

Travail de Fin d'Étude

Soigner au-delà de l'exclusion : l'impact des perceptions infirmières sur la dignité et l'alliance thérapeutique



Unité d'enseignement 5.6 S6 :

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directeur de mémoire : Madame SCHILTZ Sylvia

Date de rendu : Mardi 26 mai 2026

Note aux lectrices et aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel, et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

Remerciements

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont été présentes à mes côtés tout au long de ces trois années de formation. Chacune, à sa manière, a contribué à me soutenir, à me faire avancer et à me permettre de devenir la future soignante que je serai demain. Je remercie également, plus largement, toutes celles et ceux qui ont participé de près ou de loin à ce parcours. Merci pour votre soutien, votre présence et votre aide, qui m'ont permis de grandir tout au long de cette belle aventure.

À mes formatrices, un immense merci à Madame Schiltz Sylvia, ma directrice de mémoire. Merci pour votre présence constante, votre accompagnement et vos conseils tout au long de ce travail. Merci surtout pour la confiance que vous m'avez accordée et qui m'a permis de croire en mes capacités et d'aller jusqu'au bout de ce mémoire.

Je tiens également à remercier Madame Ballois Dorothée, notre formatrice pédagogique. Merci de m'avoir accompagné durant ces trois années, d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue dans les moments où le doute prenait parfois le dessus. Votre bienveillance et votre regard encourageant ont beaucoup compté pour moi.

À mes compagnons de route, à Marisol, Marie et Péléné. Merci à vous trois pour votre présence, votre soutien et tous les moments que nous avons partagés pendant ces trois années. Votre amitié a rendu cette formation plus légère dans les moments difficiles et encore plus belle dans les moments de joie. Péléné et Marie, nous nous sommes rencontrées à l'école d'infirmière et, au fil du temps, notre relation est devenue une véritable amitié. Marisol, quant à toi, tu fais partie de ma vie depuis bien plus longtemps, puisque notre amitié remonte au collège. Au fil de ces années, nous avons formé un groupe de quatre soudés. Nous avons traversé ensemble les hauts, les bas, les révisions acharnées, les stages parfois difficiles, les moments de doutes mais aussi beaucoup de fous rires. Toutes ces journées ensemble, nos travaux de groupe et tous ces souvenirs vont forcément me manquer. Mais je sais que ce que nous avons construit dépasse ces trois années et que notre amitié restera. Merci d'avoir été mon ancrage tout au long de cette aventure.

À ma famille et mes amis, je souhaite également les remercier pour leur présence et leur soutien tout au long de cette formation. Merci pour votre patience, votre écoute et vos encouragements. Dans les moments de fatigue, de stress ou de doute, savoir que vous étiez là pour moi m'a beaucoup aidée à continuer d'avancer. Votre confiance et votre soutien ont été une vraie force pour moi durant ma formation.

Enfin, un merci tout particulier à toi, Francisco. Merci de m'avoir soutenue pendant ces trois années, de m'avoir encouragé lorsque je doutais et de m'avoir rappelé que j'en étais capable. Merci d'avoir été présent dans les moments de stress, de fatigue et de doutes, et d'avoir toujours trouvé les mots pour me rassurer. C'est aussi grâce à toi que j'ai pu avancer et arriver jusqu'ici.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	1
2. Situation d'appel	2
2.1. Description de la situation	2
2.2. Questionnement de la situation	4
3. Question de départ	9
4. Cadre de référence	9
4.1. La relation soignant-soigné	9
4.1.1. Définition : Qu'est-ce que la relation soignant-soigné ?	9
4.1.2. Histoire de la relation soignant-soigné	12
4.1.3. La relation soignant-soigné, au cœur de la qualité du soin	15
4.2. Les perceptions des soignants	17
4.2.1. Définition : Qu'entend-on par les perceptions des soignants ?	17
4.2.2. Les émotions, perceptions et vécus des soignants dans la relation de soin	20
4.2.3. Les limites et les obstacles perçus par les soignants	23
4.3. La précarité dans la relation soignant-soigné	25
4.3.1. Définition et formes de la précarité	25
4.3.2. Les impacts de la précarité sur la relation de soin	29
4.3.3. Le rôle soignant face à la précarité	31
5. Enquête exploratoire	34
5.1. Présentation de l'enquête exploratoire	34
5.1.1. Méthode de recherche utilisée	34
5.1.2. Population choisie	35
5.1.3. Lieux d'investigations	35
5.1.4. Outil utilisé	37
5.1.5. Réalisation de l'enquête : Déroulement et limites	37

5.2.	Présentation et analyse des résultats	39
5.2.1.	Présentation des participants.....	39
5.2.2.	Analyse des résultats de l'enquête	40
6.	La Problématique	55
6.1.	La relation soignant-soigné	55
6.2.	Les perceptions des soignants.....	56
6.3.	La précarité dans le contexte des soins	57
7.	Question de recherche	58
8.	Conclusion	58
9.	Bibliographie	60
10.	Annexes	64

1. INTRODUCTION

« Autrui n'est pas objet de connaissance ni de représentation, Autrui n'est ni un concept ni une substance, il ne se définit ni par des propriétés (insaisissable), il n'est pas élément d'une espèce, fût-elle humaine, ni par son caractère, ni par sa position sociale, ni par sa place dans l'histoire. Autrui est visage, non pas comme celui d'une photo d'identité ou d'une photographie familiale dont on peut fixer le souvenir dans une image précise mais présence expressive, appel exigeant, à la fois parole, demande, supplication, enseignement et même commandement qui exige réponse, aide, sollicitude, compassion. » (Levinas cité par Fiszman, M. 2009, para.3)

À travers cette réflexion, Emmanuel Levinas rappelle que l'autre ne peut pas être réduit à une catégorie, à un statut social ou à une caractéristique particulière. Chaque personne est unique et sa simple présence nous interpelle. Le « visage », au sens de Levinas, ne correspond pas seulement à l'apparence physique, il représente l'humanité de l'autre, ce qui nous appelle à le reconnaître, à l'écouter et à lui répondre avec respect et compassion. Autrement dit, rencontrer l'autre implique une responsabilité éthique, celle de considérer la personne dans toute sa dignité.

Cette idée prend une place particulière dans le domaine du soin. En effet, la pratique infirmière ne se limite pas à la réalisation d'actes techniques ou à la gestion de données médicales. Elle repose également sur une relation humaine essentielle. Le patient n'est pas uniquement une pathologie à traiter, mais une personne singulière, avec son histoire, ses émotions et sa vulnérabilité. La qualité du soin dépend donc aussi de la manière dont le soignant reconnaît et accueille cette singularité. Ainsi, prendre soin signifie s'intéresser à l'individu dans sa globalité et adopter une attitude d'écoute, de respect et de bienveillance. Cependant, dans la réalité du terrain hospitalier, cette posture peut parfois être mise à l'épreuve. La charge de travail, la fatigue professionnelle ou encore certaines représentations sociales peuvent influencer la manière dont les soignants perçoivent les patients et interagissent avec eux.

Cette réflexion trouve son origine dans une situation vécue lors de mon second stage de première année, réalisé dans un service de pneumologie. Au cours de ce stage, j'ai été témoin d'une prise en charge impliquant un patient en situation de précarité. L'écart que j'ai perçu entre les valeurs du soin et certaines attitudes observées a suscité chez moi un sentiment de malaise, mais aussi une volonté de mieux comprendre les mécanismes qui peuvent influencer le regard des soignants face à des situations de vulnérabilité ou d'exclusion.

À partir de cette expérience, une question centrale s'est progressivement imposée :

« Quelles perceptions ont les soignants des patients en situation de précarité ? »

Afin d'explorer cette interrogation, ce travail s'organise en plusieurs étapes. Dans un premier temps, je présenterai la situation d'appel vécue en stage ainsi que le questionnement qui en découle. Dans un second temps, j'exposerai le cadre de référence, en abordant la relation soignant-soigné, les perceptions des soignants et la précarité dans la relation soignant-soigné. Ensuite, une troisième partie sera consacrée à l'enquête exploratoire, comprenant la méthodologie utilisée, la population et les lieux d'investigation interrogés, et l'outil de recueil de données. Enfin, les résultats de cette enquête seront présentés et analysés, afin de dégager une question de recherche, avant de conclure ce travail.

2. SITUATION D'APPEL

2.1. DESCRIPTION DE LA SITUATION

Je suis étudiante infirmière, la situation que je vais vous présenter se déroule dans un service de Pneumologie dans un hôpital situé dans le sud de la France. Ce service comprend 30 lits de pneumologie aiguë répartis en chambres doubles et en chambres individuelles, et un laboratoire de sommeil de 6 lits proposant des tests de vigilance, Test de Maintien de l'Éveil (TME), Test Itératif de Latence à l'Endormissement (TILE), 2 polygraphies ambulatoires. Le service de pneumologie est divisé en 3 secteurs comprenant une infirmière et une aide-soignante pour chacun d'eux.

Aujourd'hui est le début de ma première semaine de mon second stage. Nous sommes mardi 12 mars 2024 et je suis en poste de 12h à 19h avec l'infirmière que nous appellerons Olivia du secteur 3 qui travaille ce jour-là.

Durant nos soins de l'après-midi, aux environs de 14h, une aide-soignante vient nous voir et nous informe qu'un patient, que nous appellerons Yanis, a vomi du sang (hématomèse) dans son lit et qu'il est vraiment très asthénique.

Yanis est un homme âgé de 32 ans, de nationalité tunisienne et actuellement sans domicile fixe. Il est élancé et d'aspect maigre. Il est autonome dans les gestes du quotidien. Il est hospitalisé au sein du service pour une tuberculose. L'équipe l'a donc mis sous isolement air, afin de

protéger les autres patients et l'équipe soignante. Ce patient ne reçoit pas de visite, étant donné que sa famille est restée en Tunisie.

Suite à la demande de l'aide-soignante, Olivia lui répond qu'elle passera le voir plus tard, puisqu'elle est en retard sur son tour de l'après-midi. De plus, Olivia nous exprime le fait que ce patient la « soûle ». L'aide-soignante n'insiste pas et repart prodiguer ses soins. Olivia me regarde et m'exprime : « j'en ai marre qu'on me dérange lorsque j'effectue mon tour ». Cela me surprend énormément, je ne m'attendais pas à cette réaction, puisque je pensais qu'il s'agissait d'une urgence qu'elle n'a pas prise en compte. Ses propos me donnent l'impression qu'elle considère Yanis uniquement à travers sa situation sociale, puisqu'elle me dit : « c'est qu'un clochard ».

Une demi-heure plus tard, la même aide-soignante revient vers nous, en informant Olivia que le médecin du service veut la voir immédiatement. Je l'accompagne donc au bureau destiné aux docteurs. Le médecin qui prend en charge Yanis demande à Olivia de lui poser une perfusion.

Nous nous dirigeons vers la salle de soin, qui regroupe la pharmacie du service et un plan de soins, afin de préparer et de poser cette perfusion. Je lui propose mon aide, qu'elle refuse, car nous sommes déjà très en retard sur le tour.

Avec tout le matériel nécessaire, qu'Olivia a préparé en amont, nous allons vers sa chambre. Je m'équipe d'un masque FFP2 et me désinfecte les mains, comme nous l'indiquent les précautions air, présentes devant la chambre de Yanis, sur une tour. Olivia rentre sans protection, sans frapper à la porte et sans un mot.

Nous le retrouvons, dans son lit, sur le ventre, la tête en direction de la fenêtre. Elle l'informe qu'elle va devoir lui poser un cathéter, mais le patient ne semble pas réagir. Voyant cette absence de réaction, Olivia commence à faire sentir son mécontentement et prononce ses mots « j'ai pas le temps de prendre soin de toi, faut y mettre un peu du tien ». Suite à ces paroles, avec le peu de force qu'il lui reste, le patient prononce un non clair et franc, il refuse le soin et nous demande de le laisser se reposer. Olivia, l'air agacée, lui stipule alors qu'il n'a pas le choix que d'accepter, car c'est pour son bien, mais le patient reste sur sa position.

Je me positionne donc vers la porte pour sortir de la chambre, pensant que nous n'allions pas prodiguer le soin, vu que Yanis l'a refusé. Mais Olivia prend son bras assez violemment et procède à la pose du cathéter et le perfuse, tout cela se fait très rapidement et sans explication.

Étant gênée de la situation et remarquant que les draps sont tachés de sang, je propose à Yanis de les lui changer. Cette dernière s'y oppose en me disant que les aides-soignantes s'en occuperont et « qu'il ne mérite pas qu'on lui change ses draps, car il n'avait pas coopéré » avec nous. Je reste stupéfaite de ses actions et de sa réaction, je reste muette. Je ressens un profond malaise et une grande incompréhension face à ce que je vois. J'éprouve un sentiment de tristesse pour Yanis, car il n'est pas entendu dans son refus de soin.

Je n'en ai pas parlé à Olivia après coup, car je redoutais sa réaction et je ne me sentais pas en confiance pour exprimer mon ressenti auprès d'elle. J'ai donc choisi de garder cette situation pour moi seule sur le moment, mais elle est restée très présente en moi, car elle a marqué ma réflexion éthique et ma conception du rôle infirmier.

Après le soin, elle sort de la chambre et dit à Yanis « de rien surtout ». Je suis restée dans la chambre pour prendre les constantes de Yanis qui étaient correctes, mais surtout je suis restée auprès du patient afin qu'il ne soit pas seul après cette interaction. Il m'interpelle et me pose une question qui me déstabilise énormément, « elle ne peut pas me voir, c'est ça ? ». Je reste, encore, muette. Je change de sujet, en lui reproposant de changer ses draps, car je me sens mal à l'aise de le laisser dans des draps souillés. Il accepte et me remercie.

Je sors de sa chambre et me munis d'une paire de gants et de draps propres. Je lui demande de se mobiliser vers le fauteuil, s'il se sentait, afin que je puisse procéder au changement de draps. Il me remercie une seconde fois.

Puis, je rejoins Olivia pour l'aider dans ses derniers soins, ma journée se termine, il est 19h, je rentre chez moi.

2.2. QUESTIONNEMENT DE LA SITUATION

La situation d'appel que j'ai vécue lors de mon stage en pneumologie m'a profondément interpellée sur plusieurs aspects professionnels, humains et éthiques. Cette expérience a mis en lumière des questionnements essentiels concernant la prise en charge des patients vulnérables, le respect de leurs droits, ainsi que le rôle et les responsabilités de l'infirmière dans des situations délicates.

