



LE SOIN ET LE SANS-ABRI

Unité d'enseignement 3.4 S6
Initiation à la démarche de recherche
Directrice de mémoire : Mme RUELLE Isabelle

Note aux lecteurs :

“ Il s’agit d’un travail personnel effectué dans le cadre d’une formation conduisant au diplôme d’état infirmier à l’IFSI d’Avignon. Ce travail ne peut faire l’objet d’une publication en tout ou partie, sans l’accord de son auteur et de l’IFSI”

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, un grand merci à ma directrice de mémoire, Madame Isabelle Ruelle pour sa présence, son aide et son investissement tout au long de la réalisation de ce travail.

Merci également à tous les formateurs et enseignants que j'ai pu rencontrer lors de ma scolarité, qui m'ont soutenue et poussée à toujours aller plus loin. J'ai une pensée particulière pour Madame Isabelle Marion, professeure de terminale, qui m'a encouragée et qui croyait en moi dans ce parcours en école d'infirmière.

Merci à mes amies, qui se reconnaîtront, pour leur présence et leur soutien sans faille surtout dans les moments les plus difficiles.

Merci à ma mère et mon frère, que j'aime plus que tout au monde et qui ont toujours été à mes côtés tout au long de ce parcours. Ce mémoire est aussi le reflet de cette force que nous partageons.

À mon père, disparu mais à jamais présent dans mon cœur. Véritable pilier, il a été un modèle par son humanité, sa force et son goût du travail, valeurs qu'il a su transmettre et qui continuent aujourd'hui de guider mon parcours. Il a été celui qui s'est le plus investi pour rendre possible mon intégration dans cette école d'infirmière, croyant profondément en cette voie. C'est également en sa mémoire que j'ai trouvé la force de surmonter les épreuves, de persévérer et d'aller au terme de cette formation. Son souvenir demeure une source de courage, et l'héritage qu'il m'a laissé continue de vivre à travers ce travail.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	1
2	SITUATION DE QUESTIONNEMENT.....	3
2.1	Situation d'appel.....	3
2.2	Synthèse des questionnements et question de départ	8
3	CADRE DE REFERENCE	11
3.1	Le soin	11
3.1.1	Le Care	14
3.1.2	Le Cure	16
3.1.3	Le Caring	18
3.2	Être sans-abri	19
3.2.1	La précarité	21
3.2.2	La représentation de la personne par elle-même	22
3.2.3	La représentation qu'ont les soignants	25
3.3	La relation soignant-soigné	27
3.3.1	La distance	28
3.3.2	La posture	30
4	ENQUÊTE EXPLORATOIRE	32
4.1	Méthodologie de l'enquête	32
4.1.1	La méthode clinique	32
4.1.2	L'outil : entretiens semi-directifs	33
4.1.3	Population et lieux d'enquête	33
4.2	Réalisation de l'enquête.....	34
4.3	Résultats d'enquête.....	35
4.3.1	Synthèse des entretiens	35
5	ANALYSE	39
5.1	Analyse des données recueillies	39
5.2	Analyse croisée du cadre de référence et des données recueillies.....	46
6	DE LA PROBLEMATIQUE A LA QUESTION DE RECHERCHE	51
7	CONCLUSION	53
8	BIBLIOGRAPHIE	55
9	ANNEXES	I

9.1	Annexe I : Guide d’entretien	I
9.2	Annexe II : Autorisation d’entretien au CHA	II
9.3	Annexe III : Autorisation d’entretien au CHM	III
9.4	Annexe IV : Entretien N°1 : “Stef” de l’équipe mobile de psychiatrie précarité.....	IV
9.5	Annexe V : Entretien N°2 : “Alice” de l’unité des urgences adultes	XIII
9.6	Annexe VI : Entretien N°3 : “Thomas” de l’unité des urgences adultes.....	XIX
9.7	Annexe VII : Entretien N°4 : “ Kelya” de Pneumologie.....	XXV
9.8	Annexe VIII : Entretien N°5 “Sara” de Pneumologie	XXIX
9.9	Annexe IX : Entretien N°6 “Rachel” des Lits d’accueil médicalisé	XXXIV
9.10	Annexe X : Tableaux d’analyse.....	XL
9.10.1	Présentation	XL
9.10.2	Le Soins.....	XLII
9.10.3	Être sans-abri	XLV
9.10.4	La relation soignant-soignée.....	L

1 INTRODUCTION

« *Sachons veiller sur ces splendeurs détruites que nous avons l'honneur de soigner* » (Declerck, Les Naufragés, p. 374)

Dans un contexte social marqué par une augmentation de la précarité et du nombre de personnes sans-abri, j'ai pu, au cours de mes stages, observer la prise en soin de cette population particulièrement vulnérable. Depuis toujours, je me sens particulièrement concernée par la situation des personnes sans domicile fixe. Ayant grandi dans une éducation fondée sur l'entraide et la solidarité, où l'on m'a appris l'importance de leur venir en aide, j'ai développé une sensibilité particulière à leur égard.

Au sein de différents services et particulièrement dans une structure médico-sociale dédiée, j'ai été touchée par l'histoire de Didier un résident sans-abri depuis des années pour qui la prise en soin était un véritable défi. Cette situation a alors suscité chez moi un réel intérêt de recherche, car elle englobe de multiples particularités mais aussi des représentations parfois erronées pouvant entraver la prise en soin.

À travers ce travail de fin d'études j'ai voulu chercher à comprendre quelle était la place du soin dans la prise en charge des personnes sans-abri partagée entre l'idéal soignant, fondé sur des repères théoriques, et les besoins singuliers de la personne sans-abri, souvent éloignés des schémas de prise en soin habituels.

C'est dans cette perspective qu'a émergé ma question de recherche : Dans quelle mesure les représentations des personnes sans-abri peuvent impacter les soins et la relation soignant-soigné?

Pour y répondre il a fallu évidemment comprendre, à travers un cadre de référence qui arrivera à la suite de ma situation de questionnement, ce qu'était réellement le soin, mais surtout ce qu'est un "sans-abri" et enfin comment s'organise la relation soignant-soigné. Ce cadre de référence s'appuie sur des notions de la littérature sociale et scientifique à travers des ouvrages, des articles et des ressources en ligne.

Pour confronter ma réflexion à la réalité du terrain, j'ai ensuite réalisé une enquête exploratoire par le biais d'une étude qualitative à travers des entretiens semi-directifs qui m'ont ensuite

permis durant mon analyse de comparer la prise en charge auprès d’infirmier(e)s qui travaillent auprès des sans-abris et d’autres qui ne les prennent en charge que ponctuellement, avec, pour chacun, des expériences professionnelles plus ou moins larges.

Durant ma problématique, j’ai pu confronter les théories issues de la littérature à mes recherches sur le terrain et en faire ressortir une hypothèse de recherche concluante.

Cette initiation au travail de recherche a pour objectif d’amener une réflexion autour des représentations et des pratiques soignantes afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de cette population fragilisée voire “détruite” comme peut le dire Declerck. Elle cherche aussi à mettre en lumière l’importance de la dimension humaine et éthique du métier infirmier dans l’accompagnement des personnes sans-abri.

2 SITUATION DE QUESTIONNEMENT

2.1 Situation d'appel

Je suis en plein dans mon troisième stage de cinq semaines de fin de deuxième année de ma formation infirmière à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) du GIPES d'Avignon, dans un service de lits d'accueil médicalisés (LAM).

C'est un service médico-social accueillant des personnes atteintes de pathologies chroniques graves, souvent en situation irrégulière et de grande précarité, nécessitant des soins réguliers et un accompagnement médico-social. Sa mission est d'assurer une prise en charge globale avec des soins médicaux, un soutien psychologique, une aide sociale, et un accompagnement dans les démarches administratives.

L'organisation du service repose sur une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, d'aides-soignants, de médecins (psychiatres et généralistes), d'une assistante sociale et de psychologues. Tous travaillent ensemble pour améliorer la qualité de vie des patients et favoriser leur réinsertion sociale. La durée moyenne d'une hospitalisation en LAM est d'environ 6 mois, mais elle peut varier en fonction de la situation médicale et sociale de la personne. Certains patients restent seulement quelques semaines, le temps de stabiliser leur état de santé ou de finaliser des démarches, tandis que d'autres peuvent rester plus longtemps si leur prise en charge le nécessite (comme en cas de difficultés majeures de réinsertion ou de soins complexes).

Des réunions d'équipe, que l'on appelle "staffs médicaux", sont régulièrement organisées pour traiter de façon individuelle, les projets et objectifs de la prise en charge de patients. Elles permettent également de se situer dans la temporalité de l'hospitalisation de chaque patient. Ceux-ci ont le droit à des sorties hebdomadaires, que l'on appelle des permissions, sur autorisation du psychiatre du service, avec un couvre-feu à 18h. La plupart d'entre eux reviennent passé ces 18h. Je me rends compte au fil de mon stage que ces patients qui n'arrivent pas à respecter ce couvre-feu sont ceux qui viennent de la rue. Effectivement, quand ils m'expliquent la raison de leurs retards, ils justifient cela par le fait qu'ils sont la plupart du

temps retournés sur leur lieu de “squat” et qu’ils ont mécaniquement repris leur habitudes là où elles se sont arrêtées au point d’en oublier ou de ne pas vouloir retourner au LAM.

Au sein du service, je découvre un monsieur au profil particulier, que j’appellerai « Didier » par principe de confidentialité.

Didier a 65 ans, il est sans domicile fixe (SDF), il vit depuis 25 ans dans la rue et est devenu alcoolique depuis la rupture avec sa compagne selon ses dires. C’est quelqu’un en situation très précaire, sans aucune source de revenu. Il a intégré le LAM il y a 6 mois en raison d’une cirrhose hépatique au stade terminal et de son diabète de type 2, découvert il y a une dizaine d’années selon son dossier médical. Lors de notre première rencontre, je ressens tout de suite une certaine tristesse mêlée à de la tendresse. Didier me sourit, il semble sociable et avenant, mais dans son regard je perçois une grande fatigue et une forme de résignation. Son histoire me touche profondément. J’ai du mal à imaginer qu’il vive dehors depuis 25 ans. Je ressens une injustice face à son parcours et une envie spontanée de l’aider, presque de le “sauver”. Je me rends compte que c’est une réaction très humaine mais qui me place déjà dans une position émotionnelle forte vis-à-vis de lui.

La cirrhose au stade terminal est une forme avancée de la maladie du foie, où l’organe est gravement endommagé et ne parvient plus à assurer ses fonctions vitales, entraînant souvent des complications graves comme l’ascite, les hémorragies digestives ou l’encéphalopathie hépatique. Au niveau de son diabète il est à peu près stabilisé avec des glycémies qui peuvent monter à 2,5 g/L par moments.

Au niveau de ses traitements, il prend tous les jours de la lactulose, utilisée pour traiter l’encéphalopathie hépatique. Elle aide à éliminer l’ammoniaque via les selles en les ramollissant et en acidifiant le côlon, ce qui diminue la toxicité pour le cerveau. Il a également de la spironolactone qui est un diurétique prescrit en cas d’ascite (accumulation de liquide dans l’abdomen), fréquente en cirrhose. Elle permet d’éliminer l’excès de liquide tout en maintenant l’équilibre en potassium. Il prend aussi du propranolol qui est un bêta-bloquant utilisé pour prévenir les hémorragies digestives liées aux varices œsophagiennes, qui sont une complication fréquente de la cirrhose. Enfin il prend des vitamines (surtout B1 et B6) et des compléments nutritionnels car la cirrhose peut entraîner des carences importantes, donc un soutien nutritionnel est souvent nécessaire. Didier mesure 1m70, il est de corpulence normale avec un

abdomen ascitique. Il a fait plusieurs tentatives de sevrage alcoolique sans succès. Son extrême précarité qui l'a obligé à vivre dans la rue après que sa compagne soit partie avec ses enfants l'a, d'après lui, « empêché de se voir diminuer car la vie dans la rue est très compliquée et l'alcool est souvent un des moyens qui permet aux personnes SDF de s'oublier et donc de tenir aussi longtemps dehors ».

Il est assez jovial et enfantin dans l'unité mais il a perdu beaucoup de capacités cognitives. Il a du mal à tenir une discussion à la suite de problèmes amnésiques et de confusions. J'ai pu le constater personnellement lorsque je lui ai annoncé un rendez-vous et que le lendemain même, Didier ne se souvenait plus de celui-ci. De plus, il est difficile pour lui de retracer ce qu'il a pu faire dans la journée et cherche beaucoup ses mots quand il parle, ou alors les confond avec d'autres. Il se déplace sans contrainte et a pour habitude de sortir les après-midis malgré les fortes chaleurs en marchant beaucoup. Didier passe souvent ses nuits dehors ou ne rentre que vers 23h. Dans ces cas-là, son injection d'insuline du soir n'est pas faite ce qui le confronte à un risque majeur d'hyperglycémie ou bien d'hypoglycémie selon sa consommation d'alcool.

De ce que l'on sait quand on l'interroge, il a tendance à se sous-alimenter lorsqu'il est dans la rue car il dit utiliser le peu d'argent qu'il a pour ses consommations d'alcool. Dans ces moments-là, j'ai un sentiment d'impuissance face à ce monsieur que j'aimerais aller chercher si je le pouvais. Je ressens une réelle angoisse. J'imagine le pire : une hypoglycémie dehors, une chute, ou un malaise sans que personne ne le voie. J'ai envie d'aller le chercher, mais je sais que je n'en ai pas le droit. Je ressens une forme de frustration et de colère contre moi-même, comme si je n'en faisais pas assez. Cette impuissance me fait réfléchir à la limite du soin face à la liberté du patient.

Dans son comportement Didier nous a montré à plusieurs reprises que son alcoolisme, ses confusions et pertes de mémoire pouvaient le mener à des situations de mises en danger. Pourtant, l'admission en LAM se fait sur décision médicale et administrative avec l'accord du patient, qui, par ce fait, est en soin libre. Didier est dans une structure médico-sociale et pas psychiatrique. S'il ne rentre pas sur la structure nous ne devons pas aller le chercher.

Sur le moment je réfléchis à plusieurs scénarios et j'imagine que s'il ne rentre pas c'est parce qu'il est à l'extérieur en état d'ébriété comme il nous dit beaucoup s'alcooliser quand il sort, sous une forte chaleur, et qu'il n'a plus la notion du temps ni du fait qu'il doive prendre ses

traitements. Je me fais du souci quant à ce qui pourrait lui arriver dans la soirée et je me demande ce qu'il se passerait pour lui si l'hospitalisation venait à cesser au vu de ses pathologies graves qui sont impossibles à soigner lorsqu'il vit à la rue. Dans ces moments-là, nous essayons avec l'équipe de le joindre sur son portable personnel mais nous restons souvent sans réponse de sa part. J'ai le sentiment que l'équipe soignante a l'habitude de ce genre de situation et ne se tracasse pas plus que moi car elle ne peut de toute façon pas contrôler ce que fait Didier à l'extérieur. Je me demande comment font-ils pour accepter si bien la frustration à l'idée que l'un de leur patient dont ils s'occupent depuis aussi longtemps est potentiellement en danger à l'extérieur de la structure. Ils semblent plus détachés, sûrement grâce à leur expérience qui leur permet de prendre du recul, mais pour moi c'est difficile d'accepter de ne rien faire. Ces moments me font réfléchir à la limite du rôle infirmier : jusqu'où peut-on aller quand une personne en situation de précarité met sa santé en danger malgré nos efforts ? J'essaie alors de refouler mon inquiétude en n'en parlant pas plus avec eux.

L'équipe ne souhaite pas le laisser en autonomie pour s'administrer son insuline car il ne sait pas très bien appliquer son protocole. Il n'est pas possible alors de le laisser sortir en extérieur avec un capteur et un stylo à insuline. Nous essayons tous les jours de rendre Didier autonome en lui apprenant à se piquer tout seul. C'est un profil que je trouve assez intéressant au premier abord, avec un projet d'autonomisation qui m'intéresse, c'est pour cela que je décide de le prendre dans mon « secteur de patients ». Je prends alors le relais durant la période de mon stage lorsque je suis présente sur l'unité, sur l'éducation thérapeutique de Didier au sujet de sa glycémie et son insuline le midi et le soir au moment où il passe au poste de soin. Étant donné le peu de patient à ma charge, nous pouvons prendre le temps qu'il faut pour le laisser réfléchir, qu'il fasse tout, tout seul, et que j'intervienne lorsqu'il commence à se tromper. Malgré cela, il se trompe souvent au niveau des unités à s'injecter et c'est pour cela qu'il est dangereux de lui laisser cette charge.

Dans ces moments-là, j'ai le sentiment que Didier coopère pour nous faire plaisir à nous les soignants mais ne semble pas vouloir comprendre ni apprendre comment gérer son diabète. En effet, il ne vient jamais de lui-même pour réaliser ses glycémies et injections et ne pose jamais aucune question et attend qu'on lui dise quoi faire. Didier accueille ses échecs avec beaucoup d'autodérision et ne semble pas pour autant vouloir abandonner. Peut-être que l'humour est un moyen pour lui de détourner le sujet et camoufler la dure réalité.

Pour ma part, je crois en lui dans les premières semaines. Il est certes loin de l'autonomie complète mais je constate qu'au fur et à mesure des répétitions il y a des détails que le patient arrive à retenir ce qui me laisse à penser qu'à force de persévérer, il pourra peut-être un jour s'administrer totalement seul son insuline. Je prends à cœur le fait que ce patient devienne un jour autonome et qu'il réduise les risques auxquels il s'expose lorsqu'il n'est pas sous notre surveillance.

Chaque jour, je ressens un mélange d'encouragement et de découragement. Quand Didier réussit à se piquer seul, je suis fier de lui, j'ai le sentiment que mes explications portent leurs fruits, mais quand il se trompe encore ou qu'il oublie ce qu'il a appris, je me sens frustrée et impuissante. J'ai conscience que je m'implique émotionnellement, parfois trop. Je veux qu'il y arrive, peut-être pour me prouver à moi-même que j'ai été utile. Ces moments me font prendre conscience de la difficulté de trouver la bonne distance dans la relation soignant-soigné. Je découvre aussi à quel point la motivation du patient dépend de beaucoup de facteurs que je ne peux pas toujours contrôler. Pour Didier je finis par comprendre après un certain temps que cela lui est égal de devenir autonome quant à ses injections d'insuline car son diabète lui importe peu. Je me demande alors si cette "éducation thérapeutique" est finalement judicieuse ou non.

En ce qui concerne un sevrage alcoolique, il n'y adhère pas du tout. Il a pourtant été discuté avec lui en entretien avec le psychiatre tout l'intérêt d'un sevrage au vu de sa cirrhose mais l'alcool est selon lui trop ancré dans sa vie et n'arrive pas à se restreindre dès qu'il est à l'extérieur. Lorsqu'il est sur l'unité il ne consomme pas car cela est interdit par le règlement. On estime ses consommations excessives à 2 voire 3 fois par semaine au vu des résultats d'éthylotests réalisés à ses retours sur l'unité, ce qui reste dangereux et n'est pas de bon pronostic pour ralentir sa cirrhose. Quand on le questionne sur ses consommations à l'extérieur il nous en parle ouvertement et exprime qu'il pense ne pas arrêter un jour l'alcool.

J'ai la sensation que Didier ne porte pas d'intérêt à ses problèmes de santé et cela me questionne alors sur l'objectif de sa prise en charge. En questionnant mes collègues, ils m'expliquent que c'est en premier lieu pour sa sécurité que Didier reste hospitalisé au LAM.

2.2 Synthèse des questionnements et question de départ

Face à la situation de Didier, je me pose énormément de questions. Cette rencontre me fait beaucoup réfléchir sur ce que c'est vraiment "soigner" et sur la place que le soignant peut avoir quand la précarité prend autant de place dans la vie d'une personne.

Je me demande d'abord ce qui l'a vraiment poussé à boire autant. On sait qu'il commence à consommer après la séparation avec sa compagne, quand tout s'écroule pour lui. Est-ce que c'est la douleur de cette rupture, le vide laissé par sa famille, qui l'a amené à chercher du réconfort dans l'alcool ?

Je me dis aussi que boire coûte cher. Est-ce que l'alcool n'a pas fini par l'enfoncer encore plus dans la précarité, jusqu'à se retrouver sans-abri ?

Après vingt-cinq ans passés dans la rue, est-ce qu'il est encore possible d'imaginer un sevrage durable ?

Est-ce qu'on peut vraiment s'en sortir après autant d'années dans ces conditions ?

Je me demande jusqu'où on peut encore aider quelqu'un comme lui, qui vit dans un tel isolement depuis si longtemps.

Je réfléchis aussi au lien entre sa précarité et ses maladies. Sa cirrhose et son diabète viennent sûrement de toutes ces années d'alcool, de mauvaise alimentation, de fatigue, du froid, du manque d'hygiène... Est-ce que tout ça n'a pas fini par user son corps petit à petit ?

Cette cirrhose au stade terminal, qui atteint son cerveau, n'influe-t-elle pas sur sa façon de voir sa santé, sur son manque d'intérêt ?

Quel considération donne-t-il à son corps qui fait qu'il n'ait pas envie d'en prendre soin ?

Peut-être que s'il avait eu accès aux soins plus tôt, les choses auraient été différentes. Peut-être qu'on aurait pu ralentir la maladie. Aujourd'hui, je me demande sincèrement s'il pourrait un jour redevenir autonome. Est-ce qu'il serait capable de vivre seul, de se gérer, de se soigner sans aide ? J'ai du mal à y croire, même si j'aimerais que ce soit possible.

J'ai cette impression parfois, de voir chez ces patients qui viennent de la rue des comportements similaires. Qu'est-ce que ces personnes sans abri ont-elles en commun qui fait qu'on les reconnaissent en les observant ?

Lorsqu'il est hospitalisé, Didier mais aussi les autres résidents du LAM qui sont sans-abri, ont ce besoin de retour à leur habitudes de vie. Pourquoi ce retour systématique vers la précarité même lorsqu'une solution s'offre à eux?

J'ai souvent l'impression que la précarité est comme un engrenage : elle entraîne la maladie, puis la maladie empêche la personne de s'en sortir, et tout recommence. Chez Didier, c'est exactement ça.

Sans accompagnement, il semble perdu. Comment soigne-t-on vraiment quelqu'un qui vit dans la précarité?

Qu'est-ce que c'est vraiment la précarité?

Est-ce qu'on soigne la maladie, ou est-ce qu'on soigne avant tout la personne ?

Où s'arrête le soin médical et où commence l'accompagnement humain ?

Je me questionne aussi sur moi-même, sur ma façon de réagir avec lui.

Pourquoi je m'attache autant à ce patient ?

Pourquoi j'ai envie qu'il s'en sorte plus que les autres ?

Est-ce que c'est parce que j'ai envie de "sauver" quelqu'un que la société semble avoir laissé de côté ? Ou est-ce que c'est parce que je ressens une forme d'injustice face à ce qu'il vit ?

Peut-être que je m'identifie un peu à lui, d'une certaine manière. Je me demande aussi si ce qu'on fait avec lui, comme l'éducation thérapeutique, a vraiment une chance de fonctionner. Parfois, j'ai l'impression que c'est plus pour nous rassurer, nous, les soignants, que pour lui. Quand l'équipe dit qu'il est là surtout pour sa sécurité, je me demande : est-ce qu'on devrait accueillir toutes les personnes comme lui, même si on sait qu'on ne pourra pas les guérir ?

En quoi les personnes sans abri posent-elles problème aux soignants?

Enfin, je me rends compte que je suis très touchée par les personnes qui vivent dans la rue. Je ne sais pas vraiment pourquoi, mais ça me renvoie à mes valeurs, à ma vision du soin. Peut-être

que ça me fait réfléchir à ce que c'est, vraiment, "prendre soin". Je pense à cette différence entre care (prendre soin) et cure (soigner) : le soin du cœur, et le soin du corps. Pourquoi Didier cherche-t-il à s'oublier dans l'alcool ?

Et pourquoi, moi, j'ai autant envie qu'il se souvienne de lui, qu'il reprenne sa place ?

Quel vision, nous, soignants, avons-nous de ces patients SDF ?

Toutes ces questions me font comprendre qu'avec les personnes sans-abri, le soin dépasse largement les gestes techniques. Il touche à l'humain, à la patience, à l'écoute. Et surtout, il nous apprend à accepter que parfois, on ne peut pas tout changer, même quand on en a profondément envie.

À travers cette expérience et ces réflexions, je me rends compte que la vision du sans-abri influence à la fois la manière de soigner et la relation que l'on construit avec le patient. C'est ce qui me conduit à orienter mon étude sur la question suivante :

Dans quelle mesure les représentations des personnes sans-abri peuvent impacter les soins et la relation soignant-soigné?

3 CADRE DE REFERENCE

Le cadre de référence est établi à partir des notions clés qui émergent de ma situation d'appel ainsi que de ma synthèse, de mon questionnement et question de départ. Pour contextualiser au mieux chaque concept, je souhaite définir chacun d'entre eux à l'aide d'une brève définition. Effectivement, je souhaite m'appuyer sur une source de référence ou un dictionnaire reconnu et fiable, utilisé dans le domaine universitaire. Cela permettra d'avoir des définitions neutres et validées. Ces définitions en début de partie me permettront de clarifier le sens des concepts dès le départ et ainsi de créer une base commune de compréhension afin d'éviter toute ambiguïté compte tenu de la pluralité des sens des mots. Cela pourra poser un cadre théorique solide et ainsi renforcer la rigueur scientifique de mon mémoire. Enfin, cela rend le contenu plus accessible et permettra une meilleure compréhension pour un public varié

3.1 Le soin

D'après le centre national des ressources textuelles et lexicales (CNRTL), le soin peut être défini comme « *s'occuper de la santé, du bien-être moral ou matériel de quelqu'un* ». C'est dans l'optique que le soin ne se limite pas à un acte technique, mais qu'il s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée, comme il nous l'est présenté ici, que nous allons développer plusieurs approches du soin telles que le "care", le "cure" et le "caring".

Pour introduire cette vision globale du soin, il paraît pertinent de s'appuyer sur les apports théoriques d'une figure majeure des sciences infirmières : Virginia Henderson. Un texte de revue tiré du site internet infirmiers.com, intitulé : Soins infirmiers - Virginia Henderson et sa conception de la profession, publié le 8 août 2023 par Bruno Guerry, cadre de santé infirmier, reprend sa vision du soin ainsi que sa célèbre grille des quatorze besoins fondamentaux.

Virginia Henderson est une infirmière et théoricienne américaine du début du XX^e siècle. Elle est considérée comme l'une des figures majeures des sciences infirmières. Elle a marqué la profession par sa réflexion sur le rôle propre infirmier et sur la place du soin dans l'accompagnement de la personne. Elle est notamment connue pour avoir défini 14 besoins fondamentaux, qui constituent une base essentielle de l'évaluation et de la prise en soin

infirmière. Il est intéressant voire important de la citer dans cette première partie afin de contextualiser l'approche globale du soin sur ses différents aspects. Cette approche correspond aux valeurs fondamentales du métier infirmier et aide à comprendre le soin en tant qu'accompagnement personnalisé, qui conjugue relation, observation et actions concrètes.

Selon Virginia Henderson, « *les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (...) qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir* ». Cette définition montre que le soin est centré sur la personne et sur son autonomie. Le rôle infirmier ne consiste donc pas seulement à traiter une maladie ou un symptôme, mais aussi à aider la personne dans tout ce qui touche à sa vie quotidienne, son confort, son moral ou encore ses habitudes. On voit ici que le soin dépasse largement le geste technique.

La théorie des 14 besoins fondamentaux développée par Virginia Henderson illustre bien cette idée. Ces besoins concernent par exemple respirer, manger, se mouvoir, dormir, communiquer, se recréer ou apprendre. Ils montrent que la santé ne se résume pas au fait de ne pas être malade, mais qu'elle concerne l'ensemble de la vie de la personne. Le soin infirmier prend alors en compte la personne dans sa globalité, avec son corps, son mental, son environnement et son vécu.

Cette vision globale du soin peut être rapprochée d'un autre modèle théorique bien connu en sciences humaines : la pyramide des besoins d'Abraham Maslow. Psychologue américain du XX^{ème} siècle, Maslow a proposé une théorie de la motivation humaine selon laquelle les besoins de l'être humain sont organisés de façon hiérarchique. À la base se trouvent les besoins physiologiques (respirer, manger, dormir), puis les besoins de sécurité (logement, protection, stabilité), les besoins d'appartenance (relations, affection), les besoins d'estime (reconnaissance, valeur personnelle) et enfin le besoin d'accomplissement de soi. Selon lui, la satisfaction des besoins fondamentaux conditionne l'accès aux besoins supérieurs.

Il existe donc une correspondance entre les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson et les niveaux de la pyramide de Maslow. Les besoins physiologiques de Maslow rejoignent directement plusieurs besoins d'Henderson comme respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir ou dormir. Les besoins de sécurité se retrouvent dans les besoins d'être propre et protégé, d'éviter les dangers ou d'avoir un environnement adapté. Les besoins d'appartenance et de relation correspondent aux besoins de communiquer et d'agir selon ses valeurs et ses

croyances. Les besoins d'estime et d'accomplissement peuvent être rapprochés des besoins de se réaliser, de se recréer et d'apprendre.

Ce rapprochement montre que la théorie de Virginia Henderson rentre dans une conception large et humaine de la santé, proche des modèles psychologiques de la motivation humaine. Comme chez Maslow, la personne est envisagée dans toutes ses dimensions : physique, psychologique, sociale et existentielle. Le soin infirmier vise alors à soutenir la satisfaction de ces besoins afin de préserver la santé, l'autonomie et le bien-être global de la personne.

