec un accompagnement, un apprentissage, une montée en compétences, l'IDE 2 confirme que c'est d'abord "faire avec elles et ensuite de leur apprendre à faire seuls". L'accompagnement apparaît comme important tout en ayant en tête qu'il ne faut pas se substituer à la personne. Pour l'IDE 1, l'autonomisation est mise en évidence quand le patient se questionne, lorsqu'il s'interroge à propos de son changement de traitement, quand il sait "repérer s'il y a des signes particuliers" par rapport à sa pathologie et quand il a compris ce qu'il s'est dit leur de sa consultation médicale par exemple.

La prise en soin vise à identifier les besoins du patient, c'est-à-dire l'IDE travail en fonction des besoins exprimés par le patient : "C'est vraiment prendre la personne, ses besoins et ses envies en priorité" avoue l'IDE 2. Elle respecte les choix du patient, sa volonté de se soigner ou non : "on ne peut pas forcer les gens non plus, on ne va pas les harceler" ajoute l'IDE 2. Ne pas imposer ses propres envies, mais plutôt être dans la compréhension de l'autre, mener l'enquête, accompagner le patient à faire émerger ses besoins. Parfois, " il faut aussi savoir se mettre en retrait" conclut l'IDE 2 et écouter la temporalité du patient et ses besoins à l'instant donné.

Les IDE évoquent l'importance de créer une relation de confiance. Cette relation de confiance peut être évidente et facile, mais dans certaines situations elle peut être compliquée. Il est à noter que ce lien de confiance peut aussi dépendre de la personne et il faut accepter qu'il puisse plus facilement s'établir avec une autre collègue selon l'IDE 1. Pour cela, l'infirmier souhaite instaurer un environnement sécurisant le but, "c'est de créer un climat rassurant pour les gens" exprime l'IDE 1. L'IDE se rend disponible, s'assure que le patient est bien au fait "elle sait qu'elle peut nous contacter" confie l'IDE 2 et garantit le secret professionnel à son patient. Pour le positionnement, le soignant doit savoir garder ses distances et rester professionnel. Toutefois, l'IDE 2 décrit que c'est une relation particulière et parle de proximité avec le patient dont le lien est "proche", elle intervient à " un moment de leur vie ou vraiment ça ne va pas". Pour l'IDE 2, en tant que professionnel de santé "se soucier vraiment" reste indispensable pour le prendre soin.

### 3. Rôles et attitudes soignantes

Les rôles et les attitudes du soignant dans la prise en soin de patient en situation de précarité sont bien expliqués dans les deux entretiens. Plusieurs éléments apparaissent essentiels, le rôle d'accompagnement, le rôle organisationnel, le rôle de réflexion professionnelle et le rôle dans la relation.

Pour le rôle d'accompagnement, ses buts sont concrètement pour les deux IDE interrogées, de rencontrer le patient, d'amener le patient vers le droit commun, mettre en place un suivi, réaliser les soins infirmiers, faire de l'éducation thérapeutique et mettre en place un étayage pour le patient.

La rencontre avec le patient apparaît importante, l'infirmier se déplace et va à la rencontre du patient "dans les structures où sont hébergées les personnes précaires" exprime l'IDE 2. La première rencontre permet de faire une évaluation de l'état général du patient. Les rencontres peuvent aussi se dérouler soit au sein de l'association soit au lieu de vie en fonction du patient. Par ailleurs, l'infirmier a un rôle de passerelle afin d'amener le patient vers le droit commun, c'est-à-dire "ramener les gens vers le soin" explique l'IDE 2, en leur permettant un accès à des soins. Le soignant s'implique dans l'orientation de patient vers un médecin généraliste en ville ou vers des infirmiers libéraux. Il met en

place un suivi pour un accompagnement au plus près du patient, c'est : "accompagner les gens en consultation médicale, à leur rendez-vous" déclare l'IDE 1. Le soignant à une place essentielle, il peut être amené à enclencher un "suivi grossesse", L'IDE 2 confie avoir "mis en place le suivi à l'hôpital sud" pour une patiente. Le professionnel garde un lien étroit avec le patient et mène une veille continue. Le soignant réalise des soins infirmiers tels que des soins de pansement, des soins de nursing ou encore le suivi diabète. La prévention fait aussi partie de son champ d'intervention, elle semble être une part importante dans sa prise en soin. Il peut être contacté pour faire des interventions auprès des patients en précarité ou des professionnelles qui interagissent avec une population en situation de précarité. Ils sont sollicités pour faire de la sensibilisation, car pour l'IDE 2, ils ont une "mission aussi de prévention et promotion de la santé". Cela passe par exemple avec la mise à jour vaccinale. De plus, les deux professionnelles interrogées, l'éducation thérapeutique fait partie de l'accompagnement du patient "on a monté un programme il y a deux ans" déclare l'IDE 1 pour qui l'ETP fait aussi partie de sa mission. Pour les deux IDE, l'accompagnement du patient se fait avec un étayage pour aider le patient précaire, l'IDE 1 explique que sur le moment de la prise en charge "on est là, beaucoup au début" et "on se retire petit à petit".

Pour les deux professionnelles, le rôle organisationnel se révèle crucial et les missions telles que la coordination, l'administratif, la planification et la logistique sont indispensables.

Pour ce qui relève de la coordination, celle-ci semble prendre une part centrale dans la prise en charge du patient. C'est un travail de coordination avec les acteurs du médicale et paramédicale, mais pas seulement. En effet, le social est inévitablement à prendre en compte dans la coordination. Cela nécessite d'avoir des compétences en gestion de coordination et une connaissance du réseau et des rôles de chacun. L'administratif semble également prendre une part importante, c'est un support qui permet de poser un cadre. L'IDE 2 explique qu'il existe un "livret d'accueil aux personnes" et en principe le soignant quand cela est possible fait "signer un contrat d'accompagnement". Enfin, concernant la planification et la logistique, le soignant est chargé d'organiser les rendez-vous par exemple, car le patient est souvent suivi par plusieurs professionnels et à beaucoup contraintes, il s'agit de savoir organiser un suivi médico-social en prenant en compte tous les impératifs que peut avoir le patient.

Au cours des entretiens, le rôle de réflexion professionnelle prend sens et s'articule par la recherche de la compréhension du patient, s'interroger, interroger et observer le patient et enfin réaliser une évaluation de ses besoins.

Pour commencer, la recherche de la compréhension et de niveau d'information du patient se fait en questionnant la cohérence interne de ce dernier, c'est "s'assurer que les gens aient bien compris leur rendez-vous" déclare l'IDE 1, "tu revérifies" et selon sa compréhension "on va réexpliquer" et faire un "apport de connaissances". D'autre part, s'interroger, interroger et observer le patient sur "est ce

que la personne, elle, a de quoi manger ? Est-ce qu'elle a un hébergement ? ”, “savoir dans quelles conditions réelles elle vit” et “savoir si les gens ont des droits de santé” confie IDE 2. Ce sont des questions qui font partie de leur devoir en tant qu'IDE. Et le fait d’“ouvrir aussi un peu ses œillères” et d’“oser demander” cela facilite la tâche insiste l'IDE 1. Enfin, l'évaluation des besoins est primordiale dans la prise en soin, c'est une base solide pour accompagner le patient. Cette évaluation amène à mieux connaître le patient, à mettre en place un étayage médical ou social et devient pertinente pour savoir quels acteurs dans la prise en soin peuvent intervenir.

Le rôle relationnel et l'attitude du soignant peuvent être soulignés dans les deux entretiens, le soutien, l'adaptabilité, l'évolution des représentations, le travail en équipe et la communication non-verbale sont mis en avant.

La notion de soutien apparaît importante, l'IDE 1 parle de “venir en soutien”. Le rôle de l'IDE est alors de s'investir dans la relation, l'IDE 1 témoigne que sa collègue est “hyper moteur” ce qui démontre une attitude proactive de l'infirmière à travers le “montage de projets” par exemple. Ensuite, l'adaptabilité est une attitude soignante qui se manifeste dans la prise en soin au quotidien : “un maître-mot, c'est l'adaptation” signale l'IDE 1. S'adapter à la capacité du patient pour le prendre en soin de façon personnalisé. Pour continuer, l'évolution des représentations s'avère inévitable à travers les entretiens, elle est expliquée par l'expérience des deux professionnels. L'accompagnement de personnes ayant une culture différente amène le soignant à changer sa vision en apprenant sur l'autre et son fonctionnement, ses représentations vont être bousculées et vont se transformer. D'après l'IDE 1, la pratique évolue aussi : “elle évolue aussi forcément au fil, au fil du temps, au fil des années” et elle se sent capable de poser des questions qui lui semblent importantes. Elle explique que grâce à l'expérience le soignant se sent en confiance et acquiert une maîtrise de l'entretien : “il y a des questions que je vais davantage oser poser qu'auparavant”. De plus, les IDE dévoilent que le travail en équipe est fondamental dans la prise en charge du patient. Le travail en binôme est mis en avant. Par ailleurs, la communication est la clé au sein de l'équipe. Pour l'IDE 2, le questionnement du rôle de chacun résonne foncièrement, il devient nécessaire de s'intéresser au rôle de chacun dans l'équipe pour connaître le champ d'intervention de chacun. Enfin, la communication non-verbale joue un rôle essentiel, car la barrière de la langue peut complexifier la compréhension de l'autre. L'IDE 2 confie tout de même que ce n'est “pas parce qu'on ne parle pas la même langue qu'on ne peut pas se comprendre” et cela ne dépend pas non plus du pays pour l'IDE 1 : “Ce n'est pas parce qu'on ne vient pas du même pays qu'on ne peut pas se comprendre non plus”. Cela montre une ouverture d'esprit de la part des deux soignantes qui sont capables d'utiliser d'autres outils pour communiquer à travers le visuel et des gestes par exemple “on arrive quand même à se comprendre avec les regards” signal l'IDE 2.

#### 4. Ressources

À travers nos échanges, on peut découvrir quelles sont les ressources dans la prise en soin de patients en situation de précarité. Celles-ci sont d'origine multiple, elles peuvent être de nature collective, personnelle ou encore se retrouver dans la recherche continue de développement et d'amélioration des compétences professionnelles.

D'abord, les ressources peuvent être puisées au sein même du collectif, avec l'équipe du pôle, l'équipe pluridisciplinaire ainsi que les partenaires.

Au sein de sa propre équipe, il y a beaucoup d'échanges qui sont formels comme avec la "commission d'admission" décrit l'IDE 1, mais surtout en très grande partie informelle pour l'IDE 2 : "on parle beaucoup avec nos collègues". L'IDE explique que ce sont des échanges de connaissances "questionner sur des pathologies" basées sur des compétences relationnelles de qualité "équipe très soudée, très proche". Ensuite, l'équipe pluridisciplinaire semble être une ressource, avec une diversité de professionnels décrite par les deux IDE. Par exemple, les "collègues interprètes" facilitent la communication, la recherche d'information et l'information apportée au patient qui sont indispensables pour l'accompagnement du patient. Un binôme IDE et travailleur social se distingue dans la prise en charge, c'est une ressource qui facilite la prise en charge globale, explique l'IDE 1. Les deux IDE décrivent la présence dans l'équipe de psychologue et les consultations avec un psychiatre qui sont des atouts pour le suivi et l'accompagnement en santé mentale. Tous ces acteurs apportent une richesse en facilitant la prise en soin globale du patient. Les partenariats, enfin, sont très nombreux et la connaissance du réseau par les IDE est très utile pour orienter et conseiller le patient. Les partenariats interviennent dans différents champs d'action comme le domaine du médico-sociale, scolaire, handicap ou encore de l'emploi, ils ont des rôles d'appui indispensable.

La recherche continue de développement et d'amélioration se présente comme une ressource pour une meilleure prise en soin, elle de ce fait grâce à un développement de compétences, la création de projets et l'analyse de pratique.

Même en ayant de l'expérience dans le milieu de la précarité ou en étant déjà sensibilisé, le développement de compétences avec des formations en externe ou interne sont appréciées explique l'IDE 2. Plusieurs formations principalement pour une mise à jour par exemple sont possibles : "formation sur la santé sexuelle", "sur les droits de santé", "formations spécialisées pour mieux accompagner les personnes en situation de précarité, et notamment migrantes", "formées l'année passée à l'addictologie" et "sur l'éducation thérapeutique". Ce sont des formations qui permettent de mettre en évidence les besoins à la fois de l'équipe et du patient sur une thématique d'après l'IDE 1. De plus, les IDE témoignent de la volonté de créer et de faire vivre des projets dans l'association, c'est une ressource indéniable dans la prise en soin. Ils permettent d'instaurer une dynamique

d'équipe, de permettre à l'IDE de s'engager sur des sujets d'intérêt afin de mettre en place des actions concrètes une fois les problématiques de la population identifiées. Enfin, l'analyse de pratique au sein de l'association apparaît comme être un temps d'échange et d'écoute encourageant une réflexion sur leur pratique professionnelle. Ici, elle se fait avec l'intervention d'une psychologue toutes les 6 à 8 semaines pour faire de l'analyse pratique sur des sujets concernant l'équipe ou d'une situation particulière, pour l'IDE 2, c'est "un sas en fait de décompression".

L'une des ressources personnelle évoquée par l'IDE 2 consiste à se préserver en tant qu'IDE. Cela se décline en prenant soin de soi, en prenant de la distance avec le travail "arriver à décrocher les week-ends ". Elle évoque l'idée de célébrer les petites victoires "on se raccroche aux choses qu'on arrive à faire bouger". Des mécanismes de défense du soignant peuvent être décelés comme de la banalisation : "malheureusement, on s'habitue aussi à la précarité... Je ne dirais pas que ça nous touche moins... Mais disons qu'on se protège aussi". Le fait d'être humble "il ne faut pas être, à se dire qu'on va sauver le monde et ça ce n'est pas possible, ce n'est pas vrai" permet de relativiser et de prendre de la distance avec des situations marquantes et chargées émotionnellement.

## 5. Difficultés

Au cours de la prise en soin de patients en situation de précarité des difficultés pour les deux professionnelles interrogées peuvent être pointées que ce soit du point de vue du patient, du soignant ou des deux.

Tout d'abord, de la perspective du patient, des difficultés relevées telles que psychologiques ainsi que des problèmes touchant à la qualité, l'hygiène de vie et l'environnement sont courants.

En effet, à travers leur histoire de vie certains patients ont vécu "beaucoup de souffrances" suite à des mutilations déclare l'IDE 1. Elle témoigne aussi de la perte de repères due à un bouleversement culturel décrit comme "un déchirement, un déracinement". Dans les deux entretiens il est noté des sentiments comme l'impuissance, la fatalité chez certains patients : "pas ton choix", "il n'y a plus rien à faire" ce qui peut faire écho à la notion d'incurabilité. Les IDE décrivent un état d'esprit où la santé n'est pas une priorité pour le patient qui a des préoccupations de besoins primaires comme manger ou se loger. Enfin, une tension émotionnelle face aux services de santé peut apparaître, l'IDE 1 décrit le "stress de l'accompagnement médical". L'IDE 2 évoque le patient précaire comme "plus vulnérable", "il y a une fragilité". Au niveau de la qualité, hygiène de vie, les enfants sont touchés par des problématiques de santé publique : telles que l' "exposition aux écrans, le sommeil, l'alimentation" admet l'IDE 1. La précarité d'hébergement complexifie la possibilité de s'isoler, rendant le patient d'autant plus vulnérable aux contaminations potentielles. Enfin, la charge mentale parentale est non

négligeable, l'IDE 1 parle de “gérer un ou plusieurs enfants - enfants en bas âge” dans un contexte de précarité et d'état de santé vulnérable.

Du côté soignant, les difficultés attenantes aux compétences soignantes et à l'exposition du milieu de la précarité font écho.

Concernant les compétences soignantes, le manque de connaissances sur certaines pathologies peut être déploré l'IDE 1. Certains sujets forts, émotionnellement, peuvent être appréhendés par certains soignants, l'IDE 1 avoue qu'il y a “certains qui ne vont pas forcément oser poser des questions” et que “ça peut mettre mal à l'aise” quand celle-ci évoque la réalité de l'excision. De plus, le milieu de la précarité peut paraître dur et éprouvant pour le soignant, l'IDE 2 révèle sa difficulté de “voir des enfants à la rue” et formule la métaphore suivante : “prendre un peu toute la misère comme ça de face”.

Enfin, les difficultés à la fois pour le soignant et le patient font surface dans la participation du patient, la planification, le relationnel, le domaine social, l'administratif et dans la temporalité.

D'abord, la participation des patients à l'éducation thérapeutique n'est pas toujours simple pour le patient, “on peine un peu à fidéliser les gens” affirme l'IDE 1, expliquant que leur intérêt pour les activités n'est pas forcément une priorité pour eux à certaines périodes de leur vie. Il est vrai, que la planification est chargée, les deux IDE décrivent qu'il y a “beaucoup de contraintes”, “beaucoup de rendez-vous médicaux”. L'IDE 1 confie que ce n'est pas évident, les patients doivent composer avec de “nouveaux codes sociétaux, parfois culturels, de langue, il faut que tu emmagasines tout ça du coup”. Du point de vue relationnel, des difficultés dans la communication peuvent apparaître du fait de la “barrière de la langue” pour certains patients. Par ailleurs, pour les deux professionnelles, le domaine du social et administratif, sont aussi des éléments qui mettent en difficulté à la fois le patient et le soignant dans la prise en soin. Les démarches administratives sont souvent longues, incertaines et répétitives. Elles s'accompagnent de difficultés financières. Aussi, la notion de temporalité est importante, elle met en difficulté aussi la prise en soin, l'IDE 1 évoque des “situations bloquées”. Certains patients sont en carence de droit, explique l'IDE 2, ils “doivent attendre trois mois”. La temporalité a donc un impact sur l'évolution de la prise en charge du patient en situation de grande précarité. Elle peut créer un stress, des incertitudes à la fois pour le patient et le soignant et ralentir l'émancipation de celui-ci dans sa prise en soin.