Cette situation m'a vraiment bousculée et m'a amené à réfléchir, dans un premier temps, au consentement aux soins du patient. Dans cette situation, Yanis a clairement exprimé son refus de la pose d'un cathéter. Selon le Code de la Santé Publique (Article L.111-4), le patient a le

droit de refuser un soin après avoir reçu une information claire et adaptée. La première chose que je me suis demandée est pourquoi Olivia avait-elle imposé ce soin de force au patient ? S'agissait-il d'une crainte liée à la réaction du médecin en cas d'acte non accompli, ou bien d'une peur de retarder davantage son tour de soins, compromettant ainsi l'organisation ? Dans ce contexte, j'ai perçu que la place du patient dans le soin n'était pas pleinement mise en avant, ce qui m'a amenée à m'interroger sur la manière dont elle pouvait être prise en compte dans ce type de situation. Estimait-elle mieux savoir ce qui était bénéfique pour sa santé que lui ? En observant la scène, je me suis sentie déstabilisée. Selon moi et ce que j'avais appris en cours, il est primordial de respecter la parole et la décision du patient, et pourtant, sur le terrain, je voyais une pratique qui contredisait tout cela. Cette expérience m'a poussée à réfléchir sur le rôle du soignant face à un patient qui refuse un soin jugé médicalement nécessaire : comment concilier l'obligation de soigner et le respect de l'autonomie décisionnelle du patient, c'est-à-dire sa capacité à choisir ou à refuser un soin qui le concerne, après une information claire et adaptée ? Cela m'a amenée à réfléchir plus largement à la place du sujet dans le soin. Être soigné ne signifie pas seulement recevoir des actes techniques, mais aussi être reconnu comme une personne à part entière, avec ses choix, ses émotions et son histoire personnelle. La place du patient dans le soin implique qu'il puisse être acteur de sa prise en charge, participer aux décisions qui le concernent et conserver une part de contrôle malgré la maladie. Dans la situation vécue, Yanis n'a pas été entendu dans son refus, ce qui a réduit sa place à celle d'un « objet de soin ». Il n'a donc pas été reconnu comme un sujet impliqué. Cette expérience m'a fait prendre conscience que la qualité du soin repose autant sur l'aspect relationnel et éthique que sur l'aspect technique. De plus, la loi Française et la Charte de la Personne Hospitalisée rappellent que tout patient a droit au respect de sa dignité, à une information claire et loyale, ainsi qu'à participer activement aux décisions le concernant. Ces droits ne sont pas seulement des obligations légales pour les soignants, mais aussi des repères éthiques qui garantissent une prise en charge centrée sur la personne. Pour moi, prendre en compte ces droits, c'est reconnaître le patient comme sujet de soins à part entière, et non uniquement comme porteur d'une maladie.

Cela m'amène à m'interroger sur la violence dans le soin et la maltraitance. En effet, en me mettant à la place de Yanis, j'ai ressenti encore plus fort ce décalage. Être hospitalisé pour une tuberculose, se retrouver isolé en chambre seule, sans famille proche pour le soutenir, et en plus voir son refus de soin ignoré... tout cela m'a semblé d'une grande violence. Pour lui, cela pouvait donner l'impression que sa parole n'avait aucune valeur. J'ai eu l'impression qu'il

subissait une double peine, d'un côté, la maladie et l'isolement imposé par le protocole médical, et de l'autre un manque de reconnaissance de sa dignité et de son autonomie. Cette situation m'a amenée à réfléchir sur la notion de « violence institutionnelle », parfois invisible mais bien réelle, qui peut s'exprimer dans des gestes imposés, dans un manque d'écoute ou dans des paroles blessantes. J'ai également observé l'usage du tutoiement et certaines attitudes pouvant être perçues comme infantilisantes. Ces attitudes peuvent être banales dans le quotidien des soins. Le tutoiement, lorsqu'il n'est pas choisi par le patient, peut donner l'impression d'un manque de distance professionnel et d'un positionnement hiérarchique. L'infantilisation, quant à elle, peut s'exprimer par des paroles ou des attitudes qui placent le patient dans une posture de dépendance, comme s'il n'était pas en capacité de comprendre ou de décider par lui-même. Dans ce contexte, le soin peut être perçu comme une forme de sanction ou de punition symbolique, ce qui fragilise encore plus une personne déjà en situation de vulnérabilité. Dans la situation, cette infantilisation s'est traduite par le fait que, face au refus de Yanis d'accepter le soin, il lui a été signifié que ses draps ne seraient pas changés. Cette attitude pouvait laisser penser au patient que le refus d'un soin en conditionnait un autre, alors même que le changement de draps relève d'un besoin de confort et d'hygiène essentiel. Je me suis demandée comment Yanis pouvait encore faire confiance aux soignants après un tel épisode. Ne risquait-il pas de percevoir l'équipe soignante comme une source supplémentaire de souffrance, au lieu d'un appui dans son parcours de soin ? Je me suis également interrogée sur la maltraitance. Quand j'ai entendu la remarque d'Olivia, « ce n'est qu'un clochard », j'ai ressenti un profond malaise. Pour moi, ces paroles allaient directement à l'encontre du respect de la dignité de la personne, qui est pourtant une valeur fondamentale du soin infirmier. Dans ce moment-là, j'ai ressenti que Yanis subissait une forme de maltraitance psychologique, non seulement son refus de soin n'était pas respecté, mais en plus, il était jugé et dévalorisé. Je me suis demandé ce que cela pouvait provoquer en lui, d'entendre ou de ressentir ce rejet. Est-ce que cela renforçait un sentiment d'exclusion qu'il vivait déjà dans la société, en raison de sa situation de sans-abri ? Cette situation m'a amenée à réfléchir sur l'impact que peuvent avoir les perceptions sociales et culturelles des soignants dans leur pratique et leur relation avec le patient. Nous sommes tous influencés par nos expériences ou par nos stéréotypes, mais je pense sincèrement que le métier d'infirmier nous demande justement de dépasser cela pour accueillir chaque patient avec humanité et respect. Pour moi, la maltraitance ne se limite pas à des gestes violents et brutaux, elle peut se glisser dans des paroles blessantes, dans une indifférence, ou dans un manque de considération. Et c'est peut-être encore plus difficile à repérer, car ces formes de maltraitements sont souvent banalisées ou minimisées dans le quotidien des soins. Cette expérience m'a

poussée à réfléchir à la frontière entre l'autorité professionnelle et son bon usage, ainsi qu'à l'importance, pour le soignant, d'adopter une posture respectueuse et humaniste envers chaque patient. La violence dans le soin ne se limite pas aux gestes physiques : elle peut être relationnelle ou psychologique, souvent banalisée, mais laissant pourtant des traces profondes.

Ce concept de maltraitance m'a amenée à m'interroger sur l'impact des perceptions des soignants dans le soin. Quand j'ai entendu la remarque d'Olivia, « ce n'est qu'un clochard », cela a été très difficile à entendre pour moi. J'ai eu le sentiment que son statut de sans domicile fixe influençait la façon dont il était considéré, comme si cela réduisait sa valeur en tant que patient. Cela m'a questionnée sur les perceptions que chacun peut avoir : comment rester dans une posture soignante juste, sans se laisser influencer par nos perceptions sociales ? Ce jugement réduisait donc le patient à sa condition sociale. Cela illustre la manière dont les stéréotypes et les perceptions des soignants peuvent influencer la posture soignante, consciemment ou non. Ces perceptions risquent d'altérer la qualité de la relation et de la prise en charge, car elles enferment la personne dans une identité figée, dévalorisée, au lieu de la considérer dans sa globalité. Je me suis alors interrogée : comment dépasser ces automatismes de pensées pour offrir un soin réellement individualisé et respectueux ? En tant que future infirmière, il me semble essentiel de développer une réflexion éthique sur mes propres perceptions, afin de ne pas laisser mes croyances, mon vécu ou des stéréotypes sociaux interférer dans ma pratique. Le soin exige une posture non-jugeante, où chaque patient est accueilli dans sa singularité, indépendamment de son parcours ou de sa condition sociale.

Par la suite, je me suis questionnée sur le concept de la vulnérabilité, tout d'abord celle de Yanis mais également la mienne. Selon moi, le patient était déjà dans une grande vulnérabilité, il est malade, isolé, avec une situation sociale difficile. J'ai perçu cette vulnérabilité renforcée par le fait que son refus de soin n'ait pas été pris en compte. S'ajoute à cela la notion d'exclusion, le fait d'être placé en isolement pour des précautions aires le coupe encore davantage de tout lien social et relationnel. Ce dispositif, certes nécessaire sur le plan médical, peut accentuer son sentiment d'isolement. Dans ce contexte, le fait qu'Olivia n'ait pas porté de masque FFP2 m'a interrogée. Au-delà de la faille de sécurité pour elle-même et pour l'entourage, ce comportement pouvait aussi être perçu par le patient comme une forme de non-reconnaissance de la gravité de sa maladie. Cela pouvait indirectement renforcer un sentiment d'exclusion ou de mise à l'écart, comme si sa situation n'était pas considérée avec le sérieux et la considération qu'elle mérite. La précarité vient elle aussi amplifier cette vulnérabilité. Être sans abri et dépourvu de soutien social place le patient dans une situation d'insécurité permanente, où l'accès aux soins et au

confort de base est déjà difficile. Ainsi, la maladie ne constitue pas seulement un problème de santé, mais s'inscrit dans un ensemble de difficultés sociales et matérielles qui fragilisent encore davantage la personne. La vulnérabilité de Yanis ne peut donc pas être pensée uniquement sous l'angle médical. Elle résulte aussi de la précarité de sa situation de vie, qui fragilise son parcours de soins et renforce son sentiment de marginalisation ainsi que sa vulnérabilité. De mon côté, je me suis sentie aussi vulnérable, j'étais mal à l'aise, je suis restée silencieuse, et je me suis contentée de rester auprès de lui après le soin, de l'écouter et de lui proposer de changer ses draps. C'était ma façon de lui redonner un peu de dignité, même si je me demande aujourd'hui si j'aurais dû aller plus loin, en parler à un cadre par exemple. Ainsi, cette réflexion m'a amenée à m'interroger sur le concept de dignité. Pour moi, la dignité se traduit par le fait de reconnaître la personne comme un être humain à part entière, digne de respect, indépendamment de sa maladie ou de sa situation sociale. Préserver la dignité d'un patient, c'est lui offrir considération, écoute et confort, mais aussi tenir compte de sa parole. Dans la situation vécue, le simple fait de changer ses draps a représenté pour moi une manière de maintenir cette dignité, en lui témoignant attention et reconnaissance malgré le contexte difficile. Avec le recul, je comprends que cette expérience m'a permis de grandir, elle m'aide à réfléchir à la soignante que je veux devenir, une infirmière attentive, respectueuse et fidèle à mes valeurs humaines.

Enfin, cette expérience m'a permis de prendre conscience de l'importance de la relation soignant-soigné et de la communication dans le soin. J'ai réalisé que la communication ne repose pas uniquement sur les mots, mais aussi sur la posture, le ton employé, l'attitude et la disponibilité du soignant. Chaque détail, qu'il s'agisse du choix des mots, du tutoiement, de l'écoute ou du silence, véhicule un message et influence la manière dont le patient vit sa prise en charge. Je me questionne alors : comment développer une communication empathique et une écoute active, même dans un contexte de soins contraints ou de tension organisationnelle ? Cette réflexion me montre que la qualité du soin repose tout autant sur des qualités humaines telles que le respect, la bienveillance et la considération. C'est dans cet équilibre entre savoir-faire et savoir-être que peut s'instaurer une relation de confiance, indispensable pour accompagner le patient dans son parcours de soin. Je m'interroge aussi sur ma place future en tant qu'infirmière : comment garantir le respect de la volonté du patient tout en assurant la sécurité de sa prise en charge, surtout lorsqu'il existe une tension entre la théorie enseignée et certaines pratiques observées ? Cette situation m'a également amenée à réfléchir à l'impact que peuvent avoir les perceptions du soignant sur la relation de soin. Lorsqu'ils ne sont pas interrogés, ces biais risquent d'influencer l'attitude professionnelle, de réduire la qualité de la communication et de

fragiliser la confiance du patient. Cette expérience m’a poussé à comprendre que la relation de soin ne se construit pas seulement dans l’acte technique, mais aussi dans la façon de reconnaître l’autre comme sujet, en lui donnant une place active et en préservant sa dignité. Elle m’invite à réfléchir à la soignante que je souhaite devenir capable d’allier exigence professionnelle et humanité, en veillant à ce que chaque patient soit entendu, respecté et accompagné dans sa singularité.

3. QUESTION DE DÉPART

Ce questionnement m’a amené à la question suivante :

« *Quelles perceptions ont les soignants des patients en situation de précarité ?* »

4. CADRE DE RÉFÉRENCE

4.1. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

4.1.1. DÉFINITION : QU’EST-CE QUE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ ?

La relation soignant-soigné occupe une place centrale dans le soin infirmier, puisqu’elle constitue le cadre à travers lequel s’expriment à la fois la dimension technique et la dimension humaine du soin. Selon Margot Phaneuf (2007) qui était une infirmière et théoricienne des soins, cette relation naît d’un contexte particulier : « *les contacts que nous avons avec les clients et les échanges que nous poursuivons avec eux se déroulent dans un contexte particulier de réponse à leurs besoins et de gestes techniques. Mais la trame de fond de ces rencontres demeure le lien qui s’établit entre la soignante et la personne soignée en raison des difficultés que vit celle-ci et de la réponse d’aide et de compréhension que lui apporte l’infirmière.* » (Phaneuf, 2007, p. 141). Ainsi, au-delà des actes réalisés, le soin s’inscrit avant tout dans une rencontre humaine fondée sur la reconnaissance de la souffrance, de la singularité et des besoins du patient.

Cette relation se distingue des autres formes de communication interprofessionnelle, car elle est essentiellement tournée vers le patient. Phaneuf précise qu’elle est « *consommatoire dans le sens où celui-ci sollicite et aborde l’attention de la soignante et la canalise vers lui* » (Phaneuf, 2007, p. 144). Autrement dit, la finalité de cette relation est centrée sur la satisfaction des

besoins physiques, psychiques et relationnels du patient, dans une dynamique d'aide et d'accompagnement. Elle repose sur la confiance, perçue comme « *un sentiment de sécurité, d'assurance et même d'espérance de bons soins que suscite la soignante attentive, responsable* » (Phaneuf, 2007, p. 149). La confiance devient alors le socle de la relation soignant-soigné, permettant l'émergence d'une communication authentique et d'un climat propice au soin.

Le Manuel de psychologie du soin d'Antoine Bioy et Damien Fouques (2013), qui sont des psychologues spécialisés dans la relation de soin, apporte une dimension sémantique et psychologique à cette définition. Les auteurs rappellent que le « *soin* » vient de l'ancien français *bisunnia*, « *soucis, chagrin* » et « *nécessite, besoin* » : *soigner, c'est se soucier de quelqu'un et prendre en compte ses besoins.* » (Bioy & Fouques, 2013, p. 40). Le soin renvoie ainsi à la fois à la fonction « *de traiter (action thérapeutique) et celui de soigner (action soignante, dans le sens de prendre soin).* » (Bioy & Fouques, 2013, p. 40). Pour Bioy et Fouques, cette double dimension souligne la nécessité de reconnaître la part d'intimité et de vulnérabilité impliquée dans toute relation de soin, « *lorsqu'un soignant fait acte de soin, il assure une activité fondamentale à l'entretien de la vie, mais touche également au domaine de l'intime, en favorisant parfois la dépendance et la régression du patient.* » (Bioy & Fouques, 2013, p. 40). Le soignant touche à ce qui est vital et intime, parfois au risque de susciter une dépendance ou une régression chez le patient. Dès lors, la relation de soin ne peut être réduite à un acte technique, elle est un acte relationnel, qui engage la responsabilité du soignant sur le plan éthique et affectif.