Toujours dans cette perspective, la pensée de Virginia Henderson peut être rapprochée des concepts de “cure” et de “care” qui ont été surtout popularisés vers 1980 dans les sciences infirmières françaises par Marie-Françoise Collière, infirmière, formatrice et chercheuse française, dans son ouvrage *Promouvoir la vie*. Le “cure” correspond aux soins techniques et curatifs visant à traiter la maladie : donner un traitement, surveiller un état clinique ou réaliser un soin. Le “care”, lui, renvoie davantage à l'attention portée à la personne : l'écoute, le soutien, l'aide dans les gestes du quotidien ou le fait de rassurer. Chez Virginia Henderson, ces deux aspects sont liés : aider une personne à se laver, à manger ou à respirer est à la fois un acte concret (cure) et une façon de prendre soin d'elle dans sa dignité et son bien-être (care).

Le chapitre 2 « *Soin et soins* » de Walter Hesbeen est un extrait du livre *Initiation à la discipline infirmière*. C'est un texte qui correspond à un chapitre intégré dans un ouvrage collectif : *initiation à la discipline infirmière*, publié chez Elsevier Masson en 2024. Walter Hesbeen est un infirmier et docteur en santé publique, connu pour ses travaux sur l'humanisme soignant et la réflexion éthique autour du concept de “prendre soin” dans la pratique infirmière. Dans ce chapitre, selon Hesbeen, le soin au singulier signifie « avoir *le souci de* », c'est se préoccuper de quelqu'un. Les soins au pluriel désignent les actes réalisés, la technique. Ils renvoient à peu près au “cure” et le message de l'auteur, ici, semble être que faire des soins ne signifie pas forcément “prendre soin”. Pour lui, on peut réaliser des actes techniques sans forcément se soucier de la personne dans sa singularité, d'où le terme singulier “soin” différent du pluriel “les soins”.

La notion de “caring” prolonge encore cette approche en insistant sur la relation soignant-soigné. Le caring correspond à une attitude empathique, de respect et de bienveillance envers la personne soignée. Cette dimension relationnelle est déjà présente chez Virginia Henderson, car elle explique que le but du soin est d'aider la personne à retrouver son indépendance le plus

rapidement possible. Le soignant n'agit donc pas à la place de la personne mais avec elle et pour elle, en l'accompagnant selon ses capacités.

L'apport de Virginia Henderson permet de comprendre que le soin infirmier entre dans une approche globale où s'additionnent cure, care et caring. Le soin ne se limite pas à la réalisation d'actes techniques : il consiste à soutenir la personne dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux, à préserver son autonomie et à l'accompagner dans son vécu de santé ou de maladie. Cette vision reste aujourd'hui un repère important pour la pratique infirmière, dans un contexte où les avancées technologiques nous poussent à devenir de plus en plus des "techniciens", car elle rappelle que soigner, c'est à la fois agir, accompagner et être en relation avec une personne. Cette conception du soin, centrée sur la personne et ses besoins, se rapproche de la notion de care, qui insiste sur l'importance de la relation et de l'attention portée à l'autre dans le soin.

3.1.1 Le Care

Le care peut être défini, selon Jean-Manuel Morvillers, comme « une *dimension du soin qui renvoie aux émotions* », aux affects et au ressenti. Il correspond au fait de se soucier d'autrui, de se sentir concerné par sa situation et de lui porter attention. Le care touche ainsi à la sensibilité du soignant et à sa capacité à être affecté par ce que vit la personne soignée. Il ne s'agit pas seulement d'une action, mais avant tout d'un état d'esprit et d'une manière d'être avec l'autre dans la relation de soin.

L'article de Jean-Manuel Morvillers, *Le care, le caring, le cure et le soignant*, publié en 2015 dans *Recherche en soins infirmiers* 2015/3 N° 122, pages 77 à 81. Infirmier, cadre supérieur de santé et docteur en sciences, Jean-Manuel Morvillers développe une réflexion approfondie sur les concepts fondamentaux du soin infirmier (le care, le caring et le cure), en particulier sur la dimension humaine et relationnelle du soin.

Dans son article, Morvillers montre que le care est un concept qui a plusieurs sens, dont le principal concerne les émotions, les affects et le ressenti. Dans son analyse, il explique que le care renvoie au souci de l'autre, à l'inquiétude, à l'attention portée à autrui. Le care touche donc

à la sphère personnelle et intime du soignant, puisqu'il touche sa sensibilité et sa capacité à être affecté par la situation de la personne soignée.

Morvillers souligne que le care ne se limite pas à une action, mais qu'il correspond avant tout à un état d'esprit et une attention portée à l'autre. Il constitue ainsi la partie humaine du soin infirmier. Cette dimension du soin est essentielle car elle permet de reconnaître la personne soignée dans sa globalité et dans son vécu, au-delà de la maladie.

Citer Jean-Manuel Morvillers dans cette partie permet donc de définir le care comme une dimension fondamentale du soin infirmier, centrée sur la relation, l'attention et la reconnaissance de l'autre.

Dans la pratique infirmière, le care se traduit par la présence auprès de la personne, l'écoute, la manière de parler, de toucher ou d'accompagner dans les gestes du quotidien. Il ne s'agit pas uniquement de réaliser un soin, mais de prendre en compte la personne dans ce qu'elle ressent et dans la manière dont elle vit sa situation. Le care correspond ainsi à une posture soignante qui reconnaît la personne comme un sujet à part entière et pas seulement comme un patient.

Morvillers explique aussi que le care ne s'oppose pas au cure, c'est-à-dire aux soins techniques et curatifs. Au contraire, ces deux dimensions doivent être liées dans la pratique. Un soin peut être techniquement correct mais manquer de care, et perdre alors sa dimension humaine. Le care permet au contraire de donner du sens au soin et de maintenir une relation respectueuse avec la personne soignée.

Le care apparaît donc comme une dimension essentielle du rôle infirmier, car il permet de préserver l'humanité du soin dans des contextes parfois très techniques ou contraints par l'organisation. Il rappelle que soigner ne consiste pas uniquement à traiter une maladie, mais aussi à se préoccuper de la personne, de sa dignité et de son vécu. Cette attention à l'autre fait partie intégrante de l'identité professionnelle infirmière et de la qualité de la relation soignant-soigné.

Ainsi, le care peut être compris comme la dimension relationnelle et humaine du soin infirmier, fondée sur l'attention, l'empathie et le souci de l'autre. Il constitue un élément central de la pratique infirmière, car il permet de reconnaître la personne soignée dans sa globalité et de préserver le sens du soin au-delà des actes techniques.

3.1.2 Le Cure

Le cure peut être défini, selon Jean-Manuel Morvillers, comme « *la dimension du soin qui renvoie aux actes techniques et curatifs visant à traiter la maladie ou à agir sur les symptômes* ». Il correspond aux interventions médicales et infirmières orientées vers la guérison, l'amélioration de l'état de santé ou la stabilisation d'une pathologie. Le cure s'inscrit ainsi dans une logique de traitement et d'efficacité thérapeutique, centrée sur la maladie et sur les moyens d'y répondre par des soins adaptés.

Dans la pratique infirmière, le cure regroupe l'ensemble des soins techniques réalisés auprès de la personne soignée : administration de traitements, surveillances cliniques, pansements, gestes techniques ou participation aux actes médicaux. Il correspond à la partie visible et objectivable du soin, celle qui peut être évaluée, mesurée ou protocolisée. Le cure occupe donc une place importante dans l'activité quotidienne des soignants, notamment dans les services où la technicité est élevée ou en situation aiguë.

Cependant, Morvillers montre que le cure ne doit pas être opposé au care. Historiquement, ces deux notions ont une origine commune et se sont progressivement différenciées avec l'évolution de la médecine et de l'organisation des soins. Le cure s'est alors associé davantage à la dimension médicale et technique du soin, tandis que le care a été relié à sa dimension relationnelle et humaine. Cette séparation a pu donner l'impression que le cure relevait principalement du traitement de la maladie, parfois au détriment de la prise en compte de la personne.

Dans les contextes de soins aigus ou très techniques, le cure peut prendre une place dominante dans l'activité soignante. La priorité est alors donnée à l'efficacité, à la rapidité et à la sécurité des actes. Le risque est que la personne soit perçue surtout à travers sa pathologie ou ses paramètres cliniques. Le soin peut alors devenir centré sur l'organe ou sur le geste, ce qui peut entraîner une certaine distance relationnelle. Morvillers souligne que cette évolution est liée en partie à l'organisation du travail en santé, à la spécialisation des professions et au développement des technologies médicales.

Pour autant, le cure reste une dimension indispensable du soin infirmier. Traiter la douleur, prévenir les complications, surveiller l'évolution d'une pathologie ou administrer un traitement participe directement à la santé et au confort de la personne. Le cure permet donc d'agir

concrètement sur la maladie et sur ses conséquences. Il contribue à restaurer ou maintenir l'état de santé, ce qui fait pleinement partie du rôle infirmier. Le soin technique n'est pas opposé à la relation, mais constitue une réponse nécessaire aux besoins physiologiques et médicaux de la personne.

L'enjeu pour la pratique infirmière n'est donc pas de diminuer le *cure*, mais de l'inscrire dans une approche globale du soin. Un acte technique peut être réalisé de manière purement fonctionnelle, ou au contraire être intégré dans une relation attentive et respectueuse. La manière de réaliser un pansement, d'administrer un traitement ou de surveiller un patient peut inclure de l'écoute, de l'explication et de la considération pour la personne. Le *cure* peut alors rester humain lorsqu'il est associé au *care*.

Morvillers insiste sur le fait que le *cure* sans *care* risque de déshumaniser le soin, tandis que le *care* sans *cure* ne répondrait pas aux besoins de santé liés à la maladie. La pratique infirmière repose donc sur l'articulation constante entre ces deux dimensions. Le soignant doit à la fois maîtriser les compétences techniques nécessaires et maintenir une attention à la personne dans sa globalité. Cette complémentarité permet de préserver le soin et la qualité de la relation soignant-soigné.

Dans le contexte actuel des soins, marqué par la technicité, les contraintes financières et la charge de travail, l'équilibre entre *care* et *cure* peut être mis à l'épreuve. Le temps consacré aux actes techniques peut parfois réduire le temps relationnel. Pourtant, la qualité du soin ne repose pas uniquement sur la réussite technique, mais aussi sur la manière dont la personne est accompagnée et considérée. Le *cure* doit donc rester intégré dans une vision du soin qui prend en compte la personne dans son ensemble.

Ainsi, le *cure* peut être compris comme la dimension technique et thérapeutique du soin infirmier, orientée vers le traitement de la maladie et l'amélioration de l'état de santé. Il constitue une partie essentielle du rôle infirmier, mais ne prend sens que lorsqu'il s'inscrit dans une relation de soin attentive à la personne. L'enjeu de la pratique infirmière est alors de maintenir l'articulation entre efficacité technique et présence humaine dans l'accompagnement de la personne soignée. Dans cette articulation entre *care* et *cure* émerge une troisième dimension du soin infirmier, le *caring*, qui correspond à la mise en acte concrète du *care* dans la relation soignant-soigné.

3.1.3 Le Caring

Le caring peut être défini, selon Jean-Manuel Morvillers, comme « *la mise en pratique concrète du care dans la relation de soin* ». Il correspond à la manière dont le soignant exprime son attention, sa présence et son souci de l'autre à travers ses attitudes, ses comportements et sa relation avec la personne soignée. Le caring traduit donc le care en actions relationnelles observables dans la pratique quotidienne du soin.

Dans la pratique infirmière, le caring se manifeste par la qualité de la présence auprès de la personne soignée, l'écoute, le respect, l'empathie, la manière de parler, de toucher ou d'accompagner. Il ne s'agit pas seulement de ce que le soignant fait, mais de la façon dont il le fait. Un même acte peut être réalisé de manière distante ou au contraire avec attention et considération. Le caring renvoie donc à la dimension relationnelle du soin, celle qui se vit dans l'interaction entre le soignant et la personne soignée.

Le caring permet de rendre visible la dimension humaine du soin infirmier. Il traduit l'attention portée à la personne dans sa globalité, en prenant en compte son vécu, ses émotions, ses peurs ou ses besoins. Dans cette perspective, la personne soignée n'est pas seulement un patient ou une pathologie, mais un sujet avec une histoire, des valeurs et une expérience propre de la maladie. Le caring participe ainsi à la reconnaissance de la personne dans sa dignité et dans son individualité.

Morvillers montre que le caring se situe à l'articulation entre care et cure. Il permet d'intégrer la dimension relationnelle dans les actes techniques et thérapeutiques. Le caring donne une dimension humaine au cure et concrétise le care dans la relation. Il correspond donc à la manière dont le soignant incarne le soin dans la rencontre avec la personne. Cette dimension est essentielle car elle influence directement le vécu du soin par la personne soignée, son sentiment de sécurité, de confiance et de considération.

Dans la relation de soin, le caring favorise l'alliance thérapeutique et la participation de la personne à sa prise en soin. Une attitude attentive, respectueuse et authentique peut faciliter l'expression des besoins, des difficultés ou des ressentis. À l'inverse, une relation distante ou impersonnelle peut majorer l'anxiété, la méfiance ou le sentiment d'être réduit à sa maladie.

Le caring participe donc à la qualité globale du soin et à l'expérience vécue par la personne soignée.

Le caring implique également une posture professionnelle spécifique. Il nécessite une capacité de disponibilité, d'écoute et d'ajustement à la personne. Le soignant doit être attentif à la manière dont il entre en relation, dont il communique et dont il se rend disponible. Cette dimension relationnelle demande des compétences, mais aussi une réflexion sur sa propre posture et sur la place de la personne dans le soin. Le caring ne relève pas uniquement de qualités personnelles, mais bien d'une compétence professionnelle du soin infirmier.

Dans les contextes de soins actuels, marqués par les contraintes de temps, la charge de travail et la technicité, la place du caring peut être fragilisée. Le risque est que la relation devienne plus fonctionnelle ou centrée sur les actes. Pourtant, même dans des situations contraintes, de petits éléments relationnels peuvent maintenir le caring : se présenter, expliquer un geste, regarder la personne, prendre en compte son ressenti. Ces attitudes contribuent à maintenir une dimension humaine dans le soin.

Ainsi, le caring peut être compris comme la dimension relationnelle du soin infirmier, qui traduit concrètement le care dans la relation soignant-soigné et s'intègre au cure. Il constitue une composante essentielle de la qualité du soin, car il permet de reconnaître la personne dans son intégralité et de lui offrir un accompagnement respectueux et attentif. Le caring en revient aux actes techniques en les inscrivant dans une relation humaine et professionnelle.

Cette dimension relationnelle du soin prend une importance particulière auprès de personnes en situation de grande précarité, notamment celles vivant sans domicile, pour lesquelles la relation soignante constitue souvent un premier espace de reconnaissance et de considération.

3.2 Être sans-abri

La notion première lorsque nous souhaitons parler du "sans-abri" est de définir ce que l'on entend par sans-abri. En effet, plusieurs termes sont utilisés pour désigner les personnes sans logement tels que "SDF" ou "clochards", chacun véhiculant des représentations différentes.

Clarifier ce terme de “sans-abri” que j’utiliserai tout au long de mon mémoire, permettra de poser un cadre commun sans utiliser de termes stigmatisants ou réducteurs.

Nous avons tous une image différente qui nous vient à l’esprit lorsque nous utilisons ce terme. Pour ma part, je vois ce “monsieur tout le monde” pour qui la vie était des plus banales mais qui a pris un mauvais tournant et l’a mené à quitter son travail, s’éloigner de sa famille et s’isoler socialement au point de vivre dans la rue. Pour d’autres ce sera peut-être la mère célibataire qui vit dans sa voiture avec ses enfants car les difficultés de la vie l’ont menée à devoir quitter son logement, ou bien le jeune réfugié de guerre qui a fui un pays insécure pour sauver sa vie mais qui se retrouve dans un autre où on lui fait bien comprendre qu’il n’est pas chez lui et pour qui l’insertion sociale est extrêmement compliquée.

Selon le CNRTL le terme “sans-abri” est défini comme étant une « *Personne qui n'a pas ou qui n'a plus de logement* ».

Thibault Besozzi, dans son article de revue La structuration sociale du monde des sans-abri, publié en 2021 dans Sociologie 2021/3 Vol. 12, pages 247 à 266 Éditions Presses Universitaires de France appuie sur cette complexité à définir le “sans-abri”.

Thibault Besozzi est un sociologue français spécialiste de la grande précarité et du sans-abrisme. Dans La structuration sociale du monde des sans-abri, il analyse le monde social des personnes sans-abri comme un espace structuré par des positions, des parcours et des formes d’appartenance, plutôt que comme un groupe homogène. Il cite dans son article :

« Quoi qu’il en soit de la multiplicité des approches et niveaux de questionnement, chacun s’accorde sur le fait que la population des sans-domicile est difficile à définir. Devant la très forte diversité des personnes administrativement sans domicile personnel et la disparité de leurs conditions de vie, le terme générique et commun de « SDF » a dû être déconstruit. À un certain niveau d’abstraction se distinguent dès lors deux grandes catégories de sans-domicile. Premièrement, les personnes dont la situation est relativement stabilisée, hébergées par des associations généralement dans des centres d’hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ou des pensions de famille, hébergées chez un tiers ou habitant un squat dans des conditions plus ou moins durables : le terme de “SDF” leur correspond. Deuxièmement, les personnes chroniquement ou durablement en situation d’urgence sociale, dormant régulièrement dans des lieux non prévus pour l’habitation (tentes, parkings souterrains, squats insalubres et

éphémères, halls d'immeuble ou espaces publics) : ici, c'est le terme de « sans-abri » qui est privilégié. Notons que les sans-abris ne représentent qu'une minorité des sans-domicile (de l'ordre de 10 % à 15%) par opposition à ceux qui sont principalement hébergés dans le parc d'hébergement social ou en hôtel (Gardella & Arnaud, 2018) »

Besozzi fait donc la distinction entre “SDF” et “sans-abri” en les différenciant par leur stabilité résidentielle et sociale. Pour lui, les SDF ont une situation d'hébergement relativement stable tandis que les sans-abris vivent dans l'urgence et l'absence de lieu d'habitation.

Dans le cadre de ce mémoire, nous retiendrons une définition large du sans-abri, proche de celle du CNRTL. Un sans-abri est une personne qui ne vit pas actuellement dans un logement. Elle peut avoir, ou non, une certaine stabilité résidentielle. Cette définition se distingue de celle de Besozzi, qui différencie le sans-abri de la personne “SDF” en se basant sur cette notion de stabilité résidentielle.

Ainsi, comprendre ce qu'est une personne sans-abri amène également à s'intéresser aux situations de précarité dans lesquelles ces personnes peuvent se trouver.

3.2.1 La précarité

D'après le CNRTL la précarité peut être définie au sens large comme étant une « *grande pauvreté* ». Cette définition reste relativement étendue et ne témoigne pas forcément de la précarité qui peut s'attribuer notamment aux sans-abris.

Joseph Wresinski est un prêtre catholique et militant français qui a consacré sa vie à lutter contre la grande pauvreté et l'exclusion en créant le mouvement ATD Quart Monde pour défendre les droits des personnes les plus démunies. Dans son rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale, il définit la précarité comme étant « *L'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de*

réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible »

Il a écrit ce rapport pour montrer la réalité de la pauvreté en France et encourager les pouvoirs publics à mettre en place des actions pour lutter contre l'exclusion sociale. Cette définition a été adoptée le 11 février 1987 par le conseil économique et social français.

Par “sécurités” Wresinski entend qu'elles touchent plusieurs aspects de la vie tels que l'emploi, le logement, la santé, l'argent. Quand un certain nombre de ces “sécurités” sont manquantes, les individus peuvent se retrouver dans des situations d'exclusion sociale importantes. Pour lui, contrairement à la définition du CNRTL, la précarité ne se résume pas simplement à des difficultés financières mais plutôt à des manques sur plusieurs aspects de la vie quotidienne.

Pour en revenir au cas des sans abri, cette précarité touche effectivement plusieurs domaines. On constate souvent un engrenage entre l'absence de ressources financières associé à une absence de logement qui peut mener à des difficultés d'accès à l'hygiène, à l'alimentation aux soins. Tout cela majoré par les risques des conditions de vie dans la rue à savoir les addictions, le froid et les maladies chroniques. Dans son livre *Les Naufragés*, Patrick Declerck, qui a étudié la vie des sans abri à Paris en partageant leur quotidien pendant 15 ans, décrit de façon détaillée leur réalité. Il témoigne aussi d'une accumulation de difficultés qui s'enchaînent les unes aux autres et se potentialisent une fois réunies. Tous ces facteurs entraînent ce qui peut s'apparenter à un cercle vicieux dont il est extrêmement difficile d'en sortir.

Dans le domaine du soin, cette précarité du sans-abri que l'on peut qualifier de multifactorielle implique de devoir comprendre les différentes perceptions que l'on peut avoir face à ce genre de situation, et, en premier lieu, la représentation que le sans-abri peut avoir de lui-même.

3.2.2 La représentation de la personne par elle-même

Dans cette partie sur la représentation, il est important de s'intéresser d'abord à la façon dont les personnes sans-abri se perçoivent elles-mêmes. Avant même de s'intéresser au regard porté par les soignants, il est indispensable de comprendre la considération que ces personnes peuvent avoir pour elles-mêmes, leur corps et leur santé. La manière dont une personne se voit et se définit influence son rapport au soin, à la maladie et au personnel de santé.

La philosophe contemporaine Michaela Marzano propose des idées intéressantes dans son ouvrage *La philosophie du corps* publié en 2022. Elle explique que le corps ne doit pas être considéré uniquement comme un objet médical, mais comme un lieu d'expérience et d'identité. Le corps participe directement à la construction de soi et à la manière dont une personne se perçoit dans le monde.

Marzano explique que « *nous sommes exactement ce que nous sommes car nous sommes notre corps tout en l'ayant* » (p. 51). Cette idée montre que le corps n'est pas simplement un physique, mais qu'il fait partie de l'identité de la personne. La manière dont une personne vit son corps, le ressent et le regarde influence directement l'image qu'elle a d'elle-même. Cette réflexion est pertinente quand on parle de personnes qui vivent dans la rue, dont le corps est souvent exposé, fragilisé et parfois stigmatisé par le regard des autres.

Dans le cas des personnes sans-abri, le rapport au corps peut être modifié par leurs conditions de vie. La rue expose le corps au froid, à la fatigue, aux maladies, mais aussi au regard des autres. Michaela Marzano dit que « *dans un monde d'images, l'image du corps devient un simple reflet des attentes qui nous entourent avant même d'être l'image de soi* » (p.23). Selon elle, le regard social peut progressivement influencer la manière dont une personne se voit elle-même. Lorsqu'une personne est constamment perçue comme inférieure, sale ou différente, elle peut finir par intérioriser ce regard et se voir elle-même à travers ces images négatives.

Cette idée rejoint les observations de Patrick Declerck dans son livre *Les naufragés*, dans lequel il décrit la réalité des personnes vivant à la rue. À travers ses observations, il met en évidence une forme de « *désertification du sujet* » (p.306), c'est-à-dire une perte progressive du sentiment d'identité. Il écrit que « *dans les cas les plus graves, la désertification du sujet exilé au cœur de lui-même (...) s'accompagne souvent d'une chosification du corps* ». Le corps est donc perçu comme un objet détaché de soi, auquel la personne ne prête plus réellement attention.

Cette "chosification du corps" peut se traduire par une indifférence à la douleur ou à la maladie. Declerck explique que certaines personnes sans-abri peuvent ignorer des pathologies parfois très graves, non par manque d'intelligence ou de compréhension, mais parce que leur rapport au corps s'est modifié au fil des années de vie dans la rue. Dans leur situation, la survie prend souvent le dessus sur la préoccupation de la santé.

Cette réflexion permet de comprendre pourquoi certaines personnes sans-abri peuvent ne pas se préoccuper par leur état de santé, ou ne pas accorder la même importance au corps que les soignants. Cette hypothèse est également évoquée dans l'article de la sociologue Marie Loison-Leruste intitulé *Soigner les personnes sans-abri*, publié en 2020 dans la revue *Sociologie du travail*. L'autrice s'intéresse au rapport au soin des personnes sans-abri et montre que celles-ci développent souvent des représentations particulières de leur propre santé.

En s'appuyant sur les travaux de Loreline Coulomb et de Valérie Wolff, elle explique que les personnes sans-abri peuvent développer une forme de « *mise en scène de robustesse* ». Elles ont parfois tendance à minimiser la douleur ou les symptômes afin de montrer qu'elles sont capables de résister. Cette attitude peut être comprise comme une stratégie d'adaptation à la vie dans la rue, où montrer sa vulnérabilité peut être perçue comme un danger.

La demande de soin est alors souvent différente de celle observée chez d'autres patients. Marie Loison-Leruste dit par exemple que « *la plupart des sans-abris ne souhaitent pas une prise en charge globale de leur santé mais veulent une réponse aux symptômes qui les font souffrir dans l'immédiat* ». Cette observation montre que la perception du soin peut être très différente. Là où les professionnels de santé cherchent souvent à prévenir les complications ou à envisager la santé sur le long terme, certaines personnes vivant dans la rue peuvent être centrées sur l'urgence du moment présent.

Finalement le rapport au corps et à la santé des personnes sans-abri est influencé par leur parcours de vie et par les conditions de précarité dans lesquelles elles évoluent. Entre la mise à l'écart sociale, l'adaptation aux conditions de la rue et parfois la perte d'identité, la considération qu'elles portent à leur propre corps peut être très différente de celle attendue dans le système de soin. Comprendre cette représentation de soi que peut avoir le sans-abri est alors essentielle pour appréhender le soin et éviter certaines incompréhensions dans la relation avec les soignants que l'on abordera dans le prochain grand axe. Cependant il est aussi intéressant de comprendre comment les soignants peuvent percevoir la personne sans-abri.

3.2.3 La représentation qu'ont les soignants

Après avoir abordé la manière dont les personnes sans-abri peuvent se percevoir elles-mêmes, il est important de s'intéresser au regard que portent les soignants sur ces patients. En effet, la relation de soin ne dépend pas uniquement de la manière dont la personne se considère elle-même, mais aussi de la représentation que les professionnels de santé peuvent avoir d'elle.

Les soignants construisent leurs représentations à partir de leur expérience, de leur environnement social et des stéréotypes de la société. Michaela Marzano dit d'ailleurs que « *Dans un monde d'images, l'image du corps devient un simple reflet des attentes qui nous entourent avant même d'être l'image de soi* ». Cette idée peut également s'appliquer au regard que les soignants portent sur les personnes sans-abri. Avant même de rencontrer le patient, certains stéréotypes peuvent déjà exister.

Dans son article *Soigner les personnes sans-abri*, Marie Loison-Leruste explique que les personnes sans abri sont parfois vues dans les lieux de soin comme des « *mauvais patients* ». Cette expression laisse à penser que le sans-abri ne correspond pas au rôle du patient dans le système de santé. Ils peuvent parfois sembler peu investis dans leur suivi médical, manquer certains rendez-vous, ou ne pas respecter certaines recommandations.

Valérie Wolff, étudiée par Leruste, souligne d'ailleurs que ce genre de situation peut créer un décalage important entre les représentations des soignants et celles des personnes sans-abri. Elle explique que « *les soignants (...) qui définissent la santé comme un état complet de bien-être (...) risquent de se sentir déconcertés face à des patients pour qui le corps ne semble pas important* » p192. Ce décalage peut entraîner des incompréhensions dans la relation de soin. Les soignants peuvent avoir le sentiment que le patient ne prend pas sa santé au sérieux, tandis que la personne sans-abri peut se sentir jugée ou incomprise.

Ces différences de perception peuvent alors influencer la qualité de la relation soignant-soigné. Marie Loison-Leruste explique que les malentendus autour du corps et de la santé « *structurent et cristallisent la relation entre les soignants et les sans-abri* ». En fait, les représentations mutuelles peuvent impacter les difficultés de communication et créer une distance dans la relation.

Patrick Declerck aborde également cette question du regard social porté sur les personnes sans-abri. Il explique que leur apparence physique peut parfois provoquer chez les autres des réactions fortes, surtout en raison de la saleté, des odeurs ou de la dégradation corporelle liées à la vie dans la rue. Il écrit que « *À la souillure qu'ils mettent en scène, aux malaises olfactifs et visuels qu'ils induisent en nous, répond notre désir de rédempteur et de propreté* » p335. Cette phrase illustre le malaise que peuvent ressentir certaines personnes face à la grande précarité, ainsi que la tentation de vouloir “réparer” ou “sauver” ces individus.

Dans le domaine du soin, ce type de représentation peut parfois influencer inconsciemment la posture professionnelle. Le soignant peut ressentir de la compassion, de la gêne, de l'agacement ou encore un désir de “sauver” la personne. Declerck dit également que « *Tout comportement considéré comme déviant par rapport à la norme sociale porte en lui, peu ou prou, la représentation de sa propre faute* » p290. Pour lui, lorsqu'une personne ne correspond pas aux normes sociales attendues, elle peut être perçue comme responsable de sa situation.

Ces représentations peuvent alors influencer la relation de soin. Le patient peut se sentir jugé ou incompris, tandis que le soignant peut éprouver un sentiment d'impuissance ou de frustration face à une situation qui semble difficile à faire évoluer.

Marie Loison-Leruste explique que ces représentations peuvent aussi varier selon le contexte de travail des professionnels. Elle dit que « *ce n'est pas la même chose de travailler dans un hôpital ou dans une maraude* ». Pour elle, l'expérience professionnelle, la fréquence de contact avec les personnes sans-abri et le type de service dans lequel le soignant travaille peuvent influencer la façon dont ces patients sont perçus et accompagnés.