## Discussion

À travers l'analyse des entretiens, plusieurs résultats peuvent être mis en avant. Concernant la caractérisation de la population tout d'abord, les situations sont très diverses et la population est touchée par la précarité à plusieurs niveaux, la santé physique et psychique, le social et l'environnement. Ces trois entités sont fortement imbriquées et vont être interdépendantes. Cette population est marquée par un contexte de vie difficile, des lieux de vie précaires ayant un retentissement sur la qualité de vie et des besoins fondamentaux. Le suivi médical des patients en situation de précarité est en rupture ou inexistant, ils sont dit très éloignés du soin et non pas toujours de droits de santé. Le but de la prise en soin pour ces patients va être avant tout d'amener le patient vers une autonomisation dans la prise en charge de sa pathologie. Pour ce faire, les besoins du patient doivent être identifiés et une relation de confiance entre soignant et soigné permet de favoriser l'alliance thérapeutique. La place du patient est décrite comme centrale où l'infirmière cherche à tendre vers une responsabilisation du patient tout en ayant un rôle d'accompagnement, d'aidant et d'expertise. La compréhension des situations de grande précarité nous amène à discuter du rôle crucial que peut avoir l'infirmier, la place de ses valeurs et la qualité de ses attitudes soignantes pour permettre de prendre en soin cette population. L'accompagnement des deux IDE est assez rapproché, il peut être mobile au plus près du patient avec des missions variées. Ce sont des soins et des surveillances infirmières qui comportent une part importante de prévention et d'éducation thérapeutique. C'est un accompagnement qui demande un suivi et une veille du patient rigoureuse, les deux IDE sont amenées à instaurer un étayage toujours dans l'optique que le patient gagne en autonomie. C'est une réflexion professionnelle constante que mène les deux IDE afin d'identifier les besoins du patient, son niveau de compréhension et lui proposer une prise en soin ciblée et pertinente. Les attitudes de soutien, d'adaptabilité, l'évolution des représentations et la dynamique relationnelle via le travail d'équipe et la communication verbale et non-verbale se révèlent dans les entretiens. Ce sont les compétences soignantes qui sont les plus utilisées par les deux soignantes. Dans la prise en charge, les ressources sont facilement identifiables par les deux IDE. Elles savent qu'elles peuvent s'appuyer sur un travail d'équipe en pluridisciplinarité. On distingue l'investissement autour du patient d'interprètes, de travailleurs sociaux, d'aides-soignants, de médecins généralistes, psychiatre et psychologue entre autres. On peut découvrir que les partenariats sont nombreux et très diversifiés. Les partenariats dans les champs du médico-social, scolaire, handicap ou encore l'emploi occupent une place importante pour le patient. La connaissance du réseau de soin favorise la mise en place du projet de soin du patient en situation de précarité. Les formations font partie intégrante de la construction et de l'évolution du professionnel pour être compétent et à jour dans l'optique de répondre aux problématiques réelles du patient. Les projets et les analyses de pratiques sont d'autant de supports ressources pour les IDE dans leur prise en soin. Enfin, prendre soin de soi, prendre de la distance face à des situations de précarité qui peuvent être prenantes émotionnellement pour le soignant permet de



rendre la prise en charge plus facile. Les deux professionnelles témoignent des difficultés qu'elles peuvent rencontrer lors de la prise en charge de la personne en grande précarité. Le vécu psychologique des patients peut être dur, la présence de souffrance et blessures est couramment observée chez la personne précaire. Les IDE ont conscience de l'histoire, de la culture et des bouleversements qu'ont pu vivre leurs patients. Elles appuient aussi sur une notion qui fait sens, celle du sentiment d'incurabilité que peuvent avoir certains. Ici, la santé peut passer au second plan derrière des besoins fondamentaux comme trouver de quoi se nourrir et dormir dans un abri de qualité. Ainsi, les conditions de vie peuvent être très dures, elles me font remarquer la vulnérabilité de cette population. Les deux IDE, m'alerte que les patients précaires sont dans ce sens plus exposés aux problèmes de santé publique, elles prennent l'exemple des contaminations, de la qualité de l'alimentation et du sommeil. Les deux professionnelles ont pu observer que la participation des patients précaire à l'éducation thérapeutique est aussi plus compliquée, car ils doivent jongler avec les autres obligations. Au niveau relationnel, la contrainte de la barrière de la langue est marquante dans la prise en charge de personnes en situation de précarité, elle peut avoir un impact sur la temporalité de la prise en charge et rendre difficile l'alliance thérapeutique. Enfin, si on se place du point de vue d'une des soignante, certaines rencontres peuvent être chargées émotionnellement et avoir un impact sur l'alliance thérapeutique.

La précarité peut prendre de multiples formes. Soigner et accompagner une personne en situation de grande précarité sont un défi quotidien, source de souffrance et de tensions éthiques. Ma question de départ : en quoi la situation de grande précarité d'un patient peut-elle influencer la mise en place de l'alliance thérapeutique par l'infirmier ? La notion d'alliance thérapeutique n'est pas explicite dans les entretiens ce qui demande un travail d'analyse plus minutieux et de s'appuyer sur la littérature. C'est pourquoi, les données du cadre théoriques et de l'analyse descriptive se complètent. Les recherches théoriques sur l'alliance thérapeutique permettent d'identifier ses paramètres et de les retrouver au cours des deux entretiens. Pour commencer, la confiance est une notion qui peut être plus difficilement obtenue dans une situation de grande précarité. Théoriquement, elle n'est pas acquise, elle passe avant par un processus dynamique décrit précédemment dans le cycle de changement du patient. Alors que dans le discours de l'une des IDE interrogée la confiance selon elle peut se mettre facilement en place. Elle ajoute toutefois, que celle-ci peut être variable selon la personne qui prend en soin et explique la possibilité de passer le relais pour maintenir la confiance. La recherche de consentement et l'information libre et éclairée est en théorie indispensable pour permettre la collaboration avec le patient. Dans la littérature, la barrière de la langue, certaines pathologies ou encore la différence de culture peuvent entraver l'information au patient. Les IDE interrogées expliquent bien l'importance de l'information dans la prise en soin, elle semble faire partie intégrante de leur rôle et nécessite une attention particulière dans le contexte de la grande précarité. Elles expliquent qu'au quotidien, elle s'assure que le patient a bien compris le déroulement de sa prise en

soin, ses rendez-vous, ses traitements et n'hésite pas à le requestionner. Elles sont toujours à la recherche de l'accord du patient même quand celui-ci est allophone elles sont en capacité de s'appuyer sur leur collègues interprètes. La volonté du patient dans le cadre conceptuel est démontrée comme faisant partie du fonctionnement de l'alliance thérapeutique. Or la double vulnérabilité du patient qui combine sa pathologie et sa situation de précarité impact sa force motivationnelle. Et sa pathologie peut passer en second plan, derrière d'autres besoins primaires comme le logement ou l'alimentation. Le témoignage des infirmières atteste que parfois la participation à un programme d'éducation thérapeutique n'est pas une priorité, et qu'il n'a pas toujours un franc succès. Malgré le fait que l'éducation thérapeutique et d'autres supports de soin sont reconnus pour favoriser l'alliance thérapeutique, la réalité fait que l'engagement du patient en grande précarité est plus timide. Dans la littérature, plusieurs témoignages de professionnels de santé déplorent que les valeurs soignantes telles que le non-jugement, la bienveillance, la considération positive et l'empathie ne sont parfois pas honorées. À travers mes entretiens, ces éléments n'apparaissent pas, les représentations des soignantes au cours de leur expérience ont cependant évolué. Elles expliquent justement une meilleure compréhension des personnes en situation de grande précarité, une approche auprès de ces dernières plus juste, en osant poser des questions qui peuvent être, au départ, compliquées dans l'imaginaire du soignant. Concernant la relation d'aide qui participe à l'alliance thérapeutique, plusieurs éléments en découlent dans la prise en soin de patient en grande précarité. L'apparition d'un lien affectif avec le patient peut perturber la relation. De plus, il y a un risque d'un sentiment d'assistanat pour le patient, perdant alors son sentiment de responsabilité vis-à-vis de lui-même. Pour la relation fonctionnelle qui elle aussi est englobée par l'alliance thérapeutique, la relation soignant soigné peut être déséquilibrée avec les nombreux conseils qui lui sont prodigués. Ce qui renforce chez le patient une perte d'autonomie. Les entretiens n'expriment pas ce point de vue. La temporalité du patient est différente de celle du soignant, les obligations administratives par exemple peuvent avoir un impact sur le déroulé de la prise en soin. Dans les entretiens, cette temporalité peut causer un stress au patient, impactant possiblement la volonté du celui-ci et indirectement l'alliance thérapeutique. Aussi bien dans les entretiens que dans mes lectures, la prise en soin de la personne en situation de précarité est possible à travers un maillage de professionnels et met en jeu de nombreux acteurs autour du patient. L'importance de l'acculturation entre les professionnels est donc indispensable, on comprend que l'alliance thérapeutique se joue à un autre niveau et que la coordination, la coopération et la communication de l'équipe pluridisciplinaire sont elles aussi responsables de cette collaboration.

À la lueur de mes lectures et de mes analyses d'entretiens sur la grande précarité je comprends que pour s'engager dans le prendre soin, les besoins primaires doivent être pourvus, le programme doit s'adapter à la temporalité et participer à définir les besoins. Le but est de développer le pouvoir d'agir qui permet d'améliorer l'investissement dans leur santé. Le rôle de l'IDE est d'évaluer l'histoire du patient, faire les examens médicaux et bilans nécessaires, de mettre en place un plan de soin tout en

garantissant l'information et l'accord du patient. La définition de la précarité n'est pas si simple en théorie, les situations rencontrées sont complexes et singulières. La documentation sur le lien entre précarité et alliance thérapeutique n'est pas évidente. L'alliance thérapeutique est la clé pour la relation soignant soigné. Elle n'est pas instinctive avec tous les patients et demande de l'attention et de l'intention. Quand la précarité fait partie du patient, la collaboration est alors plus compliquée. La prise en soin nécessite plus d'attention à l'autre, de l'observation, une posture soignante non jugeant, une ouverture sur la situation et une compréhension des enjeux de la précarité. Autrement dit, savoir que la personne en face est plus vulnérable avec des traumatismes, des priorités différentes, une histoire de vie qui peut être à l'origine d'une défiance vis-à-vis du milieu médical. La posture IDE à une forte influence sur l'alliance thérapeutique, elle se doit d'être non jugeant à l'écoute des besoins, être flexible et adaptative, car la notion d'instabilité de la situation du patient précaire est fréquente. Cela demande de l'investissement de la part du soignant, de montrer au patient sa disponibilité et de faire l'effort de chercher à comprendre l'autre et non à banaliser sa situation. En tant que soignant, la connaissance de ses limites et savoir trouver des ressources, s'appuyer sur ses pairs pour nous aider à prendre en soin sont d'autant d'éléments qui peuvent concourir à l'alliance thérapeutique. À ce moment, je comprends l'importance de prendre la personne dans sa globalité et s'appuyer sur le réseau, mettre en place une coordination. Le rôle de l'IDE est d'écouter le patient, de définir avec lui des objectifs réalisables, ses objectifs. Je comprends que l'alliance thérapeutique ne peut naître que si nous prenons d'abord en considération les priorités du patient au quotidien, car il faut avoir en tête la notion de compétition des priorités pour le patient. Le rôle de l'IDE est d'ouvrir son regard sur la situation de précarité de son patient, il se doit d'être conscient des obstacles, de l'environnement du patient, de sa temporalité en ayant en tête le stade de changement dans lequel se trouve son patient, de sa double vulnérabilité. Puis l'IDE doit adapter sa pratique pour faciliter la mise en place de l'alliance thérapeutique, il peut faire preuve de créativité et d'inventivité, car ce sont des situations avec des problématiques complexes. Pour cela, l'écoute des besoins et de ses préoccupations est indispensable et elle passe par une communication claire, empathique et ouverte. Il s'agit de savoir s'entourer de ressources comme des interprètes qui pourront au mieux traduire si la langue est différente. Cela nécessite de savoir travailler en collaboration avec d'autres membres de son équipe de soins. Et d'avoir une vision des partenaires en sachant identifier qui contacter pour aider le patient à surmonter ses propres obstacles. Ce sont généralement des acteurs qui gravitent dans la prise en soin de la personne précaire. Savoir reconnaître la précarité, la questionner, s'appuyer sur les acteurs, le réseau font partie des compétences infirmières.

À la fin de mon travail de recherche, beaucoup de questions font surface, toujours en lien avec la thématique de la grande précarité et l'alliance thérapeutique. Ces questions me donnent envie de m'intéresser à plusieurs sujets tels que la prise en soin en milieu hospitalier, la notion d'expérience, la place du jeune professionnel. J'ai pu questionner deux IDE de terrain qui travaillent au sein d'une

structure qui côtoie au quotidien des personnes en situation de grande précarité. De plus, dans mes recherches, j'ai pu constater que les patients avaient recours très fréquemment aux urgences et il est donc pertinent de se poser des questions dans un contexte hospitalier par exemple, quels sont les outils qui peuvent être mis en place pour favoriser l'alliance thérapeutique concrètement dans le cadre d'une hospitalisation ? J'ai pu découvrir dans mes entretiens que l'expérience était capable de modeler les représentations des soignants. C'est pourquoi, on peut se demander sous le prisme de la précarité est-ce que l'alliance thérapeutique est plus facilement obtenue avec l'expérience du professionnel infirmier ? Ou, dans quelle mesure l'expérience de l'IDE peut-elle être bénéfique pour favoriser l'alliance thérapeutique dans une prise en soin de personne en situation de grande précarité ? En effet, je comprends que l'évolution des représentations se fait avec le temps et en fonction des rencontres, par ce changement la compréhension de l'autre se fait plus facilement. Les professionnels ont au quotidien des représentations qui sont souvent inconscientes au départ et qui n'est pas toujours en faveur d'une collaboration de qualité. Ce qui est positif, c'est qu'elles peuvent évoluer, car l'infirmier développe au fur et à mesure de son exercice une connaissance par exemple sur le fonctionnement du réseau. Pour aller plus loin, au départ, le jeune professionnel débute avec ses représentations et celles qu'il se construit au cours de ses stages et de sa formation, quels peuvent être ses représentations ? La notion d'amélioration continue et l'engagement du soignant dans les soins pour permettre l'alliance thérapeutique vue dans l'analyse des entretiens a pu montrer que le montage de projet est une ressource. On peut se demander comment le jeune professionnel peut prendre sa place et peut être légitime dans ce projet avec son expérience qui débute et ses jeunes représentations ? Plus généralement, après avoir pu percevoir le pouvoir de l'alliance thérapeutique à travers ce travail, je me demande si c'est un concept saisi par tous les professionnels ? Et est-ce que ces derniers ont conscience de sa réelle utilité ? Et de la manière dont elle s'exprime dans la prise en soin ? Est-ce que cette prise de conscience peut amener le professionnel à analyser ses pratiques dans le but de les faire évoluer positivement ? Enfin, la prise en soins de la personne précaire est complexe, à travers mes recherches et mes entretiens, on décèle bien l'enchevêtrement de tous les acteurs qui gravitent autour du patient. Quelle serait la meilleure équipe pour parvenir à l'alliance thérapeutique ? En tant que jeune diplômée, quelles sont les bases essentielles pour parvenir à l'alliance thérapeutique avec un patient en grande précarité ? En faisant le parallèle par exemple à une situation d'urgence qui est souvent bien protocolisée, c'est-à-dire on sait qu'il faut tel ou tel acteur pour être le plus efficace dans la gestion d'une situation d'urgence. Existe-t-il des recherches sur la meilleure équipe ou le fonctionnement en équipe la plus efficiente pour une prise en soin d'un patient en grande précarité ? Existe-t-il un modèle de travail reconnu et validé ? On peut aussi se questionner sur la formation des équipes que ce soit à l'hôpital ou à domicile sur le sujet de la prise en charge de patients en grande précarité.

## Conclusion

Pour clore mon travail d'initiation à la recherche, la grande précarité et l'alliance thérapeutique sont pour moi un grand sujet qui englobe beaucoup de concepts, de compétences et de valeurs soignantes.

La précarité a un réel impact sur l'alliance thérapeutique que met en place l'infirmier. Chez le patient précaire, la notion de double vulnérabilité, les compétences psychosociales affaiblies, la complexification de la relation soignant avec la barrière de la langue, la notion de priorisation des problèmes, la complexité du réseau, les compétences soignantes pas toujours à jours, la participation pas tout le temps évidente du patient, la différence de temporalité sont d'autant d'éléments identifiés qui peuvent rendre difficile l'alliance thérapeutique. Pourtant, dans mes lectures, j'ai pu prendre conscience que l'alliance thérapeutique est essentielle pour que le patient puisse s'engager dans un processus de changement et de progression vers un état de mieux-être. Le pouvoir de l'alliance thérapeutique est de permettre au patient d'avoir une place centrale dans sa propre prise en soin.

En cherchant à répondre à ma question de départ, j'ai trouvé aussi beaucoup de questionnements qui se retrouvent exposés dans ma discussion. De plus, c'est en faisant l'analyse de mes entretiens que j'ai été marquée par l'expérience du terrain avec la population en grande précarité. Ainsi, si je devais choisir mon sujet de recherche, il pourrait se présenter sous la forme suivante : dans quelle mesure l'expérience d'un infirmier peut-elle être bénéfique pour favoriser l'alliance thérapeutique dans une prise en soin de personne en situation de grande précarité ?

Tout au long de mon travail, la richesse de la littérature pour répondre à ma question de départ m'a amené parfois à partir très loin et j'ai pu par moment me sentir dépassé par mon sujet. En effet, ma question de départ m'a conduite à la découverte d'une diversité de ressources et d'outils qu'il a fallu par la suite structurer et sélectionner. C'est un travail minutieux qui m'a animé et qui m'a invité à me poser encore plus de questions sur ma posture professionnelle. À travers ce travail, j'ai appris énormément sur le réseau qui gravite autour de la précarité et sur les leviers qui peuvent favoriser l'alliance thérapeutique. J'ai pu appréhender et mieux comprendre le fonctionnement psychologique de la personne en situation de précarité. Je me sens plus armée pour prendre en soin des patients en grande précarité tout en ayant en tête que cette prise en soin ne peut se faire qu'avec la collaboration du patient et de l'équipe.

## Bibliographie

- Album issu de la co-formation « professionnels du social et de la santé et personnes vivant dans la grande pauvreté »*. (n.d.). Retrieved April 30, 2023, from <https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2016/04/bdg3.jpg>
- Aubry, R. (2017). Fin de vie et précarité. *Rhizome*, 64, 7-8. <https://doi.org/10.3917/rhiz.064.0007>
- Baccalauréat en sciences infirmières - Programmes et admission*. (n.d.). Université de Sherbrooke. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.usherbrooke.ca/admission/programme/293/baccalaureat-en-sciences-infirmieres>
- Bachelart, M. (2012). 26.L'alliance thérapeutique. *L'aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin*, 161-168. <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychologie-medicale--9782100570157-page-161.htm?contenu=article>
- Blasco, J., & Picard, S. (n.d.). *Environ 2 millions de personnes en situation de grande pauvreté en France en 2018 – Revenus et patrimoine des ménages*. Insee. Retrieved April 19, 2023, from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371273>
- Bousquet, D., Couraud, G., Lazimi, G., & Collet, M. (2017, Mai 29). *La santé et l'accès aux soins: Une urgence pour les femmes en situation de précarité* [Rapport du haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes].
- Bresson, M. (n.d.). *Sociologie de la précarité* (2ème ed.). Armand Colin.
- Cingolani, P. (2017). *La précarité*. Presses Universitaires de France. <https://doi-org.passerelle.univ-rennes1.fr/10.3917/puf.cingo.2017.01>
- Combe, V. (2020, Décembre). *Evaluation de la précarité sociale selon le référentiel de certification* [Maquette Haute Autorité de Santé].
- Da Silva, E., & Quesemand Zucca, S. (2013, septembre). Intervenir en milieu de grande précarité. *Le journal des psychologues*, 23 à 27.
- Définitions : alliance - Dictionnaire de français Larousse*. (n.d.). Larousse. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alliance/2376>
- Définitions : précaire - Dictionnaire de français Larousse*. (n.d.). Larousse. Retrieved January 3, 2023, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9caire/63295>
- Définitions : précarité - Dictionnaire de français Larousse*. (n.d.). Larousse. Retrieved January 3, 2023, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9carit%C3%A9/63303>
- Définitions : thérapeutique - Dictionnaire de français Larousse*. (n.d.). Larousse. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/th%C3%A9rapeutique/77748>
- Desprès, C. (2018). Parcours de soins en situation de précarité : entre détermination et individualisation. *Santé Publique, HSI*, 157-163. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0157>
- Duhamel, E., & Joyeux, H. (2013, Février). *Femmes et précarité* [Les études du conseil économique, social et environnemental].
- Eberhard, M., Guyavarch, E., & Segol, É. (2017, Juillet). *Monoparentalité et précarité : la situation des familles sans logement en Ile-de-France* [Rapport final: Observatoire du samu social de Paris].