Cette individualisation du soin rejoint l'approche de Cynthia Fleury (2019) qui est une philosophe et une psychanalyste, dans *Le soin est un humaniste*. L'auteure conçoit la relation soignant-soigné comme une fonction en partage, « *relevant de l'alliance dialectique, créative, des soignants et des soignés, qui, ensemble, font éclore une dynamique singulière* » (Fleury, 2019, p. 20). Elle met l'accent sur la réciprocité et la co-construction du lien, le soin n'est pas une action unilatérale, mais un dialogue humaniste entre deux sujets vulnérables. Fleury rappelle que « *prendre soin de quelqu'un, c'est prendre le risque de son émancipation, et donc de la séparation* » (Fleury, 2019, p. 20), soulignant que le véritable soin consiste à accompagner l'autre vers son autonomie, même si cela implique pour le soignant une mise à distance affective. Le soin repose donc sur une éthique de la relation, où la reconnaissance de la vulnérabilité de l'autre devient source de sens, de beauté et d'humanité : « *La vulnérabilité est une vérité de la condition humaine, partagée par tous* » (Fleury, 2019, p. 22).

Dans la même perspective, Monique Formarier (2007), qui est une infirmière, enseignante et chercheuse en sciences infirmières, apporte une vision à la fois conceptuelle et pragmatique dans la relation de soin. Dans son article, *La relation de soin, concepts et finalités*, publié dans la revue *Recherche en soins infirmiers*, elle la définit comme un support d'échanges entre le soignant, le patient et parfois sa famille, mise en œuvre pendant les soins techniques ou de confort.

Selon l'auteure, cette relation est centrée sur le présent, sur l'acte en cours et sur le devenir immédiat du patient : « *traitement, confort, douleur, planning des soins, visite médicale...* » (Formarier, 2007, para. 3.2). Elle souligne que la relation soignant-soigné se déploie avant tout dans le quotidien du soin, au plus près des gestes et des interactions ordinaires, ce qui en fait une composante essentielle de la pratique infirmière. Formarier distingue également différents niveaux de relation selon la nature de la rencontre, elle peut être informative, lorsqu'il s'agit de transmettre des données concernant le traitement ou les soins à venir, éducative, lorsque le soignant accompagne le patient dans la compréhension et la gestion de sa maladie, de confiance, lorsqu'un lien durable s'instaure ou encore relation d'aide, lorsque la dimension psychologique et émotionnelle est au premier plan. Cette classification met en évidence la souplesse et la complexité de la relation de soin, qui varie selon les contextes et les besoins du patient.

L'auteure insiste sur le fait que, dans les milieux hospitaliers, cette relation repose fréquemment sur une interaction immédiate centrée sur les actes techniques et le confort du patient. Cependant, elle rappelle que cette dimension relationnelle, même brève, ne peut être considérée comme neutre, elle engage toujours le soignant sur le plan affectif, cognitif et comportemental. En effet, aucune situation relationnelle n'est identique, « *car chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière.* » (Formarier, 2007, para. 1). Cette singularité rend la relation de soin profondément humaine et contextualisée, dépendante à la fois de la personnalité du soignant, de la disponibilité affective qu'il mobilise et de la manière dont il perçoit le patient.

Dans cette perspective, l'auteure met en garde contre une approche exclusivement technique du soin. Elle observe que « *chez de nombreux soignants les qualités humaines sont présentes, mais elles ne sont pas mises en valeur.* » (Formarier, 2007, para. 1). Pris entre leurs valeurs professionnelles et les contraintes organisationnelles, les soignants peuvent être tentés de privilégier l'efficacité technique au détriment de la dimension relationnelle. Or, rappelle Formarier, il est souvent « *plus facile et plus rapide de parler, d'identifier et de pratiquer des techniques de soins que de décrire et d'aider un patient mourant à gérer son angoisse et la*

détresse de sa famille. » (Formarier, 2007, para. 1). Cette observation met en lumière un dilemme éthique fréquent, la tension entre la charge de travail, la pression temporelle et la qualité humaine dans le soin. Pour Formarier, maintenir un équilibre entre ces deux dimensions constitue une exigence fondamentale de la pratique infirmière.

Enfin, s'appuyant sur les travaux de Fischer (1996) et de Coulon (1987), Formarier distingue la notion d'interaction qui suppose une simple succession d'échanges entre deux personnes de celle de relation, qui s'inscrit dans une dimension plus abstraite de la sociabilité humaine, mobilisant des facteurs cognitifs et émotionnels. Cette distinction souligne que la relation de soin ne se limite pas à un échange d'informations ou à une exécution d'actes, elle engage la subjectivité du soignant et du soigné dans un processus de compréhension mutuelle.

Ainsi, selon Formarier, la relation de soin est un processus dynamique et contextualisé, à la fois instrument du soin et finalité du soin lui-même. Elle vise à établir une communication ajustée, respectueuse de la singularité du patient, permettant au soignant d'adapter ses gestes, ses mots et son attitude à la personne rencontrée. Cette conception rejoint celle de Fleury, pour qui le soin est un acte prolongé et profondément humaniste, fondé sur la reconnaissance de la vulnérabilité et la co-construction du lien.

4.1.2. HISTOIRE DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Après avoir défini la relation soignant-soigné comme un lien professionnel fondé sur la communication, la confiance et le respect mutuel entre le soignant et la personne soignée, il est essentiel d'en comprendre les origines et les évolutions à travers le temps. L'histoire de cette relation met en lumière les transformations du regard porté sur le malade et sur le rôle du soignant, passant d'une approche philosophique et naturelle à une conception scientifique, puis humaniste et collaborative.

Dans la Grèce antique, l'art médical est indissociable de la philosophie. Comme le souligne Michel Poisson (2015), qui était un ancien infirmier cadre supérieur de santé et docteur en histoire, « *dans la Grèce classique, celle d'Hippocrate, contemporain de Platon et d'Aristote, l'art médical est aussi, indissociablement, philosophie. Le médecin est alors en même temps ami de l'homme (« Philanthrope») et ami de son art, la médecine (« Philotechné») » (Poisson, 2015, para 2.1). Le soin s'inscrit dans une démarche rationnelle, guidée par le respect de la nature, considérée comme sacrée. Le médecin est avant tout « *l'ami de la nature, avant d'être l'ami de l'homme malade* » (Poisson, 2015, para 2.1).*

Ainsi, la relation de soin n'est pas encore centrée sur le malade en tant que personne, mais sur la compréhension des lois naturelles qui régissent la santé et la maladie. L'objectif du soignant est d'aider la nature à accomplir son œuvre, dans une perspective de respect et d'observation du vivant.

Au Moyen Âge, la pensée médicale évolue profondément sous l'influence du christianisme. L'amour du prochain et la charité prennent le pas sur la recherche philosophique. Poisson rappelle que « *A côté du concept hellénique de l'amour (l'amour en tant qu'eros), se fait jour, de façon complémentaire, une conception nouvelle (l'amour pris en tant qu'agapê). L'eros est l'élan universel qui élève la nature vers sa perfection. L'agapê ou caritas, est l'effusion libre et active de la personne vers la réalité et les nécessités des autres personnes, qu'elles soient de véritables amis ou simplement le prochain ; effusion qui sera formellement chrétienne si le sujet est placé personnellement en Dieu, s'il est en quelque sorte « déifié »* » (Poisson, 2015, 9, p.54). La pratique médicale devient alors un acte moral et spirituel, soigner revient à servir Dieu à travers l'aide apportée à l'Autre.

L'égalitarisme dans le soin apparaît comme un principe fondamental, notamment envers les pauvres et les étrangers, considérés comme des « prochains » et dignes d'amour, indépendamment de leur condition. Cette évolution marque un tournant vers une médecine déontologique, centrée sur la compassion plutôt que sur la renommée du praticien.

Le malade devient « patient », c'est-à-dire celui qui endure. Comme l'écrit Poisson, « *la maladie y était supportée avec patience ; l'infortune y était traitée comme un bonheur et la compassion était mise à l'épreuve devant la souffrance des autres* » (Saint Grégoire de Naziance cité par Entralgo, 2015, para 1.2). La valeur morale accordée à la souffrance renforce alors la dimension spirituelle du soin.

Le XIXe siècle marque une rupture majeure dans la conception de la relation soignant-soigné. L'homme n'est plus seulement perçu comme une « *nature cosmique* » (Poisson, 2015, para. 2.3), mais comme une personne dotée d'une infériorité et d'une liberté. Poisson précise que le malade devient « *une réalité naturelle dotée d'intimité et de liberté, capable également d'appropriation personnelle* » (Poisson, 2015, para. 2.3).

Cette période est aussi celle du développement de la médecine scientifique et expérimentale. Le progrès des savoirs techniques et biologiques transforme la relation de soin, la maladie devient un objet d'étude observable et mesurable. Claude Bernant exprime cette vision naturaliste en affirmant : « *Je ne considère l'hôpital que comme le vestibule de la médecine*

scientifique (...), mais le véritable sanctuaire de la science médicale est le laboratoire » (cité par Poisson, p.120).

Cependant, certains médecins, comme San Martin, défendent une approche plus humaniste, attentive à la souffrance du patient. Poisson montre ainsi que « *le malade hospitalisé devient la somme d'un objet scientifiquement connaissable et modifiable, et d'une personne souffrante et digne de compassion* » (cité par Poisson, p.121).

Cette tension entre le naturalisme scientifique et la reconnaissance de la personne comme sujet inaugure les bases de la relation soignant-soigné moderne.

Au XXe siècle, la relation médecin-malade s'inscrit dans une société où les savoirs se diversifient et où de nouveaux acteurs du soin émergent, notamment les infirmiers et infirmières. Comme le souligne Poisson, « *parmi les non-médecins, les infirmières et infirmiers n'ont, pas plus que les autres, l'apanage du care, ni du fameux « prendre soin » pourtant brandi depuis le dernier tiers du XXe siècle comme une marque de distinction* » (Poisson, 2015, para. 3).

La profession infirmière, née à la fin du XIXe siècle, s'est d'abord construite comme un prolongement du corps médical, cantonnée à un rôle d'exécution. Ce n'est qu'à partir des années 1980 que s'affirme un mouvement d'émancipation autour du rôle propre et du concept de care, revendiquant une approche centrée sur la globalité de la personne soignée.

Poisson met en évidence cette tension entre dépendance institutionnelle et autonomie professionnelle, l'infirmière est longtemps restée « *un strict prolongement instrumental des sens et de la main du médecin* » (Poisson, 2015, para. 4), avant de chercher à définir un savoir et un champ de compétences spécifiques.

Dans d'autres pays, notamment au Québec, ce processus d'auto autonomisation s'est accompagné d'un développement universitaire du nursing, combinant morale, sciences humaines et savoirs biomédicaux. Ce modèle a permis de reconnaître la valeur scientifique du soin infirmier tout en conservant sa dimension éthique et relationnelle. Ainsi, la relation soignant-soigné s'est progressivement redéfinie dans une perspective de collaboration interprofessionnelle, où le patient est reconnu comme un acteur de son parcours de santé.

L'évolution historique de la relation soignant-soigné montre un passage progressif d'une approche centrée sur la nature, à une conception spirituelle, puis scientifique et enfin humaniste du soin. Dans l'Antiquité, le médecin agit en accord avec la nature, considérée comme sacrée.

Au Moyen Âge, le soin devient un acte de charité et de foi, orienté vers Dieu et le prochain. Le XIXe siècle marque l'avènement de la médecine scientifique, où le malade est observé comme un corps à soigner, mais aussi reconnu peu à peu comme une personne dotée d'une subjectivité. Enfin, aux XXe et XXIe siècles, la relation de soin s'ouvre à la collaboration interprofessionnelle et à la reconnaissance du rôle propre infirmier, plaçant la personne soignée au centre de la prise en charge. Cette évolution illustre le passage d'une relation fondée sur le savoir médical à une relation profondément humaine, où le « prendre soin » devient une responsabilité partagée entre les différents acteurs du soin.

4.1.3. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ, AU CŒUR DE LA QUALITÉ DU SOIN

La relation soignant-soigné repose avant tout sur une rencontre humaine, fondée sur la confiance, le respect et l'écoute. Comme le montrent l'histoire et les définitions de cette notion, elle a beaucoup évolué, autrefois centrée sur le savoir et l'autorité du soignant, elle tend aujourd'hui à devenir une relation plus équilibrée, où le patient est reconnu comme acteur de sa santé. Cette évolution s'inscrit dans un contexte législatif et éthique plus large, notamment avec la loi n°94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, qui introduit « *la primauté de la personne* » (Bioy & Fouques, 2013, p. 42) dans le code civil (article 16) « *en interdisant toute atteinte à sa dignité* » (Bioy & Fouques, 2013, p. 42). Le patient n'est plus seulement un « objet de soin », mais un sujet à part entière, porteur de droits et de choix.

Selon Cynthia Fleury, dans *Le soin est un humanisme*, « *si le patient n'est pas considéré comme un « agent », un acteur de son traitement, le tournant tournera court* » (Fleury, 2019, p.31). Elle ajoute que « *si le patient est infantilisé, désobjectivé, cette innovation, indépendamment de la haute technicité, va s'arrêter très vite* » (Fleury, 2019, p.31). Le patient doit donc être « *un patient expert, un patient compétent, entouré d'une sphère médicale qui va l'accompagner d'une manière humaine* » (Fleury, 2019, p.31). Si cette reconnaissance n'existe pas, la relation thérapeutique perd tout son sens.

Cependant, malgré cette volonté d'humaniser le soin, certaines contraintes peuvent fragiliser la relation soignant-soigné. Antoine Bioy et Damien Fouques rappellent que « *le respect concerne le corps du patient, et à travers lui, l'idée d'autonomie et notamment de faire pour lui des choix volontaires, ce qui se traduit par le consentement éclairé, et l'exigence pour le soignant de privilégier l'accès du patient à une information adéquate* » (Bioy & Fouques, 2013, p.42). Ils

soulignent aussi que le soignant cherche sans cesse « *une articulation fragilise entre un acte, nécessaire mais aussi nécessairement intrusif, et dignité, respect, du patient* » (Bioy & Fouques, 2013, p.42). Le principe fondamental reste « *d'interdire de voir en l'autre un moyen, un simple corps que l'on manipule* » (Bioy & Fouques, 2013, p.42). Enfin, ils précisent que « *on peut être digne tout en étant vulnérable, et même la souffrance exprimée par le soigné, quelque que soit son expression, ne vient pas entamer le respect qu'on peut lui apporter* » (Bioy & Fouques, 2013, p.42).

Margot Phaneuf, dans *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*, insiste sur l'importance des attitudes et du langage dans cette relation. Elle rappelle que « *dans la même logique de respect et de relation chaleureuse, un autre comportement à bannir absolument des relations avec le client est le tutoiement* » (Phaneuf, 2011, p.145). En effet, « *le tutoiement des personnes âgées ou de tout autre client est une forme d'agression à leur dignité qui tue la relation dans l'œuf* » (Phaneuf, 2007, p. 145). Ce comportement constitue une forme d'infantilisation qui peut conduire à d'autres attitudes irrespectueuses. Comme elle le précise, « *la relation soignante-soigné étant une relation de service affable et chaleureuse, elle doit toujours être exempte de rapport de pouvoir et d'autoritarisme* » (Phaneuf, 2007, p. 146). Il faut donc éviter « *toute marque de non-respect de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les comportements de supériorité tels que les ordres, les interdictions autoritaires, les repréailles et, surtout, la violence verbale et la violence physique.* » (Phaneuf, 2007, p. 146).