Finalement, les représentations qu'ont les soignants à l'égard des personnes sans-abri peuvent jouer un rôle important dans la relation de soin. Entre les attentes, les normes sociales et les expériences personnelles, ces représentations peuvent parfois créer des tensions avec les personnes soignées. Comprendre ces différences est donc essentiel pour mieux appréhender les difficultés relationnelles qui peuvent émerger dans la relation soignant-soigné auprès des sans-abris.

3.3 La relation soignant-soigné

De façon générale, la relation est définie selon le CNRTL comme étant un « *rapport, liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes.* »

Dans les structures de soin ce rapport/liaison concerne la plupart du temps deux entités, à savoir le soigné et le soignant.

« *Personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soin* ». C'est ce que dit Monique Formarier, infirmière et chercheuse française, reconnue pour ses travaux en sciences infirmières, notamment sur la relation de soin, la relation soignant-soigné et les concepts fondamentaux du soin dans son article *La relation de soin, concepts et finalités* publié en 2007 dans la revue "Recherche en soins infirmiers".

Formarier a étudié le concept général de la relation de soin. D'après ses travaux, la relation est selon elle un élément central dans la relation de soin mais surtout très influencée par les représentations. Les représentations sont influencées par la culture et les croyances ce qui la rend pour elle "asymétrique" : « *Un des objectifs des soignants dans la relation de soins devrait être de restaurer une relation symétrique et permettre au patient de retrouver une autonomie* ».

L'article *Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné*, écrit en 2006 par Huguette Boissonnat-Pelsy, médecin et Chantal Sibue-DeCaigny, sociologue, spécialisée dans l'analyse des situations de précarité. Toutes deux membres du réseau santé Wresinski ATD Quart Monde (mouvement international de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, qui agit avec les personnes en situation de grande précarité pour faire reconnaître leurs droits et leur dignité), leur travail de recherche est intéressant car il cherche à comprendre les différents points de vue dans la relation, d'abord côté patient, avec des avis de personnes en situation très précaire et les difficultés qu'elles rencontrent dans leur accès au soin, ce qui donne une place centrale aux personnes concernées.

Cet article est particulièrement intéressant pour aborder cette relation soignant-soigné car il souligne notamment que les difficultés d'accès au soin rencontrées ne portent pas uniquement sur la précarité qui engendre des obstacles financiers et administratifs mais surtout sur des problèmes relationnels avec une grande importance du regard porté sur la personne en grande

précarité comme développé plus tôt. Il explique notamment que cette relation nécessite une posture professionnelle palpable dont nous allons par la suite nous intéresser avec la distance et la posture.

Dans cette rencontre, il est donc essentiel de ne pas réduire la personne à sa situation, à sa maladie ou à son apparence. Comme le rappelle Patrick Declerck « *Sachons veiller sur ces splendeurs détruites que nous avons l'honneur de soigner* ».

Cependant, malgré l'importance de cette relation dans le soin, celle-ci peut parfois être influencée par différents facteurs qui viennent modifier la manière dont le soignant et le soigné entrent en interaction. La question de la distance dans la relation apparaît comme un aspect important à prendre en compte.

3.3.1 La distance

Selon le CNRTL, de façon générale la distance est définie comme « *Intervalle d'un lieu à un autre, d'un objet à un autre, d'une personne à une autre* »

Dans la relation de soin, la question de la distance occupe une place importante. En effet, la rencontre entre un soignant et le soigné ne se limite pas à un simple acte technique. Elle implique aussi une relation qui se construit au fur et à mesure des échanges, des représentations et des attentes de chacun. Comme le rappelle Monique Formarier, « *personne aujourd'hui ne peut contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soin* ». La relation est un élément central du soin, mais elle peut aussi être fragilisée par certaines distances, qu'elles soient sociales, culturelles ou symboliques.

Cette distance peut être vraiment marquée lorsque les patients se trouvent en situation de grande précarité. En effet, les personnes sans-abri ou vivant dans la pauvreté peuvent avoir des parcours de vie très éloignés de ceux des soignants, ce qui peut parfois rendre la relation plus difficile. Dans leur article consacré à l'accès aux soins des populations défavorisées, Huguette Boissonnat-Pelsy et Chantal Sibue-DeCaigny soulignent que « *le thème du regard qu'on porte sur l'autre sous-tend les cheminements qui mènent ou non à la réalisation de l'acte de soin* ». Le regard porté sur la personne, qu'il soit conscient ou non, peut donc influencer la relation et la manière dont le soin va se dérouler.

Certaines personnes en situation de pauvreté peuvent ressentir une forme de stigmatisation dans leur rapport au soin. Les autrices expliquent notamment que « *le préalable à tout acte de soin pour une personne en situation de pauvreté est d'accepter de ne pas être considérée forcément comme les autres malades* ». Cette vision peut renforcer un sentiment de distance entre le patient et le soignant, et parfois créer de la méfiance ou des comportements de défense. Ce qui peut être interprété par le soignant comme de l'agressivité ou du refus de soin peut en réalité refléter une forme de protection face à une situation vécue comme "excluante". Comme le disent les autrices, « *souvent l'agressivité est un signe de défense, à cause de la honte, et c'est la défense devant un système qui nous écrase* ».

Cette distance peut également être renforcée par les représentations que chacun exprime par rapport à l'autre. Selon Formarier, « *les représentations des individus jouent un rôle essentiel dans les relations de soins* ». Les soignants et les patients arrivent donc dans la relation avec leurs propres expériences, leurs croyances et leurs attentes. Dans le cas des personnes sans-abri, ces représentations peuvent être particulièrement marquées par les expériences de rejet ou de jugement qu'elles ont pu vivre auparavant.

Le travail de Marie Loison-Leruste montrent également que les personnes sans-abri développent des rapports au soin spécifiques, souvent centrés sur la gestion de la souffrance immédiate plutôt que sur une prise en charge globale de leur santé : « *la plupart des sans-abri ne souhaitent pas une prise en charge globale de leur santé mais veulent une réponse aux symptômes qui les font souffrir dans l'immédiat* ». Cette différence entre le patient et le soignant peut alors accentuer la distance dans la relation.

Dans son ouvrage *Les Naufragés*, Patrick Declerck décrit également comment certaines personnes vivant à la rue peuvent progressivement se détacher d'elles-mêmes et de leur corps. Il évoque une "chosification du corps" qui se manifeste par une indifférence à la douleur et par une tendance à ignorer certaines pathologies pourtant graves. Dans ce contexte, la rencontre avec le soignant peut être marquée par une incompréhension réciproque : le patient ne perçoit pas toujours l'urgence médicale de sa situation, tandis que le soignant peut avoir des difficultés à comprendre ce rapport particulier au corps et à la santé.

Finalement, la distance dans la relation de soin ne se limite pas à une simple séparation physique ou émotionnelle. Elle peut aussi être liée aux différences de parcours de vie, de représentations ou encore de rapport au corps et à la maladie. Comprendre ces distances est alors essentiel afin

de permettre une rencontre plus ajustée entre le soignant et la personne soignée et permettre au soignant d'adapter sa posture.

3.3.2 La posture

Face à ces différentes formes de distance, la posture adoptée par le soignant joue un rôle fondamental dans la construction de la relation de soin. Le CNRTL la définit comme étant une « *Attitude, position du corps, volontaire ou non, qui se remarque, soit par ce qu'elle a d'inhabituel, ou de peu naturel, de particulier à une personne ou à un groupe, soit par la volonté de l'exprimer avec insistance* ». En effet, la manière dont le professionnel se positionne face au patient peut favoriser ou au contraire freiner l'établissement d'un climat de confiance. Comme l'explique Monique Formarier, la relation de soin repose sur des interactions qui se construisent dans le temps et qui sont influencées par les attitudes et les représentations de chacun.

La posture du soignant implique tout d'abord une capacité d'écoute et de compréhension de la réalité vécue par la personne soignée. Dans leur article, Boissonnat-Pelsy et Sibue-DeCaigny soulignent l'importance de prendre en compte les difficultés concrètes rencontrées par les personnes en situation de précarité. Elles rappellent notamment que « *les autres n'imaginent pas quelle énergie il nous faut pour arriver jusqu'au soin* ». Cette citation met en évidence que l'accès au soin peut représenter un véritable effort pour certaines personnes, notamment lorsqu'elles vivent dans des conditions de grande précarité.

La posture soignante nécessite également une certaine capacité à remettre en question ses propres représentations. En effet, les autrices rappellent que « *les attentes des uns par rapport aux autres montrent que ces deux groupes vivent souvent avec des images et des représentations des uns sur les autres* ». Les soignants peuvent donc avoir certaines idées préconçues sur les patients sans-abri, tout comme eux-mêmes peuvent développer une méfiance envers les professionnels de santé. La posture du soignant consiste alors à prendre conscience de ces représentations afin d'éviter qu'elles influencent négativement la relation.

De plus, la relation de soin implique de trouver un équilibre entre la proximité et la distance. Comme le rappelle Formarier, la relation ne doit pas réduire l'infirmière à une simple confidente : « *la relation perd tout son sens si elle limite l'infirmière à une confidente, incapable*

de se situer dans la relation de soins et d'en maîtriser les finalités ». La posture professionnelle demande donc de maintenir un cadre qui permette à la fois l'écoute du patient et la pratique du soin.

Dans le contexte de la précarité, cette posture peut être d'autant plus importante que certaines personnes ont parfois perdu confiance dans les hôpitaux ou dans les professionnels. Les travaux de Marie Loison-Leruste montrent ainsi que les expériences de stigmatisation ou de jugement peuvent éloigner les personnes sans-abri du système de soin. Le soignant doit donc adopter une posture qui reconnaisse la personne dans sa singularité et dans son parcours.

Enfin, Patrick Declerck met en évidence que la rencontre avec les personnes vivant dans la rue peut parfois confronter les soignants à des situations difficiles. Il évoque notamment les réactions que peuvent susciter certaines situations de grande marginalité, comme « *la souillure qu'ils mettent en scène, aux malaises olfactifs et visuels qu'ils induisent en nous* ». Ces éléments peuvent provoquer chez le soignant des réactions émotionnelles fortes, qui nécessitent d'être reconnues et travaillées afin de maintenir une posture professionnelle adaptée.

Ainsi, la posture du soignant ne se limite pas à une simple attitude individuelle. Elle s'inscrit dans un état d'esprit large sur la relation de soin, les représentations et la compréhension des réalités vécues par les patients sans-abri. Dans le cadre de leur prise en charge, cette posture apparaît essentielle afin de favoriser une relation de confiance et de permettre l'accès au soin.

4 ENQUÊTE EXPLORATOIRE

À travers cette enquête exploratoire j'ai rencontré des professionnels de terrain, dans la finalité de confronter leurs témoignages aux informations récoltées dans mon cadre de référence. J'expliquerai dans un premier temps la méthodologie choisie pour mes entretiens en abordant la méthode clinique, l'outil, la population et les lieux d'enquête choisis. Dans un second temps je parlerai de la façon dont s'est déroulée la mise en place de mon enquête et ses limites. Enfin, j'exposerai les résultats de mes enquêtes en faisant une synthèse de chacun de mes entretiens.

4.1 Méthodologie de l'enquête

Pour présenter la façon dont j'ai procédé pour réaliser mon enquête je parlerai d'abord de la méthode utilisée, ensuite, j'aborderai la question de l'outil pour enfin parler de la population interrogée et des lieux d'enquête.

4.1.1 La méthode clinique

Pour des entretiens de recherche, la méthode clinique est celle qui m'a semblé la plus adaptée. Effectivement, elle laisse s'exprimer librement la personne interrogée et permet donc de comprendre plus explicitement son point de vue ainsi que ses expériences. Elle permet une approche plutôt qualitative que quantitative et dans une démarche où le choix du contexte de soin a été réfléchi, le fait d'avoir des réponses ouvertes était le meilleur moyen pour moi d'obtenir la singularité recherchée. De plus, cette approche laisse place à la spontanéité, le sujet de mon mémoire étant principalement basé sur les ressentis et la relation, cet échange a permis de comprendre chaque situation en profondeur.

4.1.2 L'outil : entretiens semi-directifs

Selon Clément Pin, sociologue et politiste au LIEPP (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques) « *L'entretien semi-directif consiste en une interaction verbale sollicitée par l'enquêteur/-trice auprès d'un-e enquêté-e, à partir d'une grille de questions utilisée de façon très souple. L'entretien vise à la fois à collecter des informations et à rendre compte de l'expérience de la personne et de sa vision du monde, dans une optique compréhensive.* ». En complément de la méthode clinique choisie, dans cette approche qualitative, l'entretien semi-directif était l'outil le plus adapté pour ma recherche afin de laisser un maximum de place à la parole des interrogés et leur permettre de s'exprimer sur un des sujets délicats tels que leurs ressentis de façon bienveillante.

4.1.3 Population et lieux d'enquête

La population ciblée était uniquement des infirmier(e)s diplômés d'état. Dans un contexte de mémoire de fin d'études de formation infirmière, interroger des infirmier(e)s dans leur pratique était ce qui selon moi allait se rapprocher le plus de ce à quoi je pourrai être confrontée en tant que future professionnelle. En ce qui concerne leurs lieux d'activité, j'ai souhaité varier les services afin de confronter les points de vue en fonction de la diversité des prises en charge. C'est pourquoi j'ai ciblé l'unité d'accueil des urgences qui est largement fréquentée par la population sans-abri dans un contexte parfois inadapté à leurs demandes, mais aussi la pneumologie, un service de médecine classique qui est exposé de manière occasionnelle à la population des sans-abris. Enfin j'ai voulu cibler l'équipe mobile de psychiatrie précarité et les lits d'accueil médicalisés qui sont des services médico-sociaux qui sont des services avec un personnel formé à la prise en charge de populations très précaires telles que les sans-abris. Du fait de ces horizons de prise en charge j'ai cherché à repérer si le contexte de soin influençait les représentations et les ressentis des soignants ainsi que leurs points de vue. J'ai choisi d'interroger deux professionnels par catégorie de service afin de chercher des différences ou similitudes de réponses en fonction du lieu d'activité.

4.2 Réalisation de l'enquête

Pour pouvoir aller interroger des professionnels sur le terrain j'ai été obligée de contacter les directions de soins afin de leur adresser ma demande ainsi que mon guide d'entretien où se trouvait toutes mes questions (annexe I). Environ une semaine après l'envoi par mail de mes demandes, j'ai reçu des réponses favorables de la part des directions que l'on peut retrouver en annexes II et III. Dans ces réponses, m'étaient adressées les coordonnées téléphoniques des personnes à contacter. Je me suis chargée de les contacter et j'ai pu obtenir, du fait de ces appels téléphoniques et courriels, des rendez-vous pour venir interroger tous ces professionnels.

J'ai fait mon premier entretien auprès d'une infirmière de l'équipe mobile psychiatrie précarité qui m'a reçue dans leurs bureaux. J'ai été accueillie très chaleureusement et nous avons pu profiter de cet endroit calme et agréable pour réaliser cet entretien.

Pour mes deuxième et troisièmes entretiens, j'avais eu au téléphone le cadre du service qui m'avait demandé de me présenter le jour J à l'accueil des urgences adultes. Je m'y suis alors rendue et ai été reçue par la secrétaire qui m'a tout de suite ouvert la porte du service. À l'intérieur, j'ai trouvé la salle de pause et ai demandé à du personnel de me conduire auprès des infirmiers que je devais interroger qui étaient en train de travailler. Etant donné leur charge de travail importante j'ai patienté quelques instants en salle des familles, le temps que la première infirmière puisse venir répondre à mes questions. Du fait de la tranquillité de la pièce nous avons pu réaliser l'entretien dans de très bonnes conditions, sans aucun dérangement. À la fin de ce second entretien elle est alors partie chercher le deuxième infirmier que je devais interroger et cet entretien s'est tout autant bien déroulé.

Pour mes quatrième et cinquièmes entretiens, je me suis rendue dans le service de pneumologie que je connaissais car j'ai effectué un stage de 8 semaines au semestre 5. Je me suis alors rendue dans le poste infirmier et y ai trouvé les deux infirmières que je devais interroger, qui m'attendaient. Nous avons réalisé les deux entretiens dans le poste infirmier. Ils se sont très bien déroulés malgré les passages du reste du personnel et les quelques coupures du fait de leurs responsabilités professionnelles.

Pour mon dernier entretien je me suis rendue dans le service des lits d'accueil médicalisé où j'ai été reçue par l'infirmière qui occupe le poste de faisant fonction de cadre. Nous avons alors

pu nous rendre dans son bureau, au calme, et nous avons réalisé notre entretien de façon très constructive.

Dans l'ensemble, je n'ai rencontré, par chance, aucun obstacle dans la mise en place ni le déroulement de mes entretiens car j'ai eu affaire à des professionnels très disponibles et investis dans la démarche proposée.

4.3 Résultats d'enquête

J'ai retranscrit à l'écrit mes entretiens réalisés à l'oral que l'on peut retrouver de l'annexe IV à l'annexe IX. Je ferai dans cette sous-partie, la synthèse de chacun de mes entretiens pour pouvoir ensuite passer à la partie où je pourrai les analyser.

4.3.1 Synthèse des entretiens

Entretien n°1 :

La première IDE a été surnommée “Stef”, c'est elle qui a eu l'idée pour ce surnom. Elle est infirmière à l'équipe mobile de psychiatrie précarité. Notre entretien a duré 40 minutes. Elle est diplômée depuis 2002 et a travaillé dans plusieurs services en restant principalement dans le domaine de la psychiatrie. Elle est sur l'équipe mobile depuis 3 ans, cela a été un choix pour elle car elle a souhaité changer de registre et se tourner vers un public avec lequel elle n'avait eu que rarement l'habitude de travailler. Elle explique qu'elle n'avait pas beaucoup de notions au niveau des addictions et qu'elle souhaitait se former à ce niveau-là. Elle développe beaucoup toute la difficulté à créer une alliance thérapeutique avec les personnes sans-abri qu'elle côtoie en raison du fait qu'ils ne sont pas hospitalisés et que leur travail repose principalement sur ce qu'elle appelle « *de l'aller vers* ». Elle se livre également sur une prise en charge qui l'a beaucoup marquée et dans laquelle elle confie s'être “trop investie”. Cet entretien a été très intéressant et constructif car nous avons pu largement développer cet aspect de juste distance qui est très difficile à percevoir dans sa pratique du fait de l'approche assez délicate qu'ils ont avec les patients.

Entretien n°2 :

La seconde IDE a été surnommée “Alice”, c’est aussi elle qui a eu l’idée de ce prénom. Alice est diplômée depuis 11 ans, elle a toujours travaillé aux urgences. C’était son souhait et elle n’a jamais quitté le service. Elle est restée pendant un certain temps sur un poste de nuit et depuis un peu plus d’un an elle est passée sur un poste de jour. Notre entretien a duré 20 minutes. Elle insiste sur le fait qu’aux urgences, la prise en charge des sans-abris est délicate car la plupart ne viennent pas forcément pour des causes somatiques. Il est difficile pour eux de gérer “l’urgence” et de trouver le temps de prendre en charge les demandes beaucoup plus axées sur le social que requièrent les sans-abris qui se présentent dans le service. Elle explique qu’elle et son équipe essaient de répondre à leurs besoins avec le temps et les moyens dont ils disposent mais elle explique que ce ne sont pas les conditions les plus optimales bien que ce ne soit “mieux que rien”. Elle insiste sur leur besoin de prioriser les situations urgentes et confie se retrouver en difficulté face aux patients sans-abri qui se présentent alcoolisés et qui peuvent parfois présenter des comportements agressifs ou violents.

Entretien n°3 :

Le troisième IDE a été surnommé “Thomas”. C’est moi qui ai choisi ce surnom pour lui car il n’avait pas de préférences. L’entretien a duré 15 minutes. Après une carrière de 10 ans en tant qu’aide-soignant il a souhaité retourner à l’école et devenir infirmier. Dès l’obtention du diplôme il a décroché un poste de faisant fonction IBODE (infirmier de bloc opératoire diplômé d’état) sur lequel il est resté 6 mois car cela ne lui convenait pas. Il a alors postulé aux urgences car il y avait déjà exercé en tant qu’aide-soignant. Thomas a pu développer durant l’entretien l’importance qu’il mettait à la relation avec le patient, sans-abri ou non, dans le temps imparti de prise en charge qui leur est accordé. Il explique, tout comme Alice, que l’accueil des sans-abris aux urgences n’est pas optimal de par leur manque de temps et de moyens mais qu’ils font tout leur possible afin de leur apporter un maximum de bien-être. Il dit essayer de se pencher un peu plus sur le côté psychologique et social que pour le reste des patients car il prend en compte toute la difficulté que peut englober une vie à la rue. Il parle lui aussi des difficultés de prise en charge liées à la violence de certains patients sans-abri lorsqu’ils sont sous emprise d’alcool ou de drogues.

Entretien n°4 :

La quatrième IDE est surnommée “Kelya”, c’est aussi moi qui ai trouvé ce surnom car elle n’avait pas de préférences. Elle est diplômée depuis 4 ans et a débuté en faisant des vacations dans différents services pour finir en pneumologie car elle était attirée par ce service. Pour elle, soigner c’est répondre à tous les besoins du patient, dans la mesure du possible. Elle explique ne pas faire la distinction entre un patient sans-abri et un patient lambda et que la prise en charge se déroulait selon elle de la même façon excepté le côté social en ce qui concerne la sortie du patient. Elle explique qu’en pneumologie, l’assistante sociale joue un rôle important au niveau des sorties et que c’est elle qui s’occupe de l’aspect social à la sortie des patients sans-abri. Elle insiste sur l’importance de se présenter dans la création du lien avec les patients et elle essaie d’agir avec ses patients de la même manière dont elle aimerait que l’on s’occupe d’elle.

Entretien n°5 :

La cinquième IDE, je l’ai surnommée “Sara”. Elle a travaillé pendant 5 ans en tant qu’aide-soignante et est diplômée en tant qu’infirmière depuis environ 8 mois. Travailler en pneumologie était l’un de ses vœux à son retour de l’école et dit qu’elle s’y plaît complètement. Pour elle, soigner c’est avant tout écouter et faire confiance aux patients. Elle explique que la plupart ont un certain nombre de pathologies et un passif avec les hôpitaux et les écouter et leur faire confiance sur la gestion de leur pathologie tout en les accompagnant est le meilleur moyen de créer une bonne relation soignant-soignée. Au niveau de la prise en charge des sans-abris elle explique aussi traiter tous les patients de la même manière. Les difficultés qu’elle rencontre sont plutôt sur l’aspect émotionnel car ce sont des personnes avec une histoire de vie touchante. Elle se confie sur une expérience en tant qu’aide-soignante où tout son service s’était mobilisé pour récolter des fonds et offrir une semaine d’hôtel ainsi que des affaires à un de leur patient sans-abri après sa sortie. Elle insiste sur l’importance de l’écoute active auprès des patients pour une qualité de prise en charge optimale. Comme pour Kelya, la prise en charge du sans-abri en pneumologie ne diffère pas du patient lambda, mis à part la question sociale au niveau de la sortie du patient.

Entretien n°6 :

La sixième et dernière infirmière que j'ai interrogée a été surnommée "Rachel". Elle est infirmière diplômée depuis 2019 mais surtout faisant fonction cadre sur les LAM (lits d'accueil médicalisés), les LHSS (lits halte soins santé) ainsi que sur les deux équipes mobiles EMPP et LHSS depuis environ 5 ans. Durant sa formation elle a découvert cet attrait pour le médico-social malgré son appréhension initiale et explique que la précarité est aujourd'hui un domaine qui lui plaît beaucoup. Elle explique que sa vision du soin est bien au-delà de l'acte technique. Pour le public dont ils s'occupent, le soin passe d'abord par un accompagnement, une présence, des échanges. Viennent ensuite les soins techniques si nécessaire et si les patients l'acceptent. Pour elle, la prise en charge du sans-abri est bien différente de celle du patient lambda car ses besoins sont totalement différents. Elle nous confie deux prises en charge marquantes, en expliquant toute la difficulté rencontrée sur l'acceptation du soin auprès des patients sans-abri et l'importance de prendre le temps nécessaire et surtout garder en tête que leur réalité n'est pas celle que nous avons nous les soignants. L'importance de la temporalité adaptée au parcours de vie du patient est nécessaire dans leur type de prise en charge et c'est là toute la difficulté de leur exercice.

5 ANALYSE

5.1 Analyse des données recueillies

Pour analyser thématiquement les différentes réponses que j'ai pu obtenir lors de mes entretiens j'ai réalisé plusieurs tableaux que l'on peut retrouver en annexe X. À partir de ceux-ci je vais pouvoir créer une analyse en partant des thèmes que j'ai pu développer dans mon cadre de référence.

Présentation du personnel interrogé :

Dans l'optique de comprendre quelle place pouvait occuper le sans-abri dans le soin en général j'ai voulu cibler des IDE provenant de milieux très différents, plus ou moins expérimentés, afin d'avoir le panel le plus large possible au niveau des profils soignants. Cette diversité me permettra d'analyser également comment le contexte d'exercice et l'expérience influencent les représentations et les pratiques des soignants.

En ce qui concerne le parcours professionnel et les intérêts pour les services nous pouvons observer que Stef présente une grande expérience avec un diplôme obtenu en 2002. Vient ensuite Alice qui présente une vraie stabilité professionnelle avec une expérience unique de 11 ans aux urgences. Pour Thomas et Sara on peut observer un parcours évolutif avec une expérience antérieure en tant qu'aide-soignant et un parcours infirmier assez récent. En ce qui concerne Kelya, elle présente un parcours professionnel récent avec une fraîche expérience infirmière que l'on peut expliquer par son jeune âge. Enfin, Rachel, en tant que cadre, ayant uniquement exercé depuis 7 ans dans le milieu médico-social, apporte une vision différente, très centrée sur l'accompagnement social.

Leurs attraits pour les services se différencient en deux grandes motivations. Pour Stef et Rachel on constate que c'est l'attrait pour le public précaire. Stef parle de sa volonté de se former à

l'addictologie, tandis que Rachel nous parle de l'évolution de ses représentations durant sa formation, en partant d'une appréhension, à un vrai intérêt pour ce public. Pour elles, c'est plutôt l'expertise relationnelle auprès d'un public atypique qui est recherchée. Pour le reste des professionnels, c'est plutôt le côté pratique et organisation du service qui ont influencé leurs choix. Alice explique qu'elle cherchait l'absence de redondance, Kelya souhaitait découvrir la pneumologie et Sara explique qu'elle était intéressée par un poste de jour. Pour eux, l'intérêt dans la prise en charge du sans-abri était secondaire.

On se rend compte que la rencontre des IDE avec le public des sans-abris provient soit d'une démarche volontaire comme pour Stef et Rachel soit d'une raison secondaire au terrain dans lequel ils travaillent. On peut alors suggérer que cette différence de choix peut influencer la manière dont les soignant se positionnent professionnellement face à ce public. Le lieu d'exercice semble donc déjà orienter une première représentation du soin et de la relation, avant même l'expérience concrète auprès de cette population.

Le regard du sans-abri a changé pour certains avec l'expérience. Rachel est celle qui en parle le plus avec une vision qui débute avec des stéréotypes et de la peur, vers une vraie compréhension de la précarité. On le constate également chez Stef et Thomas, un peu plus subtilement, car ils semblent avoir adapté leurs postures au fil des années de pratique. On se rend compte qu'il y a eu chez eux une réflexion pour aller au-delà des stéréotypes du sans-abri comme quand Stef dit « on fait de l'aller vers » (L 31) et quand Thomas dit « essayer de construire quelque chose avec les patients qui ont une détresse autre que somatique » (L 135).

On peut suggérer que cette évolution est une forme de prise de conscience professionnelle, grâce à une expérience qui a permis une prise de recul et une meilleure compréhension du sans-abri afin de dépasser les représentations sociales et vraiment mieux comprendre ce qu'était la précarité et la réalité des sans-abri. Les entretiens semblent montrer que l'expérience professionnelle favorise progressivement le passage d'une perception parfois émotionnelle à une posture plus réflexive qui permet une analyse plus profonde des situations rencontrées.

Cette diversité d'ancienneté, d'expérience et de fonction, ont permis d'exposer plusieurs représentations du soin

Le Soin : le care, le cure et le caring

Pour tous les professionnels on comprend bien que le soin dépasse pour eux l'acte technique (le cure). Thomas le verbalise en parlant de « globalité » (L 15). Sara est plus centrée sur l'autonomie, le contexte de vie et les antécédents. Alice parle de la prise en charge sociale et de la famille. Quel que soit le service, on constate que pour les soignants, le soin est une prise en charge large de tous les besoins. Les différentes idées montrent qu'aujourd'hui, les soins infirmiers ne consistent plus seulement à traiter un problème médical, mais à accompagner la personne dans toutes les dimensions de sa santé.

Aux urgences, Pour Alice et Thomas on remarque une place importante pour le cure. Alice parle de la douleur et des soins immédiats et Thomas dit qu'il faut « bien gérer le côté somatique en premier » (L 42). Leurs discours restent cohérents au service dans lequel ils exercent. Cette priorité donnée au cure ne semble quand même pas être un choix "idéologique" pour eux mais plutôt une contrainte liée au fonctionnement des urgences. On constate bien chez eux une tension entre leur idéal soignant d'une prise en charge globale de chaque patient et les exigences de rapidité et d'efficacité du service. Le service dans lequel ils exercent semble donc fortement influencer leur représentation du soin. Les urgences orientent vers une logique de réponse immédiate, alors que les structures médico-sociales permettent une temporalité relationnelle longue.