*Fin de vie et précarité* [six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France dans un Rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie]. (2014).

Hallouët, P. (2016). *Fiche 155 - Négociation dans le cadre du projet de soins et le contrat de soins, alliance thérapeutique et temporalité* (2nd ed.). Elsevier Masson. <https://doi-org.passerelle.univ-rennes1.fr/10.1016/B978-2-294-74924-7.50161-5>

Jackson, Y.-L. J., Wuillemin, T., & Bodenmann, P. (2016). Patrick. Santé et soins des personnes sans abri. *Revue médicale Suisse*, 12, 1671-1675.

Jovic, L., & Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd.). Mallet Conseil.

Khalil, J., & Zouhairi, A. (2016). À propos de la notion de précarité. *Sciences & Actions Sociales*, 8 à 18. <https://doi.org/10.3917/sas.003.0008>

*L'alliance thérapeutique patient-soignant*. (2014, October 27). YouTube. Retrieved April 18, 2023, from <https://www.youtube.com/watch?v=j0CVDmvB4sA>

Lamboiy, B. (n.d.). *Les compétences psychosociales : définition et classification*. Santé publique France. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-definition-et-classification>

*La protection universelle maladie | ameli.fr | Assuré*. (2023, February 8). Ameli. Retrieved April 20, 2023, from <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

*Le cercle de Prochaska et Di Clemente - intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé*. (n.d.). Intervenir addictions. Retrieved April 20, 2023, from <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>

Lenoir, R. (1989). *Les exclus: un Français sur dix*. Seuil.

*Les chiffres du mal-logement*. (n.d.). Fondation Abbé Pierre. Retrieved April 19, 2023, from [https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-01/REML2023\\_CAHIER4\\_Les%20chiffresdumallogement.pdf](https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/2023-01/REML2023_CAHIER4_Les%20chiffresdumallogement.pdf)

*Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Ministère de la Santé et de la Prévention*. (2022, December 29). Ministère de la santé. Retrieved April 20, 2023, from <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass>

*L'essentiel sur... la pauvreté*. (2021, November 10). Insee. Retrieved April 19, 2023, from <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>

Ligier, F., & Mucilianu, P. (2021, January 14). *Lits halte soins santé (Lhss), Lits d'accueil médicalisés (Lam) et Appartements de coordination thérapeutique (Act) : l'accompagnement des personnes et la continuité des parcours*. Haute Autorité de Santé. Retrieved April 20, 2023, from [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3229978/fr/lits-halte-soins-sante-lhss-lits-d-accueil-medicalises-lam-et-appartements-de-coordination-therapeutique-act-l-accompagnement-des-personnes-et-la-continuite-des-parcours](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3229978/fr/lits-halte-soins-sante-lhss-lits-d-accueil-medicalises-lam-et-appartements-de-coordination-therapeutique-act-l-accompagnement-des-personnes-et-la-continuite-des-parcours)

Marin, I., & Farota Romejko, I. (2016, Février). Regards hospitaliers sur la fin de vie, le cas des personnes SDF. *La revue de l'infirmière*, 65, 20-22. 10.1016/j.revinf.2015.12.002

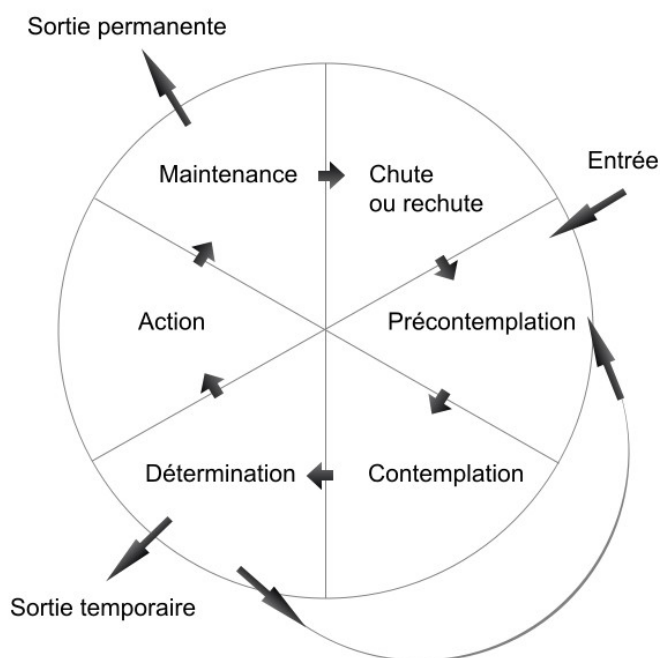
Mateo, M.-C. (2012). Alliance thérapeutique. *Les concepts en sciences infirmières*, 64-66. [https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0064#xd\\_co\\_f=ZGI5MjBmNDgtMWExOS00YmZhLWlyYTQtZWZmYjkyZTY1YjI5~](https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0064#xd_co_f=ZGI5MjBmNDgtMWExOS00YmZhLWlyYTQtZWZmYjkyZTY1YjI5~)

- Monié, B. (2018). 34. Alliance thérapeutique. *Thérapies comportementales et cognitives*, 301-309.  
<https://www.cairn.info/therapies-comportementales-et-cognitives--9782100781072-page-301.htm?contenu=article>
- Oheix, G. (1981). *Contre la précarité et la pauvreté* [Soixante propositions].
- Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières : vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné* (5e éd.). Noisy-le-Grand : Setes.
- Parizot, I. (2003). *Soigner les exclus*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paris.2003.01>
- Paugam, S. (2000). *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*. Sociologie du travail. <https://doi.org/10.4000/sdt.34997>
- Pauvreté et précarité en chiffres*. (2016, March 29). Observatoire des inégalités. Retrieved April 16, 2023, from <https://www.inegalites.fr/Pauvrete-et-precarite-en-chiffres>
- Peze, V., Dany, L., Lumediluna, M.-L., & Thill, J.-C. (2015, Août 13). Rôle et impact de la situation de précarité sur l'expérience de la maladie des patients atteints de diabète de type 2. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 9(5), 523-528. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(15\)30211-X](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(15)30211-X)
- Phaneuf, M. (2016, mars). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins*. Retrieved 04 01, 2023, from <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>
- Sampers, A., Geng, A., Frache, S., & Quenot, J. P. (2022). Soigner et accompagner les migrants : quelles questions éthiques pour les professionnels ? *Ethique & Santé*, 19(4), 202-209. <https://doi-org.passerelle.univ-rennes1.fr/10.1016/j.etiqe.2022.09.004>
- Spira, A. (2017, Juin 20). *Précarité, pauvreté et santé* [Rapport de l'Académie Nationale de médecine].
- 38 % des personnes sans domicile sont des femmes*. (2023, March 7). Fondation Abbé Pierre. Retrieved April 19, 2023, from <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/38-des-personnes-sans-domicile-sont-des-femmes>
- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2020). Précarité et accès aux soins. *Soins Gériatrie*, 141, 11-30.
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020, Décembre). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi-org.passerelle.univ-rennes1.fr/10.1016/j.mmm.2020.09.005>
- Wolff, V. (2022). *La précarité en urgence: mobilisation des hospitaliers autour des sans-abri*. Presses Universitaires de Rennes.
- Wresinski, J. (1987, Février 28). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* [Rapport présenté au nom du conseil économique et social dans journal officiel de la république française]. ISSN 0429-3841.



## Annexe I : Schéma des étapes du changement

(Le Cercle De Prochaska Et Di Clemente - *Intervenir-Addictions.fr*, *Le Portail Des Acteurs De Santé*, n.d.)



## Annexe II : Guide d'entretien

**Question introductive** : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?  
(question de clarification : quelles sont vos motivations / intérêts pour votre travail ?)

**Question 1** = En tant qu'IDE, quelle est votre vision de la précarité ?  
(Quelle est votre définition ? Quels sont vos exemples ?)

**Question 2** = Pour un patient en situation de grande précarité avec une pathologie chronique quels sont ses besoins que vous pouvez identifier ? (besoin IDE pour l'accompagnement)

**Question 3** = Dans une prise en charge d'un patient en situation de grande précarité quelles sont vos difficultés ? (terme de relation, observance)

**Question 4** = Pour répondre aux besoins quels sont les outils / ressources que vous avez à votre portée ?

**Question 5** = Quelle place est donnée à la personne dans sa prise en soin ? (Par quel moyen faites vous en sorte que le patient devienne acteur du soin ?)

## Annexe III : Entretiens IDE retranscrits

### 1er entretien IDE 1 (25/01/2023)

**ESI [00:00:03]** Je vais d'abord te demander de me parler de ton parcours professionnel, pour déjà au moins te situer un peu dans le réseau Louis Guilloux lui aussi.

**IDE 1 [00:00:14]** Ok, pas de souci. Du coup je m'appelle Louise. Je suis infirmière depuis onze ans maintenant. J'ai eu plusieurs expériences professionnelles. Je n'ai pas travaillé qu'au réseau Louis-Guilloux. J'ai commencé par travailler en Guyane pendant deux ans. Donc en Guyane, j'ai fait de tout hospitalier l'hospitalier, l'extra hospitalier où j'ai travaillé en HAD c'est l'hospitalisation à domicile, j'ai fait un peu d'urgence et un peu d'ACT aussi. Après, je suis rentrée en métropole, là j'ai travaillé un peu en centre de rééducation. Je dis à chaque fois un peu parce que c'était sûr, c'est pas forcément en intérim, mais c'est que j'avais la possibilité de bouger et de changer assez facilement pour moi. Je souhaitais en tous les cas bouger et changer assez facilement. Donc j'ai travaillé moins d'un an à chaque fois dans les structures en question. J'ai travaillé en centre de rééducation et pareil j'étais sur un pool de remplacements donc j'ai fait tous les étages à Saint-Hélier. Donc du coup, j'ai fait de la ... du post post neuro enfin autant de la chirurgie que de la neurologie. Et après ? Je suis arrivée au réseau Louis Guilloux un peu par hasard, sur le centre de lutte antituberculeuse, en fait il cherchait une remplaçante pour un congé maternité en 2016. Du coup, j'ai fait le remplacement d'une collègue sur le centre de lutte anti tuberculeuse. Et puis après, de fil en aiguille il y a eu une création de poste pour pour venir soutenir, en fait les trois postes infirmiers existants. Et puis il y a eu un agrandissement des places aux appartements de coordination thérapeutique. Du coup, mon poste initial s'est transformé en poste à ACT. Du coup, je suis en réseau depuis 2016, mais avec des évolutions au sein de l'association. Dans l'asso, il y a plusieurs pôles d'activité du coup. Le plus ancien, c'est le centre médical qui accueille, sans condition des personnes qui viennent d'arriver sur le territoire français ou alors qui n'ont plus de... et qui n'ont pas encore ou qui n'ont plus de protection santé, plus d'assurance maladie la plupart du temps. Ou alors des personnes très éloignées du soin type punk à chien par exemple pour stéréotyper mais voilà personnes en grande précarité et aussi les personnes peuvent être vues par un médecin traitant, recevoir des soins infirmiers. Après c'est fermé le week end, donc ça limite un petit peu mais voilà, donc il y a ce pôle qui a été créé, c'était en 2006.

**ESI [00:03:07]** Donc ça, c'est le pôle médical, vraiment ? qui est présent ici aussi?

**IDE 1 [00:03:11]** Oui, oui, en fait, initialement, c'est une association qui a été créée dans les années 90. Et l'idée de cette association, c'était de faire la passerelle entre l'hôpital et la médecine de ville pour les personnes atteintes du VIH. Pour pas que justement les personnes atteintes du VIH enfin.. Il y avait une demande des patients et des associations de se sentir peut être trop stigmatisés, d'aller obligatoirement à l'hôpital pour leurs soins, alors que c'est une maladie chronique qui peut aussi être soignée en ville. Donc l'idée, c'était de créer une passerelle et la création du réseau ville hôpital à la base. Et de fil en aiguille, en fait, dans ces patients là, cette patientèle là, il y avait aussi pas mal de personnes d'origine étrangère. Donc, quasiment en même temps s'est créée le pôle d'interprétariat. ça devait être deux interprètes au tout début.

**IDE 1 [00:04:09]** Et puis de fil en aiguille ça s'est transformé en centre médical. Donc il y a eu un élargissement des missions. En parallèle de ça, il y a les appartements de coordination thérapeutique qui ont vu le jour en 2008. Donc les appartements, en fait, on loge, on héberge des personnes de façon temporaire, mais il n'y a pas de date de fin annoncée. En fait, c'est un peu... C'est pour la fin de l'hébergement se fait pour raisons médicales, ça veut dire une fois la stabilité de la situation. Donc en fait, on reçoit des fonds publics pour ça la cepam qui nous permet de financer des loyers d'hébergement, l'entretien des hébergements et aussi d'héberger des personnes qui sont en grande

précarité, à la rue. Qui n'ont pas de moyen d'hébergement dans tous les cas et qu'on a une pathologie chronique ou aiguë, mais somatique.

**ESI [00:05:08]** D'accord, ok que somatique du coup ?

**IDE 1 [00:05:09]** Oui que somatique. Tu peux avoir une pathologie psychiatrique, mais qui est au second plan. Et en fait, nous, nos critères de sélection sont larges, ce qui permet en fait à des personnes qui n'ont pas de logement, pas de droit de santé, pas de titre de séjour par exemple, d'être logés dans nos appartements en fait. Ce qui fait que la plupart des personnes qu'on accueille sont d'origine étrangère en fait. Où personne en grande précarité, personne française vivant à la rue mais qui n'avait plus d'accès à un logement y'avait plus forcément de sécu parce que trop éloigné du soin, etc. Donc voilà ça c'est en 2008, ça, ça n'a fait que grossir, grandir. Là, à l'heure actuelle, on est à 20 places de financées, donc au ACT on accueille autant.. La personne malade, c'est autant les enfants, qu'un parent, qu'une personne isolée. Du coup, ce qui fait qu'on est un panel de situations hyper large et aussi type de pathologies hyper large, en fait. ça eut être des personnes atteintes de cancer, de maladies rares qui ont besoin de dialyse ou d'être greffé. C'est très, très, très, très large au centre médical, donc ça, créé en 2006, pareil, on est plutôt sur de la médecine générale, mais avec des problématiques de personnes qui ont pu connaître... qu'on fait un trajet migratoire. Donc avec tout ce que ça implique aussi, c'est à dire parfois de la maltraitance, parfois des traumatismes, des chocs, etc. Donc il y a aussi une équipe de psycho qui est là. Il y a le pôle de tuberculose, là on est centre de lutte anti tuberculeuse en fait, c'est un peu à part au réseau. À la base c'était géré par la DASS, la DASS ayant pas disparu mais ayant été redispaché à l'époque le médecin CLAT souhaitait que ce soit une association à but... c'est pas humanitaires le terme mais ... enfin souhaitait que ce soit le réseau Louis-Guilloux s'appelait encore réseau ville Hôpital qui reprennent la partie de coordination en fait du CLAT. Donc c'est comme ça que c'est arrivé. C'est un peu le hasard que ce soit arrivé au réseau Louis-Guilloux et donc nous enfin mes collègues en fait elles gèrent tout ce qui est coordination la lutte antituberculeuse en Ile-et-Vilaine, en partenariat avec le CHU de Rennes et le CH de Saint-Malo. Donc, elles vont plutôt faire les enquêtes auprès des personnes malades, répertorier les cas contact, les personnes à dépister elles vont intervenir aussi pour informer par exemple quand il y a un cas dans une entreprise pour expliquer ce qu'est la tuberculose, les risques, etc. Elles sont là aussi pour former les professionnels, parce que il y a un besoin d'information dans telle ou telle structure. Elles sont là aussi pour concevoir des formations. Elles, elles sont vraiment sur tout ce qui est coordination de lutte antituberculeuse. Il y a un pôle de santé sexuelle en fait aussi où là mes collègues elles sont plutôt... Pareil faire de la coordination toujours de la santé sexuelle en région. Donc c'est plutôt à destination des professionnels, que ce soit autant sur le monde hospitalier, l'éducation nationale. Elles ont un panel de professionnels hyper large qui peuvent vers qui ils peuvent se retourner pour par exemple, soit monter une journée de dépistage, utiliser.. elles ont créé des mallettes de contraception. Très très large quoi. Pour le coup, il y a la médecine de ville. C'est un projet qui s'appelle CIM, l'idée, c'est de permettre à des personnes qui sont réfugiées qui ont des droits de santé, mais qui n'ont pas de médecin traitant par exemple, d'accéder à la médecine de ville en ayant deux, voire trois consultations avec interprète. ça, ça permet déjà aux médecins d'avoir une consultation avec un interprète et aussi pour le patient, donc pour le professionnel, c'est d'avoir toutes les infos du patient, pour le patient, c'est aussi de créer du lien avec son médecin, une certaine confiance. Mais c'est pour des personnes qui n'ont pas de problématique de santé particulière mais qui juste ne trouvent pas de médecin traitant alors qu'il y a des droits ouverts. Donc c'est facilitant aussi. Il y a le data SAM aussi. Alors ça, c'est un dispositif régional qui permet... J'arrive pas trop mal à faire la différence entre data SAM et SIM. Je sais que c'est régional et l'idée c'est de permettre aussi l'accès à la santé pour les personnes en région Bretagne, notamment par la médecine de ville. Il y a une équipe mobile précarité donc là tout à l'heure tu vas rencontrer IDE 2, elle travaille dessus. C'est une nouvelle équipe aussi qui a vu le jour suite au covid. L'idée c'était d'aller vers les personnes qui étaient à la rue, donc soit hébergées en structures, soit vivant à la rue en fait, en cette période de covid, quand tu avais le covid et que tu devais t'isoler mais que tu vivais en foyer ou à la rue mais du coup, avec d'autres personnes, comment tu fais pour t'isoler ? Donc ça a été créé en fait, suite à ça, il y a eu une volonté... Alors je ne sais plus si c'est régional ou même au niveau de l'état de maintenir en fait ces équipes là. Et là, l'idée, c'est d'aller vers les personnes les plus précaires, les plus éloignées du soin, qui ne

peuvent pas forcément se déplacer. Mais elle t'expliquera bien mieux que moi, leur critère de... pour aller vers telle ou telle personne, en fait, quand il n'y a pas de maillage professionnel possible par exemple, il n'y a pas de travailleur social ou quand il y en a un mais qui peut pas assurer. Elle reverra ça avec toi. Et là, il y a une toute toute toute nouvelle équipe qui est créée depuis la semaine passée...ça, c'est un centre de santé mentale. Donc l'idée, c'est de permettre à des personnes sans droit de santé ou alors qui ne peuvent pas accéder au CMP, etc d'avoir des consultations avec psychiatres, psychologues, pédopsychiatres et aussi de permettre un accès à la santé, à la santé mentale aussi, même quand tu es très précaire.

**ESI [00:12:13]** Avec traducteur ?

**IDE 1 [00:12:13]** Oui pareil en fait, nos collègues interprètes elles interviennent sur le champs médico social, mais c'est pareil c'est très, très large le champ médico social, elles interviennent, autant à l'école, autant sur des séances effectivement, par exemple avec un psychologue et elles interviennent avec le CLAP aussi, elles peuvent intervenir en entreprise pour expliquer ce qu'est la tuberculose. Elles ont un champ d'action hyper large fin je dis elle parce que c'est une majorité de femmes.