Claire Marin, philosophe et essayiste, insiste dans la vidéo « *La médecine, une science humaine. Soigner l'homme selon Paul Ricoeur* » sur la nécessité de considérer le patient dans sa globalité. Elle rappelle que le soin ne peut se réduire à une succession d'actes techniques ou à une prise en charge strictement biomédicale. Selon elle, soigner implique de reconnaître la personne dans toutes ses dimensions, qu'elles soient physiques, psychiques, sociales ou existentielles. Le patient arrive dans la relation de soin avec une histoire, un vécu singulier, des valeurs et des fragilités qui influencent sa manière de vivre la maladie et le soin.

Claire Marin souligne que la qualité de la relation soignant-soigné repose en grande partie sur la capacité du soignant à entrer dans un véritable dialogue avec le patient. Cette relation nécessite une écoute attentive, une disponibilité et une reconnaissance de la subjectivité de la personne soignée. Il ne s'agit pas uniquement d'entendre des symptômes ou des plaintes, mais de comprendre ce que la maladie représente pour le patient, ce qu'elle vient bouleverser dans sa vie et dans son identité. Ainsi, le soin devient un espace de rencontre où le patient peut se sentir reconnu dans son humanité et non réduit à un corps malade.

Cette approche rejoint la pensée de Paul Ricoeur, pour qui le soin s'inscrit dans une relation éthique fondée sur le respect de l'autre en tant que sujet. Le soignant ne se positionne pas comme celui qui sait face à celui qui subit, mais comme un professionnel qui accompagne, soutient et reconnaît l'autonomie du patient. Cette posture favorise une relation plus équilibrée, dans laquelle le patient peut être acteur de sa prise en charge et exprimer ses choix, ses doutes et ses attentes.

En ce sens, la réflexion de Claire Marin complète les travaux des autres auteurs mobilisés dans cette partie. Elle met en évidence que la qualité du soin infirmier repose sur l'articulation entre compétence technique et attention portée à la dimension humaine du soin. La relation soignant-soigné ne peut être authentique et thérapeutique que si le soignant parvient à conjuguer savoir-faire professionnel, respect de la dignité et reconnaissance de la singularité du patient.

4.2. LES PERCEPTIONS DES SOIGNANTS

4.2.1. DÉFINITION : QU'ENTEND-ON PAR LES PERCEPTIONS DES SOIGNANTS ?

Les perceptions des soignants s'inscrivent dans le champ théorique des représentations sociales, lesquelles constituent un cadre fondamental pour comprendre la manière dont les professionnels de santé perçoivent, interprètent et donnent du sens aux situations de soins.

Pierre Mannoni, un psychanalyste et chercheur en psychologie sociale, souligne que « *les représentations sociales sont à la base de notre vie psychique. Elles sont les pièces essentielles de notre épistémologie, du moins pour ce qui regarde notre connaissance du sens commun* ». (Mannoni, 2022, p. 3). Il précise qu'elles sont sollicitées de façon spontanée, car « *c'est à elles que nous faisons le plus facilement et le plus spontanément appel pour nous repérer dans notre environnement psychique et humain* » (Mannoni, 2022, p.3). Ces représentations occupent une place singulière puisqu'elles sont « *situés à l'interface du psychologique et du sociologique* » et « *enracinées au cœur du dispositif social* » (Mannoni, 2022, p.3). Elles influencent ainsi profondément la vie mentale de l'individu, car les « *pensées, les sentiments, les plans d'action, les référents relationnels, les valeurs leur empruntent tous quelque chose* » (Mannoni, 2022, p.3). Les perceptions des soignants relèvent donc de ces constructions psychiques et sociales, mobilisées dans leur rapport au patient et au soin.

Mannoni définit plus précisément les représentations sociales comme « *des schèmes cognitifs élaborés et partagés par un groupe qui permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnement, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques* » (Mannoni, 2022, p.4). Les soignants, en tant que membres d'un groupe professionnel, partagent ainsi des cadres interprétatifs communs qui structurent leurs perceptions du soin, des patients et des situations cliniques. Ces perceptions ne sont pas toujours conscientes, comme l'indique l'auteur, « *les êtres et les objets qui nous entourent éveillent dans notre esprit un « écho » que l'on nomme [...] une idée, un concept, une image, une figure, un schème, une pensée* » (Mannoni, 2022, p.7). Ces éléments, renvoyant tous au champ des représentations, participent à la construction de significations qui orientent les comportements professionnels. Dans cette perspective, Mannoni précise qu'« *une représentation sociale soit, dans une large mesure, une image mentale représentée qui, au cours de son évolution, aurait acquis une valeur socialisée [...] et une fonction socialisante* » (Mannoni, 2022, p.13). Les perceptions des soignants sont donc façonnées par l'expérience collective et par l'histoire du groupe professionnel auquel ils appartiennent. L'auteur situe les représentations sociales « *en aval* » des représentations mentales et des fantasmes, et « *en amont des clichés, stéréotypes, superstitions, croyances, contes, mythes* » (Mannoni, 2022, p.36), soulignant leur rôle structurant dans l'organisation de la pensée quotidienne. Il met également en évidence l'existence d'un noyau central, rappelant que « *les éléments centraux constituent la clé de voûte de la représentation* », autour duquel gravitent des éléments périphériques ayant notamment une « *fonction de concrétisation* » (Mannoni, 2022, p.52). Ces mécanismes permettent aux soignants d'ancrer leurs perceptions dans la réalité concrète du soin.

Les apports de Serge Moscovici qui était un psychologue social et un théoricien des représentations sociales permettent de compléter cette approche en mettant en lumière l'influence du groupe sur les perceptions individuelles. Il souligne que « *la conformité et l'obéissance se ressemblent en ceci que l'attitude ou le comportement d'une personne se modifie en fonction d'une pression réelle ou imaginaire qu'elle subit de la part des autres* » (Moscovici, 2014, p.27). Il définit la conformité comme le processus par lequel « *une personne modifie sa position dans la direction de celle du groupe après avoir été exposée à la pression de ce groupe* » (Moscovici, 2014, p.27). Dans le contexte du soin, les perceptions des soignants peuvent ainsi être influencées par les normes, les valeurs et les attentes du collectif professionnel, notamment lorsqu'un désaccord survient au sein du groupe. Moscovici précise que le désaccord avec les membres de son propre groupe produit plus d'incertitude que le

désaccord avec les personnes hors groupe, renforçant l'idée que les perceptives individuelles sont étroitement liées à l'appartenance groupale. Par ailleurs, Moscovici montre que l'attrait du groupe joue un rôle central dans la conformité, expliquant que les individus se conforment davantage aux groupes attrayants en raison de la pression normative et de la crainte des sanctions sociales. Ces mécanismes contribuent à la construction et au maintien de perceptions partagées au sein des équipes soignantes, orientant les manières de voir, de penser et d'agir dans les situations de soins.

Les perceptions des soignants sont également influencées par les processus de catégorisation sociale et de stigmatisation, tels que les décrit Erving Goffman, qui était un sociologue. Il explique que « *la routine des rapports sociaux dans les cadres établis nous permet d'avoir affaire aux autres [...] sans leur accorder une attention ou des pensées particulières* » (Goffman, 1975, p.12). Lorsqu'un individu est rencontré, ses premières apparitions permettent de « *prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède, son « identité sociale »* » (Goffman, 1975, p. 12). Cette catégorisation, qui inclut des attributs personnels et sociaux, influence la manière dont les soignants perçoivent les patients. Goffman précise qu'« *un stigmat représente donc en fait un certain type de relation entre l'attribut et le stéréotype* » (Goffman, 1975, p.14), mettant en évidence la manière dont certaines caractéristiques peuvent entraîner une perception négative ou réductrice du patient.

La compréhension des perceptions des soignants nécessite également d'intégrer la question des stéréotypes et des préjugés, car ceux-ci influencent les représentations mobilisées dans le soin. Jean-Baptiste Légal (Maître de conférences en psychologie sociale à l'université Paris-Nanterre) et Sylvain Delouée (Maître de conférences en psychologie sociale à l'Université Rennes) rappellent que les stéréotypes sont « *des images dans nos têtes [...] des catégories descriptives simplifiées* », et les définissent comme « *un ensemble de croyances à propos d'un groupe social* » (Légal & Delouée, 2021). Les préjugés, quant à eux, possèdent une composante affective et correspondent à une « *prédisposition à régir défavorablement à l'encontre d'une personne sur la base de son appartenance à une catégorie* » (Légal & Delouée, 2021). Ces processus peuvent intervenir dans la manière dont les soignants perçoivent certains groupes de patients. Les auteurs soulignent que les préjugés peuvent être mesurés, par exemple à travers « *l'échelle de distance sociales de Bogardus* » (Légal & Delouée, 2021), et que leur évaluation peut être influencée par les normes sociales. Ils rappellent également que la discrimination perçue ou vécue peut affecter l'identité, en particulier lorsque les caractéristiques concernées sont invisibles, et que « *la menace du*

stéréotype » (Légal & Delouvée, 2021) correspond à la pression ressentie lorsqu'un individu risque de confirmer un stéréotype le concernant. De plus, les recherches ont montré que ces processus peuvent influencer les jugements, les comportements et les performances « *de manière non consciente* » (Légal & Delouvée, 2021).

Enfin, Denise Jodelet, qui est une psychosociologue, apporte une dimension complémentaire en définissant la représentation sociale comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourt à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 2003, p.53). Elle souligne que les représentations sociales sont des « *systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres* » qui « *orientent et organisent les conduites et les communications sociales* » (Jodelet, 2003, p.53). La représentation est ainsi en lien avec son objet dans un rapport de « *symbolisation* » et « *d'interprétation* » (Jodelet, 2003, p.61), conférant ainsi des significations issues à la fois de processus cognitifs et de mécanismes psychologiques, tout en intégrant « *l'appartenance et la participation sociales ou culturelles du sujet* » (Jodelet, 2003, p.61). Cette approche met en évidence que les perceptions des soignants ne sont ni neutres ni purement rationnelles, mais construites à partir de leur expérience, de leur culture professionnelle et de leur inscription sociale.

Ainsi, dans le champ du soin, les perceptions des soignants peuvent être comprises comme un ensemble de représentations sociales, de schèmes cognitifs et de mécanismes d'influence groupale, construits et partagés au sein du collectif professionnel. Elles participent à la manière dont les soignants interprètent les situations cliniques, catégorisent les patients et orientent leurs pratiques, constituant un cadre implicite mais structurant de la relation de soin.

4.2.2. LES ÉMOTIONS, PERCEPTIONS ET VÉCUS DES SOIGNANTS DANS LA RELATION DE SOIN

Les perceptions des soignants dans la relation de soin sont étroitement liées à leurs émotions, à leurs attitudes et à leur vécu professionnel. Ces éléments participent à la manière dont les situations de soin sont comprises et investies au quotidien. Serge Moscovici, qui était un psychologue social et un théoricien des représentations sociales, rappelle que « *les attitudes sont ce sur quoi portent les recherches expérimentales sur le changement d'attitude* » (Moscovici, 2014, p.90). Il précise sur « *les attitudes naissent, disparaissent, se transforment* » (Moscovici, 2014, p.90). Elles ne sont donc ni figées ni définitives. Dans le contexte du soin,

les attitudes des soignants se construisent à partir de leurs rencontres avec les patients, des situations émotionnelles et des conditions d'exercice professionnel.

Moscovici souligne également que « *les attitudes s'inscrivent dans l'histoire de l'individu et peuvent changer du fait de ses expériences personnelles* » (Moscovici, 2014, p.90). Cependant, les soignants n'élaborent pas leurs perceptions de manière isolée. Il évolue dans un environnement social et professionnel qui influence ses points de vue. L'auteur indique que « *l'ampleur des moyens de communication dans le monde moderne est telle que l'individu peut difficilement ignorer ce que pensent les autres sur la plupart des questions qui sollicitent sa réponse* » (Moscovici, 2014, p.90). Ainsi, les perceptions et les attitudes des soignants se construisent selon l'auteur aussi au contact de leurs collègues, des normes institutionnelles et des attentes du groupe professionnel. Les échanges, formels ou informels, participent aux changements de perception dans la relation de soin.

Dans la relation soignant-soigné, la perception des comportements du patient peut être complexe. Moscovici explique que « *la lecture des comportements est cependant complexe* » et qu'elle dépend à la fois « *des caractéristiques cognitives de la source et à ses attitudes dans la relation interindividuelle* » (Moscovici, 2014, p.416). Le soignant interprète donc les comportements du patient à partir de ce qu'il perçoit comme visible ou saillant dans la situation. Cette lecture peut être influencée par des normes de jugement partagées. L'auteur précise que « *la perception d'autrui s'organisant selon un mode monolithique et non pluridimensionnel* » (Moscovici, 2014, p.416), qui peut conduire à des interprétations réductrices. Certains comportements sont alors perçus comme problématiques ou conflictuels, ce qui peut générer des tensions émotionnelles dans la relation de soins.

Moscovici souligne également que « *la lecture des comportements repose sur l'existence de normes de jugements* » (Moscovici, 2014, p.416). Certaines normes sont dominantes, comme « *celle de l'objectivité* » (Moscovici, 2014, p.416), qui impose une vision unique et partagée de la réalité. Les comportements qui s'en écartent peuvent être perçus comme anormaux. À l'inverse, d'autres normes, comme « *celle de l'originalité* » (Moscovici, 2014, p.417), valorisent la diversité des réponses et des comportements. Ces normes influencent la manière dont les soignants perçoivent les patients, mais aussi la manière dont ils vivent émotionnellement certaines situations de soins.

Les travaux d'Erving Goffman, qui était un sociologue, permettent de comprendre comment ses perceptions peuvent s'inscrire dans des processus de stigmatisation. Il explique que, dans

les interactions sociales ordinaires, « *lorsqu'un inconnu se présente à nous, ses premières apparitions ont toutes chances de nous mettre en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède, son « identité sociale »* » (Goffman, 1975, p.12). Dans le soin, cette catégorisation peut influencer la relation. Le soignant peut associer certains comportements ou certaines pathologies à des stéréotypes, parfois sans en avoir conscience. Goffman précise qu'un « *stigmaté représente donc en fait un certain type de relation entre l'attribut et le stéréotype* » (Goffman, 1975, p.14). Ces mécanismes peuvent affecter le vécu émotionnel du soignant, notamment lorsqu'il est confronté à des patients perçus comme « *déviant* » ou en rupture avec les normes sociales.

Goffman souligne également que l'individu stigmatisé vit une contradiction profonde, car « *il se définit comme n'étant en rien différent d'une quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part* » (Goffman, 1975, p.130). Face à cette situation, les professionnels de santé occupent une place particulière. Ils accompagnent ces patients dans leur vécu, tout en étant eux-mêmes traversés par des émotions complexes. Goffman rappelle que « *l'individu [...] se voit entouré de professionnels qui viennent lui prêter leur assistance* » (Goffman, 1975, p.130). Cette position peut confronter les soignants à des sentiments d'impuissance, de malaise, ou de surcharge émotionnelle.

Les émotions occupent ainsi une place centrale dans la relation de soin. Mazoyer rappelle que « *l'émotion, liée à la rencontre de 2 individus, est à placer dans un contexte d'interactions sociales comme celui existant entre un soignant et un soigné* » (Mazoyer, 2011, para. 1). Florence Nightingale affirmait déjà que l'exercice infirmier « *sous-entend que la vie émotionnelle des soignants participe des soins infirmiers* » (Nightingale cité par Mazoyer, 2011, para. 1). Le soignant est donc engagé émotionnellement dans la relation, même lorsqu'il cherche à maintenir une posture professionnelle.