Dans les structures médico-sociales, on remarque pour Stef et Rachel un exercice beaucoup plus axé sur le care et le caring. Stef parle « d'aller vers » (L 31), « accompagnement serré » (L 102) et de « prévention » (L 231). Rachel élargit encore plus le soin en parlant de « une partie de Scrabble, une sortie, un accompagnement chez le coiffeur » (L 31) qui sont pour elle des soins. Elle met le point d'honneur sur la présence qui est thérapeutique. Le soin relationnel est pour elles, un véritable thérapeutique, il ne complète pas les soins techniques car il est le soin en lui-même, mis au centre de la prise en charge.

Pour tous, l'écoute est une valeur très importante dans le soin. Sara le verbalise sous forme « d'écoute active » (L 72), Kelya insiste sur la disponibilité, Thomas parle de « mots adaptés » (L 22) et Rachel parle de la temporalité adaptée à chaque patient. On remarque que beaucoup partagent des valeurs communes du soin mais pratiquées de façon différentes selon le contexte,

mais en ce qui concerne le cas du sans-abri on remarque un peu plus de divergences. Ces différences montrent que le contexte est un facteur déterminant dans la pratique infirmière et la façon de donner du sens aux soins. Il apparaît donc que la représentation du soin ne dépend pas uniquement des valeurs personnelles du soignant, mais aussi du cadre dans lequel elles peuvent s'exprimer ou non.

Être sans abri : la précarité, la représentation de la personne par elle-même et la représentation qu'ont les soignants :

Pour Stef, Alice et Kelya, on remarque que la définition de précarité repose principalement sur une privation de matériel et de certains besoins fondamentaux. Elles parlent d'absence de logement, de manque d'hygiène et de ressources et d'absence de soutien. Ces visions sont assez objectives mais elles s'arrêtent à la précarité des besoins visibles et immédiats que l'on peut remarquer via le soin.

Rachel le définit avec une approche presque psychopathologique en parlant de « traumatismes, de carences affectives, de rejet, d'auto-exclusion et une incapacité de projection » (L 33). Stef rejoint aussi un petit peu cette approche lorsqu'elle parle de l'exclusion du sans-abri. Cette vision est plus approfondie et témoigne d'une vraie compréhension de la précarité du sans-abri car elle inclut les facteurs psychiques, sociaux et existentiels.

On remarque pour Thomas et Sara une remise en question des représentations du sans-abri. Sara parle d'une personne qui a, avant tout, une histoire et qui possédait justement l'abri avant de ne plus l'avoir et Thomas parle du risque de négligence à cause de la stigmatisation et explique qu'il ne faut surtout pas rentrer là-dedans. Cette vigilance autour de l'éthique rejoint peut-être le fait de leur jeune expérience infirmière et le recul qu'ils doivent avoir sur certaines situations du fait qu'ils n'ont quitté l'école qu'il y a peu de temps. Cette formation récente qui a dû les sensibiliser à la bientraitance et la lutte contre les discriminations doit très sûrement participer à leur posture critique face aux stéréotypes aux préjugés et à la catégorisation. Leur positionnement semble également traduire une vigilance professionnelle encore très marquée par les apports théoriques de la formation initiale. La remise en question qu'il y a pu y avoir entre leur expérience antérieure en tant qu'aides-soignants et leur formation en tant qu'IDE a peut-être accentué cette vigilance chez eux.

En ce qui concerne la situation du sans-abri, Thomas et Rachel expliquent que pour certains la rue est choisie et même préférée à un logement. Sara les rejoint un peu quand elle parle du fait que certains préfèrent retourner à la rue car ils ont des animaux de compagnie ainsi que des habitudes.

Alice, Stef et Sara insistent sur les contraintes des sans-abris comme le manque de solutions, l'insécurité dans les hébergements et l'isolement social.

Dans ces deux discours on se rend compte que les soignants mettent en avant les facteurs personnels et sociaux qui justifient la situation des sans-abris.

Cette opposition dans l'interprétation quant à la situation de sans-abri montre que certains soignants ont une vision plutôt centrée sur une autodétermination du sans-abri, alors que d'autres insistent sur les facteurs sociaux. Ces visions invitent à se demander de quelle manière les soignants ajustent leurs attentes en fonction du patient. Elle montre aussi que la manière de comprendre la situation du patient peut directement influencer la posture du soignant : Une vision centrée sur les contraintes sociales entraîne une logique de soutien alors qu'une vision centrée sur le choix pousse vers le respect de leur libre arbitre.

Reste à savoir comment cette situation impacte la relation soignant-soignée.

La relation soignant-soignée : la distance et la posture

Pour Kelya, Rachel et Stef la confiance nécessite du temps et se construit progressivement. Kelya explique une construction « jour après jour » (L 57), Rachel dit même que cela peut prendre « un an et demi » (L 128) et Stef insiste sur le fait de « laisser du temps » (L 144). Pour elles, la temporalité est un facteur très important dans la construction de la relation soignant-soignée.

Cela montre que la relation avec la personne sans-abri ne peut pas avoir de résultat immédiat. Elle nécessite une temporalité souvent incompatible avec les logiques de l'hôpital qui imposent l'efficacité rapide. Cette contradiction entre le temps nécessaire à la relation et les contraintes institutionnelles semble être une difficulté centrale dans la prise en soin de cette population.

En ce qui concerne la distance professionnelle, Stef et Alice montrent qu'elles restent vigilantes. Stef parle de ses limites et dit qu'elle a tendance à parfois trop s'investir personnellement. Alice montre aussi ce besoin de poser des limites en utilisant une métaphore « on donne la main puis on nous demande le bras » (L 127).

Leurs discours montrent qu'elles ont une conscience du risque de surinvestissement, particulièrement présente lorsque la vulnérabilité du patient impacte fortement l'empathie du soignant.

En ce qui concerne Kelya elle a une vision plus authentique de la relation et dit qu'elle agit comme elle aimerait qu'on agisse avec elle. Cette posture montre une vision centrée sur la réciprocité humaine, souvent présente chez les professionnels en début de carrière avant une possible régulation de leur distance thérapeutique. Cela montre une posture encore très spontanée, qui pourra évoluer avec l'expérience vers une relation toujours humaine mais plus structurée par des repères professionnels.

Thomas parle de l'importance de poser un cadre, en expliquant, en demandant le consentement et en évitant l'intrusion. Rachel semble partager cette idée mais de façon plus individualisée en fonction du patient. Ces deux approches montrent que la juste distance ne correspond pas à une posture fixe mais à un ajustement constant entre la proximité relationnelle et le maintien du cadre professionnel.

En ce qui concerne l'émotionnel, tous les soignants admettent être touchés par les situations qu'ils peuvent rencontrer mais l'intensité varie en fonction des professionnels. Sara exprime que cet impact est très fort pour elle et qu'elle est très touchée par la situation des sans-abris. Stef parle de l'attachement important qu'elle a pu porter à un patient avec qui elle avait créé un lien très fort et Rachel parle de l'impuissance professionnelle que les soignants peuvent ressentir et qu'il faut travailler avec soi-même. Pour Alice et Thomas, ils semblent être un peu plus dans l'autoprotection et garder une certaine distance face aux émotions qui peuvent les traverser. Ils restent très factuels et c'est peut-être leur façon de se protéger face à la complexité que peut entraîner un poste d'IDE aux urgences. Cette différence peut être interprétée comme des mécanismes d'adaptation dans la gestion de l'implication émotionnelle dans la prise en charge. Certains l'utilisent comme un outil dans la relation, tandis que d'autres préfèrent le mettre à distance pour se protéger et éviter l'épuisement professionnel. Ces différentes

stratégies semblent se construire au fil de l'expérience et participent à la construction de l'identité professionnelle de chaque soignant.

Finalement, tous ont une vision très humaine du sans-abri et le voient dans sa globalité, bien au-delà de ses symptômes. Leur activité est mitigée entre leur idéal soignant mais aussi la réalité du terrain. On le remarque particulièrement chez Alice et Rachel qui parlent de manque de temps, d'impuissance et des limites du système. Le souci des soignants entre leurs valeurs et les contraintes professionnelles est ce qui ressort le plus dans cette analyse. On comprend bien que la prise en soin des sans-abris confronte les soignants à une remise en question de leur rôle. L'analyse met ainsi en évidence que la prise en soin des personnes sans-abri ne dépend pas uniquement des compétences techniques infirmières, mais mobilise aussi une forte capacité d'adaptation relationnelle, liée à l'expérience, au service d'exercice et à la construction progressive de l'identité professionnelle.

On se rend compte que l'expérience impacte la représentation du soin. Stef et Rachel, les plus expérimentées dans le domaine, ont une analyse très avancée de la population sans-abri tandis que les plus jeunes comme Sara et Kelya restent centrées sur l'émotion et l'empathie face aux patients sans-abri. Les entretiens semblent montrer que l'expérience professionnelle favorise une évolution de la posture soignante, en passant d'une implication émotionnelle immédiate à une posture réflexive, qui permet une meilleure mise à distance et une meilleure compréhension des enjeux sociaux et relationnels.

Les entretiens laissent penser que l'identité professionnelle évolue tout au long de l'expérience. La première phase est plutôt marquée par un fort engagement professionnel, puis, au fil des années on remarque une posture avec une réflexion profonde sur les facteurs relationnels et sociaux qui montrent une compréhension plus établie de la personne sans-abri.

Tous ces résultats montrent que prendre soin d'une personne sans-abri ne consiste pas juste à répondre à un besoin somatique immédiat mais demande un accompagnement long, avec comme qualités premières l'adaptation, la patience, l'acceptation de l'incertitude et le respect du rythme de chaque personne. Ils montrent également que cette prise en soin vient interroger profondément la pratique infirmière, en rappelant que soigner ne consiste pas toujours à guérir,

mais parfois simplement à accompagner, être présent et respecter le cheminement propre de la personne.

5.2 Analyse croisée du cadre de référence et des données recueillies

L'analyse des entretiens croisée avec le cadre de référence permet de mettre en évidence plusieurs liens entre les apports théoriques et les réalités observées sur le terrain. Elle montre que les concepts développés dans la littérature se retrouvent dans les discours des professionnels interrogés, même si leur mise en œuvre reste influencée par le service d'exercice, l'expérience professionnelle et les représentations propres à chaque soignant.

Le soin

Dans un premier temps, les entretiens viennent confirmer la conception globale du soin développée dans le cadre de référence.

Comme le rappelle Virginia Henderson, « *les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (...) qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir* ».

Cette définition met en avant une prise en soin centrée sur la personne dans sa globalité, et pas uniquement sur sa pathologie. Cette approche se retrouve directement dans les propos recueillis. Thomas explique qu'il est nécessaire de prendre le patient dans sa « globalité » (L 19), tandis que Sara insiste sur « l'autonomie, le contexte de vie et les antécédents » (L 17). Rachel illustre encore plus cette vision lorsqu'elle dit qu'« une partie de Scrabble, une sortie, un accompagnement chez le coiffeur » (L 44) peuvent être considérés comme du soin. Ces propos font directement écho aux quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson. En effet, les soignants parlent de l'accompagnement dans les gestes du quotidien, le maintien du lien social ou la prise en compte du contexte de vie. Ils rejoignent plusieurs besoins identifiés par Henderson, comme communiquer, se recréer, agir selon ses valeurs et apprendre.

Ce lien peut aussi être rapproché de la pyramide de Maslow. Les situations de précarité décrites dans les entretiens montrent souvent une atteinte des besoins physiologiques et de sécurité.

L'absence de logement, les difficultés d'hygiène, l'alimentation irrégulière ou l'exposition au danger montrent un manque de ces besoins fondamentaux. Quand les soignants décrivent la précarité comme une accumulation de manques, cela rejoint directement ce que Maslow développe sur l'impossibilité d'accéder à des besoins supérieurs quand les besoins primaires ne sont pas assurés. Cette réalité rejoint aussi Henderson, puisque l'absence de satisfaction de besoins essentiels comme dormir, être propre, éviter les dangers ou boire et manger rend nécessaire l'intervention des soignants.

Les entretiens confirment également les distinctions développées par Jean-Manuel Morvillers autour du care, du cure et du caring. Morvillers explique que le cure correspond à la dimension technique du soin, le care à « *une dimension du soin qui renvoie aux émotions* » et à l'attention portée à l'autre, alors que le caring est plutôt leur mise en pratique dans la relation. Cette organisation apparaît clairement dans les entretiens. Chez Thomas et Alice, qui travaillent aux urgences, le cure occupe une place importante. Thomas explique qu'il faut « bien gérer le côté somatique en premier » (L 24). Cette phrase illustre parfaitement la priorité donnée à la prise en charge technique dans un contexte aigu. Cela rejoint ce que Morvillers explique lorsqu'il montre que certains contextes favorisent une prédominance du cure.

À l'inverse, les propos de Rachel et Stef illustrent davantage le care et le caring. Quand Stef évoque le fait de « faire de l'aller vers » (L 54), elle montre concrètement cette présence active décrite par Morvillers. De la même manière, lorsque Rachel considère qu'être présent auprès d'un patient constitue déjà un soin, cela rejoint l'idée que le caring donne une dimension thérapeutique à la relation. Cette articulation entre technique et relation rejoint aussi Walter Hesbeen quand il distingue « *le soin* » de « *les soins* ». Hesbeen rappelle que réaliser des actes techniques ne signifie pas forcément « *prendre soin* ». Cette idée trouve un écho fort dans les entretiens, même lorsque les professionnels réalisent des soins techniques, ils insistent sur la nécessité d'y intégrer une dimension relationnelle. Thomas parle par exemple de la nécessité « d'expliquer » et « de demander le consentement » (L 100). Cela montre que l'acte technique n'est pas pensé isolé mais fait partie de la relation.

Les entretiens montrent cependant une tension entre cet idéal théorique et la réalité du terrain. Les contraintes organisationnelles, notamment aux urgences, limitent parfois la possibilité d'articuler pleinement care, cure et caring. Cela confirme ce que Morvillers souligne lorsqu'il explique que l'équilibre entre ces dimensions peut être fragilisé par l'organisation du travail.

Être sans-abri

Les entretiens rejoignent ensuite largement les apports théoriques concernant la complexité de ce que signifie être sans-abri. Comme le montre Thibault Besozzi, la population sans-abri ne constitue pas un groupe homogène et les soignants interrogés confirment cette diversité. Sara rappelle qu'avant d'être sans-abri, il s'agit « d'une personne qui a une histoire » (L 26). Cette phrase fait directement écho à l'idée développée par Besozzi selon laquelle il existe de multiples parcours et de réalités derrière cette appellation "sans-abri".

Les discours des soignants confirment également la définition de la précarité proposée par Joseph Wresinski. Pour lui, la précarité correspond à « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités* ». Cette absence se retrouve dans les situations décrites par les professionnels : rupture de logement, isolement, difficultés d'accès aux soins, addictions, insécurité quotidienne. Les entretiens montrent bien que la précarité ne se résume pas à une difficulté financière, elle touche plusieurs dimensions de l'existence. Ce constat rejoint directement les théories de Henderson et Maslow. L'absence de logement ou de stabilité compromet non seulement les besoins physiologiques, mais aussi les besoins de sécurité, d'appartenance et même d'estime. Les soignants décrivent donc des personnes dont plusieurs niveaux de besoins sont atteints en même temps.

Le cadre de référence évoque aussi le rapport particulier au corps décrit par Patrick Declerck. Il parle d'une « *chosification du corps* » et cette idée trouve un écho dans les entretiens. Lorsque Thomas ou Rachel expliquent que certains patients préfèrent retourner à la rue malgré des propositions de prise en charge « c'était vraiment son souhait, c'était de retourner vivre à la rue » (L 97), ou lorsque Sara évoque des personnes préférant « rester avec leurs animaux » (L35), cela montre que les priorités des sans-abris ne correspondent pas toujours à celles du système de soin. Ces observations rejoignent également Marie Loison-Leruste lorsqu'elle écrit que « *la plupart des sans-abris ne souhaitent pas une prise en charge globale de leur santé mais veulent une réponse aux symptômes qui les font souffrir dans l'immédiat* ». Les soignants décrivent très bien ce décalage. Cela peut être mis en lien avec les travaux de Michaela Marzano sur le corps comme une construction identitaire. Lorsqu'elle écrit que « *nous sommes exactement ce que nous sommes car nous sommes notre corps tout en l'ayant* », elle montre

que le rapport au corps structure l'identité. Pourtant les parcours de rue décrits dans les entretiens semblent parfois altérer ce rapport. Les professionnels observent des comportements de négligence ou de détachement qui peuvent être compris par cette réflexion théorique. Cela permet de dépasser une lecture uniquement médicale ou morale de certaines attitudes.

La relation soignant-soigné

Enfin, les entretiens confirment largement les apports théoriques concernant la relation soignant-soigné. Monique Formarier rappelle que « *les représentations des individus jouent un rôle essentiel dans les relations de soins* ». Les entretiens illustrent directement cette idée. Rachel explique qu'au début elle avait « des appréhensions » (L 12), cette phrase montre l'existence de représentations initiales. Elle explique ensuite que son expérience a transformé son regard, cela confirme l'idée de Formarier selon laquelle les représentations ne sont pas figées. Stef illustre également cette évolution avec son passage vers « l'aller vers » (L 54). Cette posture traduit une transformation du regard porté sur le patient.

Les entretiens rejoignent aussi les analyses de Marie Loison-Leruste sur les décalages de perception entre soignants et personnes sans-abri. Thomas évoque le « risque de négligence à cause de la stigmatisation » (L 171). Cette phrase fait directement écho aux travaux montrant que certaines personnes sans-abri sont perçues comme des « *mauvais patients* ». Elle montre une conscience professionnelle des dangers liés aux représentations négatives.

Les propos recueillis rejoignent également Boissonnat-Pelsy et Sibue-DeCaigny lorsqu'elles écrivent que « *le préalable à tout acte de soin pour une personne en situation de pauvreté est d'accepter de ne pas être considérée forcément comme les autres malades* ». Les soignants interrogés montrent une volonté claire d'éviter cette différenciation stigmatisante.

La question de la distance apparaît aussi fortement. Formarier rappelle que la relation doit tendre vers une symétrie et les entretiens montrent cette recherche d'ajustement. Alice explique « qu'on donne la main puis on nous demande le bras » (L 127). Cette métaphore illustre la difficulté à trouver une juste distance. Elle rejoint directement Formarier lorsqu'elle explique que « *la relation perd tout son sens si elle limite l'infirmière à une confidente* ». Stef exprime la même tension lorsqu'elle reconnaît parfois « trop s'investir » (L 135). À l'inverse, Thomas

insiste plus sur la nécessité d'un cadre. Ces différentes postures montrent que la juste distance est un équilibre constamment à reconstruire.

La temporalité relationnelle ressort également fortement. Kelya parle d'une relation construite « jour après jour » (L56), Stef insiste sur le fait de « laisser du temps » (L 144), Rachel explique que cela peut prendre « un an et demi » (L 128). Ces propos illustrent concrètement ce que Formarier développe sur la construction progressive de la relation. Ils montrent aussi les limites des logiques institutionnelles, souvent peu compatibles avec ce temps relationnel.

Enfin, les entretiens mettent en évidence l'importance de l'expérience professionnelle. Les professionnels expérimentés développent des analyses plus centrées sur la compréhension globale des situations, cela rejoint l'idée d'un travail réflexif permanent sous-entendu chez Formarier et Hesbeen. Rachel parle par exemple de l'impuissance qu'il faut « travailler avec soi-même » (L 101), cette phrase montre une réelle remise en question professionnelle.

Cette analyse croisée montre donc que les entretiens viennent largement confirmer les concepts développés dans le cadre de référence. Ils illustrent que la prise en soin des personnes sans-abri mobilise pleinement les dimensions du care, du cure et du caring, interroge les représentations du soignant et nécessite une posture professionnelle capable de s'adapter à des réalités souvent complexes.

Finalement, les entretiens donnent une explication concrète aux apports théoriques. Ils montrent que prendre soin d'une personne sans-abri demande bien plus qu'une compétence technique. Cela demande, comme le montrent Henderson, Morvillers, Hesbeen ou encore Formarier, une capacité à reconnaître la personne dans sa singularité, à comprendre son parcours, à remettre en question ses représentations et à construire une relation suffisamment ajustée pour permettre une vraie rencontre soignante.

6 DE LA PROBLEMATIQUE A LA QUESTION DE RECHERCHE

Au regard des résultats obtenus lors des entretiens et de leur mise en lien avec le cadre de référence, il apparaît que les représentations que les soignants ont des personnes sans-abri influencent bien la relation soignant-soigné et la manière dont les soins sont pensés et réalisés.

Les entretiens ont montré que ces représentations ne sont pas figées et qu'elles évoluent souvent avec l'expérience professionnelle, la fréquence des rencontres avec ce public et la réflexion personnelle du soignant sur sa pratique. Plusieurs professionnels interrogés démontrent d'ailleurs qu'ils avaient, au début, certaines appréhensions ou une vision parfois incomplète de ces patients, avant que leur expérience de terrain ne vienne modifier leur regard. L'analyse met également en évidence que ce ne sont pas uniquement les représentations qui influencent la qualité du soin, mais surtout la manière dont le soignant vient à les questionner et à ajuster sa posture professionnelle. En effet, les résultats montrent que la prise en soin des personnes sans-abri demande une adaptation particulière. Elle nécessite de trouver un équilibre entre accompagnement et cadre, entre proximité relationnelle et juste distance, entre soin technique et présence humaine. Les différents entretiens montrent aussi que les difficultés rencontrées par les soignants ne viennent pas seulement de la précarité mais aussi souvent du décalage entre les logiques soignantes et les réalités de ces patients. Le besoin du retour à la rue, le refus de certaines prises en charge, ou encore le rapport particulier au corps et à la santé viennent parfois bousculer les repères habituels du soin infirmier.

À partir de ces constats, j'ai pu formuler une hypothèse de recherche :

La qualité de la relation soignant-soigné avec les personnes sans-abri dépend plus de la capacité du soignant à remettre en question sa vision initiale et à adapter sa posture en fonction des besoins du patient plutôt qu'à la représentation en elle-même.

Cette hypothèse amène alors à élargir la réflexion. Au fil de cette recherche, j'ai compris que la question ne se limite pas uniquement à comprendre l'impact des représentations sur le soin mais qu'elle se pose plus largement sur la capacité que les soignants peuvent avoir à ajuster

leur position face à un public vulnérable et donc souvent très différent de ceux que l'on rencontre habituellement. Cela ouvre ainsi sur une nouvelle question de recherche :

Dans quelle mesure l'adaptation de la posture soignante permet-elle de favoriser une relation de confiance et une prise en soin adaptée auprès des personnes sans-abri ?

Cette nouvelle question permettrait de mieux approfondir la réflexion sur les capacités que les soignants peuvent développer et invite à s'intéresser à autre que le regard porté sur les patients sans-abri. Elle s'intéresserait aux pratiques et aux ajustements professionnels ainsi qu'aux ressources nécessaires pour construire une bonne alliance thérapeutique face à des situations qui peuvent s'avérer compliquées.

Finalement, ce travail m'a permis de comprendre que, face aux personnes sans-abri, la question n'est peut-être pas seulement de savoir comment les représentations impactent le soin mais surtout comment entrer en relation pour permettre au soin de prendre du sens.

7 CONCLUSION

Ce travail de recherche touche à sa fin. Il m'a permis de répondre progressivement à mon questionnement de départ et surtout de faire évoluer ma réflexion sur la prise en soin des personnes sans-abri. À travers les apports théoriques et les entretiens réalisés auprès des infirmiers interrogés, j'ai pu mieux comprendre à quel point les représentations occupent une place importante dans la relation de soin et peuvent directement influencer la manière dont le soin est pensé, vécu et mis en place. L'analyse de la littérature m'a permis de comprendre que la prise en soin des personnes sans-abri ne peut pas se limiter à une approche centrée uniquement sur la maladie. Les travaux de Virginia Henderson, Walter Hesbeen ou encore Jean-Manuel Morvillers montrent bien que soigner ne consiste pas uniquement à réaliser des actes techniques, mais imposent une vision globale de la personne, prenant en compte ses besoins fondamentaux, son vécu, son histoire et sa singularité. Les notions de care, cure et caring ont particulièrement éclairé ma réflexion en montrant que le soin infirmier repose sur un équilibre entre technicité, attention portée à l'autre et qualité relationnelle.

Les apports de Patrick Declerck, Marie Loison-Leruste, Michaela Marzano ou encore Joseph Wresinski m'ont également permis de mieux comprendre la complexité de la réalité vécue par les personnes sans-abri. Derrière une situation de précarité visible se cachent souvent des parcours de vie marqués par des ruptures, des exclusions, des souffrances parfois anciennes, qui influencent profondément le rapport au corps, à la santé et au soin.

Les entretiens réalisés sont venus confirmer une grande partie de ces apports théoriques. Ils montrent que les soignants ont globalement conscience de la nécessité d'une prise en soin adaptée, fondée sur l'écoute, le respect et l'absence de jugement. Tous reconnaissent que la relation occupe une place essentielle auprès de ce public. Cependant, ils mettent aussi en évidence que cette posture soignante peut être mise à l'épreuve par les contraintes en service, le manque de temps, les représentations initiales ou encore le sentiment d'impuissance parfois ressenti face à certaines situations.

Cette recherche m'a surtout permis de comprendre que les représentations ne sont pas figées. Elles évoluent avec l'expérience, la rencontre et la réflexion professionnelle. Les entretiens

montrent que plus les soignants sont confrontés à ce public, plus leur regard tend à s'affiner, à dépasser les apparences et à intégrer la complexité des situations rencontrées. Ainsi, on comprend que les représentations des personnes sans-abri influencent effectivement les soins et la relation soignant-soigné. Lorsqu'elles sont marquées par des stéréotypes ou des incompréhensions, elles peuvent créer une distance, limiter la qualité de la relation et parfois freiner l'accès au soin. À l'inverse, lorsqu'elles sont interrogées et déconstruites, elles permettent une posture plus ajustée, plus humaine et plus adaptée aux besoins réels de la personne. Au-delà de la réponse apportée à ma question de recherche, ce travail m'a aussi permis de faire évoluer ma propre posture. Il m'a amenée à prendre du recul sur mes ressentis, mes attentes et parfois mon envie de vouloir "sauver" certaines personnes. J'ai compris que prendre soin ne signifie pas forcément guérir, ni changer la trajectoire de vie de l'autre à tout prix. Parfois, prendre soin consiste simplement à être présent, à reconnaître la personne dans sa dignité, à l'accompagner là où elle en est, même lorsque les moyens d'évolution sont limités.

Cette initiation à la recherche m'a donc permis de renforcer ma réflexion professionnelle et de confirmer l'importance d'adopter une pratique infirmière profondément humaine. Elle me rappelle que derrière chaque situation de précarité se trouve avant tout une personne, avec son histoire, ses choix, ses blessures et ses ressources. Finalement, ce travail me conforte dans l'idée que le soin infirmier prend tout son sens lorsqu'il arrive à dépasser les apparences pour aller à la rencontre de l'autre, dans ce qu'il est, sans jugement, avec humilité et humanité.

8 BIBLIOGRAPHIE

Coulomb, L. (2018). *Le soin des personnes sans domicile : Entre malentendus et négociations*. Presses universitaires de Rennes.

Declerck, P. (2001). *Les naufragés : Avec les clochards de Paris*. Plon.

Hesbeen, W. (2024). *Soin et soins*. Dans *Initiation à la discipline infirmière* (chap. 2). Elsevier Masson.

Marzano, M. (2022). *La philosophie du corps*. Presses universitaires de France.

Besozzi, T. (2021). La structuration sociale du monde des sans-abri. *Sociologie*, 12(3), 247-266.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42

Loison-Leruste, M. (2020). Soigner les personnes sans abri. *Sociologie du travail*, 62(3).

Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 123, 58-66.

Centre national de ressources textuelles et lexicales. (s.d.). *Précarité*. Consulté le 6 mars 2026 à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/précarité>

Centre national de ressources textuelles et lexicales. (s.d.). *Relation*. Consulté le 26 février 2026 à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/relation>

Centre national de ressources textuelles et lexicales. (s.d.). *Sans-abri*. Consulté le 26 février 2026 à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/sans-abri>

Centre national des ressources textuelles et lexicales. (s.d.). *Soin*. Consulté le 20 février 2026 à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>

GRIEPS. (s.d.). *Le concept de care : les soins liés aux fonctions de la vie*. Consulté le 22 février 2026 à l'adresse <https://www.grieeps.fr/actualites/le-concept-de-care-les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie/>

Guerry, B. (2023, 8 août). *Soins infirmiers – Virginia Henderson et sa conception de la profession*. Infirmiers.com. Consulté le 20 février 2026 à l'adresse <https://www.infirmiers.com>

Pin, C. (2023). *L'entretien semi-directif (LIEPP Fiche méthodologique n°3)*. Consulté le 3 mars 2026 à l'adresse <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897v1/document>

The Decision Lab. (s.d.). *La pyramide de Maslow*. Consulté le 20 février 2026 à l'adresse <https://thedecisionlab.com/fr/reference-guide/psychology/maslows-pyramid>

Wresinski, J. (2007). *Grande pauvreté et précarité : la définition Wresinski*. Centre Joseph Wresinski. Consulté le 6 mars 2026 à l'adresse <https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite141/>

9 ANNEXES

9.1 Annexe I : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Questions d'ouverture : Pouvez-vous vous présenter en retraçant votre parcours professionnel? Qu'est-ce qui vous a conduit dans ce service ?