**ESI [00:12:40]** J'imagine qu'elles sont nombreuses du coup ?

**IDE 1 [00:12:42]** Ils sont, je n'ai pas envie de te dire de bêtises. Mais je vois qu'ils sont une vingtaine d'interprètes, une petite vingtaine pour une grosse vingtaine de langues parlées. Des collègues interprètes qui sont trilingues. Mais oui ils sont une petite vingtaine, je ne sais plus le chiffre. Bref, mais on a du coup besoin d'eux absolument pour notre pratique professionnelle de tous les jours...

**ESI [00:13:10]** Ils ne sont pas sont pas infirmiers du coup ? où ils ont une formation médicale ?

**IDE 1 [00:13:13]** Alors tu en as certain...j'ai des collègues qui étaient infirmières dans leur pays, mais c'est pas la majorité, pas forcément. Mais je ne sais plus en terme d'étude... Je ne sais pas, faudrait qu'on leur demande, mais du coup ils ont tous suivi une formation pour être traducteur dans le champ du médico social aussi. Par contre ils n'interviennent pas sur sur tout ce qui va être pénal, etc les champs de la justice. C'est une autre formation pour les interprètes. En fait, ça c'est un autre jargon. Donc en gros je t'ai fait une très brève présentation du réseau.

**ESI [00:14:13]** Très bien, et toi du coup, tu es aux ACT depuis 2016 ?

**IDE 1 [00:14:20]** Alors un peu plus, j'ai commencé sur le pôle de tuberculose mais en gros je suis au ACT depuis 2017.

**ESI [00:14:24]** D'accord, ok, il y a eu des changements j'imagine depuis ?

**IDE 1 [00:14:30]** Alors moi j'ai changé de poste. À la base, donc, j'étais sur trois pôles d'activités. En fait, je venais en renfort sur le centre de lutte anti tuberculose, sur les ACT et sur le centre médical. Je faisais des consultations une journée par semaine. Après, à ma demande aussi, parce que ça faisait beaucoup. Mes missions, elles, ont été sur deux pôles d'activité sur les ACT et le et le CLAT. C'est l'acronyme de Centre de lutte anti tuberculose. Et ensuite, moi j'ai demandé à n'être que sur un seul pôle d'activité. Donc, je suis sur un pôle d'activité depuis mi 2018 je crois 2018 ou 2019, je sais plus. Mais du coup, voilà, en gros, depuis 2019, je ne fais que des ACT.

**ESI [00:15:13]** Très bien.

**IDE 1 [00:15:16]** Là nous on a plutôt en tant qu'infirmière, un rôle de coordination. On coordonne beaucoup au Réseau Louis-Guilloux, dans tous les pôles d'activité, on fait beaucoup de coordination. L'idée, là, c'est vraiment de venir en soutien des personnes qu'on accueille. Parce que c'est des personnes qui... C'est du tout venant entre guillemets, donc c'est autant des personnes qui avaient une situation dans leur pays d'origine, qui travaillaient, etc. Donc, arrivé en France bon alors certe on aime

beaucoup trop l'administratif en France donc on s'y perd, mais en général c'est des personnes qui sont hyper vite autonomes et pour qui nous ont aura une petite veille, parfois un soutien, voilà. Si les personnes sont allophones, on peut aider à la mise en place d'interprètes et dans d'autres situations où c'est des situations médicales hyper lourdes dans la plupart des cas, de toute façon aux ACT c'est des situations médicales très lourdes. Mais quand les gens arrivent, il y a toute la coordination médicale à mettre en place, que ce soit dans le monde hospitalier, parce que c'est la rencontre avec la médecine spécialisée, c'est s'assurer que les gens aient bien compris leur rendez vous. On peut les accompagner aussi aux consultations et aussi sur le paramédical quand il y a besoin de séances de kinés, d'orthophonie mise en place HAD etc.

**ESI [00:16:44]** OK, donc c'est vraiment vous qui êtes au centre et coordonnez les acteurs ?

**IDE 1 [00:16:50]** Exactement, oui, mais après, l'idée c'est que les gens gagnent en autonomie. Donc on est là, beaucoup au début. Et l'idée de la prise en charge, c'est que nous, on se retire petit à petit pour que les gens en fait soient autonomes. À la fin de leur prise en charge des ACT quand c'est des maladies chroniques, les gens sont toujours malades de toute façon, mais l'idée, c'est qu'ils aient acquis une certaine autonomie, qu'ils puissent prendre part eux même rendez vous, à leur consultation, qu'ils aient compris ce qui se soit passé, qu'ils puissent aller à la pharmacie chercher leur traitement. Qu'ils s'interrogent s'il y a un changement de médicament, qu'ils sachent repérer s'il y a des signes particuliers par rapport à leur pathologie ? Mais après, je te dis c'est des profils de personnes très différentes, tu as des gens qui arrivent dans le service, qui connaissent déjà leur maladie, mais qui arrivent en France pour raisons de santé, parce que dans le pays d'origine, c'est pas possible de se faire soigner. Et puis tu as des gens qui découvrent qui sont malades en arrivant en France, donc il y a tout à mettre en place aussi. Voilà, c'est des situations complètement différentes. Mais l'idée, c'est de coordonner, d'autonomiser les gens pour qu'après les gens puissent sortir du service en étant les plus sereins possibles. Après les durées de séjour, elles sont plus ou moins longues. On a une durée de séjour, en moyenne de deux ans.

**ESI [00:18:05]** D'accord, ok, deux ans.

**IDE 1 [00:18:07]** Deux ans.

**ESI [00:18:07]** Donc ça, c'est dû à quoi?

**IDE 1 [00:18:10]** C'est administratif parce que on accueille donc ce que je disais tout à l'heure, autant des adultes seuls, mais aussi des enfants malades. Et pour les parents, pour avoir un titre de séjour, c'est très très long. Ils vont d'autorisation provisoire de séjour en autorisation provisoire ce qu'on appelle les APS avec parfois un travail ou pas. Mais en fait, quand a une APS ça te donne pas accès à un versement de la CAF par rapport aux aides sociales, tu peux y prétendre, tu peux avoir fais ton dossier mais tant que tu n'a pas ton titre de séjour pour raisons de santé ou autre ça ne te permet pas en fait d'avoir cet argent là. Ce qui permettra en fait aux personnes de sortir du dispositif et du coup d'aller, trouver un logement social et puis et pouvoir sortir.

**ESI [00:19:00]** Parce que pour les logements, vous ne faites pas de demande de CAF pour eux ?

**IDE 1 [00:19:05]** Si,si, si. Mais en fait c'est que tu peux avoir une demande de CAF en cours, mais tu peux ne pas percevoir. Parce que tu n'as pas de titre de séjour. C'est pareil pour la MDPH en fait. Chante. Donc c'est pour ça que parfois c'est des situations bloquées, les gens sont autonomes, ils sont prêts à sortir, mais on ne peut pas les faire sortir parce que si on les fait sortir, c'est pour les remettre à la rue donc ça n'a aucun sens. Effectivement, il y a des personnes qui restent là, très, très longtemps. On est plutôt entre deux ans à trois ans maintenant. Donc tu as un petit turn over. Et pourtant pour de plus en plus de demandes aussi. Parce que toutes les... Une fois par mois on fait une commission d'admission. Maintenant, c'est équipe complète. C'était une volonté de l'équipe de participer à cette commission. Mais effectivement, je te cache pas qu'on a beaucoup, beaucoup de demandes, très très très très peu.

**ESI [00:20:05]** 20 places...

**IDE 1 [00:20:07]** 20 places déjà c'est pourvu hyper rapidement. Mais en plus de ça, le fait qu'on ait des blocages administratifs et qu'on ne puisse pas sortir... Afin que les gens ne puissent pas sortir quand eux le pourraient et sont prêts. On garde les gens et ce qui limite d'autant plus les nouvelles entrées.

**ESI [00:20:33]** Tu as un peu répondu à des questions que j'avais préparé. Est-ce que tu peux me parler de la population dont tu prends soin ? tu m'as parlé des personnes qui viennent sur le territoire pour se faire soigner ?

**IDE 1 [00:20:53]** C'est des situations très diverses. Autant les personnes, alors les personnes françaises il y a des personnes françaises, bien sûr, c'est plutôt un profil de personnes qui étaient en grosse précarité. J'ai dû te parler tout à l'heure, punks à chien. Effectivement, là il y a trois personnes qui étaient sans domicile fixe dernièrement. Donc là, tu vois qu'on fait quand même un sacré cheminement. Qui ont accepté d'avoir un logement tout seul, d'être seul dans un logement. Alors pas contre ce que je t'ai pas précisé parce que c'est quand même important, c'est qu'on accueille aussi les animaux. Effectivement ça pourrait aussi freiner. Mais c'est ça aussi le hic, c'est que dans pleins de structures aussi, les animaux de compagnie ne sont pas acceptés. Donc là, aux ACT c'est possible puisque les gens ont leur propre logement. Donc là on a deux toutou on en avait trois. Mais il y a une personne là, qui est sortie dernièrement, donc on a deux toutous.

**ESI [00:21:54]** Et vous vous gérez aussi du coup les animaux?

**IDE 1 [00:21:57]** Alors on est là plutôt pour accompagner, j'ai une collègue qui est CESF. Donc elle, elle va accompagner sur tout ce qui est vie quotidienne et elle par exemple elle peut amener à être en lien avec une association Rennaise qui s'appelle gamelle pleine et qui permet à des personnes qui ont des revenus de très très modeste, de faire vacciner leur chien ou leurs animaux de compagnie à moindre de coût, de recevoir des de la nourriture. Donc là, elle fait le lien, par exemple, avec cette asso là. Alors on coordonne beaucoup au Réseau Louis-Guilloux mais ça me fait penser qu'aux ACT, effectivement on a un réseau de partenaires hyper large en fait. Du coup, parce qu'il y a des situations très variées, on est en lien avec les associations pour l'apprentissage du français par exemple, suivant aussi le niveau des personnes avec titre de séjour sans titre de séjour aussi, avec Pôle emploi, avec la CAF, avec la MDPH, nous ça va être plutôt sur le monde hospitalier, l'extra hospitalier aussi. C'est hyper large suivant les situations, ça peut être aussi en pédiatrie, en PMI, c'est hyper large. Donc on fait aussi pas mal d'éducation thérapeutique. Il y a aussi alors... on a aussi créé un... Alors ce n'est pas un pôle d'activité parce que c'est trop petit, mais on fait aussi de l'éducation thérapeutique. On a monté un programme d'ETP il y a deux ans. On a tous été formés, les paramédicaux et médicaux et les travailleurs sociaux à l'éducation thérapeutique il y a trois ans maintenant. Et on a monté un programme. Donc là, on est trois professionnels, deux infirmières, une travailleuse sociale. On a un 10 % par semaine en gros pour travailler sur ce projet là et on monte des ateliers qui sont toujours les mêmes. Mais voilà, on a des ateliers sur cinq, quatre thèmes différents, sur, mieux vivre avec ma maladie chronique, notamment quand on est en précarité. Y'en a un c'est sur l'alimentation. Il y en a un autre, on essaie de se diversifier un peu, on a trouvé un partenaire avec pour faire du yoga.

**ESI [00:24:21]** OK, top, et vous avez déjà des patients qui font partie de ce programme ?

**IDE 1 [00:24:28]** Oui, mais alors après on a un peu de succès mais pas énormément. D'abord ça débute et c'est surtout que les personnes qu'on accompagne ont beaucoup de contraintes en fait. C'est-à-dire que quand tu as un logement fixe, c'est plus simple. Mais souvent aux ACT dans tous les cas, c'est des personnes qui ont beaucoup de rendez-vous médicaux qui, par exemple, peuvent avoir des rendez vous pour les caritatifs, il faut aller chercher à manger, qui peuvent avoir des cours de français qui peuvent avoir aussi des soins en plus. Généralement, c'est des gens qui ont des programmes assez chargés donc voilà. Pour les personnes qui sont suivies au centre médical il y a une

question d'hébergement, c'est à dire que t'es logé dans tel squat une semaine, mais c'est pas dit que la semaine d'après tu le sois. Donc pour venir à un rendez vous pour l'éducation thérapeutique, souvent, c'est pas la priorité. Donc on peine un peu à fidéliser les gens. On est obligé de s'adapter. C'est vrai qu'ici, un maître-mot, c'est l'adaptation tu es obligé de t'adapter tu peux pas attendre des gens qui se souviennent forcément de leurs rendez vous médicaux parce qu'il y a tellement de choses. Parce qu'effectivement, partir de son pays, quand c'était pas ton choix, parce que pour x raison, soit pour raisons politiques, raison sociale, guerre, la maladie ou même raisons familiales pour n'importe qui c'est un déchirement un déracinement. T'arrives ici, tu as des nouveaux codes sociétaux, parfois culturels, de langue, il faut que tu emmagasines tout ça va du coup. Pour les personnes qu'on accompagne, l'impact psychologique, il est énorme et il est à prendre en compte et du coup, on doit aussi Il ne faut pas hésiter à appeler les gens. Est ce qu'il s'est passé quelque chose de particulier ? Est ce que c'est un simple oubli ? Est ce qu'il y a eu aussi incompréhension ? Parce que nous, on pensait que la personne avait compris mais au fait non. Et la personne à pas oser, trop dire. Et puis voilà, ça peut aussi être une des raisons pour lesquelles les gens ne vont pas au rendez-vous. Donc voilà, ça demande de l'adaptation aussi.

**ESI [00:26:45]** D'accord. Et vous êtes répartie comment avec tes collègues, du coup ?

**IDE 1 [00:26:50]** On est deux infirmières du coup. Et moi je suis à 80 %, IDE collègue est à 100 % on s'est réparti. Moi j'ai huit ou neuf situations, je ne sais plus. Et elle a les autres, les onze autres situations. On s'est un peu répartis par appartement donc en fait des adresses fixes.

**ESI [00:27:08]** Et du coup c'est sur tout Rennes ou c'est plutôt proche d'ici ?

**IDE 1 [00:27:12]** Oui, on est basé dans le quartier du Blosne, vers le sud majoritairement. Le plus loin c'était rue de Nantes. La volonté, c'était plutôt d'avoir des personnes à proximité en fait, pour pouvoir aller les voir.

**ESI [00:27:50]** Est-ce qu'ils se déplacent ici ?

**IDE 1 [00:27:55]** Si, alors ce que je t'ai pas dit, c'est que pour être au logement ACT, faut que tu sois autonome. Parce que nous, on n'est pas là le soir, il n'y a pas de veille et on n'est pas là le week-end. C'est à dire qu'en gros notre service, il est ouvert de 8 h 30 à 18 h. A un moment donné, il y avait dans les immeubles, parfois, tu as des veilles, pas des veilleurs, mais des médiateurs aussi. Donc les gens peuvent faire appel aux médiateurs si jamais il y a une problématique de voisinage, etc. Ils ne peuvent pas faire appel au service et le week-end, c'est pareil quand on est fermé aussi. Donc il faut que tu sois autonome quand même faut que tu puisses aller faire tes courses, que tu puisses te faire manger, que tu puisses entretenir un logement, etc. Donc ça limite aussi.

**ESI [00:28:42]** Tout ça, c'est évalué à la commission ?

**IDE 1 [00:28:45]** Ou alors il faut mettre des aides, des aides ménagères en place. ça s'anticipe parce que c'est pareil il faut que tu aies un titre de séjour pour ça. Voilà, ça demande aussi de l'organisation et donc ça peut être un critère excluant. Sinon ça ne fonctionnerait pas, ou alors si la personne est en situation d'invalidité, on peut demander à ce qu'il y est un tiers avec elle aussi. Donc qu'il y est une veille aussi sur la personne.

**ESI [00:29:21]** J'avais une question sur l'épidémiologie.

**IDE 1 [00:29:26]** Oui en terme d'épidémio, il y a plus d'hommes seuls effectivement, il y a plus de mamans seules avec enfants. D'ailleurs il n'y a que des mamans seules avec enfants. Si, il y a des familles la, actuellement, il y a une famille composition avec deux parents. Et la tranche d'âge... On est plutôt sur 30 ou 40 ans, je crois. Il faudrait que je t'envoie le rapport d'activités de l'année dernière. Comme ça t'aura un peu plus de chiffres, ce serait peut être plus intéressant aussi pour toi.

**ESI [00:30:16]** J'ai une question: ton regard sur la population ? Est-ce que tes représentations ont pu évoluer depuis que tu travailles au réseau ?

**IDE 1 [00:30:39]** Je pense que les représentations, on en a tous. On appartient tous à un groupe donc quand tu regarde le groupe d'à côté.... Après le tout, c'est d'ouvrir aussi un peu ses oeillères je trouve. Des représentations, oui, j'en ai forcément, c'est sûr, mais après ? Est-ce qu'elles ont évolué ? Certainement qu'elles ont évolué aussi mes représentations Peut être qu'aussi je dirais peut être plus la barrière de la langue. Me dire c'est pas parce qu'on ne parle pas la même langue qu'on ne peut pas se comprendre voilà. Ce n'est pas parce qu'on ne vient pas du même pays qu'on ne peut pas se comprendre non plus. Je ne sais... Ouais, je sais pas trop facile, enfin si ma pratique elle évolue aussi forcément au fil, au fil du temps, au fil des années, il y a des questions que je vais davantage osées, poser qu'auparavant. Par exemple plutôt la question là en ce moment avec ma collègue, on aimerait bien travailler sur tout ce qui est vie affective et sexuelle, les violences faites aux femmes aussi. Par exemple, à la plupart des femmes qu'on accompagne... Mais moi, dans ma représentation, c'est une violence, mais la plupart des femmes ont été excisées, par exemple. Là, c'est d'oser demander aussi dans le questionnaire, avez vous déjà été excisées ou non ? Est ce que vous ressentez des problématiques actuellement par rapport à cette excision oui/non ? Après, il y a des fois où les femmes nous disent, c'est ainsi, c'est un fait, c'est comme ça. Mais bon, c'est en général, il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de souffrance autour de cette question là, quoi il y en a qui s'en souviennent très bien, trop bien d'ailleurs. Oui, pour certains, oui, ça a été fait tardivement. Pour d'autres, elles étaient jeunes. Donc voilà toutes ces questions sur la féminité aussi, ça c'est c'est pas une représentation, mais dans le sens ou... Si, parce qu'en fait...Si moi je ne me représentais pas forcément qu'effectivement il y a autant de femmes qui aient pu subir ces mutilations là, même si effectivement je sais que ça se pratique. Je sais que ça se pratique et que ça existe. Mais voilà, le tout, c'est aussi de se rendre compte que la personne face à toi est dans cette situation. C'est plus d'oser poser davantage de questions, mais parce que en ce moment, c'est un travail sur lequel on aimerait bien travailler aussi. Après, on verra comment ça se met en place.

**ESI [00:33:37]** Ce serait intégré dans un questionnaire ? parce que du coup ils ont un questionnaire ?

**IDE 1 [00:33:39]** On fait pas de questionnaires non, pas forcément parce que l'idée, c'est de travailler la confiance en fait. On rencontre les personnes, alors les personnes sont admises. Nous, on les rencontre une première fois, soit à deux, soit en soit on est toutes les deux avec ma collègue IDE collègue, soit toute seule. C'est un peu suivant la situation pour se présenter aussi. Et voilà, on va expliquer nous notre travail, comment l'accompagnement va se dérouler. Et l'idée c'est de créer un climat rassurant pour les gens. Donc la confiance ne va pas arriver tout de suite.