Mazoyer précise que « *pour un soignant, ce travail émotionnel consiste à transformer des émotions négatives (la colère, le dégoût) en émotions « acceptables »* » (Mazoyer, 2011, para. 2). Le soignant doit apprendre à exprimer certaines émotions et à en contenir d'autres. Cette régulation émotionnelle est essentielle car, « *cette maîtrise des émotions est au cœur de la relation soignant-soigné* » (Mazoyer, 2011, para. 2). Elle permet de préserver la qualité de la prise en soin et de protéger le soignant lui-même, notamment du risque d'épuisement professionnel. Toutefois, « *maîtrise ne veut pas dire suppression* » (Mazoyer, 2011, para. 2). Les émotions doivent être reconnues et travaillées, notamment en agissant sur les

représentations, comme le suggère Mazoyer « *positiver en agissant sur les représentations ou le sens que l'on donne à la situation génératrice d'émotions* » (Mazoyer, 2011, para. 3).

Les recherches sur les représentations sociales confirment l'importance de la dimension émotionnelle. Bouriche rappelle que « *de nombreux chercheurs ont souligné l'importance de la dimension affective dans la construction des RS* » (Bouriche, 2015, para. 1). Deschamps et Guimelli (2002) affirment que la prise en compte émotionnelle est indispensable, car « *la prise en compte de la composante émotionnelle peut se révéler capitale pour la compréhension de l'organisation interne du champ de la RS correspondante* » (Deschamps et Guimelli, cité par Bouriche, 2002, p.84). Les émotions influencent donc la manière dont les soignants construisent leurs perceptions et interprètent les situations de soin.

Enfin, le positionnement éthique du soignant implique un travail réflexif sur ses propres perceptions. Selon Michael Balint, psychiatre et psychanalyste britannique, « *l'une des bases du positionnement éthique dans la relation aux patients est, pour le professionnel de santé, d'avoir la capacité d'interroger ses propres valeurs, ses a priori, ses convictions et ses représentations* » (Balint cité par ANESM, 2008, para. 1). Cette démarche est essentielle, mais « *sa mise en place est la pratique plus complexe* » (Balint cité par ANESM, 2008, para. 1). Elle nécessite du temps, du soutien et parfois un accompagnement institutionnel.

Ainsi, les émotions, les perceptions et le vécu des soignants sont indissociables dans la relation de soin. Ils influencent la manière dont les situations sont perçues, comprises et vécues. Ces processus, à la fois individuels et collectifs, jouent un rôle central dans la qualité de la relation soignant-soigné et dans le sens que les soignants donnent à leur pratique professionnelle.

4.2.3. LES LIMITES ET LES OBSTACLES PERÇUS PAR LES SOIGNANTS

L'analyse des perceptions montre que celles-ci ne sont pas de simples reflets de la réalité, mais des constructions qui peuvent devenir des freins majeurs à la relation soignant-soigné. Dans le cadre de la prise en soin de patients en situation de précarité, ces obstacles prennent une dimension particulière que nous allons détailler à travers les apports de la psychologie sociale et de la sociologie.

Le premier obstacle réside dans la tendance à réduire le patient à sa pathologie ou à sa condition sociale, lui retirant ainsi sa qualité de sujet. Michael Balint, psychiatre et psychanalyste britannique, rappelle pourtant que « *chaque personne est un sujet doté de capacités et d'une autonomie propre et porteur d'un projet de vie et d'attentes spécifiques* » (Balint cité par

l'ANESM, 2008, para. 3). La prise en compte de ces attentes suppose que le soignant soit en position de les entendre. Or, l'écoute se heurte à des obstacles structurels et personnels. Comme le souligne l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des établissements Sociaux et Médicaux-sociaux (ANESM), « *certaines obstacles à cette écoute dépendent des conditions de travail des soignants, notamment du manque de temps qui lui est accordé* » (ANESM, 2008, para. 3). D'autres obstacles sont liés aux « *convictions, ses valeurs, ses a priori et ses représentations* » (ANESM, 2008, para. 3) qui sont attachées à la personnalité du soignant. Si le soignant ne repère pas les limitations de ces éléments, le malade devient un simple « objet de soin », ce qui empêche l'instauration d'une relation de confiance.

Un deuxième obstacle majeur concerne la rigidité des représentations internes du soignant. Pierre Mannoni, chercheur en psychologie sociale, explique que nos systèmes de pensées sont profondément ancrés dans des mécanismes non-rationnels : « *L'univers des croyances auxquelles l'homme adhère est, d'une façon générale, immergé dans l'irrationnel. En effet, son besoin de croire est tel qu'il ne se préoccupe guère des justifications scientifiques ni des démonstrations rationnelles susceptibles de rendre compte desdites croyances* » (Mannoni, 2016, p.27). Ces croyances et représentations sociales ont une fonction structurante. Mannoni précise qu'elles « *se présentent en amont des clichés, stéréotypes, superstitions, croyances, contes, mythes, à l'égard desquels elles ont une fonction constituante.* » (Mannoni, 2016, p.36). Selon Michael Balint, l'obstacle se situe ici au niveau de l'identité même du soignant, le soignant travaille avec ses propres valeurs qui sont « *partie prenante de son intervention auprès du malade* » (Balint cité par l'ANESM, 2008). Dès lors, le défi est de parvenir à « *prendre un recul critique par rapport à ce à quoi lui-même adhère et qui détermine son jugement d'appréciation des situations* » (Balint cité par l'ANESM, 2008), car le patient possède lui aussi ses propres convictions qui peuvent différer radicalement de celles du professionnel.

La situation de précarité place souvent le patient dans une catégorie perçue comme « hors norme ». Erving Goffman, sociologue, analyse ce phénomène en expliquant que face à un groupe partageant des normes communes, on peut « *désigner tout membre qui n'adhère pas comme étant un « dévieur », et sa particularité comme une déviation* » (Goffman, 1975, p.163). Goffman souligne une distinction essentielle pour le soin, dans certains groupes, le malade est un dévieur dont la déviation « *se laisse oublier, puisqu'elle ne provoque aucune réidentification* » (Goffman, 1975, p.164), à condition qu'il assume son statut de malade. Cependant, l'obstacle surgit face aux « *individus qui donnent l'impression de refuser délibérément et ouvertement d'accepter la place sociale qui leur est allouée, et qui agissent de*

façon irrégulière et plus ou moins rebelle à l'égard de nos institutions les plus fondamentales : la famille, la hiérarchie des âges, la division stéréotypée des rôles entre les sexes, l'emploi légitime à temps plein, accompagné d'une identité personnelle unique et ratifiée par l'État, les barrières de classe, la ségrégation des races » (Goffman, 1975, pp.165-166). Ces déviants sociaux peuvent être perçus négativement par les soignants car ils abordent leur refus des normes. Pourtant, Goffman soutient que *« les personnes stigmatisées se ressemblent suffisamment quant à leur situation dans l'existence pour justifier une analyse commune »* (Goffman, 1975, p.169), incluant la pathologie sociale et la déviance.

Enfin, l'influence du collectif et du contexte social pèse sur la perception individuelle. Serge Moscovici, psychologue social, démontre que *« l'esprit du temps semble être un facteur de l'influence d'une minorité que l'on ne doit pas négliger si l'on veut comprendre l'innovation, non seulement au laboratoire mais aussi et surtout dans la vie réelle »* (Moscovici, 2014, p.78). Les circonstances normatives, qu'elles soient favorables ou défavorables à certains groupes (comme les personnes précaires), affectent la nature de l'interaction. Pour Moscovici, la relation soignant-soigné peut être vue comme un *« processus de négociation tacite »* (Moscovici, 2014, p.78), où chacun essaie de faire prévaloir son point de vue. L'obstacle majeur survient lorsqu'il n'y a pas d'accord sur les fondements de l'échange. Il précise qu'il faut que les partenaires *« prennent une décision et parviennent à un accord préalable sur les règles et les valeurs qui régissent et déterminent leur comportement »* (Moscovici, 2014, p.78). Sans cet accord sur les normes et les principes fondamentaux, la perception reste bloquée dans un désaccord qui nuit à la qualité du soin. En conclusion, les limites et obstacles ne sont pas seulement le fait d'un manque de bonne volonté. Ils sont ancrés dans le fonctionnement psychologique et social des individus. Ces représentations et valeurs sont indissociables de l'exercice professionnel, mais elles exigent une vigilance constante. Comme nous l'avons vu, le soignant doit impérativement interroger ses propres a priori pour que ses perceptions ne deviennent pas un obstacle à l'écoute compréhensive du patient.

4.3. LA PRÉCARITÉ DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

4.3.1. DÉFINITION ET FORMES DE LA PRÉCARITÉ

Après avoir vu ce qu'était la relation soignant-soigné et les perceptions des soignants, nous allons désormais définir la notion de précarité dans la relation soignant-soigné. La précarité est aujourd'hui une réalité sociale majeure, qui touche un nombre important de personnes. Comme

le souligne Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique français, dans son ouvrage *Traité de bioéthique*, « *la précarité est un phénomène croissant dans nos sociétés industrialisées* » (Hirsch, 2010, p.592). Cette phrase montre que la précarité ne concerne pas seulement des situations individuelles isolées, mais qu'elle s'inscrit dans une évolution plus large de nos sociétés modernes.

Dans le domaine hospitalier, cette réalité a également des conséquences concrètes. Emmanuel Hirsch écrit « *la prise en charge hospitalière de patients précaires n'est pas sans peser sur les budgets hospitaliers, en particulier depuis la nouvelle réforme du financement de l'hôpital (tarification à l'activité : T2A). Comment repérer les patients précaires à l'hôpital ? Quel surcoût hospitalier ? Quelles ressources sont alors nécessaires afin de continuer de les prendre en charge ?* » (Hirsch, 2010, p.592). À travers ces questions, l'auteur met en lumière des difficultés pratiques et économiques que pose la précarité dans le système de santé. Cela montre que la précarité n'est pas seulement une situation individuelle, mais aussi un enjeu collectif et institutionnel.

La définition la plus souvent retenue est celle de Joseph Wresinski, prêtre catholique militant pour les droits de la personne humaine, homme politique, écrivain, formulée en 1987 dans son rapport au Conseil économique et social : « *La précarité est 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.* » (Wresinski cité par Hirsch, 2010, pp. 592-593). Cette définition est importante car elle dépasse la simple question du manque d'argent. Elle insiste sur l'idée de « sécurités », comme par exemple la sécurité de l'emploi, mais aussi la sécurité familiale, sociale et administrative. Lorsqu'une ou plusieurs de ces sécurités disparaissent, la personne peut avoir des difficultés à exercer pleinement ses droits et à assumer ses responsabilités.

Emmanuel Hirsch précise également que « *le préalable à la situation de précarité serait la perte d'emploi. La précarité, quand elle dure, peut conduire à la pauvreté, voire à la grande pauvreté. La pauvreté s'appréhende au travers d'indicateurs de type monétaire (salaires, revenus et, dans certains cas, patrimoine). La précarité reste plus large par l'étendue des indicateurs la mesurant, car elle ne se limite pas à la seule perception d'un manque de revenu.* » (Hirsch, 2010, p.593). Ainsi, la pauvreté se mesure principalement par le revenu, tandis que la précarité englobe des dimensions plus larges comme l'isolement social, l'instabilité professionnelle, des difficultés d'accès aux soins ou au logement. Joseph Wresinski ajoutait d'ailleurs que cette précarité « *compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et*

de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (Wresinski cité par Hirsch, 2010, p. 593). Autrement dit, la précarité fragilise durablement les personnes et rend plus difficile le retour à une situation stable.

La précarité peut être déclenchée par différents événements de vie. Emmanuel Hirsch écrit « *en règle générale, il y a bien un facteur déclenchant à la précarité : la perte d'emploi, la survenue d'un handicap, un état de santé dégradé, etc.* » (Hirsch, 2010, pp.593-594). Ces événements peuvent fragiliser une personne et provoquer une rupture dans son parcours de vie. Cependant, l'auteur nuance cette idée en évoquant certaines populations dites « à risque », « *le glissement dans la précarité peut aussi être inscrit chez certaines populations dites « à risque » et cette situation ne résulte plus d'un événement extérieur comme le chômage ou la survenue d'un handicap physique et/ou mental ou encore d'un changement social dans la vie de l'individu (séparation du couple par exemple). Pour ces populations à risque, la situation de précarité est prévisible (immigrés, gens du voyage, etc.) : elle est d'une certaine façon voulue, choisie. Une action de prévention peut s'exercer et la réponse apportée résulte d'une assistance de la société, sous des formes variées.* » (Hirsch, 2010, p.593). Cela montre que la précarité peut aussi s'inscrire dans des contextes sociaux et culturels spécifiques. Elle peut être anticipée et donc faire l'objet d'actions de prévention.

Emmanuel Hirsch interroge également le lien entre comportements à risque et précarité, en disant « *et si l'éthylisme n'était pas la conséquence d'un glissement dans la précarité mais finalement une cause première de la précarité ?* » (Hirsch, 2010, p.594). Il ajoute « *la situation de précarité ne fait qu'amplifier le comportement à risque préexistant* » (Hirsch, 2010, p.594). Cette réflexion montre que la précarité est un phénomène complexe, où causes et conséquences peuvent s'entremêler.

Sur le plan sociologique, des auteurs comme Serge Paugam (sociologue français) et Robert Castel (sociologue français) ont largement travaillé sur cette notion. Selon Khalil Jamal (sociologue marocain) et Zouhairi Abdallah (directeur général de la Fédération des francophones de Saskatoon) (2016), ces auteurs ont donné une forte consistance à cette notion. Serge Paugam considère que la précarité est liée à la transformation du travail et à la fin de l'emploi stable. Il la qualifie de « *paradigme social* » (Paugman, 2000 cité par Jamal Abdallah, 2016).

Robert Castel élargit la réflexion en montrant que la précarité ne se limite pas à « *l'effritement de la condition salariale* », mais qu'elle peut conduire à une « *désaffiliation* » sociale (Castel,

1995, cité par Jamal & Abdallah, 2016). Cela signifie que la personne peut perdre non seulement un emploi, mais aussi sa place et ses liens dans la société.

Dans une perspective plus critique, Jean-Claude Barbier sociologue cite Pierre Bourdieu sociologue français qui, dans *La misère du monde* a « *explicitement revendiqué une position politique, dénonçant la précarité comme un « mode de domination »* », fondé sur « *l'institution d'un état généralisé et permanent d'insécurité visant à contraindre les travailleurs à la soumission, à l'acceptation de l'exploitation.* » (Bourdieu, 1993, cité par Barbier, 2005). Cette analyse montre que la précarité peut aussi être comprise comme un phénomène structurel, lié à l'organisation du travail et aux rapports de pouvoir.

De son côté, Nicolas Duvoux, sociologue français, définit la précarité comme « *une condition sociale marquée par l'instabilité, l'incertitude et l'exposition à l'aléa. Elle s'aggrave avec [...] l'effritement de certaines protections sociales. Elle se distingue par l'expérience de l'incertitude et de l'insécurité sociale. Celle-ci se vit concrètement et se ressent subjectivement* » (Duvoux, 2022, p.32). Cette définition insiste sur le vécu des personnes, la précarité n'est pas seulement un statut objectif, elle est aussi une expérience quotidienne d'incertitude.