Thème :	Les questions qui en découlent :
Le soin (le care, le cure, le caring)	Que représente le mot soigner pour vous ? Comment le mettez-vous en pratique au quotidien ? (Un exemple et pourquoi celui-ci en particulier)
Être sans-abri (la précarité, la représentation de la personne sans-abri par les soignants)	Qu'est-ce que vous évoque "être sans-abri" ? Racontez-moi une situation où vous avez pris en soin une personne sans abri. (Les difficultés et pourquoi cet exemple en particulier) Diriez-vous que cette prise en charge était différente de celle d'une personne lambda?
La relation soignant-soigné (la distance, la posture)	Dans votre pratique, quelle est l'importance de la relation de soin ? Comment la construisez-vous avec le patient en général ? (un exemple) Diriez-vous qu'elle se construit différemment avec un patient sans-abri? (un exemple)

Question de fin : De quoi auriez-vous besoin pour pouvoir optimiser la prise en charge d'une personne sans abri ?

9.2 Annexe II : Autorisation d'entretien au CHA



Direction des Soins
Tél : [REDACTED]

Madame LABOURIAUX Elsa

Affaire suivie par :
[REDACTED]
Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Avignon, le 29 mars 2026

OBJET : travail de fin d'études
N/Réf. : VB/NC/26

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.

Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame [REDACTED] ou M. [REDACTED], Cadres de Santé du service des Urgences Adultes au [REDACTED] ou [REDACTED].
- Madame [REDACTED], Cadre de Santé du service de Pneumologie au [REDACTED].

Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

[REDACTED]
La Cadre Supérieur de Santé chargée de
missions à la Direction des Soins

ch-avignon.fr

CENTRE HOSPITALIER AVIGNON

305, rue Raoul Follereau • 84902 Avignon Cedex 9 • Téléphone 04 32 75 33 33

9.3 Annexe III : Autorisation d'entretien au CHM

Bonjour,

Vous pouvez contacter Monsieur [REDACTED], cadre supérieur de santé au [REDACTED] 04 32 34 33

Cordialement,



[REDACTED]

Gestionnaire des stages

Direction des soins

[REDACTED]

[REDACTED]

Avenue de la Pinède – CS 20107

84918 AVIGNON CEDEX 9

www.ch-montfavet.fr

[Facebook](#) | [Instagram](#) | [LinkedIn](#)

[REDACTED]

9.4 Annexe IV : Entretien N°1 : “Stef” de l’équipe mobile de psychiatrie précarité

1 Moi: Peux-tu te présenter en retraçant ton parcours professionnel et ce qui t'a conduit à
2 travailler dans le service ?

3 Stef : Ah d'accord. Alors moi je suis diplômée de 2002, j'ai débuté ma carrière en tant
4 qu'infirmière libérale pour une mutuelle dans la région de l'Aveyron. Ensuite, je suis partie en
5 psychiatrie, en pédopsychiatrie accueil crise. Après j'ai changé de région, je suis venue ici, j'ai
6 été embauchée en 2004, sur l'hôpital de M*****. Ma mutation, elle a été faite en 2004 sur
7 la maison d'accueil spécialisée. J'ai changé, je suis restée, je crois un an et demi et je suis partie
8 après en gérontopsy pendant un an et après j'ai travaillé à l'unité des malades difficiles pendant
9 quasiment sept années. Ensuite, je suis partie en hôpital de jour ergothérapie. Alors au niveau
10 du temps, de la temporalité, je sais pas trop, mais ça fait à peu près ça. Donc après l'hôpital de
11 jour, j'y ai travaillé à peu près quatre ans. Après je suis partie sur le CMP de C***** où j'ai
12 passé bien trois ans. Je suis partie après, j'ai demandé une mutation en pédopsychiatrie, je
13 travaillais sur l'unité E***** qui prend en charge les enfants adolescents en pédiatrie en crise
14 et sur l'unité de pédiatrie et après je faisais les orientations, et depuis 2024, non 2023, parce
15 que ça va faire trois ans que je suis sur ce poste donc j'ai postulé sur l'E.M P P. (équipe mobile
16 de psychiatrie précarité). Alors ce qui m'a intéressé, c'était plus le public qui m'était totalement
17 inconnu. Et en fait ce qui m'intéressait, c'était donc le public et en plus l'addiction. Je n'avais
18 aucune notion à ce niveau-là, mais je voulais me former et donc c'est pour ça que j'ai choisi
19 cette unité pour enrichir un petit peu mes connaissances professionnelles, parce que voilà
20 j'avais aucune notion et je me suis dit bah ça va me changer de mon confort professionnel aussi.
21 Parce que bon on nous sollicite un petit peu à la rue, et puis avec des gens précaires qui ne sont
22 pas trop dans le soin. Peu ou pas dans le soin, donc je me suis dit “aller tu te lances, ça va te
23 changer” voilà alors tout en sachant que moi je reste très peu de temps sur les unités, j'aime
24 bien le changement.

25 Moi : Oui ça se voit, vu ton parcours ! Mais ouais non c'est vrai que ça change vachement de
26 ce que t'as eu l'habitude de faire.

27 Stef: Bon avec des craintes... Alors les craintes c'est plus les parasites en fait j'avais peur des
28 punaises de lit, des trucs...Voilà quoi, la gale...

29 Moi: Oui parce que du coup comme c'est vous qui allez à leur contact et c'est pas eux qui
30 viennent dans les structures c'est vrai que...

31 Stef: Oui, on fait de “l'aller vers”, voilà. Et puis on a pas les murs quoi, les murs c'est assez
32 contenant et c'est rassurant même pour nous en tant que soignants. Et là on est à la rue même

33 si on travaille avec des partenaires, c'est voilà, ce sont des gens quand même imprévisibles qui
34 sont plus ou moins sous l'emprise de toxiques ou d'alcool et ils sont imprévisibles quoi.

35 Moi: Bon du coup on va passer un peu sur la thématique du soin. Donc que représente le mot
36 soigner pour toi ?

37 Stef : Alors accompagner, orienter les personnes vers le soin vers guérir leur maladie ou
38 stabiliser la maladie de la personne.

39 Moi : Et du coup comment tu le mets en pratique au quotidien ? Je ne sais pas si tu as un
40 exemple.

41 Stef : Alors au quotidien, déjà j'accueille les gens. J'essaie de voir s'ils sont acteurs ou pas du
42 soin et alors là il y a deux situations : s'ils sont acteurs l'orientation peut se faire et voir
43 l'accompagnement avec. S'ils ne sont pas acteurs, je travaille sur l'adhésion au soin, donc voilà
44 ça peut prendre beaucoup de temps. Peu ou très très longtemps à ce qu'ils me disent "OK
45 j'accepte que tu m'accompagnes sur un CMP, qu'on voit un centre d'addicto" voilà. Donc là au
46 niveau de mon poste, c'est ça mon travail et ce que je fais et comment je le fais en fait.

47 Moi : Vous essayez un peu peut-être de vous projeter sur est-ce que lui il va il va finir par
48 adhérer et on va pouvoir construire quelque chose avec lui ou est-ce que il faut que je laisse
49 tomber ?

50 Stef : Ouais alors après voilà le souci c'est qu'au niveau de la temporalité, on ne peut pas, on
51 ne peut pas se dire bon ben allez tu vas y arriver en tant de temps. La temporalité, je pense
52 qu'elle n'existe pas sur notre unité, on ne peut pas travailler comme ça. Mais il y a que ouais
53 l'adhésion aux soins, il y a que ça. Si eux ils ne sont pas acteurs on n'y arrivera pas de toute
54 façon. C'est voué à un échec. A travers tout ce que j'ai pu faire comme accompagnement, c'est
55 ça.

56 Moi : Bon du coup au niveau du sans-abri, qu'est-ce que c'est pour toi, qu'est-ce que ça veut
57 dire pour toi être sans-abri ?

58 Stef : Alors sans abri ça signifie déjà de ne pas avoir un toit, de ne pas forcément s'alimenter
59 correctement à sa faim et ne pas pouvoir se prodiguer des soins d'hygiène, que ce soit corporel,
60 vestimentaire, voilà.

61 En fait, c'est presque les fondamentaux que nous on connaît, eux, ils les ont plus ou ils ne
62 peuvent pas les avoir, enfin je dirais ça à peu près.

63 Moi : Est-ce que tu peux me raconter une situation où tu as pris en soin une personne sans abri
64 et en parlant un peu peut-être des difficultés que tu as eues.

65 Alors tu inclus une personne atteinte de troubles psy ? Je peux aborder ça ou...

66 Moi : Oui oui tu peux, mais après enfin pas forcément...Une situation qui t'a peut-être marquée
67 à la limite.

68 Stef : Oui j'en ai une, c'est pour ça que je te demande...En fait c'est un monsieur qui a tout mis
69 en échec, on va dire il est passé sur différents dispositifs. CHRS. Bon il s'alcoolise
70 massivement, il y a un suivi psy Il a un NAP à faire. Donc là on arrive à le contenir au niveau
71 du soin, sauf que il côtoie d'autres accueillis du CHRS. Donc les consos d'alcool sont massives.
72 Il y a aussi les prises de toxiques, donc il commence à consommer de la cocaïne et du cannabis.
73 La cocaïne qui fait flamber les hallucinations, les délires, délires de persécution tout ça. Donc
74 il met à mal le dispositif, il est exclu du dispositif, il se retrouve un laps de temps à la rue. Le
75 docteur, moi, me demande de toujours l'accompagner parce que il y avait une bonne alliance
76 tous les deux. Il m'entendait donc il m'a dit, "Tu le suis. Il a besoin de soins psy donc il faut
77 pas le lâcher". Ce monsieur arrive à refaire le 115 et à arriver sur le CHRS de la Croix-Rouge.
78 Où là pareil, il est très influençable, donc il met en difficulté le collectif aussi. Donc il se
79 retrouve à nouveau à la rue. Avec la mandataire de monsieur, on travaille sur nouveau un plan
80 B qui était le camping. Parce que plus personne ne le voulait, il était exclu. Donc on devait
81 monter un projet d'un logement plus stable et plus contenant. Il faut savoir aussi que ce
82 monsieur, c'est un point assez important aussi dans son parcours, il était suivi par un SPIP.
83 Donc voilà donc il fallait que je fasse aussi les accompagnements à ce niveau-là. Et au final le
84 seul truc qu'on trouve, le camping, ça ne fonctionnait pas parce que déjà il avait claqué toute
85 sa thune que la mandataire avait donné donc on pouvait plus payer le camping. Il n'avait pas
86 de papier sur lui donc le camping ne voulait pas prendre ce monsieur en charge et on a trouvé
87 un endroit, c'est un hôtel social sur C*****. Où il y a qu'une chambre en fait c'est comme
88 un hôtel avec un lit, un lavabo, mais c'est très très précaire, très vétuste franchement ça donne
89 pas envie donc là j'ai continué à le suivre, orientation, CMP sur C*****. Mais là pareil, il
90 côtoie des gens non fréquentables, on va dire, et puis la consommation de toxiques prend le
91 dessus là. Donc c'est, c'est là qu'a commencé les problèmes. Il a commencé à délirer. Il y a eu
92 recrudescence des troubles et ce monsieur, arrive un moment où il est passé à l'acte, et en fait
93 il s'est fait, il s'est fait, il s'est fait arrêter par la police et mis en garde à vue et il est reparti en

94 prison. Voilà donc je ne sais pas si je réponds clairement à ta question, parce que en fait je me
 95 suis dit, je crois que je me suis emmêlé les pinceaux sur la question initiale.

96 Moi : Ah non non, au contraire non non c'est vachement pertinent, et du coup j'allais rebondir
 97 en te demandant qu'est-ce qui fait ça t'a marqué en particulier cette prise en charge ?

98 Stef : En fait en fait ce monsieur avait très peu de liens avec les autres, avec les personnels
 99 soignants avec les partenaires sociaux. Il voulait parler à personne après, il avait peu de contacts
 100 avec sa famille qui est de la région. Et qui le mettait aussi à mal, parce que sa mère elle était
 101 malade, elle avait un cancer. Donc il avait vraiment besoin de maternage et d'un
 102 accompagnement serré, alors quand il allait pas bien, régulièrement, il m'a appelé. Alors j'essaie
 103 de faire le maximum, mais bon après moi arrivé un moment où je peux pas dépasser non plus
 104 mes limites, et puis voilà il faut savoir que je suis soignante, je reste soignante aussi quoi. Et
 105 en fait oui on va dire que c'était presque mon chouchou, voilà il était très reconnaissant de tout
 106 ce que j'ai pu faire, mettre en place pour lui. Et puis je pense que lorsqu'il était en crise, il
 107 arrivait à m'entendre et j'arrivais à le raisonner lorsque je lui disais "Ecoutes, là tu es en retard
 108 sur ton injection, il faut que tu ailles faire ton injection, je viens te chercher, tu m'attends, on y
 109 va, tu te sentiras mieux" et puis après bah voilà au niveau des consommations pareil, il a fini
 110 par consommer du crack. Donc déjà que la cocaïne lui faisait flamber les symptômes, le crack
 111 ça n'a pas arrangé : Délire de persécution, et puis commencer à voilà, à mettre à mal aussi le
 112 collectif sur les accueils de jour à C***** donc, et puis il s'était acheté une arme voilà moi
 113 je lui avais dit non. Il m'avait dit, je te la donne mais qu'est-ce que tu veux que j'en fasse moi.
 114 Et en fait je lui ai rendu parce que moi j'ai dit à ma cheffe "Qu'est-ce que j'en fais-je vais pas
 115 garder ce machin quoi". Et un jour il m'a dit, "tu l'as toujours", j'ai fait "oui oui oui", il me dit
 116 "tu peux me la rendre parce que je l'ai payée avec mon argent", je l'ai dit au docteur et à ma
 117 cadre. Moi je lui ai filé quoi, je me voyais pas me trimballer avec ce truc...

118 Moi : Oui ça dépasse clairement les limites.

119 Stef : Alors à la fois il sentait qu'il allait faire une connerie avec donc il a bien voulu faire, mais
 120 moi avec ce truc je ne savais pas quoi en faire. Et je me suis dit, "Mais qu'est-ce que j'en fais"
 121 quoi et puis bon ma cheffe m'a dit "Mais de toute façon c'est à lui ça lui appartient, il te l'a
 122 donné certes, mais il faut que tu le restitues" quoi.

123 Après j'avais tellement envie que ça se passe bien parce que en fait il a aussi un parcours
 124 judiciaire. Il a un parcours psy, ça fait des années en fait il met tout à mal, il a eu un parcours
 125 ESAT au niveau du travail. Et on a envie de l'aider, mais voilà s'il ne consommait pas, je pense

126 que ça pourrait tenir. La conso le met à mal parce qu'avec le traitement, franchement il est
 127 stable, mais c'est clair que je ne te cache pas, c'était un petit peu mon chouchou, après c'est vrai
 128 qu'il faut rester soignante, mais voilà il y a des situations qui nous dépassent...

129 Après pareil dans le logement, on est allé acheter des trucs ensemble. La mandataire me disait
 130 "si vous pouvez avancer..." Alors parfois il me disait "ouais j'ai plus de chaussettes, tu ne peux
 131 pas me les acheter puis après tu te fais rembourser". Alors la mandataire était super sympa quoi
 132 donc il savait vers qui aller quoi. Voilà voilà.

133 Moi : Du coup dirais-tu que cette prise en charge est différente de celle d'une personne lambda
 134 ?

135 Stef : Je pense que oui ouais. En plus, je trouve que, enfin moi en tant que soignante, je pense
 136 que sur les prises en charge je m'investis trop sur les projets : projets de soins, projet de vie, j'ai
 137 tellement envie d'arriver à faire bien que des fois je suis fort déçue, parce que en fait la personne
 138 que j'accompagne n'a pas forcément cette envie que moi j'ai.

139 Moi : Ouais tu as peut-être des fois plus la détermination pour les gens qu'eux.

140 Stef : Ouais donc des fois je me dis attention positionne-toi en tant que soignante. Et ne fais
 141 pas ce qu'eux, ils ne veulent pas en fait. Enfin ils ne me le verbalisent pas, ils me disent "oui
 142 oui" mais en fait à travers mes propositions c'est moi qui choisis.

143 Moi : Oui qu'ils ne disent pas oui pour te faire plaisir.

144 Stef : Voilà et parfois je pense que j'en fais trop, il faut que je laisse le temps. Le temps de
 145 réflexion. Quand ça fait quelques années qu'ils ont fait différentes structures d'accueil, qu'ils
 146 ont connu la rue, qu'ils sont pas dans cette projection d'avoir un toit en fait aussi alors que moi
 147 j'ai envie de ça.

148 Moi : Du coup au niveau de la relation soignant soigné dans ta pratique, quelle est l'importance
 149 de la relation de soin et par exemple, comment tu la construis cette relation avec le patient.

150 Stef : Je pense que c'est avec le temps, déjà il faut, il faut que la personne en face ait confiance.
 151 Qu'elle ait confiance en toi et qu'elle puisse se livrer et puisse monter des projets avec toi, je
 152 pense qu'il puisse adhérer à ce que tu lui proposes, et c'est vrai que là moi je dirais que ouais il
 153 faut laisser le temps et qu'il y ait cette relation de confiance, et puis après voilà tu mets en place
 154 les choses.

155 Moi il y a des gens, là, ça fait deux ans que je connais cette personne. Tout juste à l'heure
156 actuelle, là il est OK pour aller voir les structures. Alors pareil, j'ai bien vu qu'au tout début, il
157 n'adhérait pas à tout ce qu'on pouvait aborder avec les travailleurs sociaux et tout. Ce monsieur,
158 il vit dans un garage depuis des années en fait. Et là à l'heure actuelle il est favorable pour aller
159 visiter une pension de famille et en fait il prend conscience qu'avec l'âge parce qu'il n'est pas
160 tout jeune, il a 72 ans, je crois. Donc avec l'âge, les hivers sont de plus en plus rudes et lui en
161 vieillissant, c'est de plus en plus difficile. Il n'a pas de chauffage dans le garage, il n'y a rien du
162 tout. Donc je croise les doigts, mais voilà là ça fait deux ans quoi.

163 Moi : Ouais c'est pas mal de temps, en effet.

164 Stef : Et c'est vrai que c'est chronophage en fait, ça te prend beaucoup de temps et d'énergie ces
165 accompagnements là, ce que je n'ai jamais connu avant quoi sur les autres unités, voilà. Tu
166 travaillais ça ça ça, l'objectif tu savais à peu près quand est-ce que tu pourrais atteindre ton
167 objectif là ici. La temporalité tu ne peux pas la travailler en fait moi je me rends compte que
168 c'est impossible. Je le vois juste au CHRS moi j'ai au CHRS franchement on a travaillé des fois
169 ça à peine un mois et 15 jours qu'ils sont là et ils ont décompensés, ils ont mis un mal le collectif
170 donc c'est dehors. Mais après tu les retrouves plus quoi.

171 Moi : Ou peut être quelques temps après ?

172 Stef : Ouais des fois ouais. Des fois on en entend parler, on se dit j'avais commencé à travailler
173 ça ça ça et comme on est...Je ne sais pas si tu connais le dispositif de l'EMPP en fait on est
174 chacune sur des partenaires différents et il y en a certaines des fois quand on fait les réunions
175 cliniques elles disent "j'ai vu monsieur machin" et tu réponds "Ah je connais ça fait six mois
176 qu'il est parti qu'il a été exclu et tout on avait travaillé ça" donc on essaie de remettre un petit
177 peu le projet dans la boucle de la prise en charge.

178 Moi : Du coup pour toi en quoi une relation soignant-soignée avec une personne sans abri
179 diffère de celle que tu peux créer avec un patient par exemple dans des soins à l'hôpital un
180 patient entre guillemets qu'on dit "lambda".

181 Stef : Moi je pense que je ne vois pas trop de différence, la seule différence en fait je vais te
182 dire. Quand tu fais de "l'aller vers", tu vas sur leur trottoir en fait ce n'est pas eux qui viennent
183 au CMP qui poussent la porte en te disant j'ai besoin de soins. En fait c'est nous qui allons vers
184 eux et en fait le petit bout de trottoir qu'ils vont avoir et bah là tu te dis bah je rentre chez eux
185 quoi donc je pense qu'il y a que ça qui peut différencier, mais pour moi la prise en charge elle

186 est identique, à part comme je te disais la temporalité, mais pour moi il y a aucune différence
187 en fait. Si, après, ce qui est marrant, c'est le tutoiement et ça pour moi j'ai encore du mal ça va
188 faire trois ans que je suis sur cette équipe là et j'ai beaucoup de mal à les tutoyer en fait. Alors
189 je ne sais pas si c'est du fait que moi ça fait des années que je suis en psychiatrie, je n'ai jamais
190 tutoyé les patients que j'ai accompagnés ou pris en charge donc le vouvoiement, même au début
191 quand je travaillais en pédopsychiatrie, je vouvoyais les enfants et on m'avait dit, "il faut que tu fasses
192 un effort, arrête de les vouvoyer". Et là bah voilà des fois il me faut un laps temps pour pouvoir
193 tutoyer les personnes.

194 Moi : Peut-être que tu vois ça aussi comme de la proximité en fait, c'est ce que c'est le
195 tutoiement, ouais je comprends, j'ai un peu le même problème aussi entre guillemets avec le
196 tutoiement. Je comprends aussi parce que tutoyer quelqu'un, c'est accepter de dire "ben voilà
197 on est deux personnes relativement proches" entre guillemets et en fait c'est dur parce qu'on on
198 a l'impression de casser la posture professionnelle.

199 Stef : C'est ce que j'allais te dire. En fait moi ce que, enfin dans le vouvoiement, je me dis bon
200 je suis soignante, je le respecte, alors c'est pas un manque de respect non plus le tutoiement
201 mais voilà je me dis s'il se passe quelque chose, je lui dirais : "Attendez là, je vous arrête vous
202 dépassez les limites quoi"

203 Moi : oui c'est plus difficile de recadrer quelqu'un quand tu le tutoies, c'est vrai.

204 Stef : Et je vois juste sur certaines structures comme le CHRS, il y a des jeunes des fois voilà
205 ils me disent "attends de toute façon t'es pas ma mère" et je réponds "mais je ne compte pas
206 être votre mère". Et je lui dis, d'où la posture du vouvoiement, "je ne peux pas vous tutoyer
207 quoi j'ai beaucoup de mal, il me faut plus de temps pour pouvoir vous tutoyer". Après c'est vrai
208 qu'il y a des personnes qu'on rencontre depuis longtemps, et arrive un moment où le tutoiement
209 après il s'installe tout seul, on se sent un petit peu plus à l'aise.

210 Moi : C'est vrai que c'est à double tranchant ce tutoiement parce que ça installe une proximité
211 qui fait qu'on arrive plus facilement à construire des choses avec le patient, mais quand ça ne
212 va pas, peut-être que le patient peut se permettre plus de choses du fait de la proximité du
213 tutoiement et tout ça.

214 Stef : Et puis bon surtout que voilà moi je garde dans la tête quand je fais des maraudes que je
215 remplace ma collègue, je me dis, il n'y a rien au contenant là, on est dans la rue tu es seule enfin
216 on ne fait pas les maraudes seules mais avec des partenaires. Mais s'il se passe un truc, on est

217 vraiment toute seule quoi. Gérer la crise, les imprévus quoi donc voilà, moi je garde souvent le
 218 vouvoiment.

219 Moi : C'est une forme de protection en fait ?

220 Stef : Ouais, je pense. Après, on n'a pas la blouse non plus.

221 Moi : Ah, je pensais que vous faisiez les maraudes avec simplement la blouse par-dessus.

222 Stef : En fait dans la rue, on est comme des gens lambda donc des fois les gens ils savent pas
 223 ce qu'on fait.

224 Moi : Oui c'est sur que les gens doivent se dire "mais qu'est-ce qu'elle fait elle vient s'asseoir
 225 à côté"

226 Stef : Oui, mais ouais c'est clair que, je reviens ta question, pour moi, il n'y a pas du tout de
 227 différence.

228 Moi : Ouais peut-être juste le fait que là c'est plutôt...Tu as l'impression que c'est plutôt vous
 229 qui allez vers eux, que dans les soins généraux, on a plus l'impression que ce sont les patients
 230 qui viennent demander de l'aide et qui, entre guillemets, ils aiment ça quoi.

231 Stef : Bah ouais et puis bon on travaille aussi plus la prévention, prévention des risques que le
 232 soin, en fait on fait beaucoup de prévention. Là il y a eu beaucoup de cas de gale. On leur a dit
 233 "attention à la proximité, il y a beaucoup de cas, évitez de vous serrer les mains". En maraude
 234 on ne serrait plus les mains quoi et on leur disait "attention dans les squats c'est pareil évitez
 235 de dormir côte à côte, évitez de vous échanger les vêtements".

236 Moi : Et du coup j'ai une question de fin, de quoi tu penses que vous auriez besoin pour pouvoir
 237 optimiser la prise en charge de toutes ces personnes sans abri ?

238 Stef : Je pense peut-être un bureau qui serait centralisé, qui se situerait plus au sein de la ville
 239 que sur l'hôpital de M***** en fait c'est vachement excentré. Parce que ne serait-ce que
 240 pour leur dire venez dans le bureau, on va vous faire les soins, on fait des soins somatiques, on
 241 enlève les points. Voilà, on nettoie des plaies... donc il nous manquerait peut-être ça, et puis
 242 après ce qui nous manque, c'est un médecin somatique en fait. Et puis sur le Mediccobus aussi
 243 on fait des permanences avec le bus, mais il n'y a pas de docteur quoi.

244 Moi : Ouais des fois ça dépasse peut-être vos compétences entre guillemets peut-être qu'il y a
245 des problèmes qu'ils peuvent rencontrer qui font que vous vous dites "mais faudrait qu'il
246 consulte un médecin".

247 Stef : C'est ça. En fait on est limité dans les tâches et dans l'orientation parce que certes ils
248 viennent au Medicobus, on les ausculte, on leur dit bah là il vous faudra un traitement quoi ne
249 serait-ce que de l'hypertension. Oui mais nous on ne peut pas faire de prescription donc voilà
250 c'est vrai que je pense que des locaux bien situé en centre-ville pour faire un accueil, et puis
251 pouvoir aussi maintenir les suivis parce que les gens de la rue qui viennent au sein des accueils
252 de jour, le souci, c'est qu'on va les voir un vendredi admettons, on leur dit revenez le vendredi
253 qui suit. Sauf que des fois ils ne se représentent pas, mais si on leur donnait une adresse au
254 centre-ville, en leur disant on a nos bureaux là, tu passes quand tu veux. Ils pousseraient, je
255 pense à la porte plus facilement quoi. Mais bon, je pense que l'hôpital n'a pas les moyens...

256 Moi : Merci beaucoup en tout cas c'était vachement intéressant.

257 Stef : Et bah écoute...bonne chance hein!

258 Moi : Merci, oui, c'est gentil.

9.5 Annexe V : Entretien N°2 : “Alice” de l’unité des urgences adultes

1 Moi : Du coup est-ce que vous pouvez vous présenter en retraçant votre parcours professionnel
2 et ce qui vous a conduit dans le service s'il vous plaît ?

3 Alice : Alors moi je suis diplômée de 2014, donc ça fait 11 ans. Et 11 ans que je travaille aux
4 urgences. Donc ça faisait partie de mon projet professionnel, j'ai eu la chance de pouvoir y
5 venir directement après le diplôme. J'ai commencé de nuit pendant 10 ans et je suis passée le
6 jour, il y a plus d'un an. Voilà, toujours aux urgences, ici, dans le service. Enfin, j'ai pas fait
7 différents hôpitaux.

8 Moi : Ok, et c'est quoi qui vous intéressait aux urgences particulièrement.

9 Alice : Moi ce qui m'attirait, c'était l'absence de redondance, le fait que voilà on savait pas de
10 quoi demain serait fait, il y avait pas de tours, voilà, plus classique que dans un service lambda,
11 tout ce qui est... Alors on vient parce qu'on a aussi une utopie et on s'imagine qu'on va faire
12 plein de trucs urgents, graves et tout. Finalement c'est pas vraiment vrai, mais bon, parfois on
13 en fait quand même voilà c'est quand même, il y a quand même des prises en charge qui restent
14 intéressantes heureusement. Et puis ouais, le fait d'avoir une grosse équipe aussi c'est sympa,
15 plein de professionnels différents, avec les brancardiers et les AS et tout.

16 Moi : OK merci. Du coup en ce qui concerne le soin, que représente le mot soigner pour vous?

17 Alice : Vaste sujet...Bonne question, je dirais prendre en charge la personne dans sa globalité.
18 Alors je vais transposer un peu sur ce que nous, on fait, mais nous les gens ils viennent avec
19 une demande que eux, jugent “urgence”. Après nous, on, voilà, on trie aussi, on fait ce qu'on
20 peut, il y a beaucoup la douleur tout ça donc nous souvent notre première prise en charge, c'est
21 quand même sur les antalgiques, la douleur tout ça. Mais après on a des gens qui s'éternisent
22 aussi de plus en plus sur des brancards, les prises en charge sont de plus en plus longues et tout
23 ça donc finalement on se retrouve à faire un peu...

24 Moi : Comme vous pouvez ?

25 Alice : Ouais voilà comme on peut, un peu de soin comme dans les étages, parfois on est obligé
26 de... Enfin bien sûr on les nurses dès qu'on peut. On fait les constantes plusieurs fois, on va
27 prendre en charge aussi tout ce qui est le côté famille, les nouvelles, tout ça. Et il y a toute une
28 partie sociale qu'on peut pas, qu'on peut, enfin, qu'on peut pas nier aux urgences. On a
29 beaucoup, soit des sans-abri, et on a aussi beaucoup de gens qui ont pas de, qui n'ont pas de
30 couverture...