**ESI [00:34:16]** ça met du temps ?

**IDE 1 [00:34:17]** Ça peut. Généralement, le premier mois, tu vois comme les gens aussi étaient pas hébergés. Il y a énormément de reconnaissance de la part des gens qu'on accompagne, on a souvent beaucoup de merci, ou alors beaucoup de peur à la sortie des ACT. Les gens nous disent je ne vais jamais réussir, je ne vais pas pouvoir, vous avez été là où en fait c'est vrai qu'il y a un côté assez couvent très maternel aux ACT. On est une équipe professionnelle complète, il y a un côté hyper rassurant. C'est des personnes qui vivaient dans des situation très précaire à la rue et qui, du jour au lendemain, se retrouvent dans un appartement où ils ont accès à une cuisine, à des toilettes, à une salle de bains à un lit donc souvent aussi un peu cette phase avec beaucoup de reconnaissance au début. Et puis après pff ce côté ouf, on se relâche enfin.

**ESI [00:35:10]** Et là, la confiance peut se faire ?

**IDE 1 [00:35:13]** Oui, peut se faire. Puis après il y a des gens avec qui tu sais.

**ESI [00:35:17]** Oui, ça dépend des caractères aussi.



**IDE 1 [00:35:19]** Voilà, il y a des gens avec qui la confiance elle va se faire d'un coup d'un seul d'autres avec lesquels ça va être plus compliqué. Ou alors parfois, ça va être plutôt avec ta collègue plutôt qu'avec toi. L'idée, c'est de conjuguer un peu avec tout ça. On se fait aussi entre nous beaucoup de va formel. C'est à dire tu reviens de visites à domicile, tu vas voir avec ta collègue à oui elle m'a dit ça ça ça ah oui c'est vrai je n'avais pas pensé à ça. Oui, a beaucoup d'échanges en fait.

**ESI [00:35:45]** Même si ce n'est pas trop ton appartement. En tout cas, vous échangez?

**IDE 1 [00:35:50]** Oui, ou alors on est souvent en binôme infirmier, travailleur social. Donc voilà ta collègue elle va travailler sur le champ de l'insertion, par exemple sur le titre de séjour. Et parfois du coup, ça peut aussi avoir des conséquences sur la santé des gens et vice versa. Donc c'est un travail d'équipe qui est assez important.

**ESI [00:36:16]** Oui, Et connaître le rôle de chacun ?

**IDE 1 [00:36:19]** Oui, connaître les limites aussi de chacun, ton champ d'action, ton champ de compétences, etc Pour pas marcher sur les plates bandes de l'autre entre guillemets. Et puis pour que ça puisse fonctionner au mieux.

**ESI [00:36:48]** Très bien. J'ai une question par rapport à ta prise en soins. Qu'elles sont tes difficultés dans ta prise en soins ? Est-ce que tu arrives à identifier facilement les besoins des patients ?

**IDE 1 [00:37:06]** Alors, des difficultés, ça peut l'être parce qu'effectivement, parfois les personnes ont une pathologie qu'on connaît pas, nous il faut qu'on se renseigne de notre côté. Après l'accompagnement, il reste le même, dans le sens où la mise en place est identique pour tout le monde. Les gens sont vus une première fois par le médecin spécialiste, après ils seront reconvoqués, etc. Nous on va réexpliquer. Après, c'est plutôt un apport de connaissances et puis, parce que chaque situation est unique et que les demandes, elles ne vont pas être les mêmes, elles peuvent être les mêmes mais pas au même moment ou où elles peuvent être complètement, complètement différentes. Donc parfois, si tu peux être en difficulté sur des situations parce que par la relation, ça passe pas du tout. Aussi, donc là il faut pas hésiter à passer le relais avec l'autre collègue aussi. En fait, comme les gens sont là, plusieurs mois, voire plusieurs années. Tu as le temps de travailler sur plein de questions, en fait c'est hyper large en fait. C'était quoi ta question d'après, j'ai oublié.

**ESI [00:38:23]** Est-ce que tu peux me parler des besoins des patients ?

**IDE 1 [00:38:29]** Les besoins des patients, souvent ce qu'ils nous disent, on voudrait prendre des cours de français pour comprendre. Oui, les cours de français, soit.

**ESI [00:38:40]** OK. Et est ce que du coup toi dans ton travail tu as des outils ou tu s'appuie sur des ressources ? des formations ?

**IDE 1 [00:38:48]** Alors non, je vais te dire on n'a pas de formation particulière. Euh, c'est un peu notre, soit nos expériences précédentes qui nous ont donné envie de venir travailler en réseau. Ou alors c'est par envie de changer aussi du milieu hospitalier. Mais après, on a été formées l'année passée à l'addictologie. Parce qu'effectivement, c'est une problématique qu'on rencontre assez régulièrement et comment tu abordes les choses comment tu te repères ? comme t'oses en parler ? parce que tu as des collègues qui sont très à l'aise avec cette question là, d'autres qui le sont moins, certains qui ne vont pas forcément oser poser des questions parce que ça dérange, ça peut mettre mal à l'aise d'autres qui, au contraire, n'auront pas du tout de difficultés. Donc c'est plutôt des besoins de formation ponctuels quoi. Donc là, il y a eu sur l'addicto. Ma collègue IDE est hyper moteur, elle adore tout ce qui est projet, montage de projets. Donc là, du coup, on est en train de monter un projet sur la parentalité aussi. Plutôt sur tout ce qui va être problématique de l'enfant, exposition aux écrans, le sommeil, l'alimentation, parce que en fait c'est des problématiques qu'on repère dans plusieurs familles en fait. Oui, souvent, les parents sont seuls à gérer un ou plusieurs enfants. Donc en fait, ils reçoivent tout le

stress de l'accompagnement médical de leur enfant, leur suivi, le suivi médical. Et puis y'a ça à gérer, il y a les frères et sœurs, il y a la scolarité à gérer du coup, sur le moment un peu par facilité, mais je pense qu'on le ferait tous dans la situation l'apaisement de l'enfant ça passe par l'écran la nourriture. Donc, on voudrait travailler cette question là aussi cette année avec ma collègue. Et en fait, on a aussi une psycho qui intervient toutes les 6 à 8 semaines pour faire de l'analyse de pratique.

**ESI [00:41:18]** Avec l'équipe ?

**IDE 1 [00:41:21]** Oui. Soit on parle des situations, soit on parle d'un sujet qui concerne l'équipe sur une problématique de fonctionnement.

**ESI [00:41:48]** Merci, est ce que tu avais d'autres éléments à ajouter ? Si, j'avais quand même une question, tu en as un peu parlé mais comment donnez vous la place à la personne dans sa prise en soin ? Comment il arrive à en être acteur ?

**IDE 1 [00:42:12]** Alors ça c'est une bonne question. Par exemple, au tout début de la prise en charge, on va accompagner les gens en consultation médicale, à leur rendez-vous alors on va les laisser faire. Et puis enfin, là, je vais parler pour moi, un monsieur et je l'ai laissé faire tu vois, aller à ses rendez vous, etc. Et en fait, il y a eu plusieurs loupés, donc là je me suis fait non il n'y a pas du tout d'autonomie pour l'instant, pour le monsieur, c'est pas du tout possible d'aller lui même à ses rendez vous médicaux. J'avais repris rendez-vous et puis je l'accompagnerai, mais tu vois je les test un petit peu. Ou alors d'emblée, j'accompagne directement les gens au rendez-vous. Tu revérifies après, est-ce que vous avez des questions ? des incompréhensions ? etc. Et puis, en fait, au fur et à mesure, une fois que les gens ont repéré l'endroit, comment y aller, comment il fallait reprendre rendez-vous ? Voilà, en fait, au fil des mois, toi, tu pars petit à petit de la situation, la je ne vous accompagnerai pas à cette consultation, c'est à vous d'y aller seul, c'est à vous d'être à l'heure, c'est à vous d'anticiper, d'avoir rechargé votre carte de bus pour pouvoir aller au rendez vous. Mais ça ne se fait pas en une semaine. Là, je te dis, les gens en plus restent là, parfois des années, donc tu as le temps de travailler toutes ces questions là au fur et à mesure.

**ESI [00:43:27]** OK, merci. C'est très intéressant et si tu as d'autres choses à ajouter...

**IDE 1 [00:43:36]** Là, spontanément, non, je ne vois pas. Mais je t'enverrai si tu veux le rapport d'activité comme ça, ça te fera de nouveaux éléments à venir. Tu auras davantage d'informations plus concrètes dans le rapport d'activité. Ce sera plus pratique pour aller piocher dedans.

**ESI [00:44:03]** OK très bien merci pour ton temps.

## 2ème entretien IDE 2 (25/01/2023)

**ESI [00:00:33]** Est ce que déjà tu peux me parler de ton parcours professionnel ?

**IDE 2 [00:00:41]** Oui. Alors donc moi je suis diplômé depuis 2017 de l'Ifsi de Saint Briec. Donc j'étais dans les Côtes d'Armor plutôt, à la suite de mon diplôme moi je me suis plutôt dirigé vers la psychiatrie. Donc j'ai fait des remplacements pendant neuf mois, à l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu, à Dinan. Donc là, je suis allée sur tous les services, j'étais Infirmière volante, j'ai fait du service fermé, du service ouvert, de l'accueil de jour, de la gériatrie. La suite de ce contrat, en fait, après, j'ai fait plutôt des petits contrats. J'ai été en Epad, j'ai été dans des structures qui accueillent des personnes en situation de handicap. J'ai fait un peu d'intérim aussi. Donc là voilà, ce n'est pas du tout la même expérience, moi j'étais plutôt psychiatrie, voilà, et là, c'était vraiment du soin et l'intérim, c'est assez particulier. Mais donc, j'ai fait un petit peu ça à Rennes notamment. Et ensuite j'ai eu un contrat plus long à Coallia. Donc dans une structure, dans deux structures, il y avait un foyer, un foyer d'accueil médicalisé et une maison d'accueil spécialisée, une MAS. Et ensuite, je suis arrivée au réseau Louis-Guilloux en janvier 2021. Voilà, ça fait deux ans et donc j'ai été embauché en fait, au départ, il y a eu un poste qui s'est créé avec le coronavirus. Donc en fait, il y a eu une équipe qui s'est montée avec un médecin, une infirmière et un temps de psychologue. Et l'idée, c'était de pouvoir aller dans les structures où sont hébergées les personnes précaires ou même pour pour les personnes, fin pour toutes les personnes qui sont en précarité, que ce soit les SDF, les personnes qui sont en demande d'asile, les autochtones, tout ça, ce qui était contaminé par le virus et qui n'avait pas de possibilité de s'isoler. En fait, on avait un accueil, un hébergement, donc on avait quelques places d'hébergement, une quinzaine. Donc, quand il y avait des personnes là bas, l'idée, c'était de passer tous les jours pour faire de la surveillance. Le médecin y faisait sa visite, fin déjà sa visite d'entrée et de sortie, bien sûr et puis s'il y avait besoin entre temps, il pouvait donc y avoir des soins aussi, des pansements. Chez les personnes diabétiques, il y avait un peu de tout. Donc nous, on travaille que du lundi au vendredi de 9 h à 17 h. Donc l'idée, c'était de, on avait un relais avec des infirmiers libéraux le week-end. Les autres missions, donc, c'était d'aller dans les structures pour faire des des informations de prévention, parler du coronavirus, des risques, comment se protéger, mettre le masque, tout ça. On a fait des informations sur la vaccination. Donc ça, c'était à destination des patients à destination des professionnels. Donc voilà, avec le coronavirus, ça nous a permis de travailler avec beaucoup de structures de la précarité et médico sociale à Rennes. On est aussi, on était une équipe départementale. Donc ça nous arrivait d'aller aussi à Fougères, Vitré. Donc voilà, pas mal de déplacements. Et, en fait, en 2022, il y a eu un appel à projets pour créer au niveau national des équipes mobiles santé, précarité. Donc, on a répondu à cet appel à projets et on a eu le projet comme voilà on avait déjà une équipe qui ressemblait en fait, ils nous ont donné les financements et donc on a accueilli en plus dans l'équipe une assistante sociale. Donc au niveau des temps de travail, donc, moi, l'infirmière, je suis à temps plein. Notre assistante sociale, elle est à 80 %. Le médecin, il est à 60 et la psycho à 30. Donc on n'est pas non plus une grosse équipe. Mais donc l'idée des équipes mobiles santé précarité, c'est d'aller vers les personnes qui sont les plus éloignées du soin. Donc là, il n'y a pas de conditions pour être suivi par l'équipe. C'est inconditionnel. On suit tout le monde, que ce soit des personnes étrangères, autochtones. Vraiment le point de départ c'est une entrée somatique. il faut qu'il y ait un problème somatique et que la personne ne soit pas suivie ou qu'il y ait des difficultés, soit parce qu'il y a un problème de mobilité, pas d'hébergement ou un problème psychique. Ça peut être plusieurs entrées. On est équipe mobile santé précarité depuis juillet et notre collègue AS est arrivée en septembre. Donc c'est assez récent.

**ESI [00:05:32]** D'accord donc vous intervenez en même temps ? où ça dépend des besoins ?

**IDE 2 [00:05:39]** C'est ça, alors en fait, pour l'intervention, on n'intervient que sur Rennes Métropole, donc Rennes et les alentours. Donc comment on intervient ? En fait, on intervient sur sollicitation des partenaires. Donc on a rencontré beaucoup de partenaires, donc il y a plusieurs points de santé à Rennes, il y a le Samu social, la permanence d'accès aux soins de santé avec qui on travaille et beaucoup d'autres des bénévoles, par exemple des associations comme UTUD, un toit c'est un droit,

Utopia 56, le coupé décalé, je sais pas si tu connais. C'est aussi un tiers lieu qui se situe au nord de Rennes et en fait, c'est un endroit où les personnes peuvent venir faire à manger, notamment les personnes qui sont hébergées au 115, où il n'y a pas de cuisine. Et donc là, c'est un endroit où ils peuvent venir faire la cuisine, laisser leurs aliments, tout ça. Donc ils voient beaucoup de personnes précaires, donc qui peuvent aussi nous orienter. Donc on travaille vraiment avec tout le monde. Tout le monde peut nous appeler. Les personnes, aussi elles-mêmes, peuvent nous appeler, ça peut être via aussi du bouche à oreille.

**ESI [00:06:44]** Comme vous êtes récent du coup, il a fallu peut-être faire une communication en amont ?

**IDE 2 [00:06:48]** Oui, après, comme on avait avec le Covid en fait, on était déjà connu de beaucoup de partenaires. Y'avait déjà des contacts, on travaille beaucoup avec certaines personnes, et là, depuis septembre, effectivement, on communique beaucoup plus, on se déplace avec ma collègue AS, et en fait, on se rend compte qu'une fois qu'on a commencé à travailler avec certains partenaires, le lien est créé et donc ça se fait facilement. Mais on est encore en train de communiquer et de rencontrer des partenaires, effectivement. Donc, une fois que les partenaires nous appellent, il n'y a pas forcément de, ils n'ont pas à remplir de fiches. Eux, ils nous appellent ou ils nous envoient un mail, nous ont rempli une fiche de demande et on étudie toutes les demandes ensuite en équipe une fois par semaine. Donc l'idée, c'est quand même de pouvoir rencontrer la personne au moins une fois pour faire une évaluation, pour savoir est ce que c'est à nous d'intervenir ou pas ? Est ce qu'il y a d'autres choses qui existent ? Il y a d'autres solutions ? Parce que l'idée, c'est pas de faire de doublon. A Rennes il y a déjà pas mal de choses qui existent en termes de soins, de structures médico-sociales pour les personnes précaires. Donc voilà notre, quand on a une demande, on fait une petite enquête, on essaie de voir qui est ce qui connaît la personne, tout ça.

**ESI [00:08:09]** C'est qui mène l'enquête du coup ? c'est...

**IDE 2 [00:08:10]** Moi ou ma collègue AS ou le médecin. En fait, celui qui a la demande. Et donc ensuite, on donne un rendez vous assez rapidement pour l'instant, on a encore la chance d'avoir, on se donne deux ou trois jours avec ma collègue AS pour rencontrer la personne. Donc, on se déplace toujours en binôme. Donc, soit on fait venir la personne ici quand c'est possible pour elle, soit on va sur les lieux de vie, dans la rue, les squats, voilà donc le lieu, le lieu de vie de la personne. On fait l'évaluation, on en discute en équipe. L'évaluation permet de connaître un peu mieux la personne, savoir quelles sont ses demandes, s'il a des demandes. Est ce qu'il y a déjà un étayage, étayage médical ou social ? Quels sont les besoins en fait, qu'est ce qui a déjà été fait et est ce que c'est à nous d'intervenir ou pas ? Voilà, on a pas mal de personnes qui sont allophones, donc là, il faut, ça peut prendre un peu plus de temps les rendez vous parce qu'on travaille avec des interprètes professionnels. Donc il faut le temps d'organiser tout ça. Il y a beaucoup de travail, de coordination, là par exemple, on a rencontré deux personnes. Il faut réserver les interprètes, donner les rendez-vous. Une fois qu'on a rencontré la personne, si jamais il y avait des choses médicales, qu'elle a déjà été hospitalisées à tel endroit, l'idée, si elle est d'accord, c'est de récupérer les documents avant qu'ils voient le médecin. Tout ça, ça c'est le travail que moi je fais si c'est la partie médicale, notre assistante sociale souvent pour les personnes précaires, elle a beaucoup de choses à faire. Et puis, la temporalité est plus longue pour le social que le médical souvent. Donc voilà pour le suivi. Alors, après nous, on est équipes mobiles, santé, précarité et en fait, on est un pôle à part entière. On a un fonctionnement comme les ACT en fait. L'ARS, nous demande dans le cahier des charges, le cahier des charges national, nous demande de donner un livret d'accueil aux personnes, de faire signer un contrat d'accompagnement. Ce qui n'est pas toujours évident, surtout quand on suit des personnes qui sont très éloignées du soin, des gens qui sont sans domicile fixe depuis des années. L'idée, c'est pas d'aller les voir et il faut signer. Donc nous, on fait vraiment au cas par cas en fait, on voit bien si la personne est en capacité ou, si il y a lieu de le faire signer le contrat ou non. Nous, on est quand même, on se laisse le choix de proposer le contrat ou pas. Mais l'idée, c'est quand même qu'on ait une équipe où on est censé intervenir sur un temps court pour amener les gens vers le soin et les, les amener vers le droit commun. Donc le droit commun c'est un médecin généraliste en ville, des infirmiers libéraux voilà.

**ESI [00:11:16]** Une fois que c'est fait, qu'ils ont trouvé un médecin traitant, vous pouvez ensuite passer la main aux autres collègues ?

**IDE 2 [00:11:25]** C'est ça, notre mission, c'est vraiment de ramener les gens vers le soin. Donc ça prend du temps parce que des gens qui sont très éloignés, il faut déjà installer une relation de confiance. Donc on rencontre les personnes plusieurs fois avant de pouvoir ensuite, peut être leur proposer de faire des examens s'ils en ont besoin. Et après oui, l'idée, c'est de passer la main et de les emmener voir un médecin en ville.