La précarité est souvent rapprochée de la vulnérabilité. Dans *Éthique, médecine et société*, Emmanuel Hirsch explique : « *La notion de vulnérabilité se présente non seulement comme la marque commune à toute personne en situation de dépendance, mais aussi comme l'une des dimensions constitutives de l'essence des êtres vivants et de leur milieu.* » (Hirsch, 2010, p.102). Il précise également que « *la vulnérabilité chez l'homme correspond à une fragilité intrinsèque de ses facultés qui lui est propre et qui ne se dévoilera de façon provisoire ou permanente que lorsque l'une de ses facultés est diminuée ou gravement altérée.* » (Hirsch, 2010, p.102). La vulnérabilité renvoie donc à une fragilité humaine fondamentale, qui peut devenir plus visible en cas de maladie, de handicap ou de dépendance.

Dans la littérature anglo-saxonne, elle est définie à partir de trois dimensions : l'exposition au risque, la capacité à y faire face et la potentialité de subir des conséquences graves (Watts et Bohle, 1993, cités par Jamal & Abdallah, 2016). Précarité et vulnérabilité sont ainsi proches, mais ne se confondent pas totalement ; la première renvoie davantage à une situation sociale instable, la seconde à une fragilité plus universelle de la condition humaine.

Enfin, comme le rappelle le rapport de Joseph Wresinski, la précarité doit être comprise dans ses dimensions économiques, sociales et culturelles. Elle ne se limite pas à un manque de ressources matérielles, mais touche aussi à la dignité, à l'accès aux droits et à la place de la

personne dans la société. En ce sens, la précarité reste un phénomène complexe, évolutif, pouvant conduire à la pauvreté lorsqu'elle s'inscrit dans la durée, et dont la compréhension est essentielle dans la relation soignant-soigné.

4.3.2. LES IMPACTS DE LA PRÉCARITÉ SUR LA RELATION DE SOIN

La précarité influence profondément la relation entre le soignant et la personne soignée. Elle modifie les conditions de vie, l'état de santé, mais aussi la manière dont les individus entrent en relation les uns avec les autres. Dans le contexte du soin, ces fragilités peuvent rendre la rencontre plus complexe et parfois plus difficile à construire.

Aujourd'hui, la précarité prend des formes multiples et touche de plus en plus de personnes. Emmanuel Hirsch, philosophe et professeur d'éthique français, met en évidence l'évolution de la précarité et ses conséquences sur les professionnels de santé « *depuis trente ans, les situations de précarité sociale s'aggravent et se complexifient au point de devenir difficilement compréhensibles pour toute population dite insérée. Les soignants n'échappent pas à ce phénomène, alors qu'ils sont eux-mêmes parfois dans des situations familiales et sociales qui rendent difficile, pour tout acteur de soins, une nécessaire ouverture à autrui.* » (Hirsch, 2010, p.673). L'auteur souligne que la précarité est devenue plus importante et plus complexe au fil des années. Elle ne concerne plus seulement quelques situations isolées, mais prend aujourd'hui des formes multiples et parfois difficiles à comprendre pour les personnes qui n'y sont pas confrontées. Les soignants ne sont pas totalement extérieurs à ces réalités sociales. Eux aussi peuvent rencontrer des difficultés personnelles ou familiales. Cela peut parfois rendre plus difficile la prise de distance nécessaire pour accueillir la souffrance de l'autre. La relation de soin peut alors être influencée par ces contextes personnels et sociaux.

Qui plus est, Emmanuel Hirsch élargit sa réflexion au fonctionnement du système de santé. Il précise que « *c'est dans un contexte de profondes réformes hospitalières et face à des flux de demandes sociales et de soins médicaux en progression toujours constante que les professionnels doivent aujourd'hui trouver le sens à donner à leurs soins et appréhender ensemble de nouvelles approches qui leur permettent d'inscrire notre système de santé au cœur même de nos solidarités.* » (Hirsch, 2010, p.673). Cette citation met en lumière les transformations du système hospitalier. Les professionnels de santé doivent faire face à une augmentation constante des demandes de soins, mais aussi à des changements organisationnels importants. Dans ce contexte, les soignants sont amenés à repenser leur manière de soigner. Il ne s'agit plus seulement de répondre à un besoin médical, mais aussi de prendre en compte les

dimensions sociales des patients. La relation de soin devient alors un espace où s'expriment les valeurs de solidarité et d'humanité du système de santé.

Pour poursuivre, la précarité a un impact direct sur la santé. Les conditions de logement, l'alimentation ou encore l'environnement social ont des conséquences importantes sur l'état de santé des individus. Comme le rappelle Hirsch, « *comme le soulignait Carr-Hill R. et coll., des conditions de vie dégradées ont des conséquences néfastes sur la santé.* » (Hirsch, 2010, p. 595). Dans ce contexte, les inégalités sociales se traduisent aussi par des inégalités de santé. Les personnes en situation de précarité rencontrent souvent davantage de difficultés pour accéder aux soins ou s'y maintenir. Hirsch souligne à ce sujet que « *les inégalités de santé sont donc avant tout sociales.* » (Hirsch, 2010, p. 594). Ces situations peuvent fragiliser la relation de soin. Lorsque les besoins sociaux sont importants, ils viennent parfois se superposer aux besoins médicaux.

Par ailleurs, la précarité a également un impact sur la manière dont les individus se perçoivent et sont perçus par les autres. La maladie peut renforcer ce sentiment de mise à l'écart. Emmanuel Hirsch explique que « *l'un des critères majeurs qui joue un rôle fondamental dans les phénomènes d'insertion et d'exclusion est celui de la santé. Elle est souvent source d'incapacités physiques ou mentales qui empêche la personne de prendre place dans un cadre économique et social. Elle marque le corps du malade et transforme le regard de l'autre sur lui.* » (Hirsch, 2010, p.673). Dans la relation de soin, le regard porté sur l'autre joue un rôle essentiel. La reconnaissance de la personne dans sa dignité est une base fondamentale de la relation thérapeutique. Hirsch rappelle d'ailleurs que la dignité repose sur la reconnaissance mutuelle entre les individus. « *Je ne suis pas humain, puis reconnu comme tel par autrui.* » (Hirsch, 2010, p.673). Ainsi, lorsque la précarité entraîne des formes de stigmatisation ou d'exclusion, elle peut fragiliser cette reconnaissance réciproque. La relation soignant-soigné peut alors être affectée.

De plus, certaines situations de grande vulnérabilité peuvent mettre les soignants en difficulté. Les comportements liés à la souffrance sociale, à l'isolement ou aux addictions peuvent parfois compliquer la relation. Hirsch rapporte à ce sujet l'analyse de David Le Breton dans laquelle il explique « *la difficulté morale de leur indifférence, de leur démission, de leur passivité, auxquelles s'ajoute parfois un état alcoolique ou toxicomane. Une détresse personnelle qui imprègne chaque parcelle de leurs corps et paraît les rendre inaccessibles.* » (David Le Breton cité par Hirsch, 2010, p.674). Ces situations peuvent créer un sentiment d'impuissance chez les soignants. La souffrance sociale rend parfois les besoins difficiles à identifier et à accompagner.

Comme le souligne Hirsch, « *la marginalité et la souffrance impactent le soignant dans sa compréhension des besoins de soins des personnes vulnérables avec pour conséquences un risque majeur d'exclusion des soins.* » (Hirsch, 2010, p.674). Ainsi, la précarité peut entraîner un risque majeur de rupture dans la relation de soins. Certaines personnes peuvent se sentir incomprises, jugées ou éloignées du système de santé.

Plus largement, la précarité affecte le lien social et l'identité des individus. Serge Paugam, sociologue français, explique que les personnes précarisées vivent souvent une forme de fragilisation sociale. « *L'individu précarisé est quelque sorte condamné, au moins de façon temporaire, à l'expérience de la souffrance sociale.* » (Paugam, 2013, pp. 79/80). Cette souffrance sociale peut avoir un impact direct sur la relation avec les professionnels de santé. La confiance, pourtant essentielle dans le soin, peut-être plus difficile à construire lorsque la personne a vécu des situations d'exclusion ou de non-reconnaissance.

Pourtant, malgré les difficultés, la relation de soin reste un espace fondamental d'humanité et de solidarité. Hirsch nous rappelle que « *le soin est tout d'abord relation de soins, un lien qui réunit deux personnes et invite à une humanité mutuellement confirmée.* » (Hirsch, 2010, p.675).

Ainsi, face à la précarité, le rôle du soignant ne se limite pas uniquement à la prise en charge médicale. Il s'agit aussi d'accueillir la personne dans toute sa complexité, en prenant en compte son histoire, son contexte social et sa vulnérabilité. La relation de soin devient alors un lien de reconnaissance et de dignité pour des personnes parfois fragilisées par leur parcours de vie.

4.3.3. LE RÔLE SOIGNANT FACE À LA PRÉCARITÉ

Les professionnels de santé sont régulièrement confrontés à des personnes en situation de précarité. Cette réalité fait partie de leur pratique quotidienne et influence la manière dont ils accompagnent les patients. Selon Valot Laurent (psychologue clinicien) et Umberto Di Prima (cadre supérieur de santé), « *dans la population rencontrée par les infirmières, une partie du public se trouve souvent dans des situations de grande précarité. Ces soignants, inscrits dans une équipe pluriprofessionnelle (composée de médecins, psychiatres, cadre supérieur de santé, cadres de santé, infirmiers, psychologues cliniciens, assistantes sociales, éducateurs, aides-soignantes, agents de service hospitaliers, diététicienne, secrétaires) exercent leur art dans différentes unités de soins* » (Valot & Di Prima, 2008, para. 1). Cette citation montre que les infirmiers rencontrent fréquemment des patients en situation de précarité. Elle rappelle aussi

que la prise en charge ne se fait pas seule. Le travail en équipe est essentiel. Plusieurs professionnels interviennent ensemble pour répondre aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux des personnes.

La précarité entraîne souvent des conséquences importantes sur la santé. Les personnes concernées vivent parfois un sentiment d'exclusion ou de perte de valeur personnelle. Valot Laurent et Umberto Di Prima expliquent que *« dans la pratique clinique soignante, les infirmiers des différentes unités de soins constatent que l'exclusion est intimement liée à des ressentis d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi. Ils notent que ces sentiments entraînent une intense souffrance psychologique et une difficulté pour l'individu rencontré à s'insérer dans un tissu relationnel. »* (Valot & Di Prima, 2008, para. 4). Cela signifie que la précarité ne touche pas seulement les conditions de vie. Elle peut aussi provoquer une grande souffrance psychologique. Les personnes peuvent se sentir rejetées ou inutiles. Pour le soignant, il est donc important de prendre en compte cette dimension. L'accompagnement ne concerne pas seulement la maladie, mais aussi la personne dans sa globalité.

Face à ces situations, les infirmières doivent adapter leur pratique. Ils doivent développer certaines compétences spécifiques pour accompagner ce public. Valot Laurent et Umberto Di Prima précisent que *« dans une perspective pluriprofessionnelle, nous devons continuer à développer les compétences infirmières auprès des exclus. Dans ce contexte, l'expérience s'acquiert d'abord sur le terrain. Pour cela, il faut penser autrement l'action des infirmiers en évitant de fournir un « label psy » qui viendrait renforcer une aliénation sociale. Il convient davantage de concevoir la souffrance des exclus en termes d'articulation entre la clinique, le social et le sanitaire. »* (Valot & Di Prima, 2008, para. 12). Cette idée montre que le rôle infirmier dépasse les soins techniques. Le soignant doit comprendre les difficultés sociales et les intégrer dans sa prise en charge. La santé, le social et le psychologique sont souvent liés chez les personnes en situation de précarité.

L'écoute et la relation soignant-soigné sont également essentielles dans cet accompagnement. Les soignants doivent parfois adapter leurs pratiques et aller vers les patients. Valot Laurent et Umberto Di Prima soulignent que *« d'autres capacités sont à prendre en compte, comme celle de savoir écouter et permettre la prise de paroles. Il s'agit ici d'instaurer des entretiens particuliers, d'adapter des consultations dans des lieux non habituels : jardin public, hall de gare, cours d'immeuble, ...et parfois difficilement accessibles, caves. Il faut accompagner la personne démunie, lui permettre de verbaliser sa souffrance et pour cela faire preuve de patience. L'infirmier s'efforcera de créer avec le temps un climat de confiance qui rassurera et*

l'aidera à s'exprimer pour bénéficier de soins appropriés. » (Valot & Di Prima, 2008, para. 14). Cette citation montre que la relation de confiance prend du temps. Les personnes en grande précarité peuvent être méfiantes ou avoir vécu des situations difficiles avec les institutions. Le soignant doit donc faire preuve de patience, d'écoute et de compréhension pour instaurer un climat rassurant.

Dans certains dispositifs, le rôle de l'infirmier consiste aussi à aller à la rencontre des personnes isolées pour favoriser leur accès aux soins. Farida Boumedjane, infirmière de médiation et de coordination santé au sein du Réseau Intermed, explique que son travail repose « *exclusivement du soin relationnel, de l'accompagnement, de la coordination et de la médiation* » (Boumedjane cité par Infimiers.com, 2022, para. 2). Elle précise également « *c'est-à-dire qu'on va vers les gens. Quand on ne voit plus quelqu'un depuis quelques temps, on va toquer aux portes* » (Boumedjane cité par Infimiers.com, 2022, para. 2). Cette approche montre que l'infirmier peut jouer un rôle de médiateur entre les patients et le système de santé. L'objectif est d'aider les personnes à accéder aux soins et à rester dans un parcours de santé. Cela demande parfois de coordonner différents professionnels ou structures.

Enfin, la relation soignant-soigné joue un rôle important dans la manière de prendre soin des personnes en situation de précarité. La philosophe française Simone Weil rappelle que « *l'égalité est un besoin vital de l'âme humaine. Elle consiste dans la reconnaissance publique, effective, exprimée réellement par les institutions et les mœurs, que la même quantité de respect et d'égards est due à tout être humain, parce que le respect est dû à l'être humain comme tel et n'a pas de degré* » (Weil, cité par Camille Rivière, 2021, p.33). Cette citation souligne l'importance du respect dans la relation de soin. Peu importe la situation sociale du patient, chaque personne doit être considérée avec le même degré de respect et de dignité. Le soignant doit donc adopter une posture respectueuse et bienveillante.

Ainsi, le rôle du soignant face à la précarité ne se limite pas aux soins médicaux. Il implique aussi l'écoute, la relation, la coordination avec d'autres professionnels et le respect de la dignité de chaque personne. Par la relation soignant-soigné, le professionnel de santé peut contribuer à réduire l'exclusion et à favoriser l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables.

5. ENQUÊTE EXPLORATOIRE

5.1. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE

5.1.1. MÉTHODE DE RECHERCHE UTILISÉE

Pour cette recherche, j'ai choisi de m'inscrire dans une démarche qualitative, à travers la réalisation d'entretiens semi-directifs.

Selon le cours magistral concernant l'UE 3.4 S4 Initiation à la démarche de recherche de Madame Virginie Pons et de Madame Nathalie Pierri, la recherche qualitative est définie comme une « *recherche produit et analyse des données descriptives (récit, paroles dites et comportement observé des personnes enquêtées). Les outils d'enquête utilisés peuvent être l'observation, les récits de vie et les entretiens. (D'après Boissart (2013))* ».

Ce choix me semble le plus adapté à ma question de recherche, qui porte sur les perceptions des soignants. Les perceptions relèvent en effet du ressenti, de l'expérience et du sens que les professionnels donnent à leurs pratiques. Elles ne peuvent pas être pleinement comprises à l'aide de données chiffrées, mais nécessitent un recueil de parole approfondi.