31 Moi : Du coup vous essayez un peu de pallier ça ?

32 Alice : Ouais on fait ce qu'on peut...

33 Moi : Du coup qu'est-ce que ça vous évoque pour vous "être sans abri" ? Comment vous le

34 définissez ?

35 Je dirais classiquement sans domicile. Parce que bon bien sûr dormir au 115 ou autre c'est pas

36 du tout un domicile. Ouais tout ce qui est réfugiés tout ça, il y en a quand même qui, enfin on

37 en a quelques-uns qui vivent en foyer. Dans ceux qui arrivent de l'étranger tout ça qui sont dans

38 les hôtels et compagnie par l'état, mais oui ils sont sans domicile.

39 Moi : Est-ce que vous avez une situation où vous avez pris en charge une personne sans-abri

40 et est-ce qu'il y a eu des difficultés et pourquoi ?

41 Alice : Je fais un peu le distinguo, on a des sans-abris qu'on reçoit de manière chronique. Des

42 gens qui ont bien compris le système, qui viennent et qui sont pas forcément aimables, je dirais.

43 Il y a toute une question pour être admis au 115 et tout ça, faut être non alcoolisé tout ça. Enfin

44 après ils peuvent pas être admis si ils sont violents ou autres. Donc nous finalement on se

45 retrouve un peu à récupérer ceux qui vont plus forcément là-bas. Quand il fait très froid quand

46 il y a du mistral ou autre personne n'a envie de dormir dehors. Ça fait partie de... Même si on

47 le crie haut et fort que bon, voilà, on est pas le 115, mais en attendant on peut pas laisser les

48 gens dormir dehors, enfin voilà on est quand même obligés de voilà, mais, ouais je dirais tout

49 ce qui est agressivité liée à l'alcool souvent. Il y a aussi beaucoup de toxicomanie et tout ça.

50 Après pour la barrière de la langue, je dirais pas tant que ça finalement les sans-abri arrivent à

51 se débrouiller au niveau de la communication. Oui je trouve que oui quand même ça va et après

52 ce qui me met en difficulté, c'est plus le fait que on se sent un peu impuissant et démunis au

53 final. On va le prendre à l'instant T et lui dire ben tu veux prendre une douche bah va prendre

54 une douche, des vêtements bah y'a pas grand-chose donc on fait ce qu'on peut pour donner,

55 voilà. Et après on a pas toujours de reconnaissance non plus, mais les gens sont pas forcément...

56 C'est une population parfois un peu singulière je dirai.

57 Moi : Du coup en quoi diriez-vous que cette prise en charge est différente de celle d'un patient

58 "lambda" ?

59 Alice : Bonne question, je dirais dans plus des trois quarts des cas déjà quand ils viennent, ils

60 ont pas de plainte forcément somatique. Ou alors ils vont nous baratiner, en nous disant

61 certaines choses. En fait juste dites-nous quoi, vous voulez dormir on l'entend, pas besoin de

62 nous dire que il y a ci ou ça voilà. Après ce qui est différent, c'est aussi que parfois on a... C'est
63 pas très bien tourné ce que je vais dire, on a un peu de mal à ce qu'ils s'en aillent. Parce que bah
64 il y a rien qui les attend dehors. Il y a pas de famille, personne qui peut venir les chercher y a
65 pas un domicile pour se reposer, il y a pas, enfin, il y a rien quoi. Donc c'est vrai du coup ils
66 ont tendance à s'éterniser et c'est un peu délicat après de les mettre dehors. Je dirais finalement
67 c'est pas du tout les mêmes prises en charge que ce qu'on fait...

68 Moi : C'est beaucoup plus axé sur le social ?

69 Alice : Complètement. Ils viennent pas pour une colique néphrétique ou je sais pas, une
70 appendicite, des trucs vraiment... C'est vraiment...

71 Moi : Un appel à l'aide ?

72 Alice : Voilà c'est ça. Soit, ils ont bu je ne sais combien d'alcool et du coup ils sont sur la voie
73 publique, quelqu'un passe et appelle les secours, et les pompier les emmènent ici parce que
74 c'est soit nous soit les cellules de dégrisement. Donc après nous on les laisse tranquille après si
75 ils foutent le bazar du coup on appelle la police pour qu'ils aillent en dégrisement.

76 Moi : Au niveau de la relation soignant-soignée dans votre pratique, quelle est l'importance
77 pour vous de la relation de soin ?

78 Alice : De base, je dirais que c'est le truc trop, enfin trop important et qui devrait être au centre
79 de tout et qui est vraiment super important, sauf que avec l'expérience et les années qui passent
80 au final, on se rend compte que c'est quand même de plus en plus...

81 Moi : Mis de côté ?

82 Alice : Ouais, compliqué. Ouais par rapport à plein de choses, malheureusement on a pas le
83 temps quand on voudrait pour pouvoir discuter. Et puis y a quand même une société qui change
84 un peu avec des gens, des patients, qui deviennent assez exigeants voilà. L'impolitesse,
85 irrespectueux, tout ça, c'est quand même beaucoup plus fréquent.

86 Moi : Du coup au niveau de cette relation comment vous arrivez quand même un petit peu à la
87 construire avec le patient ici ?

88 Alice : Il y a une grosse part d'écoute, puisque quand ils arrivent, ils sont en demande, en attente
89 de quelque chose de nous, donc nous la relation elle se construit d'abord à l'accueil quand on
90 les reçoit par l'infirmière d'accueil, sauf que, du coup on nous demande de voir le patient en 3
91 minutes max...

92 Moi : Pour faire le compte rendu, c'est...

93 Alice : Ouais voilà c'est un peu... et puis du coup je pense que pour les patients, ils se sentent
 94 un peu mal menés quoi, parce que nous on est dans notre truc, on prend les constantes, on pose
 95 les questions, ils ont du mal à répondre en même temps ou en même temps à se déshabiller tout
 96 ça, enfin on leur demande de faire plein de choses en même temps. Et voilà, après la relation
 97 au final, il y a plein de professionnels, puisque du coup il y a d'abord l'infirmière d'accueil
 98 après ils sont positionnés dans un secteur donc il va y avoir l'infirmière du secteur, il y avoir
 99 l'aide-soignant, il va y avoir le médecin. De base il faudrait une relation de confiance que le
 100 patient puisse se sentir pris en charge et écouté et à l'aise. Après il y a toute une notion aux
 101 urgences, on a des difficultés, c'est aussi ce qui est pudeur, on fait ce qu'on peut, mais c'est pas
 102 optimal du tout.

103 Moi : Et du coup est-ce que vous diriez que cette relation soignant-soignée se construit
 104 différemment avec un patient sans abri ? Est-ce que vous avez un exemple ?

105 Alice : C'est une très bonne question Je pense que oui, elle est différente, surtout sur ceux
 106 chroniques qui viennent souvent, qu'on connaît du coup, qu'on connaît, parce qu'on connaît pas
 107 du tout leur vie ou autre mais je veux dire...

108 Moi : Vous connaissez peut-être déjà leur prénom.

109 Alice : Ouais voilà, on connaît leur prénom quand ils sont dans la salle d'attente, on leur dit
 110 "viens tu veux quoi aujourd'hui ? Tu veux manger, tu peux prendre une douche". Voilà. Après,
 111 je dirais quand même qu'on essaye d'être plus vigilant sur tout ce qui est repas tout ça voilà, de
 112 leur proposer plus facilement une douche qu'à un patient... Enfin les patients aux urgences, on
 113 les douche pas quoi clairement. Après les sans-abris souvent, ils sont aussi sur leurs deux pieds,
 114 ils sont pas trop impotents donc ils sont autonomes pour pouvoir faire leur douche, aller faire
 115 pipi tout ça normalement.

116 Moi : Est-ce que vous avez un exemple de comment se déroule une prise en charge avec le
 117 patient sans abri enfin, vous avez déjà un petit peu répondu dans le sens où ils arrivent, vous
 118 allez vers eux en leur disant "Qu'est-ce qui t'amène est-ce que tu veux un repas, une douche ?"
 119 et après peut-être vous les laisser passer la nuit...

120 Alice : Oui voilà c'est ça en général, si c'est des chroniques avec qui ça se passe bien on les
 121 laisse passer la nuit et on les laisse sur un brancard que ce soit dans un box ou dans un couloir
 122 c'est toujours mieux que dehors. Après de toute façon on est aussi assez ferme, je dirais. En

123 disant “OK, on vous propose à manger, on vous propose voilà, mais vous foutez pas le bazar,
 124 vous restez tranquille” et voilà sinon après on appelle la sécurité on met dehors quoi.

125 Moi : Vous essayez peut-être de pas trop avoir de proximité avec cette patientèle là parce que
 126 peut-être qu'après il y a trop de facilement de débordements ?

127 Alice : Oui voilà oui c'est un peu ça l'image, on donne la main après on nous demande le bras
 128 quoi, donc c'est vrai que voilà et puis après il faut le faire avec tous les professionnels parce
 129 que c'est pareil ils font partie de notre population, mais ils n'ont rien d'urgent donc du coup
 130 voilà.

131 Moi : Dans votre ordre de priorité peut être que...

132 Alice : Ouais voilà malheureusement dans le tri de l'urgence pour le coup, vu que les trois
 133 quarts du temps ce sont des plaintes sociales. Alors on a une assistante sociale aussi c'est vrai
 134 que parfois on essaye notamment sur des gens qu'on connaît pas trop ou qui sont en demande
 135 ou autre mais bon après c'est assez limite, mine de rien, mais après on n'hésite pas à leur donner
 136 un ticket de bus tout ça.

137 Moi : Vous en avez disposition ?

138 Alice : Ouais on a des tickets de bus pour qu'ils puissent retourner en ville ou là où ils sont ou
 139 autre et après c'est pareil, on peut prêter les téléphones si besoin d'appeler le 115 pour avoir
 140 une place pour le soir, il faut qu'ils appellent tôt le matin.

141 Moi : Et du coup la dernière question, de quoi auriez-vous besoin pour pouvoir optimiser la
 142 prise en charge de toutes ces personnes sans abri aux urgences ?

143 Alice : Un service dédié. C'est utopique, mais il faudrait oui, il faudrait pouvoir les réorienter
 144 vers une structure qui puisse les accueillir et c'est pas le cas. Ouais si on pouvait les réorienter,
 145 mais bon c'est toujours pareil, il y a jamais assez de place nulle part de toute façon. Et après
 146 tout ce qui est hospitalisation parce qu'on en a quand même qui ont besoin de soins sur des
 147 plaies, par exemple des plaies surinfectées tout ça, ça arrive quand même pas mal chez le sans-
 148 abri. Et après eux du coup ils rentrent dans la filière classique.

149 Moi : Ils montent dans les services?

150 Alice : Dans un service normal. Nous aux urgences, on a une salle dédiée qui est juste à côté
 151 du déchoquage qu'on utilise, c'est pas très orthodoxe, mais qu'on appelle une “pièce sale”, donc
 152 on va faire tout ce qui est abcès et tout ça et c'est aussi la salle où on va recevoir les SDF et les

153 alcoolisés sur la voie publique. Donc enfin voilà ils sont localisés dans cette salle là ou dans le
154 couloir. Mais ils sont très peu souvent dans les autres secteurs. Après il faudrait du temps je
155 me dis enfin même parfois on n'a pas les repas, on n'a pas grand-chose quoi, on a des pauvres
156 salades de pois chiches c'est pas optimal non plus, mais bon.

157 Moi : Peut-être penser à un programme entre guillemets de prise en charge exprès pour cette
158 patientèle là mais bon c'est vrai qu'il y a tellement d'autres problèmes à gérer avant ça que...

159 Alice : Ben oui, malheureusement c'est vrai que c'est triste à dire mais on est obligé de prioriser
160 et ça fait pas partie de l'urgence vitale. Quand ils ont une plainte bien sûr, on prend en charge
161 leur plainte, mais si ils ont mal ou si ils ont une plainte somatique. Ou alors ça va être "Je me
162 suis fait mal au pied il y a trois semaines" parce qu'ils ont pas accès à de la médecine
163 conventionnelle, eux ils vont pas aller à la maison médicale ou chez les médecins généralistes
164 quoi.

165 Moi : Oui, je comprends. Voilà, bah merci beaucoup c'était super.

166 Alice : Bon courage pour la rédaction.

167 Moi : Merci oui c'est gentil merci.

168 Alice : Bonne journée

169 Moi : Bonne journée, vous aussi, au revoir.

9.6 Annexe VI : Entretien N°3 : “Thomas” de l’unité des urgences adultes

1 Moi : Du coup pour la première question est-ce que tu peux te présenter en retraçant ton
2 parcours professionnel et ce qui t'a poussé à venir travailler ici ?

3 Thomas : Du coup moi je m'appelle Thomas, j'ai 31 ans, je suis rentré à l'hôpital en 2013. J'étais
4 aide-soignant, je suis resté aide-soignant à peu près neuf dix ans, ensuite j'ai fait l'école
5 d'infirmier, j'ai eu un poste de faisant fonction d'IBODE (infirmier de bloc opératoire diplômé
6 d'état) à la sortie de l'école. Donc au bloc opératoire, ça m'a pas convenu et au bout de six mois
7 j'ai repostulé ici parce que j'étais aide-soignant ici. Et du coup j'ai eu mon poste ici depuis un
8 peu plus de un an maintenant presque deux ans, je pense.

9 Moi : D'accord. Du coup en ce qui concerne le soin, que représente le mot soigner pour toi et
10 comment tu fais pour le mettre en pratique dans ton quotidien aux urgences?

11 Thomas : Alors le mot soigner c'est ça?

12 Moi : Oui, c'est ça.

13 Thomas : Pour moi c'est une globalité on va dire, c'est quand je vais faire une prise en soin c'est
14 pas que le côté par exemple je vais faire une prise de sang tout ça, c'est vraiment essayer de
15 prendre le patient dans sa globalité, essayer de voir s'il y a une problématique. En général, on
16 a quand même des problèmes somatiques ici aux urgences. Mais à part ça aussi il peut y avoir
17 des problèmes sociaux ou psychologiques. On a une équipe pluridisciplinaire où on peut voir
18 par exemple bah nous, on va être l'équipe du côté somatique et on a aussi par exemple les
19 infirmiers du CAP qui peuvent gérer un peu plus le côté psychiatrique, mais voilà pour moi le
20 soin c'est pas juste aller voir la patiente, la perfuser, lui mettre un antalgique, c'est de prendre
21 un petit peu le temps. Même si ici ben selon les journées des fois c'est un peu délicat de, d'avoir
22 beaucoup de temps, c'est, faut réussir à optimiser, je pense en utilisant les bons mots aux bons
23 moments. Essayer de, d'avoir le, l'accord du patient, on va dire un petit peu pour qu'il se livre
24 déjà et qu'il accepte notre soin lui aussi et que, ouais je pense que c'est une question d'habitude
25 et de faire un maximum autour du patient en peu de temps quoi.

26 Moi : OK. Du coup au niveau du sans-abri, qu'est-ce que ça t'évoque pour toi être sans abri,
27 comment tu définis ce terme-là ?

28 Thomas : Comment je le définis ? Euh...

29 Moi : Enfin qu'est-ce que tu vois quand on te dit le mot “sans-abri” quel type de personne c'est?

30 Thomas : Bah déjà je me dis que c'est quelqu'un qui a peut-être plus de difficultés qu'un patient
31 lambda, donc là on va peut-être porter un peu plus, bon si il y a une cause somatique à sa venue,
32 on va bien sûr porter notre attention en priorité sur la cause somatique. L'urgence vitale, prime
33 toujours, mais on se doute qu'il y aura des problèmes sociaux derrière, que c'est peut-être qu'il
34 vient peut-être ici pour avoir une sorte de refuge, enfin ça se comprend aussi avec les grands
35 froids tout ça, même s'il y a des foyers, il y a des... Mais on est quand même...

36 Moi : Quand ça bloque dans les foyers, vous êtes une autre solution.

37 Thomas : Bah moi je trouve qu'on arrive quand même à accueillir, même si bon, certes, des
38 fois c'est dans un brancard, c'est dans un couloir, mais bon les gens sont quand même au chaud
39 et il y a quand même la sécurité de l'hôpital. Ils sont pas sous un pont à risquer de se faire agresser
40 ou... Moi je pense que oui voilà faut, ça peut avoir des fois un petit peu un côté à se dire bon
41 bah c'est un sans-abri, on va le mettre dans un coin on va pas y prêter attention mais justement
42 faut pas rentrer là-dedans et, quand même bien gérer le côté somatique en premier, écouter les
43 plaintes qu'il peut avoir à ce niveau-là. Et ensuite le laisser dans son coin si jamais il en a besoin
44 et l'envie de dormir tout ça. Enfin moi je pense qu'il faut pas aller les déranger. Et c'est un petit
45 peu se reposer, ça peut-être une petite bouffée d'air pour eux et après ils vont partir.

46 Moi : OK. Du coup est-ce que tu as une situation qui t'a marqué où t'as pris en soin une personne
47 sans abri ? Et est-ce qu'il y a eu des difficultés ? Et pourquoi ?

48 Thomas : Souvent en soin oui. J'ai pas eu plus de difficultés à part que parfois on est confronté
49 un petit peu à la violence parce que il peut arriver qu'ils soient positifs la consommation d'alcool,
50 qu'ils soient alcoolisés tout ça. Des fois ils sont pas tout le temps maîtres de leurs mots, de leurs
51 gestes et des fois ils ont un peu un comportement qui peut paraître un petit peu agressif mais
52 euh. Après c'est à nous aussi, on entend que eux ils ont besoin de quelque chose mais bon on
53 est dans un hôpital, il y a quand même un cadre. On peut pas se permettre de faire tout et
54 n'importe quoi. Surtout en sachant que souvent à côté il y a des personnes âgées, ça peut arriver
55 qu'il y ait des gens en fin de vie, qu'il y a des urgences vitales, on peut pas se permettre qu'il y
56 ait quelqu'un qui hurle. Donc voilà il faut arriver à poser à un cadre et en général ça se passe
57 quand même assez bien.

58 Moi : Et du coup en quoi tu dirais que la prise en charge elle est différente de celle d'un patient
59 lambda ?

60 Thomas : Bah moi je pense que ça serait plus sur le côté social, sur le côté accompagnement
61 savoir un petit peu qu'est-ce qu'il essayer de faire pour s'en sortir si c'est une volonté déjà pour
62 eux d'être dans la rue ou pas. Parce qu'il y en a, moi pour avoir discuté plusieurs fois avec des
63 sans-abri qu'on reçoit ici en parlant un petit peu avec eux, il y en a, c'est leur choix. Ils se
64 définissent un peu comme vagabonds, et c'est-ce qui les caractérise, ils préfèrent être dans la
65 rue.

66 Moi : Ils cherchent pas de solution ?

67 Thomas : Voilà, ils cherchent pas, c'est leur mode de vie à eux, bon il y en a pas beaucoup
68 mais il y en a, et il y en a d'autres au contraire qui ont eu...

69 Moi : Des accidents de la vie ?

70 Thomas : Oui voilà, c'est le mot, accident de la vie. Qui font que ils se retrouvent dans une
71 situation précaire à dormir dans leur voiture et ils sont au rendez-vous avec des assistantes
72 sociales, c'est en cours, c'est un petit peu long donc nous on peut essayer ici de les mettre en
73 contact avec notre assistante sociale voir s'il y a pas d'autres choses à faire s'il y a pas des
74 démarches à essayer d'accélérer tout ça et...

75 Moi : Oui, vous mettez un peu plus le point d'honneur sur tout ce qui est côté social parce que
76 vous savez d'entrée que c'est un peu fragile.

77 Thomas : Bah si c'est leur volonté. Mais bon au-delà du côté somatique, on a quand même, je
78 pense ce petit rôle à jouer, à dire si on peut pousser un peu le truc pour essayer qu'ils s'en
79 sortent. Pourquoi pas essayer. Après voilà c'est... Ca dépend pas que de nous, et puis il faut que
80 les gens aient envie. Après voilà c'est... On peut essayer de faire pour eux, mais il faut que eux
81 ça suive derrière. Après voilà comme je disais souvent l'assistante sociale nous dit : "Là, je
82 peux pas trop parler avec lui il est alcoolisé" "Là, il y a ça". Donc des fois ça met un peu des
83 bâtons, mais moi je pense que ce qu'on pourrait faire en plus c'est le côté social. Mais pourquoi
84 pas aussi les mettre en contact avec le CAP. Pour qu'ils aient un petit entretien avec un psy,
85 voir si ça se passe bien dans la rue parce que je pense qu'il y a des agressions, il peut y
86 avoir des...

87 Moi : Oui, ça doit pas être une vie facile au quotidien et qu'ils puissent en parler quoi.

88 Thomas : C'est ça oui.

89 Moi : Au niveau du coup de la relation soignant-soigné dans ta pratique, quelle est l'importance
 90 que tu mets à la relation de soin ? Et comment tu fais pour la construire avec le patient en
 91 général ?

92 Thomas : Moi je pense que c'est primordial déjà dans notre pratique et encore plus dans notre
 93 service comme les urgences. Où on a un temps qui est limité avec la personne et où on va être
 94 hyper intrusif en fait, tu vas passer le SAS d'accueil en deux minutes, tu vas te retrouver nu
 95 sous une chemise d'hôpital, il y a un mec que tu connais pas, il est en train de te poser un
 96 cathéter dans la veine, tu sais même pas ce qu'il t'injecte, tu sais même pas ce qui se passe. Et
 97 c'est à toi à ce moment-là en tant que professionnel d'être là et de au moins te présenter, lui dire
 98 : "écoutez on va vous faire ça, on suspecte peut-être un problème cardiaque, il va falloir qu'on
 99 fasse un examen du cœur, il va falloir se déshabiller. Il va falloir qu'on vous mette un cathéter,
 100 on va surveiller certains marqueurs". Donc expliquer ce que tu fais, attendre en retour leur
 101 consentement. En général, les gens s'ils viennent à l'hôpital, ils vont accepter le soin s'ils sont
 102 en détresse vitale tout ça, mais je trouve que c'est important de leur expliquer pour que eux
 103 puissent comprendre ce que tu fais.

104 Moi : Être aussi un minimum maître de la situation.

105 Thomas : Ouais carrément. Puis il faut pas oublier que c'est leur corps quand même. Moi je
 106 pense que on est vite intrusif dans ce genre de service, et c'est important que les gens se sentent
 107 à l'aise et que... Qu'on ait leur consentement sur les soins que...

108 Moi : Oui, qu'ils ne ressortent pas d'ici traumatisés quoi.

109 Thomas : Oui qu'ils se disent pas "Qu'est-ce qu'il m'a fait, j'ai rien compris, on m'a injecté des
 110 choses, je sais même pas ce que c'est". Ouais enfin pour moi c'est hyper important, puis on a
 111 besoin de la confiance. Enfin eux ils nous donnent leur confiance quand on leur fait des soins
 112 c'est pas anodin quand même.

113 Moi : Oui et puis après c'est plus simple pour vous aussi.

114 Thomas : Et ouais, c'est vrai que voilà, que nous, on ait la confiance du patient, je trouve que
 115 c'est bien, et puis même pour la compliance aux soins. Quelqu'un à qui on n'a pas expliqué
 116 l'importance de garder le cathéter durant sa prise en charge tout ça, autant il va le prendre il va
 117 l'enlever et il va partir. Alors que si on prend le temps tout ça on se dit le patient il a compris
 118 pourquoi on lui laissait le cathéter s'il y a une urgence vitale et bah il va faire attention et moi
 119 je pense que dans un service comme ça c'est primordial. Mais voilà, sur un temps imparti, on

120 peut pas se permettre de rester des heures. Mais il faut arriver à faire quelque chose d'optimisé,
 121 on va dire.

122 Moi : Euh, et du coup est ce que tu dirais que la relation de soin elle se construit différemment
 123 avec un patient sans abri ? Est-ce que tu as un exemple en particulier ?

124 Thomas : Moi je pense qu'elle peut se construire pareil à part voilà s'il y a des prises de toxique
 125 et que la personne elle est pas dans un état normal. Mais il y a pas que des sans-abri qui prennent
 126 les toxiques, il y a pas que des sans-abris qui prennent de l'alcool, ça se construit selon le patient
 127 en fait. Et selon sa volonté à lui quoi. Je pense qu'on peut pas forcer quelqu'un à rentrer en
 128 relation s'il veut pas. Mais en général, on reçoit quand même des gens à l'hôpital qui ont envie
 129 de venir à l'hôpital, c'est rare qu'on soit forcé d'aller à l'hôpital. Ou alors c'est des obligations
 130 de soins, mais là ça se passe encore différemment parce que il y a d'autres moyens qui sont mis
 131 en place. Mais... C'était comment construire la relation avec un sans-abri c'est ça?

132 Moi : Euh... Est-ce que tu dirais qu'est-ce qu'on construit différemment avec un patient sans
 133 abri du coup tu m'as dit que non pas trop.

134 Thomas : Ben non, au contraire, je pense que il faut essayer d'encore plus rentrer dans la relation
 135 pour essayer de de construire quelque chose avec les patients qui ont une détresse autre que
 136 somatique parce que ça peut être pas que du somatique comme on disait tout à l'heure et qu'il
 137 y ait peut-être un côté psychologique ou social où... Justement qu'il ait confiance, qu'on essaye
 138 de le mettre en relation avec par exemple l'assistante sociale pour faire des démarches comme
 139 on disait tout à l'heure. Je pense qu'il a besoin d'un minimum de relation de confiance.

140 Moi : Et du coup, pour la dernière question, de quoi tu penses que vous auriez besoin pour
 141 pouvoir optimiser la prise en charge des personnes sans abri aux urgences ?

142 Thomas : De la place je dirai. Parce que c'est vrai que on a un box un petit peu ou on met ce
 143 type de patient là, donc c'est-à-dire les personnes sans abri où on sait qu'ils peuvent rester un
 144 petit peu de temps. Sans que ça nous gêne trop, mais après si on a besoin de cette place-là, ils
 145 finissent dans un couloir, c'est vrai que ça encombre les urgences. Donc c'est vrai que si on
 146 avait un petit peu plus de place, je pense que ça faciliterait leur prise en charge. Et peut-être
 147 l'accès plus facile à certains foyers. Je connais pas trop les démarches pour y avoir accès, mais
 148 je pense que oui, s'il y avait plus de solutions. S'ils avaient plus de solutions externes, je pense
 149 qu'ils viendraient pas forcément à l'hôpital, je pense que c'est pas un plaisir pour eux de venir
 150 là donc... Je pense que c'est pas leur principale voie, c'est pas de venir là quoi.

- 151 Moi : Oui c'est un peu une solution de...
- 152 Thomas : De recours.
- 153 Moi : Oui de recours.
- 154 Thomas : Enfin je pense, hein.
- 155 Moi : Oui j'ai un peu aussi cette impression là...OK. Bah merci beaucoup en tout cas c'était
- 156 vachement intéressant et puis, voilà.
- 157 Thomas : J'espère que j'ai répondu à tes questions parce qu'après quand je parle je fais pas
- 158 forcément attention aux questions.
- 159 Moi : Non non mais c'est très bien en fait, moi en plus je cherche de la spontanéité de toute
- 160 façon dans les réponses et puis voilà, j'essaye un peu d'interroger différents professionnels qui
- 161 viennent de différents milieux.
- 162 Thomas : Bon tant mieux alors, et bah bon courage pour la retranscription.
- 163 Moi : Merci beaucoup. Et merci d'avoir pris le temps de me répondre.
- 164 Thomas : Avec plaisir je suis passé par là aussi. Bon courage, au revoir.
- 165 Moi : Merci, à toi aussi, au revoir.

9.7 Annexe VII : Entretien N°4 : “ Kelya” de Pneumologie

- 1 Moi : Du coup est-ce que tu peux te présenter en retraçant ton parcours professionnel et ce qui
2 t'a conduit à venir travailler en pneumo?
- 3 Kelya : Du coup moi je suis Kelya, je suis diplômée euh ça va faire quatre ans cette année, euh
4 ça fait deux ans presque deux ans et demi que je suis en pneumo. La première année de mon
5 diplôme, j'ai fait des vacations dans différents services Et qu'est-ce qui m'a amené ici? Euh je
6 voulais découvrir la pneumo, tout simplement.
- 7 Moi : OK, super. Du coup en tout ce qui concerne le soin qu'est-ce que ça représente pour toi
8 le mot soigner ? Et comment tu le mets en pratique au quotidien je sais pas si t'as un exemple
9 avec un patient par exemple.
- 10 Kelya : Comment je vois le mot soigner ?
- 11 Moi : Oui genre ta définition en gros.
- 12 Kelya : Attends, laisse-moi réfléchir. Il y a vraiment ce truc de la personne a besoin d'une aide
13 extérieure, d'une personne extérieure, donc du coup bah c'est nous et oui, de l'aider et de...
14 C'est dur comme question.
- 15 Moi : Ouais oui non mais c'est clair. Il y en a qui m'ont dit par exemple que c'était pour eux
16 prendre en charge une personne dans sa globalité, tu vois ou sinon voilà il y en a qui disent que
17 c'est répondre à un besoin.
- 18 Kelya: Ouais bah oui, enfin c'est sûr qu'on les prend dans leur globalité, mais c'est vraiment
19 répondre un besoin dans l'instant T en général, en tout cas nous. Et après c'est sûr que si d'autres
20 besoins se rajoutent, on les traite et effectivement si euh, enfin ça reste une prise en charge
21 globale, mais ouais c'est plutôt le soigner enfin le soin dans l'instant T.
- 22 Moi : Pour toi c'est un problème, une solution ?
- 23 Kelya : Ouais voilà. On est un peu sensé être la solution enfin en tout cas, essayer de trouver
24 la solution adaptée pour eux.
- 25 Moi : OK. Du coup au niveau du sans-abri, qu'est-ce que c'est pour toi un sans-abri qu'est-ce
26 que ça t'évoque en gros quand on te le dit.
- 27 Kelya : Bah qu'il n'a pas de domicile fixe.
- 28 Moi : Du coup pour toi c'est quelqu'un vraiment qui a pas de pas de toit quoi ?