**ESI [00:11:55]** Donc pour vous, la prise en charge, c'est combien de temps du coup ?

**IDE [00:11:58]** Alors normalement, dans le cahier des charges selon le contrat, ça devrait être de deux mois renouvelable. Mais dans les faits, voilà, encore une fois pour ce type de public, les deux mois, ça paraît très court. Après, en fait, là, tout dépend on a, on suit les gens depuis six mois, et il y en a d'autres c'est plus court parce qu'après en plus, ils vont bouger dans d'autres régions, donc on fait le lien mais on se met pas de date limite ou le but, c'est quand même d'orienter et de faire des orientations effectives, c'est à dire qu'on ne va pas juste bon on vous donne des numéros de médecin traitant et voilà vous vous débrouillez. Vraiment on accompagne la personne jusqu'au bout. Donc ça peut prendre du temps, mais on est là pour ça. Après, effectivement, on sait tous que actuellement, c'est compliqué de trouver des médecins. Donc forcément, ça peut prendre plus de temps. Et puis, il y a aussi une psychologue dans l'équipe. Donc ça, c'est pareil, le suivi psycho, ça ne se fait pas en deux semaines. Donc voilà, le suivi psycho peut être plus long que le suivi infirmier.

**ESI [00:13:07]** Et vous restez en relation avec les personnes que vous prenez en soin ?

**IDE 2 [00:13:11]** Oui, oui, elle sait qu'elle peut nous contacter. Là, il y a une famille par exemple, une jeune femme qui est d'origine albanaise, qui est arrivée, ils étaient donc, ils dormaient dans un camp en tente donc elle était enceinte. Et donc voilà, elle est arrivée, elle ne connaissait rien, parlait pas français. Voilà, donc on l'a accompagnée. Moi, j'ai mis en place le suivi à l'hôpital sud et là, le bébé est né. Et du coup, là, on se dit qu'on va pouvoir maintenant qu'on a mis pas mal de choses en place, on a trouvé un médecin généraliste avec interprétariat. Et donc, voilà, on va pouvoir dire à la famille qu'on va arrêter de les accompagner. Fin plutôt, qu'on reste disponible, mais plus aussi de façon rapprochée.

**ESI [00:14:01]** Et est-ce qu'elle a trouvé un logement ?

**IDE 2 [00:14:03]** Alors non, ils sont toujours 115, l'hébergement d'urgence. Mais voilà, malheureusement, on ne pourra pas trouver des logements à tout le monde. C'est ça qui est un peu compliqué. Mais bon, voilà, les gens, on sait qu'on les aide sur un temps. Et puis maintenant qu'on a notre assistante sociale aussi elle peut des fois, pour débloquer des situations pour des personnes étrangères. Enfin, s'il y a possibilité, s'ils ont déjà demandé l'asile, qui sont dégoutés, qu'il n'y a plus rien à faire, ils sont en situation irrégulière. Voilà, on peut au moins les aider sur la santé. Et puis notre collègue assistante sociale aussi, elle a un DU droit des étrangers. Elle a quand même pas mal de billes aussi pour soi, les envoyer vers des avocats, des choses comme ça.

**ESI [00:14:57]** J'ai une question sur est-ce que tu peux me décrire la population que tu prends soin ? Est-ce que tu as des exemples ? des données épidémiologiques ? S'il y a plus de femmes, plus de personnes âgées ? enfants ?

**IDE 2 [00:15:11]** Ouais. On s'est rendu compte qu'on accompagnait plus de femmes. Je ne sais pas peut-être qu'elles sont plus vulnérables aussi des personnes en termes de, je crois qu'on a peu finalement de personnes qui sont francophones ou françaises. Donc là, c'est plutôt des personnes étrangères. Après, on a tout âge, donc ça peut être la dame, la jeune femme albanaise qui vit avec sa famille, qui dormait, en tente. On a une autre dame géorgienne qui, pareil, dormait dans une voiture, la elle à trouvé une place au 115. On a un monsieur SDF qui lui est français, SDF depuis 20 ans qu'on

suit aussi. C'est assez varié. Au niveau de l'âge, je ne saurais pas te dire la moyenne. Mais effectivement, sur le fond, on a eu plus de femmes. Je ne sais pas, peut être vulnérable, je sais pas trop. On a plusieurs familles effectivement, on en a une autre dame avec sa fille qui est autiste, qui arrive d'Afrique. Là c'est pareil, hébergées au 115. Donc là, il y a un gros travail de coordination, parce que souvent les personnes qui viennent de l'étranger ils ont un parcours migratoire complexe. Ils sont souvent allés soit dans plusieurs pays, soit même en France, dans plusieurs régions. Donc là il y a aussi tout ce travail de coordination, de savoir, qu'est ce qui a été fait ? Qu'est ce qu'on peut faire? Comme aussi au réseau Louis-Guilloux, on a beaucoup plus de patients migrants. On en voit beaucoup nous aussi et parce qu'en fait, les personnes qui sont en demande d'asile en France, il y a que 50 % qui sont hébergés. Donc, normalement quand on fait la demande d'asile, on a le droit à un hébergement dans CADA un centre d'hébergement pour demandeurs d'asile. Mais en fait, il n'y a pas assez de places, donc il n'y a que la moitié qui est hébergée, donc l'autre moitié, ils sont dans une situation de problème de précarité, ils n'ont pas d'accompagnement social puisque pas hébergés. Donc ces populations, s'ils ont des problèmes de santé qu'on va pouvoir accompagner aussi.

**ESI [00:17:52]** D'accord, du coup sur la santé de vos patients, est-ce que tu as des exemples sur leur état de santé ?

**IDE 2 [00:18:03]** Oui, on a eu beaucoup de psycho trauma. Des jeunes, notamment. Il y en qui viennent d'Afghanistan ou des jeunes migrants qui peuvent avoir les papiers, mais finalement, ils se retrouvent quand même à la rue. Il y a un gros psycho trauma. Il y a eu, on a eu un jeune qui a fait une tentative de suicide. On l'a fait hospitaliser. Là, on a beaucoup de gens comme ça qui ne vont vraiment pas bien au niveau psychique. Au niveau somatique, donc il y a eu, il y a des femmes enceintes à la rue aussi on en a, on a une autre dame qui est enceinte. Du coup, avec toutes les problématiques de la grossesse en plus en dormant dans la voiture.

**ESI [00:18:53]** Et le suivi grossesse qui est pas forcément fait ?

**IDE 2 [00:18:55]** ça, on le met en place. Par exemple, j'ai appelé l'hôpital Sud où cette dame était à Fougères et son arrivée à Rennes. Donc là, gros, ça a été avec son accord d'appeler l'hôpital Sud, de mettre tous les rendez vous en place, d'appeler l'assistante sociale de l'hôpital. Donc maintenant, le suivi de grossesse s'est mis en place. Mais nous, on essaie de continuer à voir madame parce que, au niveau mental, ça va pas trop. Donc elle est suivie par notre psychologue. Le médecin la voit aussi pour la grossesse, elle fait en plus des hypotensions. Et moi je continue à la voir c'est plus pour faire du lien aussi, comme la situation est très difficile avec, elle a déjà deux enfants en bas âge. On a une dame qui est diabétique et qui attend une opération de la hanche. Elle a une coxarthrose avancée donc on va avoir une prothèse de hanche. Sauf que c'est une dame qui arrive de Géorgie. Je ne sais pas si IDE 1 t'en a parlé, mais maintenant, les personnes depuis 2019, les gens, quand ils demandent l'asile, ils ont une carence de droit. Ça veut dire qu'ils n'ont pas accès au droit de santé, à la sécu tout de suite. Ils doivent attendre trois mois. Donc là cette dame, elle est dans la carence de droit, même dépassée. Mais la CPAM ça peut être un peu long et donc elle attend une opération, mais tant qu'il n'y a pas de droit, on ne peut pas faire ça. Donc on la suit pour son diabète et pour ses douleurs.

**ESI [00:20:19]** D'accord et ça ne peut pas être fait en urgence ?

**IDE 2 [00:20:25]** Non, parce que là, il n'y a pas non plus, c'est pas urgence vitale. Après les soins, il y a beaucoup de soins qui sont pris en urgence justement pour des personnes qui ont des chimio, des choses comme ça, là où ça peut attendre, les droits vont s'ouvrir, donc c'est sûr que pour madame, c'est pas confortable, surtout qu'elle dormait dans un gymnase, mais là, ça y est ils sont enfin au 115 dans un hôtel c'est un petit peu mieux. Mais donc on l'accompagne pour le suivi diabète, tout ça. Voilà c'est très varié, on a une petite fille autiste.

**ESI [00:20:56]** Et du coup, elle a quoi de spécial pour vous en tant qu'infirmière ? Tu vas faire quoi ?

**IDE 2 [00:21:03]** C'est vrai que moi la, c'est plus de la coordination avec le médecin, la visite. J'ai eu une dame par contre où j'avais des pansements à faire tous les jours, qui n'avait pas de droit de santé,

qui était une dame albanaise. Mais elle, elle n'était pas en demande d'asile, elle était venue en vacances et elle a eu un accident très grave au Mans un accident de voiture. Elle est sortie de l'hôpital comme ça, avec des ordonnances, tout ça. Mais en fait, comme il n'y a pas de droit de santé, la famille ne peut pas payer. Donc là, je me déplaçais régulièrement, elle a eu des plaies au crâne, on a enlevé les agrafes. J'allais tous les jours. J'allais lui faire la toilette aussi avec mon collègue médecin parce qu'elle avait des cervicales déplacées. Donc là, on est content elle a été opérée des cervicales finalement, tout s'est bien passé. Elle a pu enfin retourner en Albanie après six mois. Mais donc là, c'était vraiment du soins infirmiers. Mais en fait, c'est vraiment. Ça dépend des moments en fait, je peux avoir des situations de suivi de diabète là, je n'ai pas de soins particuliers.

**ESI [00:22:20]** Mais tout ce qui est matériel. Dans ces cas là comment ça se passe ?

**IDE 2 [00:22:24]** On a un financement pour acheter du matériel. Je fais la commande donc je fais les commandes de matériel. Mais par contre pour la pharmacie, donc s'ils ont des droits de santé qui peuvent pas se déplacer, moi ça m'arrive d'aller à la pharmacie pour eux, voilà. Mais s'ils n'ont pas de droit de santé au réseau Louis Guilloux, donc, on a un centre médical aussi et on a une pharmacie humanitaire. ça veut dire qu'on a des médicaments mis à disposition, qu'on peut donner gratuitement, donc on n'a pas tous les médicaments, mais on a le principal. Donc pour ceux qui n'ont pas de droit de santé, on peut prendre des médicaments ici, on leur fournit. Après quand c'est des choses comme la dame qui est diabétique là, on n'a pas assez d'insuline. Donc en fait, on travaille avec la permanence d'accès aux soins de santé la PASS, où il y a la possibilité d'avoir des traitements.

**ESI [00:23:19]** C'est au CHU ?

**IDE 2 [00:23:19]** Oui, en fait, ils ont deux pharmacies. On peut aller à l'hôpital Sud ou à Pontchaillou, donc les gens y vont avec l'ordonnance PASS une ordonnance particulière et ils vont chercher leur traitement. Et la tout se pose la question, par exemple pour les personnes diabétiques. Là, on vient d'accompagner, enfin on va commencer à accompagner une dame qui est diabétique et qui a des injections de trulicity une fois par semaine, mais c'est des injections qui doivent rester au frigo. Donc, quand on est dans la rue, comment on fait ? Là, elle a un hébergement au 115. Mais si en fait c'est quinze jours renouvelable une fois. Après on ne sait pas donc il y a tout ce travail. Ce qu'on a mis en place, on travaille aussi avec le 115. On essaie d'alerter sur les situations pour les personnes les plus vulnérables, mais on n'a aucun pouvoir pour l'hébergement. Juste avec l'accord de la personne, juste dire qu'elle a besoin d'un frigo s'en donner toutes les informations, ça reste bien sûr confidentiel. Il y a le secret médical, mais on dit juste qu'il y a une vulnérabilité, Il y a une fragilité et que la personne a besoin d'être hébergée. C'est vrai qu'il faut vraiment, enfin nous dans notre métier, même infirmière, partout il faudrait à l'hôpital et tout ça, même si c'est hyper compliqué. Mais il faut vraiment prendre la personne dans sa globalité et se soucier vraiment des, c'est vrai que nous on n'y pense pas tous les jours parce qu'on a un toit, on a à manger. Mais en fait, est ce que la personne, elle, a de quoi manger ? Est-ce qu'elle a un hébergement ? Alors voilà le suivi diabète ne va pas du tout être le même pour une personne qui est hébergée, qui a une cuisine et pour quelqu'un qui est en situation de précarité, qui ne peut pas se faire à manger.

**ESI [00:25:06]** Donc si ça touche les besoins fondamentaux, ils ont vraiment les choses primaires.

**IDE 2 [00:25:11]** C'est ça qu'il faut vraiment voir, interroger la personne et savoir dans quelles conditions réelles elle vit. Et pour pouvoir mieux l'accompagner. Et on voit bien que même des fois dans un hôpital, on voit sur les comptes rendus c'est écrit retour à domicile. Oui, mais il n'y a pas de domicile. Mais après c'est l'hôpital, on sait bien que c'est compliqué les urgences.

**ESI [00:25:37]** Oui, je l'ai bien vu, ça m'a fait un peu tilt. En fait, ça dépend des infirmiers infirmières. Il y en a qui, dès le début, vont questionner vraiment, c'est devenu un automatisme et ça, je pense avec l'expérience et d'autres, ce ne sont pas les choses qui vont questionner dès le début, on ça va vraiment être axé soin.

**IDE 2 [00:25:54]** Oui, même les droits de santé en fait, même moi, ça fait deux ans que je suis dans le milieu de la précarité, enfin j'avais fait un petit remplacement dans au réseau aussi il y a quelques années, mais court. Et voilà savoir si les gens ont des droits de santé, la sécu, il n'y a pas que les personnes étrangères, parce que les personnes aussi autochtones en précarité, ils ont pas renouvelé leur droit, ils perdent leur droit, il n'y a pas de mutuelle tout ça il faut se poser des questions.

**ESI [00:26:21]** Et puis des fois je trouve qu'on n'est pas assez informé, formés dessus, sur tout ça. Alors que c'est vraiment très important, et comme c'est compliqué, peut être que aussi il y a encore ça à travailler.

**IDE 2 [00:26:34]** Donc on sensibilise. Je ne sais pas si on va avec les collègues, on tourne, dans les ifsi aussi ?

**ESI [00:26:40]** On avait eu une intervention l'année dernière en deuxième année, et je crois que c'était sur le réseau Louis-Guilloux.

**IDE 2 [00:26:48]** C'est ça l'idée, sensibiliser aussi. Donc, c'est effectivement il y a un peu de soins, mais pas que. C'est beaucoup de social aussi, d'accompagnement, ça peut être de l'accompagnement physique. Je fais aussi des vaccins.

**ESI [00:27:09]** D'accord. En fait, vous faites une mise à jour vaccinale ?

**IDE 2 [00:27:14]** C'est ça une mise à jour vaccinale. On voit donc si les personnes viennent de l'étranger est-ce qu'elles ont déjà été vaccinées ? Donc ça, c'est le médecin qui voit ça à la première consulte ou l'infirmière. Et puis après on fait la mise à jour vaccinale. Après on a une mission aussi de prévention et promotion de la santé. Donc, c'est vraiment à la demande, comme on faisait un peu avec le Covid en fait les structures vont nous demander est ce que vous pouvez venir ? Donc là on l'a fait aussi pour la gale, parce qu'il y a une épidémie de gale. On a été aussi alerté par l'ARS. Donc, plutôt que les personnes viennent au compte gouttes au centre médical, en fait, nous on se déplace dans le centre d'hébergement où on fait l'info collective. Mais là, c'est avec des personnes afghanes, donc avec des interprètes et on donne les médicaments directement là bas, que ce soit pour les patients, la gale pour les professionnels. On a aussi cette mission de promotion de la santé et l'idée après, c'est assez récent aussi. Mais on aimerait bien mettre en place des ateliers thérapeutiques, des choses comme ça.

**ESI [00:28:27]** Ateliers ? Ça va être un programme d'éducation thérapeutique ?

**IDE 2 [00:28:29]** Alors il y a un programme d'éducation thérapeutique dans l'association. D'ailleurs IDE 1 t'en a peut être parlé. Et donc si, l'idée là, on a une patiente qu'on suit avec l'équipe mobile qu'on va essayer d'intégrer au programme. Après, il faut voir la temporalité.

**ESI [00:28:46]** C'est ce qu'elle me disait. Ce qui est compliqué aussi, c'est qu'ils ont énormément de rendez-vous.

**IDE 2 [00:28:52]** C'est ça et puis des personnes qui sont sur les appartements de coordination thérapeutique, elles sont hébergées, elles sont accompagnées par une équipe. Voilà, c'est quand même plutôt rassurant. Que nous, on est plutôt sur la rue, sur les squats. Souvent, la santé, ça ne vient pas en premier pour ces personnes, c'est d'abord d'avoir un hébergement, de savoir, de trouver à manger. Mais on propose et en fait, on fait en fonction des personnes, comme des situations qui peuvent se débloquer. Les personnes peuvent être hébergées. Là, c'est peut être plus le moment d'en parler.

**ESI [00:29:27]** Et ce serait quoi, par exemple, sur quelle thématique ?

**IDE 2 [00:29:33]** La par exemple, je pense à notre dame qui est diabétique Géorgienne, qui là vient seulement d'être hébergée avec son mari dans un hôtel d'hébergement d'urgence du 115. Mais je pense



que l'on va pouvoir, elle sera plus disponible à s'occuper de son diabète et de voir si elle accepte de suivre un programme d'éducation thérapeutique.

**ESI [00:29:56]** Oui, les conditions seraient un peu plus favorables.

**IDE 2 [00:30:01]** C'est ça, quand la personne est plus disponible. Une fois que c'est vrai qu'il y a un hébergement à peu près stable.

**ESI [00:30:08]** Et ils peuvent rester combien de temps au 115 ?

**IDE 2 [00:30:17]** Alors le 115 là pour les familles et comme c'est l'hiver, il n'y a plus de rotation. Donc, les personnes qui sont hébergées dans les hôtels, elles, restent jusqu'à fin mars. Mais sinon, les hommes seuls ou les femmes seules ? Ça dépend, en fait, ça tourne. Donc, ils sont à un endroit, ensuite à un autre. Mais là, le 115 c'est quelque chose à part. Nous, on n'a pas du tout de pouvoir là dessus. C'est juste comme même alerter. Et voilà pour des situations quand même. Ils prennent en compte, après ils font ce qu'ils peuvent aussi avec les hébergements qu'ils ont, c'est très compliqué. Il y a toujours plus de personnes qui arrivent et c'est ça qui n'est pas évident. On a une dame qui a ses injections la justement. Elle a fait deux fois. Jeudi ça se termine. Elle a été renouvelée une fois et là on sait pas, on n'a pas du tout pouvoir, nous à savoir est-ce qu'elle être? Ce serait bien qu'elle reste dans ce même endroit, parce qu'il y a un frigo. Mais là, on ne sait pas du tout, on n'a pas de pouvoir. Après, effectivement, il y a quand même des gens qu'on a mis à l'abri grâce au 115 et qui restent longtemps au même endroit.

**ESI [00:31:50]** Petite question par rapport à ton regard sur la population dont tu prends soin, est-ce que tes représentations ont évolué depuis que tu travailles ici ?