Pour l'analyse des données, j'ai retenu la méthode clinique. Selon Jean-Louis Pedinielli, « *par « méthode clinique » on peut entendre aussi bien l'ensemble des techniques utilisées dans la pratique des cliniciens que la « démarche clinique » centrée sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. En outre, la méthode clinique ne correspond pas aux mêmes techniques s'il s'agit de recherche ou bien d'intervention pratique (diagnostic, évaluation, thérapie...).* »

Elle repose sur l'analyse et la comparaison systématique des propos recueillis lors des entretiens. Cette méthode consiste à repérer les éléments communs, les différences et les répétitions dans les discours afin de faire émerger des thématiques. Elle me permettra d'identifier les tendances partagées, mais aussi des points de divergence dans les perceptions des infirmiers, en lien avec leur contexte ou leur expérience professionnelle.

Le recours à cette méthode d'analyse est particulièrement pertinent dans le cadre de mon étude, car elle me permet de mieux comprendre comment les perceptions des soignants se construisent et comment elles peuvent influencer la relation soignant-soigné, notamment auprès des patients en situation de précarité. Elle offre une lecture fine des discours et contribue à mettre en lien les paroles recueillies avec ma problématique de recherche.

5.1.2. POPULATION CHOISIE

La population retenue pour cette enquête exploratoire est composée d'infirmiers diplômés d'État exerçant auprès de patients pouvant être en situation de précarité. Ce choix est en lien direct avec ma question de recherche, qui vise à comprendre les perceptions des soignants et leur influence sur la posture professionnelle ainsi que sur la relation soignant-soigné.

Les infirmiers occupent une place centrale dans la prise en charge des patients. Ils sont présents au quotidien, assurent des soins techniques et relationnels, et accompagnent les personnes tout au long de leur parcours de soins. Cette proximité leur permet de développer des perceptions construites à partir de leur expérience, de leur vécu et du contexte dans lequel ils exercent. Les interroger me permet donc de recueillir un discours ancré dans la réalité du terrain.

Afin d'obtenir une diversité de points de vue, j'ai choisi d'interroger des infirmiers exerçant dans deux services différents : les urgences et un service spécialisé dans la prise en charge de la précarité. Ces deux contextes ont été retenus car ils sont fréquemment confrontés à des situations de vulnérabilité et de précarité sociale, tout en proposant des modalités de soins différentes. Dans le cadre de cette enquête, je prévois de réaliser quatre entretiens semi-directifs. Ils seront réalisés auprès de quatre infirmiers diplômés d'État, dont deux exerçant aux urgences et deux dans l'Équipe Mobile Psychiatrie de Précarité (EMPP). Ce choix vise à recueillir des réponses variées et à croiser les expériences issues de contextes de soins différents. Aucun critère de sélection n'a été retenu concernant le genre, l'âge, l'ancienneté professionnelle ou l'année de formation, afin de ne pas restreindre la diversité des profils et des discours.

Le croisement de ces deux contextes de soins et la variété des parcours professionnels me permettront d'obtenir une vision plus globale des perceptions infirmières. Il contribuera également à mieux comprendre les facteurs pouvant influencer les pratiques relationnelles et l'accompagnement des patients en situation de précarité.

5.1.3. LIEUX D'INVESTIGATIONS

Les lieux d'investigation que j'ai retenus pour cette enquête exploratoire sont le service des Urgences et l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). J'ai choisi ces deux services car ils sont régulièrement confrontés à des situations de vulnérabilité et de précarité sociale, tout en proposant des contextes de soins très différents. Ce choix me permet d'explorer les perceptions des soignants dans des environnements contrastés et d'enrichir mon analyse. Il m'a également semblé pertinent de recueillir le point de vue de professionnels spécialisés dans

l'accompagnement des personnes en situation de précarité, tout en le confrontant à celui de soignants exerçant dans un service plus généraliste comme les urgences.

Le service des urgences constitue, selon moi, un lieu d'investigation pertinent car il représente souvent une porte d'entrée dans le système de soins pour les patients en situation de précarité. Ces patients y ont fréquemment recours, parfois en l'absence de suivi médical ou en raison de difficultés d'accès aux soins. Les infirmiers y exercent dans un contexte marqué par l'urgence, la rapidité et la gestion constante de situations variées. Le rythme soutenu, l'afflux continu de patients et la nécessité de prioriser les soins imposent une adaptation permanente. Ces contraintes peuvent influencer la manière dont la relation soignant-soigné se construit, notamment en termes de communication, de disponibilité et d'écoute. Ce lieu d'investigation me permet ainsi d'analyser l'impact des conditions de travail et de l'organisation du service sur les perceptions soignantes à l'égard des patients en situation de précarité.

L'équipe Mobile Psychiatrie Précarité m'apparaît comme un second lieu d'investigation essentiel. Cette équipe spécialisée intervient auprès de personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, souvent éloignées du système de soins. Son objectif est d'aller à la rencontre de ce public, de favoriser l'accès aux soins et de soutenir les différents acteurs intervenant auprès d'eux. Les professionnels y développent une approche centrée sur l'écoute, l'accompagnement et la création d'un lien de confiance avec les patients dont le parcours de vie est souvent marqué par l'instabilité, l'exclusion sociale ou les ruptures de soins. Dans ce contexte, la relation de soins et la compréhension des réalités sociales des patients occupent une place essentielle dans la prise en charge.

Le choix de ces deux lieux d'investigation me permet de croiser deux réalités professionnelles distinctes. D'un côté, un environnement soumis à des contraintes temporelles fortes et à une exigence d'efficacité immédiate. De l'autre, un cadre de soins où la relation s'inscrit dans la durée et repose sur la confiance et l'accompagnement. Cette complémentarité offre une vision plus large des perceptions soignantes et permet de mieux comprendre les facteurs pouvant influencer les pratiques relationnelles, tels que l'organisation du service, le type de prise en charge ou le temps disponible auprès des patients. Ainsi, les services des Urgences et l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité apportent un éclairage riche et complémentaire à la question de recherche. Ils me permettent d'explorer l'impact des perceptions soignantes sur l'accompagnement des patients en situation de précarité dans des contextes de soins différents, tout en restant centrés sur la pratique infirmière et la relation soignant-soigné.

5.1.4. OUTIL UTILISÉ

Dans le cadre de mon enquête, j'ai choisi, à travers la méthode clinique, de réaliser des entretiens semi-directifs.

Selon De Ketele et Roegiers (1996, P.172), l'entretien semi-directif « *ou l'entrevue semi dirigé (Savoie-Zajc, 1997) est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes (Lincoln, 1995). Le processus de la recherche qualitative (Boutin, 1997) (Denzin & Lincoln, 2005) (Marshall & Rossman, 2006) s'avère en effet particulièrement adapté aux travaux conduits dans le champ de la santé (e.g. exploration de comportements en santé), de l'éducation, de la sociologie, de l'anthropologie, de la psychologie, des soins infirmiers, du management, du travail social, mais aussi de travaux réalisés à la frontière de plusieurs disciplines.* »

Il permet d'instaurer un échange souple entre le chercheur et le professionnel interrogé. Il offre un cadre structuré tout en laissant une liberté d'expression aux participants. Cet outil me permet de guider l'entretien autour de thèmes précis, tout en donnant aux infirmiers la possibilité de développer leurs idées, d'illustrer leurs propos par des situations vécues et d'exprimer leurs ressentis. Il favorise ainsi un discours riche, nuancé et ancré dans la réalité du terrain.

Afin d'assurer la cohérence des données recueillies, j'ai choisi d'élaborer un guide d'entretien à partir des mots-clés de ma question de départ, à savoir la relation soignant-soigné, les perceptions des soignants et la précarité. Ce guide me servira de fil conducteur tout au long des entretiens. Il me permettra de structurer les échanges, tout en restant suffisamment flexible pour m'adapter au déroulement de la discussion. Mes questions pourront ainsi être reformulées ou approfondies en fonction des réponses, afin de favoriser l'émergence d'un discours personnel et contextualisé.

5.1.5. RÉALISATION DE L'ENQUÊTE : DÉROULEMENT ET LIMITES

Mon enquête exploratoire s'est déroulée durant mon stage pré-professionnel, au cours du semestre 6. Cette période a été propice à la rencontre des professionnels, me permettant ainsi de réaliser un total de quatre entretiens semi-directifs : deux au sein d'un service des Urgences Adultes et deux auprès d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).

Afin de respecter le cadre éthique et institutionnel, j'ai entrepris des démarches officielles par mail, bien que les parcours d'obtention aient différé selon les structures. Pour le service des urgences, j'ai initialement adressé ma demande à la Directrice des Soins. Cette dernière m'a orientée assez rapidement vers les cadres de santé du service pour organiser les modalités pratiques et fixer une date de rencontre. Pour l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité, après une sollicitation restée sans réponse de la part de la Direction des Soins, j'ai contacté le service des stages de l'établissement. Sur leurs conseils, je me suis directement rapprochée de la cadre de santé du service pour obtenir l'accord nécessaire. Par la suite, le contact direct avec l'une des infirmières du service a permis de finaliser la planification des entretiens. Il est important de préciser que je ne connaissais personnellement aucune des autres infirmières interrogées. Cette absence de lien préalable a favorisé une posture de neutralité et a facilité, selon moi, une mise à distance professionnelle dès le début de nos échanges.

Les entretiens ont été réalisés sur deux journées clés : le 24 mars 2026 pour le service des Urgences et le 30 mars 2026 pour l'EMPP. L'accueil a été particulièrement chaleureux dans les deux services. Malgré une charge de travail importante, notamment aux urgences où les soignantes devaient retourner rapidement auprès des patients, les professionnelles se sont montrées très disponibles. Ces temps de rencontre ont également permis des échanges informels enrichissants sur nos parcours respectifs, avant et après les temps d'enregistrement.

Sur le plan logistique, j'ai veillé à ce que les entretiens se déroulent dans des lieux isolés pour favoriser la parole. Aux urgences, les échanges, d'une durée moyenne de 15 minutes, ont eu lieu dans le bureau « Accueil Des Familles ». Ce lieu, isolé du reste du service, a permis de mener les deux entretiens sans aucune interruption extérieure. En EMPP, les entretiens d'environ 20 minutes chacun, se sont déroulés dans un bureau. Toutefois, des aléas sont survenus. Lors de l'entretien avec Péléné, l'activité de l'imprimante et le passage d'une collègue venue récupérer les documents ont créé des coupures. De même, pour l'entretien avec Marie, la sonnerie du téléphone du bureau a légèrement perturbé le fil de la discussion.

D'un point de vue méthodologique, j'ai utilisé mon téléphone portable pour enregistrer les échanges, après avoir obtenu l'accord explicite de chaque participante. Bien que j'aie soigneusement présenté qui j'étais et mon travail de fin d'études, j'ai pu percevoir une certaine réserve chez certaines soignantes. Cette retenue, possiblement liée à la présence de mon téléphone qui enregistrerait ce qu'elles disaient ou à la crainte de ne pas respecter une certaine « ligne institutionnelle », a pu je pense limiter la liberté de parole totale pour certaines réponses.

Enfin, le travail de retranscription a été effectué de manière linéaire, juste après chaque entretien. Pour ce faire, j'ai utilisé l'outil de dictée vocale du logiciel Word. Cette méthode a nécessité un travail de correction rigoureux et une reprise mot à mot pour pallier les erreurs de reconnaissance vocale et garantir la fidélité des propos. Conformément aux règles de déontologie, j'ai procédé à une anonymisation complète des données. Les noms des structures et les lieux cités ont été remplacés par des astérisques (*). Afin de garantir l'anonymat des infirmières interrogées, j'ai choisi de remplacer leurs véritables prénoms par ceux de mes amies de promotion à l'IFSI. Ce procédé permet de protéger leur identité tout en conservant une dimension humaine et authentique aux échanges lors de la lecture.

5.2. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

5.2.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

Entretien N°1 avec Marie, infirmière dans le service des urgences :

Marie est infirmière diplômée d'État depuis 2007. Âgée de 39 ans au moment de l'entretien, elle possède environ 18 ans d'expérience professionnelle. Après une première année d'exercice au sein d'un pool de remplacement dans un hôpital public, elle exerce depuis 17 ans aux urgences adultes d'un centre hospitalier. Elle décrit elle-même son parcours comme celui d'un « pur produit urgentiste ». L'entretien avec Marie s'est déroulé le 24 mars 2026 et a duré environ 15 minutes.

Entretien N°2 avec Laura, infirmière dans le service des urgences :

Laura est infirmière diplômée d'État et âgée de 36 ans au moment de l'entretien. Après l'obtention de son diplôme, elle a exercé pendant neuf mois au sein d'un pool de remplacement dans les services des urgences et de réanimation. Depuis 13 ans, elle travaille au sein du service des urgences d'un centre hospitalier. Durant les dix premières années, elle y a exercé à temps plein. Depuis environ quatre ans, elle partage son activité entre un mi-temps aux urgences adultes et un mi-temps consacré à la formation aux gestes d'urgence au sein de l'hôpital. L'entretien avec Laura s'est déroulé le 24 mars 2026 et a duré environ 15 minutes.

Entretien N°3 avec Péléné, infirmière au sein d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité :

Péléné est infirmière diplômée d'État depuis 5 ans. Elle est âgée de 25 ans. Elle exerce depuis un peu plus de quatre ans au sein d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). Avant

cela, elle a travaillé quelques mois dans une structure de lits d'accueil médicalisé, également dédiée à l'accompagnement de personnes en situation de précarité. Son expérience professionnelle s'inscrit donc principalement auprès de publics vulnérables et en situation de précarité. L'entretien avec Péléné a été réalisé le 30 mars 2026 et a duré environ 20 minutes.

Entretien N°4 avec Marisol, infirmière au sein d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité :

Marisol est infirmière diplômée d'État depuis 2018. Elle ne m'a pas divulgué son âge. Elle a débuté sa carrière professionnelle dans un centre hospitalier, où elle a exercé pendant deux ans en service de réanimation médicale. Elle s'est ensuite orientée vers l'accompagnement des publics en situation de grande précarité en travaillant durant deux ans au sein du Samu Social, principalement lors des maraudes de nuit. Par la suite, elle a intégré une association spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité et confrontées à des problématiques d'addictologie, au sein d'une Équipe Mobile Santé Précarité. Actuellement, elle exerce depuis bientôt deux ans au sein d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). L'entretien avec Marisol a été réalisé le 30 mars 2026 et a duré environ 20 minutes.

5.2.2. ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

La précarité étant le point de départ de mon travail, j'ai débuté mes entretiens en demandant aux soignants ce que signifiait la précarité dans le contexte des soins. Je les ai également interrogés sur les signes ou situations qui leur permettent d'identifier qu'un patient est en situation de précarité, ainsi que sur les impacts de cette situation sur la prise en soin et le parcours de santé des patients. Pour l'ensemble des professionnels interrogés, la précarité ne se limite pas à une simple question financière mais s'apparente à une notion multidimensionnelle. À travers l'analyse de leurs réponses, cinq sous-thèmes sont apparus et seront développés par la suite.

- La définition de la précarité :

L'analyse des entretiens relève que la précarité est perçue par les soignantes comme une notion globale, touchant à la fois l'environnement de vie, les ressources, le rapport au temps et la garantie des droits sociaux.