29 Kelya : Bah euh oui. Ou après des fois, enfin bon c'est très rare mais euh ils peuvent être
 30 hébergés temporairement. Enfin on a eu le cas, il était, il était sans-abri, mais il était quand
 31 même, quand il était hospitalisé chez nous, ce patient, il était dans un logement, je sais plus les
 32 lettres, mais bref il était hébergé par euh...

33 Moi : Ouais un organisme.

34 Kelya : Voilà un organisme.

35 Moi : Ok, et par exemple avec ce patient est-ce qu'il y a eu des difficultés dans la prise en
 36 charge du fait que bah à l'extérieur il était sans-abri enfin il avait pas de domicile fixe.

37 Kelya : Non pas du tout.

38 Moi : OK, des fois il y en a qui disent que par exemple au niveau social, c'est dur pour la sortie.

39 Kelya : Ouais, ben là c'était en l'occurrence plutôt facile, parce que du coup il est retourné dans
 40 cet organisme, du coup en fait il avait un endroit où retourner.

41 Moi : C'était un sans-abri, mais quand même avec une solution derrière.

42 Kelya : Ouais et rien qu'avant qu'il soit chez nous, il avait une solution, mais fin c'était juste
 43 mis en place. Et donc du coup quand il est ressorti, il a quand même pu retourner au même
 44 endroit.

45 Moi : Et du coup est-ce que tu dirais que la prise en charge auprès des patients sans abri peut-
 46 être un peu différente que celle que tu peux avoir avec un patient qu'on dit lambda.

47 Kelya : Je dirais que non, c'est plus pour le retour enfin la sortie. Enfin du coup nous là on
 48 sollicite vachement les assistantes sociales en tout cas dans notre service, on peut se permettre
 49 de le faire donc c'est vrai qu'on les sollicite pour essayer de voir si on peut pas trouver une
 50 solution pour leur sortie. Mais sinon globalement c'est la même prise en charge je trouve.

51 Moi : OK. Ensuite au niveau de la relation soignant-soigné, dans ta pratique, quelle est
 52 l'importance que tu mets à la relation que tu construis avec les patients et comment tu trouves
 53 qu'elle se construit en général ?

54 Kelya : Alors déjà pour moi c'est un truc primordial et très important et ouais c'est plus
 55 important et c'est sûr que c'est quelque chose qui se construit vraiment...Enfin c'est pas dès les
 56 premières minutes que ils vont nous accorder leur confiance ce qui est normal. Mais ça se
 57 construit jour après jour et petit à petit quoi. Il faut aussi leur laisser le temps de eux s'adapter

58 à nous, parce que mine de rien, ils changent de tête, enfin nous les soignants enfin ils ne voient
 59 quasiment jamais la même personne. Donc quand on arrive comme ça et qu'on débarque, il faut
 60 leur laisser du temps.

61 Moi : Et du coup toi comment tu fais un peu pour essayer je sais pas comment dire de les mettre
 62 en confiance et tout t'as des techniques ou...

63 Kelya : J'ai pas forcément de technique, j'essaie juste d'être moi et de comment est-ce que moi
 64 j'aimerais qu'on agisse avec moi. Ben enfin toujours dans les soins, mais de se présenter ça fait
 65 beaucoup, je pense et puis toujours euh, enfin moi je leur dit que je suis à leur écoute si il y a
 66 besoin s'ils ont besoin de quelque chose. Soit parler ou juste de quelque chose, je suis là enfin,
 67 j'essaie de vraiment leur montrer que je suis disponible.

68 Moi : OK. Et du coup est-ce que tu dirais que auprès des patients sans-abri cette relation se
 69 construit différemment ? Et est-ce que t'as un exemple d'une relation que t'as pu construire
 70 auprès d'un patient qui était sans abri à l'extérieur ?

71 Kelya : Bah non pour moi c'est la même chose, enfin il y a pas de...Enfin vraiment la seule
 72 chose qui diffère c'est vraiment le moment de la sortie. C'est plus une prise en charge du coup
 73 de l'assistante sociale, mais non non, pour moi tout est pareil, il y a juste la sortie.

74 Moi : Oui sachant qu'ils sont sûrement entre guillemets là aussi parce qu'ils savent qu'ils ont
 75 une pathologie qu'ils sont là pour se soigner et tout c'est peut-être différent que par exemple
 76 aux urgences, ils m'ont dit que il y en a plein qui viennent par exemple parce qu'ils ont envie
 77 de passer la nuit là parce qu'il fait trop froid et tout.

78 Kelya : Non non non en général, franchement Ils sont très adhérents aux soins. Ils sont,
 79 franchement oui, enfin y a pas de enfin y a moins de difficulté, peut-être. Ouais je réfléchis là,
 80 mais non franchement ils sont, quand ils sont là chez nous, ils savent globalement, ils savent
 81 pourquoi, ils sont là. Ils savent qu'ils ont ben généralement ici ils ont des examens de prévu des
 82 choses de prévu donc ils le savent et voilà après voilà y en a qui sont, mais comme tout patients,
 83 qui sont pressés de sortir, mais comme tout patient quoi.

84 Moi : OK nickel.

85 Kelya : Bah peut-être que vu que c'est de l'hospitalisation, c'est vrai que c'est peut-être différent
 86 que les autres services.

87 Moi : Oui oui oui, non mais justement c'est pour avoir aussi ce truc de se dire il y a des endroits
88 où ça va quoi.

89 Kelya : Mais après vraiment moi avec tout ceux que j'ai eu ça a toujours, ça s'est toujours très
90 bien passé. Enfin il y a pas eu de soucis particuliers. Non franchement ouais

91 Moi : OK, nickel, et du coup pour la dernière question qu'est-ce que tu penses que vous auriez
92 besoin pour optimiser en règle générale dans les hôpitaux la prise en charge de toutes ces
93 personnes sans abri ?

94 Kelya : Ben moi c'est vraiment pour la sortie en fait, le côté social parce qu'en fait, bon après
95 y'en a... Enfin je dirai pas que c'est volontaire mais

96 Moi : Ils veulent retourner à la rue.

97 Kelya : Voilà enfin en tout cas je dirai pas plus que ça mais même si c'est volontaire, ça fait
98 quand même quelque chose de nous se dire que, c'est frustrant, on met pas forcément plus de
99 choses en place quoi. C'est vraiment ce côté social ouais. En plus nous on suit pas toutes les
100 démarches sociales. En fait on les demande et après la sortie se fait et toutes les aides ou les
101 trucs comme ça qui sont mis en place on est pas spécialement au courant. C'est surtout ce truc
102 de "on ne sait pas". Mais ouais c'est vraiment ce côté social qui faudrait...

103 Moi : OK merci beaucoup en tout cas.

104 Kelya : J'espère que j'ai pas trop dit n'importe quoi.

105 Moi : Ah non c'était très bien ne t'inquiètes pas.

9.8 Annexe VIII : Entretien N°5 “Sara” de Pneumologie

1 Moi : OK, du coup est-ce que tu peux te présenter en retraçant ton parcours professionnel et ce
2 qui t'a conduit à venir travailler en pneumo.

3 Sara : Alors moi je suis ancienne aide-soignante. J'ai travaillé pendant cinq ans en tant qu'aide-
4 soignante au C**. Par la suite j'ai passé mon concours IDE et euh du coup j'ai eu mon concours,
5 je suis allée à l'école d'ailleurs je suis diplômée depuis presque huit mois je suis jeune diplômée,
6 qu'est-ce qui a fait que je suis...?

7 Moi : Que t'as voulu venir là ?

8 Sara : Alors c'est des postes qui sont affichés. Du coup pourquoi j'ai choisi en fait, nous quand
9 on revient, quand on revient de l'école. Parce qu'on a été financés par le centre hospitalier
10 d'A*****, on fait une liste de services. Et en fait c'est par élimination donc mon premier vœu,
11 j'avais mis au SMIAP (service de médecine interne et infectiologie aigüe) et mon deuxième
12 vœu c'était la pneumo. Parce que c'était un poste de jour.

13 Moi : Et du coup tu t'y plais ?

14 Sara : Ah oui, complètement.

15 Moi : Du coup au niveau du soin, que représente le mot soigner pour toi, et comment tu le mets
16 en pratique au quotidien.

17 Sara : Alors soigner pour moi. Déjà, alors j'évalue l'autonomie générale du patient, son
18 contexte de vie aussi, euh son passif, les difficultés qu'il peut rencontrer et au niveau de la prise
19 en charge des traitements aussi un petit peu ses antécédents je fais un peu le tour. Après aussi
20 pour moi c'est parler au patient l'écouter sur la prise de traitement parce qu'il faut savoir que le
21 patient connaît très très très bien ses traitements. Et comment je la mets en pratique, j'essaie de
22 le mettre en pratique de manière à ce que ce soit logique pour moi et aussi logique pour le
23 patient. On en discute parce que parfois le patient peut très bien nous dire, tel traitement je peux
24 le prendre là, tel traitement c'est pas ça, donc je lui apporte les compléments d'informations.
25 Et de le prendre dans sa globalité, parce que des fois on dit des phrases bateau mais vraiment
26 le soigner c'est écouter le patient et essayer de mettre en pratique tout en lui apportant
27 l'ensemble des informations. Parce que des fois le patient s'adapte à la prise en charge. Donc
28 voilà c'est comme ça que je vois le mot soigner.

29 Moi : Du coup qu'est-ce que ça représente le mot sans-abri pour toi, comment tu le définis entre
30 guillemets ?

31 Sara : Pour moi difficulté. Difficulté de prise en charge, difficulté sur le plan social, un retour.
32 Parce que généralement on propose pour les patients un retour à domicile généralement. Vu
33 qu'ils n'en ont pas ou ils sont logés dans le logement, qui leur sont proposés, c'est difficile, je
34 trouve que c'est compliqué et en même c'est difficile pour nous soignant de se dire que tel
35 patient va se retrouver euh... Ça m'est arrivé, pas en tant qu'infirmière mais en tant qu'aide-
36 soignante, on a eu justement un patient sans-abri qu'il fallait renvoyer et ça nous a fait tellement
37 de peine qu'on s'est tous cotisés pour pouvoir lui offrir une semaine d'hôtel. Donc c'est vrai
38 que c'est compliqué quand on est un soignant face à un sans-abri parce que qui dit sans abri dit
39 sans famille parce que sinon la personne ne serait pas à l'extérieur. Et c'est vrai que le retour
40 est très difficile. C'est dur de laisser partir du coup et en fait on les laisse partir mais on sait pas
41 où ils vont aller, comment ils vont être pris en charge, est-ce que le suivi des traitements sera
42 fait ou pas ? Est-ce qu'il va prendre correctement ses traitements, on sait jamais qu'est ce qu'ils
43 deviennent dans la rue. Donc c'est compliqué. Alors que quand ils sont là on fait en sorte qu'ils
44 aient tout entre guillemets. Avec ce qu'on a, avec les moyens qu'on a. Si on a des vêtements
45 en plus on leur donne, on voit si l'assistante sociale peut faire quelque chose ou pas. Mais
46 généralement les sans-abris pour le peu que je sache, aiment retourner là où ils sont parce que
47 généralement ils ont leur animal de compagnie. Et en sachant que quand ils sont à l'extérieur,
48 ils se sentent plus en sécurité là où ils ont l'habitude d'y être même si on leur propose des
49 endroits ou des hébergements, on va dire temporaires, c'est eux qui en parlent plus, qui en
50 parlent le mieux des hébergements. Et apparemment, il y a des vols, la casse, et du coup ils
51 sont plus en sécurité à l'extérieur qu'en hébergement. Ils ont créé leur train de vie, leurs
52 habitudes aussi. Mais ouais c'est compliqué quand j'entends des sans-abris, ça plombe un peu
53 le moral.

54 Moi : Et du coup tu dirais que la prise en charge pour toi elle est différente avec un patient sans
55 abri plutôt qu'avec un patient entre guillemets lambda ?

56 Sara : Non je dirais pas qu'elle est différente.

57 Moi : Au niveau émotionnel, peut-être.

58 Sara : Au niveau émotionnel oui. Ça a plus d'impact. Comme je disais voilà on s'est cotisé tout
59 un service s'est cotisé pour pouvoir offrir une semaine d'hôtel. Même si en soit on a pas fait
60 grand-chose, c'est pas grand-chose parce qu'il retournera là où il a envie de retourner, mais oui
61 sur le plan émotionnel ça a toujours plus d'impact, le patient qui a déjà un logement forcément,
62 forcément, on peut pas y rester insensible, c'est pas possible c'est pas possible. Après par

63 curiosité des fois j'aimerais bien poser la question de comment la personne est arrivée à ce stade
64 parce que quand même cette personne faut savoir qu'ils ont une famille qu'ils ont un parcours
65 de vie, certains ils ont eu une activité professionnelle. Et du jour au lendemain, ils se sont
66 retrouvés dans des situations comme celle-là et c'est vrai que j'aimerais poser la question,
67 essayer de comprendre et savoir ce qu'on peut mettre en place. Et puis je sais pas s'il y a de la
68 famille autour, peut être recréer un lien familial, donc voilà.

69 Moi : Au niveau de la relation soignant-soignée dans ta pratique, quelle est l'importance que tu
70 mets à cette relation de soins. Et comment tu la construis en général avec les patients ?

71 Sara : Alors moi dans la relation soignant-soigné, la chose la plus importante à mon sens, parce
72 que j'ai fait mon mémoire dessus, c'est l'écoute active. Pour moi c'est primordial. Parce que
73 le patient se connaît mieux, nous quand il arrive, on a un premier aperçu, on a une photo
74 clinique. Et on a ce qui est écrit sur le papier, on n'a pas ce que le patient a vécu. Et comment
75 il est arrivé dans notre service ou dans la prise en charge. Pour moi la première chose à faire
76 c'est l'écoute active, le patient se connaît très bien comme j'ai dit tout à l'heure et c'est la
77 première chose que je mets en place. Après par la confiance, on essaie aussi de répondre à ses
78 questions quand on peut bien sûr, tout en respectant nos limites en tant qu'infirmière, c'est la
79 seule chose que malheureusement on ne veut pas dire. Et en regardant ses antécédents de vie,
80 aussi. La relation soignant-soignée elle se crée comme ça et pour la mettre en place, il y a pas
81 mieux que l'écoute et puis avoir une discussion avec le patient même si la discussion n'a pas
82 besoin d'avoir une heure à deux heures quand le patient dit, ben c'est mon traitement, je prends
83 ça ça ça, je vérifie mais généralement ils n'ont pas tort. Et quand le patient est hospitalisé chez
84 nous pour quelques jours ou semaines il a compris et nous avons compris que on mettait en
85 place et on prenait en compte sa demande, la relation elle s'établit très très bien. Donc voilà
86 l'écoute active et pas n'importe quelle écoute.

87 Moi : Le laisser parler quoi.

88 Sara : Le laisser parler, noter tous ce qu'on peut noter, prendre toutes les informations
89 nécessaires pour sa prise en charge. Généralement, ils arrivent avec des antécédents, déjà des
90 prises en charge ultérieures, comme je sais pas quelqu'un qui est atteint d'un cancer.
91 Généralement ils connaissent les hôpitaux, donc déjà ils arrivent avec euh leur bagage, leur
92 savoir et ils connaissent très bien leur pathologie.

93 Moi : Et du coup au niveau de cette relation est-ce que tu dirais qu'elle se construit
94 différemment avec un patient sans abri de par son bagage à lui qui est très différent ?

95 Sara : Euh, non. Je le vois pas comme ça, alors être sans-abri, c'est une chose, mais la relation
 96 soignant-soigné moi je, idem, je la ferai par l'écoute active. Parce que lui aussi il a son mot à
 97 dire, il a ses antécédents et puis il faut pas poser cette étiquette de sans-abri. Avant d'être sans
 98 abri, je pense qu'il avait un abri. Généralement quand on dit sans-abri c'est que dans sa vie il
 99 en a déjà eu un. Après les circonstances de sa vie, ont fait que malheureusement il est dans
 100 cette situation. Mais non, je le ferais pas d'une manière différente, je ferais exactement de la
 101 même manière. Sauf une chose qui diffère, c'est comme j'ai dit, l'émotion. Voilà, l'impact
 102 émotionnel, il est plus fort.

103 Moi : Et par exemple, le patient sans abri dont tu me parlais tout à l'heure pour lequel vous
 104 vous étiez cotisés et tout ça. Il y a eu une relation qui s'est créée du coup entre l'équipe et lui ?

105 Sara : Tout à fait, avec l'aide de l'assistance sociale, on a fait tout ce qu'on avait à faire, on lui
 106 a aussi commandé les repas, on lui a pris, voilà, pour une semaine de repas, des couvertures
 107 chaudes parce qu'on savait qu'il allait retourner à la rue donc ça s'est fait de manière pluri
 108 disciplinaire. Donc du coup je dirais que l'émotion en fait elle n'impacte pas que le soignant ou
 109 l'infirmière, ça impacte vraiment toute l'équipe. C'est quelque chose qui s'est faite et c'est pas
 110 grand-chose comme je l'aurais dit, mais ça a toujours quand même... On voit que malgré tout
 111 quand même ça reste humain. Le soin il faut vraiment qu'il reste humain, parce que derrière le
 112 soin il y a un humain. Même si les conditions de travail sont difficiles. Ça, tout le monde le sait
 113 personne ne s'en cache, mais il faut pas oublier qu'on va soigner des humains. Et que mettre
 114 des étiquettes pour moi ça n'a pas de sens. Avant de dire que c'est un sans-abri pour moi c'est
 115 d'abord monsieur untel qui a un passif, qui a une histoire de vie donc faut arrêter de mettre des
 116 étiquettes. Sur le plan émotionnel quand on entend le mot sans-abri, je le lie à l'impact
 117 émotionnel pas euh...

118 Moi : A l'impact péjoratif de "il est sal" ?

119 Sara : Exactement. Non, je le met pas sur le côté péjoratif. Après tu sais, j'ai envie de dire il y
 120 a des gens qui arrivent très bien de chez eux qui ont des très belles maisons ou qui vivent...qui
 121 ont un toit sur la tête et qui arrivent dans des états d'incurie. Donc du coup un sans-abri je vais
 122 pas l'étiqueter. On est pas là pour étiqueter qui que ce soit, on a avant tout des personnes avec
 123 un nom, un prénom.

124 Moi : Et du coup pour la petite question de fin, de quoi tu penses qu'on aurait besoin dans les
 125 hôpitaux pour optimiser quand même la prise en charge de tous ces patients qui à l'extérieur
 126 sont sans abri.

127 Sara : Pour moi je pense qu'il faudrait peut-être euh... Bon déjà il y a une assistante sociale
128 mais c'est compliqué, c'est compliqué, c'est compliqué quand même. Parce que faut savoir que
129 les assistantes sociales elles sont pas là tout le temps. Elles sont là des fois 80 % voire à 50%
130 de leur temps de travail. Mais peut-être une mise en contact avec des centres d'hébergement ou
131 une prise en charge extérieure, comme un suivi de patients, tu sais quand il y a l'HAD, les
132 hospitalisations à domicile, ce genre de choses, peut-être voir le relais qui peut être fait, et c'est
133 vrai que ça, j'entends pas beaucoup parler des relais qui peuvent être faites à l'extérieur et avec
134 qui on pourrait se mettre en relation. Moi je pense que ça, ça manque. Enfin, un relais. Un point
135 de relais avec qui on pourrait voir la suite pour ces personnes.

136 Moi : OK, nickel.

137 Sara : Bah je te remercie.

138 Moi : Merci à toi.

9.9 Annexe IX : Entretien N°6 “Rachel” des Lits d’accueil médicalisé

1 Moi : Hop c'est bon. Du coup première question, pouvez-vous, vous présenter en retraçant
2 votre parcours professionnel et ce qui vous a conduit à venir travailler dans ce service ?

3 Rachel : Alors moi je suis Rachel, je suis faisant fonction cadre socio-éducatif sur le service
4 des LAM, lits halte soins santé, équipe mobile, les deux équipes mobiles, EMPP et lits halte
5 soins santé mobile. Depuis, je sais plus combien de temps depuis 4/5 ans. Et moi mon parcours
6 c'était, j'ai un diplôme infirmier. J'ai été diplômée un petit peu en retard, moi c'est-à-dire que
7 j'aurais dû faire 2015-2018 j'ai fait 2015-2019. Mars 2019, j'ai été diplômée. Je suis de suite
8 rentrée sur le service des LAM, sur un poste infirmier de remplacement qui après s'est
9 pérennisé, j'ai exercé pendant un an et demi en tant qu'infirmière sur ce service là. J'ai été après
10 pendant deux mois, infirmière coordinatrice des LAM et des lits halte soins de santé avant
11 qu'ils déménagent, parce que les LAM à la base c'était à l'entrée de l'établissement, parce que
12 les locaux ici n'étaient pas terminés. Voilà, par contre les lits halte soin santé étaient déjà ici
13 donc moi j'assurais la coordo des deux services Parce que les lits halte soins santé n'avaient
14 plus d'infirmières à ce moment-là. Et après je suis passée faisant fonction cadre en 2021 parce
15 qu'on a déménagé ici donc au début janvier 2021, je suis passé faisant fonction cadre et depuis
16 je le suis toujours. Donc voilà mon parcours, et moi j'ai été étudiante sur les lits halte soins de
17 santé et sur l'équipe mobile. J'étais en stage et les LAM n'existaient pas encore.

18 Moi : OK, et c'est quoi cet attrait que vous avez eu pour les LAM et pour les lits halte soins
19 santé ?

20 Rachel : Alors moi je connaissais pas du tout quand j'étais étudiante, j'avais jamais entendu
21 parler de précarité. Même l'appréhension plutôt de croiser un SDF et avoir tendance à changer
22 de trottoir parce que ça fait peur le SDF. Des fois alcoolisés, on sait pas, imprévisible. Et puis
23 l'accompagnement que j'ai eu par les professionnels qui étaient présents, la diversité des choses,
24 des soins à réaliser et des méthodes d'approche, surtout. Et un public en fait très très très
25 sensible, très très intéressant avec des parcours de vie, complètement atypiques. Tout ce qui
26 manque et...Voilà la globalité de tout ça fait que du coup j'y suis toujours. Aujourd'hui la
27 précarité c'est toujours un domaine qui me plaît, vraiment.

28 Moi : Du coup ensuite au niveau du soin, que représente pour vous le mot soigner et comment
29 vous le mettez en pratique au quotidien ? Si vous avez peut-être même un exemple.

30 Rachel : Soigner, c'est très large comme terme. C'est pour moi... On peut soigner en étant là
31 juste là, sans pour autant faire du soin technique. Le soin, c'est aussi une partie de Scrabble,
32 c'est aussi un accompagnement aux courses, c'est aussi un accompagnement chez le coiffeur.

33 Parce que notre public c'est des personnes qui sont en carence affectives qui ont des traumatismes,
 34 l'abandon. Souvent une vie isolée, marquée par des violences, donc le soin, c'est déjà de dire
 35 "Bonjour, comment ça va" d'apporter un petit déjeuner et de se dire que ces personnes sont
 36 dans un lieu sécurisé. Déjà c'est ça le soin, et après on y rajoute les soins techniques lorsqu'ils le
 37 veulent surtout.

38 Moi : OK. Du coup au niveau du sans-abri, qu'est-ce qui vous évoque le mot sans-abri ?
 39 Comment vous le définissez ?

40 Rachel : Alors le sans-abri c'est un pour moi encore différent du S D F, sans domicile fixe ou
 41 SRS, sans résidence stable, ce terme qui, par moments est un peu à la mode. Le sans abri, c'est
 42 vraiment celui qui côtoie le trottoir, le S D F. c'est pour moi celui qui peut être hébergé par
 43 moments. Qui peut aussi côtoyer le trottoir, c'est pour moi le même public, mais en tout cas
 44 deux descriptifs de ce public là, différents. La finalité revient au même. Mais c'est une précarité
 45 sociale, une précarité financière, une précarité sanitaire, une précarité familiale. En tout cas ils
 46 sont carencés de plein de choses.

47 Moi : OK. Est-ce que vous avez une situation qui vous a marqué où vous avez pris en soin une
 48 personne sans abri ? Et est-ce que vous pouvez nous dire un peu quels ont été les difficultés
 49 rencontrées etc.

50 Rachel : Alors oui, il y en a une situation d'un monsieur, qu'on connaît depuis... Qu'on
 51 connaissait... il est aujourd'hui décédé aussi. Qu'on connaissait depuis des années, un monsieur
 52 qui était rue de la république, au niveau de la poste, qui très longtemps, a dormi dans la cabine
 53 téléphonique à l'époque, il y avait des cabines téléphoniques. Son lieu de vie, c'était la cabine
 54 téléphonique devant la poste rue de la république. Et ce monsieur, pour une vie en marge à ce
 55 point-là, il y avait probablement... Alors un syndrome d'auto-exclusion, ce qu'on appelle. C'est
 56 la vraie pathologie principale du S D F. Qui n'est pas une pathologie psychiatrique, qui est une
 57 pathologie peut être sociale. C'est un doux mélange d'un peu tout en fait. Pour dire que, à
 58 l'éducatrice spécialisée, on va venir demander un médicament et à l'infirmière, on va lui
 59 demander des papiers. Voilà ça en fait, de par leur comportement, ils suscitent le rejet c'est ce
 60 qu'on appelle le syndrome d'auto-exclusion. Et ce monsieur qui vivait donc à la rue qui était
 61 dans un état de santé pitoyable, qui avait des plaies au niveau des pieds. Le nombre de fois
 62 qu'on l'a accueilli ici, il y avait des vers à l'intérieur de la plaie. Donc on a enlevé les vers un
 63 par un, mais qui, a contrario refusait de se soigner donc ben c'était compliqué pour lui de
 64 prendre des médicaments parce que "non il n'a rien". Mais parce que aussi il avait probablement

65 une psychose qui était sous-jacente depuis des années, bien ancrée, impossible à traiter parce
66 que d'autre manière il refusait tout. Pas de grands motifs pour faire une hospitalisation sous
67 contrainte. Donc les difficultés ont été pour arriver à le soigner, donc en fait on le soignait en
68 le mettant à l'abri déjà quelque temps, puis quand il décidait de repartir, ben, il repartait.

69 Moi : Et même sur le LAM, il refusait que vous soigniez ses plaies au pied ?

70 Rachel : Alors on faisait un jour sur deux, le pansement, mais il fallait ruser de stratégies en
71 disant qu'il fallait un bain de pied avant. Mais peut-être que deux jours dans la semaine, pas
72 plus, enfin, donc les plaies, la plaie, elle a été compliquée à soigner et, il fallait aussi, ça voulait
73 dire qu'il fallait prendre des douches. L'accès à l'hygiène c'est compliqué peut-être en tant que
74 bon psychotique ça reste compliqué la douche parce que c'est très contenant finalement la saleté
75 qu'il y a sur leur corps avec les couches de vêtements sales depuis des lustres. Ça rend
76 compliqué, voilà, l'accès après à la douche. Et donc il a accepté des fois, il a accepté, il refusait
77 aussi des fois, mais il y a aussi les prises de médicaments qui vont avec et ça les prises de
78 médicaments des fois il les refusait. Donc c'était aléatoire, mais finalement c'était comme il
79 l'avait décidé.

80 Moi : Et du coup est-ce que vous diriez que, bon, je connais peut-être déjà la réponse, mais que
81 la prise en charge du coup du patient sans abri est différente de celle de d'un patient qu'on dit
82 lambda entre guillemets ?

83 Rachel : Ah bah là c'est évident, le patient lambda, il va par lui-même être dans une démarche
84 de soins, pour certains, parce que bon c'est pas non plus donné à tout le monde, mais
85 majoritairement, on se dit que si la personne a une intervention de programmée, c'est parce
86 qu'il accepte, c'est parce qu'il a désire d'aller mieux. Pour les personnes sans-abri, c'est
87 compliqué, parce que qu'est-ce qui les motive aller mieux ? C'est-à-dire que notre public nous
88 ils ont tout ce qu'il y a de pire dans la vie. C'est-à-dire pas de logement, pas de vie de famille,
89 pas d'argent, pas d'entourage, qu'est-ce qui les tient en fait ? Certains, les prises de toxiques,
90 l'alcool, les drogues, les font tenir parce qu'il y a le désir de quelque chose, et c'est finalement
91 le seul désir de consommer. Pour ceux qui ne consomment pas en fait on est sur de l'instant T,
92 il y a l'envie de rien. Parce qu'ils ne connaissent pas quelque chose qui est de l'ordre de la
93 motivation. Donc finalement le soin c'est compliqué parce que pourquoi soigner ? A quoi bon ?
94 Ils en sortent ça ne leur apporte rien pour certains alors y en a d'autres qui arrivent avoir des
95 ressources et d'élaborer sur le mode de vie, peut-être meilleur après avec une envie d'un projet
96 autre celui de la rue il y a des fois un souhait pour certains comme la situation que je t'ai dit,

97 c'était vraiment son souhait, c'était retourner vivre à la rue quoi, il ne voulait rien, l'appartement
 98 ça jamais été son mode de vie. Donc à quoi bon se soigner pour retourner vivre dans la rue pour
 99 que ça recommence ? Donc bien sûr que la prise en charge, elle est tout à fait différente.