**IDE 2 [00:32:10]** Après, j'étais déjà sensibilisée, je pense que voilà le milieu de la précarité déjà ça plaît ou ça ne plaît pas effectivement. Déjà, en troisième année de l'école d'infirmière, j'avais fait un stage dans un point santé à Saint Briec. Donc, c'est là que j'ai été sensibilisée à ce milieu aux personnes précaires pour les accompagner, ça m'a vraiment plu. Et après, effectivement, là je vois vraiment toutes les cultures et forcément, on change, on apprend beaucoup. Notre travail change aussi, on s'adapte, les coutumes, tout ça. Donc forcément, oui. Et en plus, je suis encore jeune infirmière. Donc, on évolue tout le temps. Et puis ça bouge beaucoup aussi au niveau des lois, les droits de santé, tout ça donc. Donc oui, j'évolue et je change au fil du temps.

**ESI [00:33:13]** Oui, j'ai l'impression aussi que vous vous formez un peu par vous même. Je pense sur les pathologies que tu ne connais pas forcément ou des cultures.

**IDE 2 [00:33:23]** Oui, on a la chance de travailler avec des médecins aussi, donc même s'ils ne sont pas tout le temps avec nous, on peut quand même les questionner sur des pathologies. C'est vrai qu'aux appartements thérapeutiques ils ont eu des maladies rares aussi, des choses qu'on ne connaît pas. Donc effectivement, on est quand même, on est une association, on est une équipe très soudée, très proche et il n'y a aucun souci à demander si, si, on ne sait pas, et il faut le faire parce qu'on ne connaît pas tout. Donc, là dessus, c'est vrai que c'est intéressant, on voit de tout aussi.

**ESI [00:33:58]** J'ai une question sur quelles sont tes difficultés toi dans ton quotidien ?

**IDE 2 [00:34:05]** Dans mon quotidien, moi je dirai, que c'est peut être faire face à la précarité aussi le fait d'être mobile, d'aller sur les lieux. C'est peut être ça qui peut être un peu difficile. Parce que là, voilà les personnes quand elles viennent au centre médical, on ne voit pas exactement, ils nous disent dans quelles conditions ils vivent. Mais quand on le voit pas, on s'en rend moins compte. Donc voilà c'est voir des enfants à la rue de prendre un peu toute la misère comme ça de face. C'est je pense pour moi, c'est peut être ça qui me met le plus en difficulté, même si voilà ça va. Mais c'est ça peut être des fois pas évident, mais il faut bien décrocher, arriver à décrocher les week-ends et puis prendre soin de soi aussi.

**ESI [00:35:02]** Après, du coup, tu te dis que tu es utile, si tu arrives à avoir un impact..

**IDE 2 [00:35:07]** C'est ça on se raccroche aux petites choses en fait. Même si on n'arrive pas à leur trouver un hébergement, bon on les a aidés pour le diabète, ils vont quand même mieux. On les a aidés pour ça, donc c'est vrai qu'on se raccroche aux petites choses, donc c'est ça qui est chouette aussi.

**ESI [00:35:22]** Et IDE 1 me disait que vous aviez un temps, je ne sais pas si toi aussi dans le pôle où tu travailles il y a un temps pour parler de ça, des situations?

**IDE 2 [00:35:29]** Des situations oui, on va avoir ça des temps d'analyse de pratique. Et sinon, en fait, on parle beaucoup avec nos collègues. Ça permet vraiment de... c'est un sas en fait de décompression aussi. Et, on parle des situations. Mais voilà, on se raccroche aux choses qu'on arrive à faire bouger et puis voilà pour le reste, malheureusement, on s'habitue aussi à la précarité. Donc, je ne sais pas, je ne dirais pas que ça nous touche moins. Mais disons qu'on se protège aussi en fait. Et puis malheureusement, on ne peut pas répondre à tout et ça, il faut le savoir au début. Il ne faut pas être, à se dire qu'on va sauver le monde et ça ce n'est pas possible, ce n'est pas vrai. Et il faut ... c'est d'être pragmatique et de savoir que...mais c'est peut-être, voilà la difficulté. Et, si la grande difficulté, c'est les institutions, c'est surtout ça. Enfin, le fait que les personnes n'aient pas le droit de santé, ça nous met quand même en difficulté, eux surtout, mais nous aussi parce qu'il faut trouver des solutions. Si la préfecture et ils n'ont pas les papiers, il y a toutes les difficultés administratives que les personnes ont nous aussi ça nous met ....

**ESI [00:36:49]** Ça freine complètement....

**IDE 2 [00:36:50]** Voilà ça freine le soin et ça nous met aussi en difficulté. Oui, ce serait ça aussi.

**ESI [00:36:56]** Oui. OK, ok.. T'as eu des formations ou des outils ressources pour ton pôle ?

**IDE 2 [00:37:11]** Alors dans notre asso, on a le data SAM, le dispositif des appuis qui est au niveau régional, qui propose des formations spécialisées pour mieux accompagner les personnes en situation de précarité, et notamment migrantes. Donc, on peut suivre ces formations, donc il y a une formation sur la santé sexuelle, par exemple, sur les droits de santé. Depuis que je suis ici, oui, je suis ces formations. J'ai eu une formation depuis que je suis à l'association ici sur l'éducation thérapeutique, les addictions voilà on essaye de se former quand même régulièrement parce que c'est important. Et puis, même quand on sort de l'école, on n'a pas tout fait, et c'est vrai que c'est quand même particulier ce milieu. Et donc tous les jours, il faut aussi se mettre à jour. Et donc c'est plutôt des formations en interne et en externe.

**ESI [00:38:09]** D'accord, ça va être une de mes dernières questions, quelle place tu vas donner à la personne dans sa prise en soins ? Enfin, quelle place est donnée à la personne dans sa prise en soins et comment tu peux faire en sorte qu'elle devienne acteur ?

**IDE 2 [00:38:31]** Alors moi, je sais que la place, elle est centrale en fait, parce que c'est vraiment... C'est elle qui... Il faut vraiment prendre en compte ses besoins. Et pas ce que nous, on aimerait pour la personne, c'est ça qui peut être aussi des fois difficiles. Quand on voit des personnes qui sont vraiment très malades et qui ne veulent pas soigner, c'est comment on réagit, comment on fait. Donc là, sachant qu'on ne peut pas forcer les gens non plus, on ne va pas les harceler. Mais il faut parfois faire soit émerger une demande de la personne, soit des fois il y a des gens, ils veulent pas, ils veulent pas. Donc là il faut aussi savoir se mettre en retrait. Mais vraiment, la personne, elle, est au cœur de notre accompagnement. On fait en fonction de sa temporalité, de ses besoins, c'est vraiment le plus important. C'est ne pas, je ne trouve pas les mots, mais vraiment se dire elle a besoin de ça, il faut ça, il lui faut ça, non c'est..

**ESI [00:39:30]** Penser à sa place..

**IDE 2 [00:39:31]** Voilà ne pas penser à ça place.

**ESI [00:39:33]** Faut que ça émane d'elle...

**IDE 2 [00:39:34]** C'est ça, il faut...elle est actrice. L'idée aussi, c'est de rendre les gens autonomes, s'ils le sont pas au début. Si on fait tout pour elle, toujours leur trouver les rendez vous, leur donner les rendez vous, aller, c'est au final ça les aides un moment, mais après, quand on les accompagne plus, qui est ce que va le faire ? Donc l'idée, c'est de les rendre autonomes, de faire avec elles et ensuite de leur apprendre à faire seuls. Par exemple, pour des injections de diabète, je reviens à ça. Voilà, on peut leur montrer comment faire les injections. Après, ils le font tout seul s'ils le souhaitent et s'ils en sont capables aussi. C'est vraiment prendre la personne, ses besoins et ses envies en priorité.

**ESI [00:40:12]** OK, si petite dernière question comment, tu décrirais un peu ta relation avec les patients que tu prends en charge ?

**IDE 2 [00:40:23]** La relation... on peut avoir un accompagnement quand même assez rapproché. En fait, ça dépend des personnes. Il y a des accompagnements qui sont plus rapprochés que pour d'autres. Donc il y a quand même une relation qui se crée. Voilà, l'idée, c'est d'être si disponible pour eux. Comment définir la relation? C'est pas facile comme question... Tout en gardant de la distance aussi en fait. Il faut quand même garder la distance parce que... Pour les personnes, on reste des professionnels aussi. Et puis sinon, on peut vite se laisser déborder. Mais, c'est quand même une relation particulière parce qu'on ne les accompagne pendant un moment de leur vie ou vraiment ça ne va pas. Et donc, je pense à ma petite mamie albanaise qui a eu un grave accident. J'avais une relation assez quand même...comment dire ? Proche, Je ne sais pas, on s'est vu tous les jours pendant un moment et même s'il y avait la barrière de la langue, c'est quand même un accompagnement rapproché.

**ESI [00:41:42]** Avec la barrière de la langue, ça ne va pas entraver la relation ? Toi, tu ne le ressens pas comme...

**IDE 2 [00:41:50]** Pour certains on prend des interprètes, on travaille avec des interprètes professionnels quand il y a un besoin mais malheureusement, on ne peut pas les avoir à chaque fois qu'on voit les personnes. Mais donc, effectivement, la barrière de la langue, ça peut être un frein majeur à toute la communication visuelle et les gestes. Donc on arrive quand même à se comprendre avec les regards. Donc ça, c'est aussi une communication.

**ESI [00:42:20]** OK, très bien, est ce que tu as d'autres choses ? D'autres éléments à ajouter par rapport à toi ? Ton travail ?

**IDE 2 [00:42:31]** Non, en tout cas, moi je suis très contente d'avoir trouvé ce travail. Après avoir un peu on va dire, faire plusieurs choses et moi, vraiment, j'avais envie de me diriger vers ce milieu et donc je suis ravie d'être dans cette association. Pouvoir faire quelque chose qui me plaît, donc ça c'est très chouette.

**ESI [00:42:52]** Top, super et bien merci pour ton temps et c'est très intéressant.

**IDE 2 [00:43:00]** Merci à toi et bon courage pour la suite.

**ESI [00:43:01]** Merci.

## Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens IDE

**Objectif 1 :** Décrire la population en situation de précarité (épidémiologie, pathologies, son rapport à la santé) mettre en évidence ce que peut être une situation de grande précarité.

Diversité de situations	
Profil de population	<p>punk à chien - punks à chien <b>[personne marginale précaire qui dans l'inconscient collectif est souvent accompagné d'un chien]</b></p> <p>personnes d'origine étrangère - origine étrangère - personnes étrangères - des personnes étrangères - personnes qui viennent de l'étranger - beaucoup plus de patients migrants - les personnes viennent de l'étranger - des personnes afghanes <b>[personne d'origine étrangère]</b></p> <p>jeune femme qui est d'origine albanaise - dame géorgienne <b>[Femmes d'origine étrangère]</b></p> <p>des personnes françaises - personnes françaises - autochtones - autochtones - peu de personnes qui sont francophones ou françaises</p> <p>enfants - parent - enfants malades <b>[familles]</b></p> <p>personne isolée - adultes seuls - plus d'hommes seuls - plus de mamans seules avec enfants <b>[isolement de l'individu socialement]</b></p> <p>plus de femmes</p> <p>panel de situations hyper large - "du tout venant" - profils de personnes très différentes - situations complètement différentes - situations très diverses - situations très variées - assez varié</p> <p>allophones - pas mal de personnes qui sont allophones <b>[langue parlée différente du Français]</b></p> <p>30 ou 40 ans - on a tout âge</p> <p>SDF - monsieur SDF qui lui est français</p>
Contexte de vie	<p>trajet migratoire - personnes qui viennent d'arriver sur le territoire - partir de son pays, quand c'était pas ton choix - c'est des personnes qui vivaient dans des situations très précaire - qui arrive d'Afrique - parcours migratoire - viennent d'Afghanistan - personnes qui avaient une situation dans leur pays d'origine, qui travaillaient <b>[migration]</b></p> <p>maltraitance - traumatismes - chocs <b>[traumatisme]</b></p> <p>peuvent pas forcément se déplacer - problème de mobilité <b>[déplacement compliqué]</b></p> <p>gens qui arrivent dans le service, qui connaissent déjà leur maladie - arrivent en France pour raisons de santé - dans le pays d'origine, c'est pas possible de se faire soigner - des gens qui découvrent qui sont malades en arrivant en France - personnes qui ont des revenus de très très modestes - elle était enceinte - femmes enceintes à la rue - dame qui est enceinte</p> <p>SDF depuis 20 ans -</p> <p>- personnes en grande précarité - personnes qui sont en grande précarité - personne en grande précarité - personnes les plus précaires - personnes qui étaient en grosse précarité</p>
Lieu de vie	<p>pas de moyen d'hébergement - personnes qui n'ont pas de logement - pas d'hébergement</p> <p>à la rue - personne française vivant à la rue - ou à la rue - à la rue - des jeunes migrants qui peuvent avoir les papiers, mais finalement, ils se retrouvent quand même à la rue</p> <p>plus d'accès à un logement - les personnes qui étaient à la rue - vivant à la rue</p> <p>hébergées en structures - foyer - logé dans tel squat une semaine</p> <p>trois personnes qui étaient sans domicile fixe - des gens qui sont sans domicile fixe depuis des années -</p> <p>les personnes qui sont hébergées au 115 - hébergement d'urgence - elle à trouvé une place au 115 - hébergées au 115 ils dormaient dans un camp en tente - qui dormait en tente dormait dans une voiture</p>

Imbrication du domaine médical et social	
Pathologies	<p>pathologie chronique - personnes diabétiques - dame avec sa fille qui est autiste - hypotensions - des chimio - une dame qui est diabétique - personnes atteintes de cancer, de maladies rares qui ont besoin de dialyse ou d'être greffé - petite fille autiste [<b>cancérologie - maladies rares - handicap</b>]  ou aiguë - opération de la hanche. coxarthrose avancée [<b>traumatologie / orthopédie</b>]  mais somatique - que somatique - problème somatique [<b>symptômes physiques</b>]  pathologie psychiatrique, mais qui est au second plan - problème psychique - tentative de suicide - on a eu beaucoup de psycho trauma - un gros psycho trauma - on a beaucoup de gens comme ça qui ne vont vraiment pas bien au niveau psychique - au niveau mental, ça va pas trop [<b>symptôme psychique / psychiatrique</b> ]  personne malade - type de pathologies hyper large - situations médicales hyper lourdes - contaminé par le virus - gale - [<b>infectiologie - épidémie - contamination</b>]  problématiques de la grossesse en plus en dormant dans la voiture [<b>suivi de grossesse</b>]  pb addicto [<b>addictologie</b>]</p>
Lien avec le milieu médical	<p>personnes très éloignées du soin - trop éloigné du soin - les plus éloignées du soin - situations médicales très lourdes - la personne ne soit pas suivie - personnes qui sont les plus éloignées du soin - personnes qui sont très éloignées du soin - pas de maillage professionnel</p>
Les Droits / statut social	<p>n'ont plus de protection santé - plus d'assurance maladie la plupart du temps - pas de droit de santé - plus forcément de sécu - pas de droit de santé [<b>protection de santé</b>]  pas de titre de séjour - autorisation provisoire de séjour - tu n'as pas de titre de séjour - personnes avec titre de séjour sans titre de séjour - demandé l'asile - ils sont en situation irrégulière - personnes qui sont en demande d'asile en France - ils demandent l'asile - personnes qui sont en demande d'asile [<b>autorisation liberté de circulation au sein du territoire Français</b>]  pas accès à un versement de la CAF [<b>aides</b>]</p>

**Objectif 2 : Mettre en évidence les visées de la prise en soin infirmière chez des patients en situation de précarité.**

Place du patient	
Le lien avec le médicale	permettre un accès à la santé, à la santé mentale aussi, même quand tu es très précaire [ <b>Accès à la santé</b> ] c'est la rencontre avec la médecine spécialisée [ <b>Découverte du médicale</b> ]
Centrale	elle est actrice [ <b>Patient acteur</b> ] prendre la personne dans sa globalité [ <b>prise en soin dans son ensemble</b> ] on fait en fonction des personnes [ <b>personnalisation</b> ] la place, elle est centrale - Mais vraiment, la personne, elle, est au cœur de notre accompagnement [ <b>Centrale</b> ]
Autonomisation du patient	que les gens gagnent en autonomie - que les gens en fait soient autonomes - qu'ils aient acquis une certaine autonomie - d'autonomiser les gens pour qu'après les gens puissent sortir du service en étant les plus sereins possibles - rendre les gens autonomes - les rendre autonomes [ <b>Autonomisation - indépendance et liberté du patient</b> ] Si on fait tout pour elle, toujours leur trouver les rendez vous, leur donner les rendez vous, aller, c'est au final ça les aides un moment, mais après, quand on les accompagne plus, qui est-ce qui va le faire ? - faire avec elles et ensuite de leur apprendre à faire seuls [ <b>Notion d'accompagnement et de substitution à la personne</b> ] on peut leur montrer comment faire les injections. Après, ils le font tout seul s'ils le souhaitent et s'ils en sont capables aussi [ <b>apprentissage = gagne en compétence</b> ] Qu'ils s'interrogent s'il y a un changement de médicament, qu'ils sachent repérer s'il y a des signes particuliers par rapport à leur pathologie - à leur consultation, qu'ils aient compris ce qui se soit passé [ <b>recherche compréhension et questionnement du patient</b> ] prendre part eux même rendez vous - puissent aller à la pharmacie chercher leur traitement - accepté d'avoir un logement tout seul, d'être seul dans un logement- au fur et à mesure, en fait, au fil des mois, toi, tu pars petit à petit
Les besoins	
Identifier les besoins du patient	vraiment prendre en compte ses besoins - vraiment se dire elle a besoin de ça, il faut ça, il lui faut ça - C'est vraiment prendre la personne, ses besoins et ses envies en priorité [ <b>Travail en fonction des besoins du patient</b> ] Mais il faut parfois faire soit émerger une demande de la personne [ <b>enquête - accompagner le patient à faire émerger ses besoins</b> ] On fait en fonction de sa temporalité, de ses besoins, c'est vraiment le plus important - [ <b>temporalité des besoins</b> ] Des personnes qui sont vraiment très malades et qui ne veulent pas soigner - on ne peut pas forcer les gens non plus, on ne va pas les harceler - des fois il y a des gens, ils veulent pas, ils veulent pas - il faut aussi savoir se mettre en retrait - dépend des personnes [ <b>Respect du choix de la volonté / liberté de décision du patient</b> ]- Et pas ce que nous, on aimerait pour la personne [ <b>respect des choix du patient</b> ]
La confiance	
Relation de confiance	c'est de travailler la confiance en fait - la confiance ne va pas arriver tout de suite - la confiance elle va se faire d'un coup d'un seul d'autres avec lesquels ça va être plus compliqué. Ou alors parfois, ça va être plutôt avec ta collègue plutôt qu'avec toi - il faut déjà installer une relation de confiance [ <b>Lien de confiance</b> ] c'est de créer un climat rassurant pour les gens - rassurant [ <b>mis en place d'un environnement sécurisant</b> ] elle sait qu'elle peut nous contacter - être si disponible pour eux [ <b>disponibilité du soignant</b> ] une relation qui se crée [ <b>Relation</b> ] confidentiel - le secret médical [ <b>Garantie du secret professionnel</b> ] - avec son accord - avec l'accord de la personne [ <b>Demande consentement Respect de la volonté</b> ]