100 Moi : Oui c'est très très difficile.

101 Rachel : C'est difficile parce que, les soignants, on est face à l'impuissance ce qu'on appelle, et
 102 en tant que bon infirmier qu'on est tous, on a fait ce métier pourquoi? Parce qu'on veut soigner
 103 des gens. Mais soigner au sens propre du mot soigner. Et en fait c'est à nous de se décaler de
 104 cette vision là parce que moi je dis toujours, il y a ce que nous on veut pour eux et il y a ce que
 105 eux ils veulent pour eux. Et ça c'est un maître mot à garder en tête, cette phrase, parce que bon
 106 après même pour des gens lambda, il y a aussi leur euh, il y en a qui ont décidé qu'ils prendront
 107 pas de traitement parce qu'ils vont s'en sortir tout seuls voilà. Il y en a qui ont décidé de prendre
 108 des plantes, de prendre de l'homéopathie parce que ça va fonctionner comme ça. Moi j'en ai
 109 connu des gens qui se traitaient par les plantes pour soigner un cancer. Bon, mais c'est leur
 110 choix et c'est à nous en tant que soignants d'arriver à dire que c'est leur choix, nous on est là
 111 pour les accompagner les sensibiliser à tel risque, tel risque ou tel risque, à nous conseiller
 112 comme on peut le faire avec notre propre euh voilà notre rôle, après c'est le patient qui a son
 113 choix. Et ça c'est à respecter. Et ça c'est l'impuissance face à ce que nous, on ne désire pas ou
 114 à notre réalité à nous, ça c'est à nous de le travailler avec nous-même.

115 Moi : Mais ça me fait penser à un truc que j'avais lu qui disait, oui, il faut pas se positionner
 116 comme le soignant tout-puissant, qui a les connaissances qui sait comment on gère. Et en fait
 117 ouais, d'autant plus ici quoi, si on adopte cette position, je pense qu'on n'aura rien de...

118 Rachel : Bah on aura rien, si ce n'est du refus du patient. Et des fois pour qu'ils acceptent un
 119 soin, c'est des années de bataille.

120 Moi : Et c'est énormément de négociations, c'est ce qu'elle me disait "Stef" aussi.

121 Rachel : Ah oui, mais sans la négociation sans le lien de confiance, il ne se passe rien. On a
 122 une dame là, qui vient d'arriver qui a été opérée avant-hier d'accord d'une éviscération. C'est une
 123 dame que l'équipe mobile a rencontrée à la rue d'accord, donc consommation d'alcool massive
 124 voilà. C'était vraiment des grosses consos, je pense que C***** a dû mettre si ce n'est pas plus
 125 d'un an à créer le lien. Voilà un an à créer le lien donc nous elle est venue la faire visiter ici
 126 pour voir si c'était OK pour elle, après elle a fait un dossier d'admission. Après on l'a revue.
 127 Elle était toujours OK, aujourd'hui elle a réussi à être opérée, mais on est sur C***** qui a mis

128 un an nous, on a mis six mois, on est sur un an et demi pour aboutir à quelque chose. Mais
 129 finalité, elle a réussi pendant là plus de 15 jours, même pratiquement un mois, à ne pas sortir
 130 pour consommer. C'est-à-dire qu'il y a un travail énorme qui a été fait, mais nous on y a été
 131 tranquille aussi. Dès son entrée, on a pas dit "Bon allez, opération le mois prochain" non on lui
 132 a laissé déjà le temps d'arriver, le temps de prendre ses marques. Après elle était OK pour voir
 133 le chirurgien, voilà on a refait mais on a fait aussi en fonction d'elle. L'arrêt de la conso quand
 134 elle est arrivée chez nous, c'était pas possible. Bon là ça ne veut pas dire qu'elle va pas
 135 reprendre, mais en tout cas, elle, son éventration lui posait problème. Ben aujourd'hui on a
 136 réussi à travailler avec elle sur le fait que la consommation d'alcool, il fallait qu'elle la diminue,
 137 sinon elle ne pourrait pas "prétendre à". Donc on a fait progressivement, elle a pu sortir trois
 138 fois par semaine pendant tant de jours, puis deux fois par semaine, puis en fait-on a fait comme
 139 ça, et jusqu'au moment où là ça fait plus d'un mois qu'elle était pas sortie. Pas sortie seule pour
 140 consommer, je parle, sinon elle sort avec les agents, elle va balader voilà mais pas pour
 141 consommer. Mais on fait avec leur temporalité, si on fait avec la notre, ça ne fonctionnera pas.
 142 C'est clair, et c'est comme ta situation de mémoire. Avec notre temporalité, il fallait le clouer
 143 au lit, vulgairement, et ne plus qu'il bouge ce monsieur. Sinon on savait qu'il allait mourir c'est
 144 vrai. Mais lui il n'était pas à ce niveau-là. Et lui, tout ce qu'il voulait, c'était vivre, et pour lui
 145 vivre ça passait par ces petites bières qu'il consommait courant la journée. Pour lui, c'était ça
 146 sa définition de vivre, donc finalement à quoi bon l'obliger, on est personne nous pour l'obliger.
 147 Si lui il voulait pas s'obliger alors on pouvait que l'accompagner là-dedans. Donc voilà.

148 Moi : Bah merci. Du coup on va passer au sujet de la relation soignant-soigné, dans votre
 149 pratique quel est l'importance de la relation de soin et comment la construisez-vous avec le
 150 patient en général ? Et si même vous avez un exemple également.

151 Rachel : Alors la relation de soin elle est essentielle ça revient la situation de la dame que je
 152 disais. Nous le lien voilà, pour l'arrivée sur le service, le lien on le crée au fur et à mesure. Moi
 153 j'ai déjà eu une première rencontre avec eux généralement. Avant leur admission, soit je les
 154 reçois ici, soit moi je vais les voir dans le lieu où ils sont hospitalisés. Et euh, mais bon la
 155 relation de confiance elle peut commencer là, mais elle est très brève c'est pas... Après elle
 156 vient avec le temps et elle vient avec l'équipe au fur et à mesure ils vont se voir pratiquement
 157 tous les jours. Et ils vont apprendre à... L'agent va apprendre à savoir comment fonctionne le
 158 résident et le résident va savoir si euh... Il va vite savoir qu'il peut avoir confiance, mais après
 159 ça dépend des personnalités aussi il y en a qui n'ont jamais de confiance en telle ou telle
 160 personnalité. Après sur l'équipe mobile, la relation de confiance, la relation soignant-soigné,

161 elle se crée autour d'un café autour d'une cigarette. Autour d'un dialogue entre les deux, mais
 162 qui peut durer seulement 35 secondes ou une minute. Et ça commence comme ça, et après c'est
 163 à force de revoir, de revenir, de se revoir toutes les semaines de façon régulière. Alors là. Il y
 164 a parfois une accroche, et parfois il y en a pas.

165 Moi : OK. Du coup ensuite est-ce que vous diriez que la relation du coup de soins se construit
 166 différemment avec un patient sans-abri ?

167 Rachel : Euh oui elle se construit totalement différemment bien que les bases soient les mêmes.
 168 Mais elle se construit différemment, parce qu'il y a la notion de temporalité, quelqu'un de
 169 lambda, si je puis dire en, on peut lui dire "bon là, vous avez des traitements à prendre, il faut
 170 les prendre" enfin "le docteur a prescrit les médicaments, voilà vos traitements. Vous les prenez
 171 ou vous les prenez pas.". Le sans-abri déjà c'est "est-ce que vous accepteriez de prendre des
 172 traitements?" après en soi ça devrait être à tout le monde "Est-ce que vous accepteriez de...".

173 Moi : Mais vous prenez, d'autant plus de pincettes peut-être.

174 Rachel : Ouais voilà c'est ça, on passe par 28 chemins pour arriver à une même situation, on
 175 fait vraiment du cas par cas. Chaque résident, on amène par moments, les choses de façon
 176 différente, on s'adapte vraiment à lui. Et les agents si ils ne s'adaptent pas, ça ne fonctionne pas.
 177 C'est-à-dire que on ne peut pas demander non plus à quelqu'un qui a été en marge toute sa vie
 178 de s'adapter à des règles, un règlement de fonctionnement, des règles de la vie, alors que sur
 179 l'extérieur il y en a eu aucune. Parce que aujourd'hui on fonctionne, la vie, c'est plein de règles,
 180 on y est toutes confronté, et on a des limites, alors que eux, rares sont les personnes de la rue
 181 qui ont des limites.

182 Moi : Oui vous n'êtes pas là pour faire changer les gens entre guillemets du tout au tout mais
 183 c'est vrai qu'après il y a quand même un cadre aussi que vous êtes obligés d'établir donc...

184 Rachel : On est là pour eux, on n'est pas pour les faire changer loin de là, c'est pas du tout notre
 185 but, on est là pour essayer de les accompagner. Dans ce qu'ils souhaitent. Et ça peut-être le soin
 186 aujourd'hui, mais c'est peut-être plus le soin demain. Parce que c'est au jour le jour. C'est
 187 comme on voit ici, quand on organise des sorties thérapeutiques qui font partie du soin, on
 188 parle de thérapeutique dans la sortie. On voit pour tous, beaucoup d'engouement quand on
 189 propose la sortie, le jour du départ, on est sur autre chose. Parce qu'avec ce public on est sur de
 190 l'instant T, c'est l'immédiateté, ils ont, et ça revient à ce qu'on disait tout à l'heure,
 191 l'impossibilité de se projeter. Donc en fait on est sur du ici et maintenant et demain en fait ça

9.10 Annexe X : Tableaux d'analyse

9.10.1 Présentation

Sous thèmes	Parcours professionnel	Intérêt pour le service
Stef	L 3 “je suis diplômée de 2002”	L 17-18 “ en fait ce qui m'intéressait, c'était donc le public et en plus l'addiction. Je n'avais aucune notion à ce niveau-là, mais je voulais me former”
Alice	L 3-4 “je suis diplômée de 2014, donc ça fait 11 ans. Et 11 ans que je travaille aux urgences”	L 9 “Moi ce qui m'attirait, c'était l'absence de redondance, le fait que voilà on savait pas de quoi demain serait fait”
Thomas	L 4 “je suis resté aide-soignant à peu près neuf dix ans, ensuite j'ai fait l'école d'infirmier” L 7-8 “j'ai eu mon poste ici depuis un peu plus de un an maintenant presque deux ans”	
Kelya	L 3-4 “je suis diplômée euh ça va faire quatre ans cette année, euh ça fait deux ans presque deux ans et demi que je suis en pneumo”	L 5-6 “je voulais découvrir la pneumo, tout simplement”
Sara	L 3-4 “je suis ancienne aide-soignante. J'ai travaillé pendant cinq ans en tant qu'aide-soignante” L 5 “je suis diplômée depuis presque huit mois”	L 12 “Parce que c'était un poste de jour”
Rachel	L 3-5 “je suis faisant fonction cadre socio-éducatif sur le service des LAM, lits halte soins santé, équipe mobile, les	L 20-27 “je connaissais pas du tout quand j'étais étudiante, j'avais jamais entendu parler de précarité. Même l'appréhension plutôt de croiser un SDF et avoir tendance à changer de trottoir parce que ça fait peur le SDF. Des fois

	deux équipes mobiles, EMPP et lits halte soins santé mobile” “depuis 4/5 ans.”	alcoolisés, on sait pas, imprévisible. Et puis l'accompagnement que j'ai eu par les professionnels qui étaient présents, la diversité des choses, des soins à réaliser et des méthodes d'approche, surtout. Et un public en fait très très très sensible, très très intéressant avec des parcours de vie, complètement atypiques. Tout ce qui manque et...Voilà la globalité de tout ça fait que du coup j'y suis toujours. Aujourd'hui la précarité c'est toujours un domaine qui me plaît, vraiment”
--	--	--

9.10.2 Le Soins

Sous thèmes :	Le care	Le cure	Le caring
Stef	L 31 “on fait de “l’aller vers” L 41 “ j'accueille les gens” L 217 “Gérer la crise”	L 101-102 “il avait vraiment besoin de maternage et d'un accompagnement serré, alors quand il allait pas bien, régulièrement, il m'a appelé” L 107 “il arrivait à m'entendre et j'arrivais à le raisonner” L 231 “on travaille aussi plus la prévention” L 241 “nettoie des plaies” L 243 “on fait des permanences avec le bus, mais il n'y a pas de docteur” L 248 “on les ausculte, on leur dit bah là il vous faudra un traitement quoi ne serait-ce que de l'hypertension”	L 37 “accompagner, orienter les personnes vers le soin vers guérir leur maladie” L 136 “projets de soins, projet de vie”
Alice	L 26-28 “on va prendre en charge aussi tout ce qui est le côté famille, les nouvelles, tout ça. Et il y a toute une partie sociale”	L 20-21 “nous souvent notre première prise en charge, c'est quand même sur les antalgiques, la douleur tout ça” L 147 “des plaies surinfectées tout ça, ça arrive quand même pas mal chez le sans-abri”	L 17 “prendre en charge la personne dans sa globalité.”

Thomas	L 16-17 “il peut y avoir des problèmes sociaux ou psychologiques” L 22-23 “ en utilisant les bons mots aux bons moments”	L 15-16 “on a quand même des problèmes somatiques ici aux urgences” L 42 “bien gérer le côté somatique en premier”	L 13 “c'est une globalité on va dire” L 14-15 “c'est vraiment essayer de prendre le patient dans sa globalité” L 19-21 “pour moi le soin c'est pas juste aller voir la patiente, la perfuser, lui mettre un antalgique, c'est de prendre un petit peu le temps”
Kelya	L 12-13 “la personne a besoin d'une aide extérieure” L 66 “Soit parler ou juste de quelque chose”	L 81-82 “ici ils ont des examens de prévu des choses de prévues”	L 18-19 “c'est sûr qu'on les prend dans leur globalité, mais c'est vraiment répondre un besoin dans l'instant T en général”
Sara	L 20 “pour moi c'est parler au patient l'écouter”		L 17-19 “j'évalue l'autonomie générale du patient, son contexte de vie aussi, euh son passif, les difficultés qu'il peut rencontrer et au niveau de la prise en charge des traitements aussi un petit peu ses antécédents je fais un peu le tour” L 25 “de le prendre dans sa globalité” L 26-27 “vraiment le soigner c'est écouter le patient et essayer de mettre en pratique tout en lui apportant l'ensemble des informations”
Rachel	L 67-68 “on le soignait en le mettant à l'abri déjà quelque temps”	L 36-37 “et après on y rajoute les soins techniques lorsqu'ils le veulent surtout.”	L 30-32 “Soigner, c'est très large comme terme. C'est pour moi... On peut soigner en étant là juste là, sans pour autant faire

		L 62-63 “on a enlevé les verres un par un” L 187 “on organise des sorties thérapeutiques qui font partie du soin, on parle de thérapeutique dans la sortie”	du soin technique. Le soin, c'est aussi une partie de Scrabble, c'est aussi un accompagnement aux courses, c'est aussi un accompagnement chez le coiffeur” L 111 “on est là pour les accompagner les sensibiliser à tel risque, tel risque ou tel risque, à nous conseiller comme on peut le faire avec notre propre euh voilà notre rôle, après c'est le patient qui a son choix.” L 141 “on fait avec leur temporalité, si on fait avec la notre, ça ne fonctionnera pas” L 213-214 “Aujourd'hui, on travaille beaucoup le soin, au sens large ici.”
--	--	---	---

9.10.3 Être sans-abri

Sous thèmes	La précarité	La représentation de la personne par elle-même	La représentation qu'ont les soignant
Stef	L 58-59 “ne pas avoir un toit, de ne pas forcément s'alimenter correctement à sa faim et ne pas pouvoir se prodiguer des soins d'hygiène, que ce soit corporel, vestimentaire” L 61-62 “les fondamentaux que nous on connaît, eux, ils les ont plus ou ils ne peuvent pas les avoir” L 80 “il était exclu” L 85 “il avait claqué toute sa thune” L 130-131 “j’ai plus de chaussettes, tu ne peux pas me les acheter” L 158 “il vit dans un garage” L 161 “Il n'a pas de chauffage”	L 98 “très peu de liens avec les autres” L 99 “Il voulait parler à personne” L111-112 “mettre à mal aussi le collectif sur les accueils de jour” L 119 “il sentait qu'il allait faire une connerie” L146 “ils sont pas dans cette projection d'avoir un toit”	L 27-28 “Alors les craintes c'est plus les parasites en fait j'avais peur des punaises de lit, des trucs...Voilà quoi, la gale..” L 31 “on a pas les murs quoi” L 33-34 “e sont des gens quand même imprévisibles qui sont plus ou moins sous l'emprise de toxiques ou d'alcool” L 125 “on a envie de l'aider” L 184 “le petit bout de trottoir qu'ils vont avoir et bah là tu te dis bah je rentre chez eux”
Alice	L 29-30 “on a aussi beaucoup de gens qui ont pas de, qui n'ont pas de couverture...” L 45-46 “Quand il fait très froid quand il y a du mistral ou autre personne n'a envie de dormir dehors”		L 35 “Je dirais classiquement sans domicile” L 36 “tout ce qui est réfugiés tout ça” L 49 “agressivité liée à l'alcool” “beaucoup de toxicomanie”

	L 53-54 “tu veux prendre une douche bah va prendre une douche, des vêtements bah y’a pas grand-chose” L64-65 “Il y a pas de famille, personne qui peut venir les chercher y a pas un domicile pour se reposer”		L 55 “on a pas toujours de reconnaissance non plus” L 56 “C’est une population parfois un peu singulière je dirai” L 66 “ils ont tendance à s'éterniser et c’est un peu délicat après de les mettre dehors”
Thomas	L 30-31 “c'est quelqu'un qui a peut-être plus de difficultés qu'un patient lambda” L 39 “sous un pont à risquer de se faire agresser” L 70-71 “ils se retrouvent dans une situation précaire à dormir dans leur voiture”	L 63-65 “il y en a, c'est leur choix. Ils se définissent un peu comme vagabonds, et c'est-ce qui les caractérise, ils préfèrent être dans la rue”	L 33 “ on se doute qu'il y aura des problèmes sociaux derrière” L 34 “il vient peut-être ici pour avoir une sorte de refuge” L 40-42 “ça peut avoir des fois un petit peu un coté à se dire bon bah c'est un sans-abri, on va le mettre dans un coin on va pas y prêter attention mais justement faut pas rentrer là-dedans” L 50-51 “ils sont pas tout le temps maîtres de leurs mots, de leurs gestes et des fois ils ont un peu un comportement qui peut paraître un petit peu agressif” L 85-86 “voir si ça se passe bien dans la rue parce que je pense qu'il y avoir des agressions, il peut y avoir des...”
Kelya	L 29-30 “c’est très rare mais euh ils peuvent être hébergés temporairement”		L 27 “il n’a pas de domicile fixe” L 73 “pour moi tout est pareil, il y a juste la sortie”

	L 49-50 “on les sollicite (les assistantes sociales) pour essayer de voir si on peut pas trouver une solution” L 99 “C'est vraiment ce côté social ouais”		L 78 “pour moi tout est pareil, il y a juste la sortie” L 97-99 “ça fait quand même quelque chose de nous se dire que, c'est frustrant, on met pas forcément plus de choses en place quoi”
Sara	L 31 “Difficulté de prise en charge, difficulté sur le plan social” L 39 “qui dit sans abri dit sans famille”		L 36-37 “on a eu justement un patient sans-abri qu'il fallait renvoyer et ça nous a fait tellement de peine qu'on s'est tous cotisés pour pouvoir lui offrir une semaine d'hôtel” L 46-47 “les sans-abris pour le peu que je sache, aiment retourner là où ils sont parce que généralement ils ont leur animal de compagnie” L 49-51 c'est eux qui en parlent plus, qui en parlent le mieux des hébergements. Et apparemment, il y a des vols, la casse, et du coup ils sont plus en sécurité à l'extérieur qu'en hébergement” L 52-53 “quand j'entends des sans-abris, ça plombe un peu le moral” L 97-98 “il faut pas poser cette étiquette de sans-abri. Avant d'être sans abri, je pense qu'il avait un abri”

			L 114-115 “Avant de dire que c’est un sans-abri pour moi c’est d’abord monsieur untel qui a un passif, qui a une histoire de vie”
Rachel	L 33-34 “des personnes qui sont en carence affectives qui ont des traumatismes, l’abandon. Souvent une vie isolée, marquée par des violences” L 44-46 “une précarité sociale, une précarité financière, une précarité sanitaire, une précarité familiale. En tout cas ils sont carencés de plein de choses.” L 88-89 “ils ont tout ce qu’il y a de pire dans la vie. C’est-à-dire pas de logement, pas de vie de famille, pas d’argent, pas d’entourage”	L 55-56 “un syndrome d’auto-exclusion, ce qu’on appelle. C’est la vraie pathologie principale du S D F” L 59-60 “de par leur comportement, ils suscitent le rejet c’est ce qu’on appelle le syndrome d’auto-exclusion” L 74-75 “a reste compliqué la douche parce que c’est très contenant finalement la saleté qu’il y a sur leur corps avec les couches de vêtements sales depuis des lustres” L 89-90 “Certains, les prises de toxiques, l’alcool, les drogues, les font tenir parce qu’il y a le désir de quelque chose, et c’est finalement le seul désir de consommer.” L 92-93 “on est sur de l’instant T, il y a l’envie de rien. Parce qu’ils ne connaissent pas quelque chose qui est de l’ordre de la motivation” L 97-98 “c’était vraiment son souhait,	L 40-43 “le sans-abri c’est un pour moi encore différent du S D F, sans domicile fixe ou SRS, sans résidence stable, ce terme qui, par moments est un peu à la mode. Le sans abri, c’est vraiment celui qui côtoie le trottoir, le S D. F. c’est pour moi celui qui peut être hébergé par moments. Qui peut aussi côtoyer le trottoir, c’est pour moi le même public, mais en tout cas deux descriptifs de ce public là, différents. La finalité revient au même” L 86-87 “Pour les personnes sans-abri, c’est compliqué, parce que qu’est-ce qui les motive aller mieux ?” L 189-191 “avec ce public on est sur de l’instant T, c’est l’immédiateté, ils ont, et ça revient à ce qu’on disait tout à l’heure, l’impossibilité de se projeter”

		c'était retourner vivre à la rue quoi, il ne voulait rien, l'appartement ça jamais été son mode de vie” L 206-208 “la peur du jugement, la peur de se dire que... Ça renvoie aussi la non-autonomie “j'ai besoin de quelqu'un qui m'accompagne pour” donc ça renvoie beaucoup de choses, avant tout, ça renvoie en tout cas une réalité.”	
--	--	--	--

9.10.4 La relation soignant-soignée

Sous thèmes	La distance	La posture
Stef	L 31-32 “les murs c'est assez contenant et c'est rassurant même pour nous en tant que soignants” L 103-104 “moi arrivé un moment où je peux pas dépasser non plus mes limites” L 105 “c'était presque mon chouchou” L 192-193 “il me faut un laps temps pour pouvoir tutoyer les personnes” L 200 “dans le vouvoiement, je me dis bon je suis soignante, je le respecte” L 208-209 “il y a des personnes qu'on rencontre depuis longtemps, et arrive un moment où le tutoiement après il s'installe tout seul” L 217-218 “moi je garde souvent le vouvoiement”	L 75-76 “il y avait une bonne alliance tous les deux.” L 127-128 “c'est vrai qu'il faut rester soignante, mais voilà il y a des situations qui nous dépassent...” L 135-136 “moi en tant que soignante, je pense que sur les prises en charge je m'investis trop sur les projets” L 144 “parfois je pense que j'en fais trop, il faut que je laisse le temps” L 152-153 “il faut laisser le temps et qu'il y ait cette relation de confiance”
Alice	L 74 “nous on les laisse tranquille” L 101 “c'est aussi ce qui est pudeur” L 109 “on connaît leur prénom quand ils sont dans la salle d'attente” L 127 “on donne la main après on nous demande le bras” L 150-151 “Nous aux urgences, on a une salle dédiée	L 47-48 “on peut pas laisser les gens dormir dehors” L 52-53 “on se sent un peu impuissant et démunis au final” L 82 “compliqué” L 82-83 “on a pas le temps quand on voudrait pour pouvoir discuter” L 88 “Il y a une grosse part d'écoute”

	qui est juste à côté du déchoquage qu'on utilise, c'est pas très orthodoxe, mais qu'on appelle une "pièce sale" "et c'est aussi la salle où on va recevoir les SDF et les alcoolisés sur la voie publique"	L 99-100 "il faudrait une relation de confiance que le patient puisse se sentir pris en charge et écouté et à l'aise" L 101-102 "on fait ce qu'on peut, mais c'est pas optimal du tout"
Thomas	L 44 "je pense qu'il faut pas aller les déranger" L 127-128 " Je pense qu'on peut pas forcer quelqu'un à rentrer en relation s'il veut pas" L 139 "Je pense qu'il a besoin d'un minimum de relation de confiance."	L 48-49 "parfois on est confronté un petit peu à la violence" L 54 "On peut pas se permettre de faire tout et n'importe quoi" L 56-57 "il faut arriver à poser à un cadre et en général ça se passe quand même assez bien" L 77-79 "on a quand même, je pense ce petit rôle à jouer, à dire si on peut pousser un peu le truc pour essayer qu'ils s'en sortent" L 97 "c'est à toi à ce moment-là en tant que professionnel d'être là et de au moins te présenter" L 100-101 "expliquer ce que tu fais, attendre en retour leur consentement" L 106-107 "Moi je pense que on est vite intrusif dans ce genre de service, et c'est important que les gens se sentent à l'aise" L 134-136 "je pense que il faut essayer d'encore plus rentrer dans la relation pour essayer de de construire quelque chose avec les patients qui ont une détresse autre que somatique"
Kelya	L 57 "Il faut aussi leur laisser le temps de eux s'adapter à nous"	L 56-57 "Mais ça se construit jour après jour et petit à petit quoi" L 63-64 "j'essaie juste d'être moi et de comment est-ce que moi j'aimerais qu'on agisse avec moi" L 67 j'essaye de vraiment leur montrer que je suis disponible"

Sara	L 42-43 “on sait jamais qu’est ce qu’ils deviennent dans la rue” L 58 “Au niveau émotionnel oui. Ça a plus d’impact.” L 63 “des fois j'aimerais bien poser la question de comment la personne est arrivée à ce stade” L 78 “tout en respectant nos limites en tant qu'infirmière” L 101-102 “une chose qui diffère, c'est comme j’ai dit, l’émotion. Voilà, l’impact émotionnel, il est plus fort”	L 56 “Non je dirais pas qu'elle est différente” L 71-72 “dans la relation soignant-soigné, la chose la plus importante à mon sens, parce que j’ai fait mon mémoire dessus, c’est l’écoute active” L 77-78 “par la confiance, on essaie aussi de répondre à ses questions quand on peut bien sûr” L 86 “l’écoute active et pas n’importe quelle écoute.” L 113-114 “mettre des étiquettes pour moi ça n'a pas de sens”
Rachel	L 128 “on est sur un an et demi pour aboutir à quelque chose” L 151 “le lien on le crée au fur et à mesure” L 159-160 “il y en a qui n'ont jamais de confiance en telle ou telle personnalité” L 174 “ on passe par 28 chemins pour arriver à une même situation, on fait vraiment du cas par cas”	L 101-102 “les soignants, on est face à l'impuissance ce qu'on appelle” L 102-104 “on veut soigner des gens. Mais soigner au sens propre du mot soigner. Et en fait c'est à nous de se décaler de cette vision là parce que moi je dis toujours, il y a ce que nous on veut pour eux et il y a ce que eux ils veulent pour eux.” L 167 “elle se construit totalement différemment bien que les bases soient les mêmes”



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) :

Promotion :

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☐

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☐

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le Signature :

Le soin et le sans-abri

Ce travail de recherche porte sur la prise en soin des personnes sans-abri et l'impact des représentations sur la relation soignant-soigné. Il s'appuie sur une situation vécue en stage auprès d'un patient en grande précarité, qui a suscité des questionnements sur la posture infirmière et le sens du soin. La question de recherche était : Dans quelle mesure les représentations des personnes sans abri peuvent impacter les soins et la relation soignant-soigné? Un cadre de référence a été construit autour du soin (care, cure, caring), du sans-abri (précarité, représentations) et de la relation soignant-soigné (distance, posture). Une enquête qualitative a été menée à partir d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers exerçant dans différents services depuis différentes années. L'analyse montre que les représentations influencent la posture soignante, la relation et l'accompagnement. Elles évoluent avec l'expérience et la pratique. Les résultats soulignent l'importance d'une posture réflexive et d'une prise en charge globale centrée sur la singularité de chaque personne. Ce travail met en évidence que la prise en soin des personnes sans-abri dépasse la dimension technique du soin et nécessite une adaptation relationnelle ainsi qu'une réflexion constante sur la posture infirmière.

Mots-clés : précarité / soin / sans-abri / représentations / relation soignant-soigné

187 mots

Healthcare and homeless

This research work is about the healthcare of homeless people and the impact of representations on caregiver-patient relationship. It is based on a situation experienced during an internship with a patient in severe precarity, who raised questions about nursing posture and the sense of care. The research question was: To what extent can the representations of homeless people impact healthcare and the caregiver-patient relationship? A reference framework has been built around care (care, cure, caring), homelessness (precarity, representations) and the caregiver-patient relationship (distance, posture). A qualitative study was conducted using semi-structured interviews with nurses working in various departments and with varying levels of experience. The analysis shows that representations influence the caring stance, the relationship, and the support provided. These representations evolve with experience and practice. The results highlight the importance of a reflective stance and holistic care centered on the uniqueness of each person. This work demonstrates that caring for homeless individuals goes beyond the technical dimension of healthcare and requires relational adaptation as well as ongoing reflection on nursing posture.

Keywords: precarity / care provision / homelessness / representations / caregiver-patient relationship

173 words