Position du soignant

Tout en gardant de la distance - on reste des professionnels [**professionnel**]  
une relation particulière parce qu'on ne les accompagne pendant un moment de leur vie ou vraiment ça ne va pas  
Proche [**se rendre accessible**]-Se soucier vraiment [**s'intéresser à la personne**]

### Objectif 3 : Identifier les rôles et attitudes soignantes dans la prise en soin des patients en situation de précarité

Rôle d'accompagnement	
Rencontre du patient	<p>aller vers les personnes les plus précaires - aller vers - aller dans les structures où sont hébergées les personnes précaires - déplacements - c'est d'aller vers - déplacements - c'est d'aller vers - rencontré - rencontré - rencontrer la personne <b>[Aller à la rencontre du patient]</b></p> <p>Il ne faut pas hésiter à appeler les gens <b>[Contact]</b></p> <p>rencontrer la personne au moins une fois pour faire une évaluation <b>[Première rencontre]</b></p> <p>on se déplace toujours en binôme - soit on fait venir la personne ici quand c'est possible pour elle, soit on va sur les lieux de vie <b>[organisation des rencontres]</b></p>
Amener le patient vers le droit commun	<p>passerelle - c'est de passer la main et de les emmener voir un médecin en ville - on fait le lien <b>[Passerelle vers la santé]</b></p> <p>censé intervenir sur un temps court pour amener les gens vers le soin et les, les amener vers le droit commun. Donc le droit commun c'est un médecin généraliste en ville, des infirmiers libéraux voilà - C'est ça, notre mission, c'est vraiment de ramener les gens vers le soin <b>[Accès à la santé]</b></p> <p>but, c'est quand même d'orienter et de faire des orientations effectives <b>[Orienter]</b></p>
Mise en place d'un suivi	<p>veille - je continue à la voir c'est plus pour faire du lien aussi <b>[maintien de la relation]</b></p> <p>passer tous les jours pour faire de la surveillance - J'allais tous les jours <b>[quotidien, continuité des soins]</b></p> <p>mis en place le suivi à l'hôpital sud - suivi grossesse = on le met en place <b>[suivi]</b></p> <p>accompagner aussi aux consultations - l'accompagnement, il reste le même, dans le sens où la mise en place est identique - pour tout le monde - accompagner les gens en consultation médicale, à leur rendez-vous - j'accompagne directement les gens au rendez-vous - Vraiment on accompagne la personne jusqu'au bout - accompagnée - accompagnait - pouvoir mieux l'accompagner - d'accompagnement, ça peut être de l'accompagnement physique - accompagnement quand même assez rapproché <b>[accompagnement au plus près du patient]</b></p>
Les soins infirmiers	<p>soins aussi, des pansements - des pansements à faire tous les jours - je me déplaçais régulièrement, elle a eu des plaies au crâne, on a enlevé les agrafes <b>[soins de pansement]</b></p> <p>on la suit pour son diabète - accompagne pour le suivi diabète - je peux avoir des situations de suivi de diabète - accompagner une dame qui est diabétique et qui a des injections de trulicity une fois par semaine - le suivi diabète -</p> <p>suivi pour ses douleurs <b>[suivi diabète]</b></p> <p>J'allais lui faire la toilette aussi avec mon collègue médecin <b>[soins de nursing]</b></p> <p><b>soins infirmiers - un peu de soins</b></p>
Prévention	<p>aller dans les structures pour faire des des informations de prévention - parler du coronavirus, des risques, comment se protéger, mettre le masque - informations sur la vaccination - on sensibilise - sensibiliser - la gale - on se déplace dans le centre d'hébergement où on fait l'info collective <b>[information patient et professionnel]</b></p> <p>Je fais aussi des vaccins - mise à jour vaccinale <b>[vaccination]</b></p> <p>mission aussi de prévention et promotion de la santé - mission de promotion de la santé</p> <p>on donne les médicaments directement là bas, que ce soit pour les patients, la gale pour les professionnels</p>
Education thérapeutique du patient	<p>éducation thérapeutique - monté un programme d'ETP - on a monté un programme</p>
Etayage de l'IDE avec le patient	<p>on est là, beaucoup au début - on se retire petit à petit - on va les laisser faire - on rencontre les personnes plusieurs fois avant de pouvoir ensuite, peut être leur proposer de faire des examens - qu'on reste disponible, mais plus aussi de façon rapprochée -</p> <p>on sait qu'on les aide sur un temps -s'ils ont des problèmes de santé qu'on va pouvoir accompagner <b>[aide]</b></p>



Rôle organisationnelle	
Coordination	rôle de coordination - On coordonne beaucoup - on fait beaucoup de coordination - Il y a beaucoup de travail, de coordination - trouvé un médecin généraliste avec interprétariat - gros travail de coordination - coordination avec le médecin <b>[Coordination]</b> aider à la mise en place d'interprètes <b>[Organisation]</b> coordination médicale - paramédical quand il y a besoin de séances de kinés, d'orthophonie mise en place HAD - passer le relais avec l'autre collègue aussi <b>[coordination avec le paramédical]</b> gérer <b>[gestion de coordination]</b> C'est beaucoup de social <b>[une part importante à prendre en compte dans la coordination]</b>
Administratif	ont rempli une fiche de demande - une petite enquête - celui qui a la demande - récupérer les documents avant qu'ils voient le médecin - donner un livret d'accueil aux personnes - de faire signer un contrat d'accompagnement - on se laisse le choix de proposer le contrat ou pas -
Planification et logistique	il y a tout à mettre en place aussi - on donne un rendez vous assez rapidement - il faut le temps d'organiser tout ça - réserver les interprètes, donner les rendez-vous - appelé l'hôpital - mettre tous les rendez vous en place, d'appeler l'assistante sociale de l'hôpital <b>[planification médico socio]</b> Je fais la commande donc je fais les commandes de matériel -
Rôle de réflexion professionnelle	
Recherche de la compréhension du patient (cohérence interne)	s'assurer que les gens aient bien compris leur rendez vous - on va réexpliquer - apport de connaissances - Tu revérifies il faut qu'on se renseigne de notre côté <b>[Rôle de recherche IDE]</b>
S'interroger, interroger et observer	est ce que la personne, elle, a de quoi manger ? Est-ce qu'elle a un hébergement ? - il faut vraiment voir, interroger la personne et savoir dans quelles conditions réelles elle vit - savoir si les gens ont des droits de santé, la sécu, il n'y a pas que les personnes étrangères, parce que les personnes aussi autochtones en précarité, ils ont pas renouvelé leur droit, ils perdent leur droit, il n'y a pas de mutuelle tout ça il faut se poser des questions - ouvrir aussi un peu ses oeillères - oser demander -
Evaluation des besoins	On fait l'évaluation, on en discute en équipe. L'évaluation permet de connaître un peu mieux la personne, savoir quelles sont ses demandes, s'il a des demandes - Est ce qu'il y a déjà un étayage, étayage médical ou social ? - Quels sont les besoins en fait, qu'est ce qui a déjà été fait et est ce que c'est à nous d'intervenir ou pas ?
Rôle relationnel et attitude soignante	
Soutien	venir en soutien - parfois un soutien hyper moteur - elle adore tout ce qui est projet, montage de projets <b>[proactif]</b>
Adaptabilité	obligé de s'adapter - un maître-mot, c'est l'adaptation - tu est obligé de t'adapter - tu peux pas attendre des gens qui se souviennent forcément de leurs rendez vous médicaux parce qu'il y a tellement de choses - on voit bien si la personne est en capacité ou si il y a lieu de le faire signer le contrat ou non on fait vraiment au cas par cas <b>[personnalisation]</b>

Evolution des représentations	Des représentations, oui, j'en ai forcément, c'est sûr - Certainement qu'elles ont évolué aussi mes représentations - ma pratique elle évolue aussi forcément au fil, au fil du temps, au fil des années, il y a des questions que je vais davantage osées, poser qu'auparavant - je vois vraiment toutes les cultures et forcément, on change, on apprend beaucoup - on évolue tout le temps - j'évolue et je change au fil du temps
Travail en équipe	on se déplace avec ma collègue AS [ <b>Travail en binôme</b> ] on étudie toutes les demandes ensuite en équipe une fois par semaine - on communique beaucoup plus [ <b>communication</b> ] est ce que c'est à nous d'intervenir ou pas ? Est ce qu'il y a d'autres choses qui existent ? Il y a d'autres solutions ? Parce que l'idée, c'est pas de faire de doublon [ <b>Questionnement du rôle de chacun</b> ]
Communication non verbale	c'est pas parce qu'on ne parle pas la même langue qu'on ne peut pas se comprendre - barrière de la langue - Ce n'est pas parce qu'on ne vient pas du même pays qu'on ne peut pas se comprendre non plus - communication visuelle et les gestes - on arrive quand même à se comprendre avec les regards

#### Objectifs 4 : Identifier les ressources dans la prise en soin de patient en situation de précarité.

Ressource du collectif	
L'équipe	On se fait aussi entre nous beaucoup d'informel - travail d'équipe qui est assez important - beaucoup d'échanges - parle beaucoup avec nos collègues <b>[travail d'équipe important et prédominant - beaucoup d'interaction]</b> avec ta collègue <b>[binôme]</b> questionner sur des pathologies - il n'y a aucun souci à demander si, si, on ne sait pas <b>[échange de connaissances]</b> commission d'admission <b>[réunion]</b> équipe très soudée, très proche <b>[bon relationnel]</b>
L'équipe pluridisciplinaire	collègues interprètes <b>[facilite la communication, la prise d'information et l'information au patient]</b> deux infirmières, une travailleuse sociale - binôme infirmier, travailleur social <b>[binôme ide travailleur social]</b> équipe de psycho - consultations avec psychiatres, psychologues, pédopsychiatres <b>[santé mentale]</b> travailler avec des médecins <b>[le médicale]</b> data SAM, le dispositif des appuis qui est au niveau régional
Les partenaires	le monde hospitalier - nous ça va être plutôt sur le monde hospitalier, l'extra hospitalier aussi - pédiatrie, en PMI - Pôle emploi, avec la CAF, avec la MDPH - partenaires hyper large - associations pour l'apprentissage du français <b>[partenariats variés et intervention dans différents champs d'action du médicale - sociale - scolaire - handicap - emploi]</b>
Ressource dans la recherche de développement et d'amélioration	
Le développement de connaissances	pas de formation particulière - besoins de formation ponctuels on a été formées l'année passée à l'addictologie - il y a eu sur l'addicto - une formation sur la santé sexuelle, par exemple, sur les droits de santé - formations spécialisées pour mieux accompagner les personnes en situation de précarité, et notamment migrantes - on peut suivre ces formations - je suis ces formations - J'ai eu une formation depuis que je suis à l'association ici sur l'éducation thérapeutique, les addictions - on essaye de se former quand même régulièrement parce que c'est important - quand on sort de l'école, on n'a pas tout fait, et c'est vrai que c'est quand même particulier ce milieu - il faut aussi se mettre à jour - c'est plutôt des formations en interne et en externe <b>[formations]</b> nos expériences précédentes - j'étais déjà sensibilisée <b>[expérience]</b>
Les projets	tout ce qui va être problématique de l'enfant, exposition aux écrans, le sommeil, l'alimentation - <b>[des problématiques identifiées]</b> voudrait travailler cette question là aussi cette année avec ma collègue <b>[motivation - engagement]</b> monter un projet sur la parentalité - mettre en place des ateliers thérapeutiques <b>[Action]</b> il y a un programme d'éducation thérapeutique dans l'association <b>[mise en place d'un programme ETP]</b>
Analyse de pratique	aussi une psycho qui intervient toutes les 6 à 8 semaines pour faire de l'analyse de pratique - on parle des situations, soit on parle d'un sujet qui concerne l'équipe sur une problématique de fonctionnement - des temps d'analyse de pratique - un sas en fait de décompression aussi - on parle des situations <b>[temps d'échange et d'écoute pour permettre une réflexion sur sa pratique professionnelle]</b>
Ressource personnelle	
Se préserver en tant	arriver à décrocher les week-ends et puis prendre soin de soi <b>[prendre soin de soi]</b>

qu'IDE

on se raccroche aux petites choses en fait - c'est vrai qu'on se raccroche aux petites choses - Mais voilà, on se raccroche aux choses qu'on arrive à faire bouger **[célébrer les petites victoires]**  
malheureusement, on s'habitue aussi à la précarité - je ne dirais pas que ça nous touche moins - Mais disons qu'on se protège aussi **[mécanisme de défense soignant]**  
malheureusement, on ne peut pas répondre à tout et ça, il faut le savoir au début. Il ne faut pas être, à se dire qu'on va sauver le monde et ça ce n'est pas possible, ce n'est pas vrai. Et il faut ... c'est d'être pragmatique **[relativiser et rester humble]**

## Objectif 5 : Identifier les difficultés dans la prise en soin chez des patients en situation de précarité

Difficultés pour le patient	
Psychologique	<p>pas ton choix <b>[sentiment d'impuissance - fatalité]</b>  un déchirement un déracinement <b>[perte de repères - bouleversement culturel]</b>  l'impact psychologique, il est énorme  excision - beaucoup, beaucoup, beaucoup de souffrance autour de cette question là, ces mutilations <b>[Vécu de souffrances- blessures - douleur]</b>  stress de l'accompagnement médical de leur enfant, leur suivi, le suivi médical <b>[tension émotionnelle]</b>  souvent, la santé, ça ne vient pas en premier pour ces personnes, c'est d'abord d'avoir un hébergement, de savoir, de trouver à manger <b>[Santé n'est pas au premier plan]</b>  dégoûtés - il n'y a plus rien à faire <b>[État d'esprit du patient - fatalité]</b>  plus vulnérables - être vulnérable - une vulnérabilité, Il y a une fragilité <b>[Etat du patient]</b></p>
Qualité, hygiène de vie et environnement	<p>enfant, exposition aux écrans, le sommeil, l'alimentation: problématiques qu'on repère dans plusieurs familles  <b>[enfants touchés par la précarité impact sur leur développement]</b>  pas de possibilité de s'isoler <b>[vulnérabilité face aux contaminations]</b>  parents sont seuls à gérer un ou plusieurs enfants - enfants en bas âge <b>[responsabilité parentale]</b>  on ne pourra pas trouver des logements à tout le monde - il y a que 50 % qui sont hébergés - pas d'accompagnement social puisque pas hébergés - pas assez de places <b>[précarité logement]</b></p>
Difficultés pour le soignant	
Compétences soignantes	<p>une pathologie qu'on connaît pas <b>[manque de connaissance]</b>  (sur le sujet l'excision) tu as des collègues qui le sont moins, certains qui ne vont pas forcément oser poser des questions parce que ça dérange, ça peut mettre mal à l'aise <b>[appréhension]</b></p>
Exposition au milieu de la précarité	<p>faire face à la précarité aussi le fait d'être mobile, d'aller sur les lieux, voir des enfants à la rue de prendre un peu toute la misère comme ça de face</p>
Difficultés à la fois pour le soignant et le patient	
Participation du patient	<p>un peu de succès mais pas énormément - pour venir à un rendez vous pour l'éducation thérapeutique, souvent, c'est pas la priorité - on peine un peu à fidéliser les gens <b>[participation ETP]</b></p>
Planification	<p>les personnes qu'on accompagne ont beaucoup de contraintes - beaucoup de rendez-vous médicaux - programmes assez chargés - ça peut prendre un peu plus de temps les rendez vous - beaucoup de choses à faire <b>[contraintes]</b>  nouveaux codes sociétaux, parfois culturels, de langue, il faut que tu emmagasines tout ça va du coup</p>
Relationnel	<p>difficulté sur des situations parce que par la relation, ça passe pas du tout  cours de français - cours de français pour comprendre - les cours de français - parlait pas français - barrière de la langue <b>[Difficultés dans la communication]</b></p>
Domaine sociale et administratif	<p>on aime beaucoup trop l'administratif en France donc on s'y perd -  pour les parents, pour avoir un titre de séjour, c'est très très long - la temporalité est plus longue pour le social que le médical souvent - blocages administratifs <b>[démarche administratif longue]</b>  vont d'autorisation provisoire de séjour en autorisation provisoire <b>[incertitude démarche à répétition]</b></p>

pas accès à un versement de la CAF - tant que tu n'a pas ton titre de séjour pour raisons de santé ou autre ça ne te permet pas en fait d'avoir cet argent là - il n'y a pas de droit de santé, la famille ne peut pas payer [**Difficulté financière**]  
de plus en plus de demandes [**forte demande**]  
les personnes depuis 2019: une carence de droit - les personnes n'aient pas le droit de santé, ça nous met quand même en difficulté  
beaucoup de social - les institutions

Temporalité de la précarité sociale et médicale  
situations bloquées - actuellement, c'est compliqué de trouver des médecins  
ça prend du temps - ça peut prendre du temps - ça peut prendre plus de temps - le suivi psycho, ça ne se fait pas en deux semaines - suivi psycho peut être plus long que le suivi infirmier - doivent attendre trois mois - CPAM ça peut être un peu long - donc elle attend une opération [**durée**]

## Résumé

Ce travail de recherche s'intéresse à la grande précarité et de l'alliance thérapeutique. Dans un contexte où l'infirmier est amené à prendre soin de patients en grande précarité dans tout service de soins confondus, il est pertinent de se demander en quoi la situation de grande précarité d'un patient, peut-elle influencer la mise en place de l'alliance thérapeutique par l'infirmier ? Pour y répondre, j'ai mené une revue de littérature définissant la précarité, l'alliance thérapeutique et leur corrélation. Ensuite, j'ai interrogé deux infirmières exerçant dans le milieu de la précarité, puis j'en ai fait l'analyse descriptive. Ainsi, l'exploitation des résultats montre que soigner et accompagner une personne en situation de grande précarité sont un défi pour l'alliance thérapeutique. La grande précarité influence la relation soignant soigné dans la communication. L'alliance thérapeutique est bousculée aussi par les représentations que peuvent porter les soignants sur la précarité de leur patient. Enfin, la double vulnérabilité du patient en situation de précarité conduit à mettre en difficulté l'installation de l'alliance thérapeutique. À l'issue de ce travail de recherche, je me questionne sur dans quelle mesure l'expérience d'un infirmier peut-elle être bénéfique pour favoriser l'alliance thérapeutique dans une prise en soin de personne en situation de grande précarité ?

**Mots clés** : Grande précarité - Alliance thérapeutique - Infirmier - Relation - Vulnérabilité

## Abstract

This investigation interested in the precariousness and the therapeutic alliance. In the background of taking care of patients in a very precarious situation, the nurses are required to all health care units. It is relevant to ask how the situation of precariousness of a patient can influence the implementation of the therapeutic alliance by the nurse ? To answer this question, I conducted a literature review in order to define precariousness, the therapeutic alliance and their correlation. Then, I interviewed two nurses practicing in the precarious environment, and I made a descriptive analysis. The results show that caring for and supporting a person in a situation of precariousness is a challenge for the therapeutic alliance. The precariousness influences the relationship between the caregiver and the patient in the communication. The therapeutic alliance is also disrupted by the representations that caregivers may have of the precariousness of their patient. Finally, the double vulnerability of the patient in a precarious situation leads to difficulties in establishing the therapeutic alliance. At the end of this investigation, I wonder to what extent the experience of a nurse can be helpful to promote the therapeutic alliance in the care of a person in a precarious situation ?

**Keywords**: Precariousness - Therapeutic alliance - Nurse - Relationship - Vulnerability