Pour Marie, la précarité s'illustre d'abord par l'insalubrité de l'habitat, précisant que « *l'état du logement est insalubre et peut être dangereux en fait au final pour le patient* » (L.32-33). Elle complète cette définition par l'aspect financier en expliquant que les patients « *n'ont pas les*

*moyens, euh ne serait-ce que d'avancer une consultation médicale » (L.46). Laura partage cette vision d'une notion complexe, en évoquant qu'il y a plusieurs niveaux « y'a tous les niveaux, y'a social, y'a physique, euh psychologique, euh financière... » (L.37). Elle définit la situation de précarité comme un écart à la norme, percevant le patient comme « *quelqu'un qui a, moins, (rire), moins moins qu'une norme on va dire* » (L.41). Péléné insiste sur ce cumul de facteurs en soulignant que « *c'est un tout la précarité c'est financier, euh social, euh familial* » (L.29). Marisol rejoint cette analyse en mettant l'accent sur le renoncement et les droits des patients. Selon elle, la précarité induit que « *c'est souvent des patients qui renoncent aux soins euh parce que soit ils ont un...alors pour plein de raisons hein...beaucoup de patients qui ont pas leur droits qui sont ouverts* » (L.39-40).*

Au-delà de la situation matérielle, la précarité est définie par une rupture avec le système de soin classique. Marie évoque la notion de temporalité sociale à travers les propos de patients en difficulté : « *on est à la fin du moins, je je ne peux vraiment pas* » (L.62-63). Péléné approfondit cette analyse en évoquant une rupture avec le système de soin, affirmant que « *la façon dont on emmène les soins dans le droit commun est précaire et ne correspond pas à tout le monde* » (L.47-48). Pour elle, cela se traduit par une « *fragilité en tout cas une perte de confiance dans les soins...* » (L.54-55). Enfin, Marisol souligne que la précarité impose une priorité aux besoins vitaux, « *c'est vraiment la la difficulté à déjà prendre soin euh de soi et de ses besoins primaires [...] ben des fois c'est pas euh, c'est pas ce qu'ils vont chercher en premier quoi !* » (L.54 à 57). Elle illustre ce décalage par une temporalité différente de celle des autres, expliquant que « *pendant qu'ils vont essayer de faire la manche toute la journée [...] ben peut être que le rendez-vous à 10h00 de Madame machin ça sera plus difficile pour eux d'y accéder* » (L.49 à 51).

- Les signes d'identification de la précarité :

Les soignantes repèrent les signes ou situations de précarité grâce à plusieurs éléments. Avec ce qu'elles observent physiquement (l'hygiène, les vêtements), ce qu'elles ressentent (l'odeur, l'émotion du patient) et ce qu'elles apprennent de sa situation sociale (logement, isolement, absence de droits).

Pour Marie, le repérage est d'abord visuel et sensoriel. Elle explique que « *on voit que les habits sont, ils sont tâchés, euh qui sont souillés* » (L.79) et note la présence d' « *une épaisseur bah de crasse sur sur la peau, les cheveux sales* » (L.83). Elle souligne également l'importance de « *l'odeur, clairement aussi, ou on voit que c'est des personnes qui ne peuvent pas prendre leur*

douche » (L.84-85). Laura rejoint ce constat en décrivant « *quelqu'un ben qui qui est sale qui a des insectes sur lui* » (L.57) ou présentant « *des plaies partout* » (L.58). Péléné décrit des « *états très dégradés euh physique et ou psychique* » (L.108-109), citant l'exemple marquant de patients qui « *ont des vers dans les pieds* » (L.109-110). Marisol évoque également des « *personnes incurique au niveau de l'hygiène* » (L.77-78) en lien avec la vie à la rue ou des troubles psychiatriques qui rendent « *compliqué de pouvoir prendre soin de soi* » (L.79).

Le statut social et les conditions de vie sont des marqueurs déterminants. Laura identifie la précarité à travers la verbalisation du patient, « *quelqu'un qui va me dire ben j'ai j'ai pas de famille, à la maison c'est compliqué* » (L.49). Elle ajoute que pour « *les SDF par exemple [...]* on se doute que derrière il y a de la précarité » (L.51-52). Marisol précise que cela concerne aussi les personnes « *hébergées sur des dispositifs d'urgence* » (L.64-65) ou faisant face à des « *problèmes addictos* » (L.67). Péléné mentionne la visibilité sociale comme le fait de voir « *quelqu'un qui fait la manche* » (L.72). Marisol évoque avec franchise le concept de « *délit de faciès ! (rire)* » (L.81) comme un mode d'identification spontané, tout en soulignant la « *difficulté à être dans le lien social* » (L.83). La solitude est également un signe pour Laura, concernant ceux qui « *ont pas de chauffage ou de quoi manger pas assez ou qui ont pas de visite...* » (L.168-169).

Les soignantes observent des comportements spécifiques liés à la survie ou à la souffrance psychique. Marie évoque des stratégies d'adaptation vestimentaires, comme « *des gens qui vont arriver avec une dizaine de pulls, quatre pantalons, trois vestes sur eux* » (L.88-89). Elle perçoit aussi des signes émotionnels tels que « *le visage de la gêne, de l'embarras* » (L.76-77). Péléné note que ces patients se déplacent souvent pour répondre à des « *besoins primaires de s'alimenter ou de prendre une douche !* » (L.86).

- L'impact de la précarité sur la prise en soin :

La précarité influence la pratique quotidienne en confrontant les soignants à leurs propres limites professionnelles, à un manque de moyens institutionnels et à la nécessité de s'adapter aux besoins psychologiques spécifiques de ces patients.

Marie souligne l'importance des valeurs fondamentales de la profession d'infirmière, affirmant « *parce qu'on se doit de soigner euh tout le monde. Ça, je m'y fais un point d'honneur, euh mais encore plus dans un hôpital public* » (L.66-67). Elle insiste sur la nécessité de soigner « *sans porter de préjugés* » (L.69) car « *ce type de jugement primaire ne doit pas nous appartenir* » (L.70-71). Cependant, la réalité du terrain laisse apparaître des difficultés. Laura

témoigne de la réticence de certains collègues face à l'incurie « *il y a des soignants ils sont ben ils aiment pas ça, euh ils vont dire devant le patient « Ahh, c'est sale » s'il y'a des insectes, « ahh il y'a des poux je crains » »* (L.144 à 146). Cette confrontation peut générer une « *lassitude aussi je pense du soignant* » (L.199) selon Laura, notamment face à l'agressivité répétée « *par exemple bah le patient SDF qui est tout le temps agressif avec le personnel ben quand il va revenir pour la 20^e fois [...] on va dire bon lui il mérite pas qu'on s'occupe de lui* » (L.201 à 203). Péléné explique également que le patient précaire peut susciter de la « *peur parce que comme il est éloigné des parcours de soin, euh c'est souvent des patients qui prennent plus de temps plus de place* » (L.99-101). Cette peur peut être, pour Marisol, un véritable frein car elle évoque que le patient précaire peut « *susciter le rejet et susciter la peur et quand on a peur bah on n'a pas envie de soigner l'autre quoi !* » (L.196-197).

L'infirmière occupe une place de « *tremplin* » selon Laura, capable de « *déclencher des choses par exemple faire intervenir une assistance sociale* » (L.98 à 99). Marie précise que ce rôle implique aussi d'être vigilant sur les ressources de l'hôpital « *doit donner des ressources pour qu'effectivement si la personne n'a pas de mutuelle, euh ou de couverture sociale* » (L.95-96). Elle ajoute que, concernant l'hygiène, le respect de la pudeur est essentiel « *on n'hésite pas à demander si effectivement ils nous autorisent à l'aider* » (L.123-124). Pour Laura, la prise en soin dépasse le cadre purement médical pour « *leur apporter un petit peu plus de bonheur quoi* » (L.124). De son côté, Marisol insiste sur l'importance du savoir-être pour ne pas « *être dans le faire et d'en finir sa journée avoir l'effet bien cocher toutes les croix de toutes les cases* » (L.208-209).

Péléné pointe les limites du système de soin classique, évoquant un « *réel manque de connaissances psychiatriques et cliniques* » (L.117-118) où « *on se fie au comportement et pas à la pathologie* » (L.120-121). Elle dénonce un épuisement des ressources par « *manque de temps et de connaissance...[...] et de moyens...* » (L.125 à 127). Pourtant, ces patients expriment un fort « *besoin de réassurance quoi* » (L.105) et un « *besoin d'être écouté* » (L.104). Marisol confirme que la précarité engendre un « *besoin de se sentir en sécurité plus que les autres parce qu'ils ils sont euh constamment sujet au rejet...* » (L.99-100). Elle conclut sur la méconnaissance des dispositifs par les patients eux-mêmes, Marie rappelle que « *très souvent ils n'ont pas osé demander ou n'était pas au courant des aides qui étaient possibles* » (L.117-118).

- La temporalité et l'accès aux soins :

L'accès aux soins pour les personnes précaires est marqué par des barrières financières, des passages fréquents aux urgences pour des besoins non médicaux pour la plupart du temps et une relation de soin qui s'inscrit sur le long terme.

Pour Marie, l'accès au soin est conditionné par une barrière financière. Elle précise qu'« *il faut toujours leur demander, euh avant de les réorienter, s'ils ont de quoi effectivement avancer une consultation* » (L.57-58). En l'absence de suivi régulier, le recours à l'hôpital se fait souvent dans l'urgence « *quand ils nous arrivent, nous, aux urgences c'est souvent dans un contexte de chute* » (L.38-39). Marie souligne que malgré l'image de technicité du service des urgences, le volet social est quand même présent « *on s'imagine souvent qu'aux urgences, on est la des des hyper techniciennes [...] mais non on a un gros volet sur ça* » (L.166 à 169).

Laura observe une forte récurrence des passages aux urgences pour cette population « *y'en a ils reviennent tout le temps (rire)* » (L.77), les qualifiant de « *des chroniques !* » (L.79). Elle explique que ces patients viennent chercher des soins mais aussi des réponses à des besoins fondamentaux ou relationnels « *y'en a, ils sont ravis qu'on s'occupe d'eux, d'être au chaud...* » (L.74-75) ou encore « *des fois y'en a ils viennent c'est plus pour parler que autre chose* » (L.95-96).

Dans le cadre de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité, la temporalité du soin s'allonge pour permettre l'instauration d'un lien de confiance. Péléné témoigne que « *c'est un lien qui met du temps à s'instaurer* » (L.154-155), illustrant par un patient d'un suivi de longue durée « *ça fait 4 ans moi que je le suis et on a réussi la semaine dernière à l'accompagner à la douche...* » (L.158-159). Elle souligne que pour soigner en précarité, « *les objectifs du soignant sont différents...* » (L.161) et qu'il faut savoir rester humble « *moi je me dis pas quand je pars en maraude, euh je vais tous les sauver* » (L.163).

Marisol adapte également ses outils relationnels pour faire face à l'insécurité globale des patients notamment par l'adaptation du langage. Elle confie : « *ça m'arrive de tutoyer [...] c'est aussi grâce au tutoiement, on arrive à créer un lien* » (L.118 et 123). Enfin, elle pointe la nécessité de mieux former les futurs professionnels, estimant qu'« *il devrait y avoir un module à l'école de d'infirmière (rire)* » (L.172-173) pour proposer une réelle « *sensibilisation* » (L.174) à travers des témoignages de parcours de vie.

- Le renoncement et l'auto-exclusion :

Ce dernier aborde les barrières psychologiques et relationnelles qui poussent les patients à s'écarter du système de santé, entre sentiment de honte, traumatismes passés et rupture du lien social.

Le renoncement aux soins est souvent lié à un sentiment d'indignité ressenti par le patient. Marie rapporte les propos de patients s'excusant de leur situation financière « *bah, je suis vraiment désolé, mais je n'ai pas d'argent pour avancer une consultation* » (L. 61-62). Elle décrit également une honte du soin profonde, avec un patient « *à pleurer tellement il était embarrassé de devoir nous faire travailler, il disait mais je vous fais travailler pour moi* » (L.128-129). Cette pudeur extrême peut conduire à un refus de soin : « *non mais vraiment j'ai honte j'ai honte j'ai honte de tout ça* » (L.230-231). Cet état psychologique s'accompagne d'un fort isolement. Marie note que « *la précarité ben s'accompagne aussi de l'isolement euh aussi familial et et et amical* » (L.119-120). Laura illustre cet éclatement des liens familiaux avec l'exemple d'une patiente qui « *avait des enfants mais que du coup ils se voyaient plus qu'elle était toute seule à la maison* » (L.226-227).

Pour Péléné, l'éloignement des soins s'explique par des expériences antérieures douloureuses. Elle affirme que les patients « *ont été traumatisés par les parcours de soins* » (L.184). Cette souffrance peut entraîner une « *pathologie du lien* » (L.299) chez le patient, décrit comme « *quelqu'un de très agité, de très insécure dans la relation avec lequel justement établir un lien tu sens bien à quel point il a une vraie pathologie du lien* » (L. 298-299). Dans ce contexte de survie, la plainte physique disparaît, comme le résume un patient cité par Péléné : « *la douleur, elle ferme sa gueule* » (L.271).

L'auto-exclusion est parfois une réponse défensive au rejet, qu'il soit réel ou supposé. Laura observe que certains patients « *deviennent plutôt agressifs, ils ont pas envie qu'on s'occupe d'eux, ils sont bien finalement dans leur précarité ils veulent y rester* » (L.71-72). Elle souligne également la responsabilité des soignants dans ce cercle vicieux « *la personne forcément elle entend, donc la personne va être en rejet...* » (L.147-148). Enfin, Marisol explique que l'auto-exclusion est le résultat d'un rejet devenu intérieur « *ils ont tellement intégré ce rejet qui s'auto-exclut aussi* » (L.102-103). Elle décrit des personnes qui peuvent « *susciter le rejet euh et être aussi dans l'auto-exclusion* » (L.92). Ce processus aboutit à une perte de confiance généralisée où les patients « *ont plus confiance, ils ont pu confiance en les autres, ils ont pu confiance en l'avenir et ils ont pu confiance en eux* » (L.133-134).

La relation soignant-soigné étant au cœur de la relation de soin, j'ai poursuivi mes entretiens en interrogeant les professionnels sur l'influence de la précarité dans leur lien avec le patient. J'ai cherché à comprendre comment cette vulnérabilité impacte leurs échanges, de quelle manière ils adaptent leur posture ou/et leur communication pour maintenir une relation de soin, et quels sont les leviers ou les freins à la construction d'un lien de confiance durable. Pour l'ensemble des soignantes interrogées, la relation ne s'établit pas de manière automatique mais demande un ajustement permanent face aux réalités de la précarité. À travers l'analyse de leurs réponses, trois sous-thèmes sont apparus et seront développés par la suite.

- L'influence de la précarité sur la relation d'aide et les difficultés relationnelles :

Pour Marie, la précarité transforme le regard du soignant en y apportant une dimension humaine profonde « *influencer je je fin plutôt dans le sens de la compassion moi je mettrais plutôt dans ce truc-là de se dire à un moment donné effectivement les les gens ce n'est pas par choix* » (L. 114 à 116). Comme Marisol, elle met en avant la situation sociale difficile de ces patients. Marie insiste notamment sur l'isolement « *c'est des gens pour lesquels ils ne, ils sont tous seuls ils savent pas comment se débrouiller* » (L.121). Dans cette relation de soin, Marie observe aussi beaucoup de pudeur chez certains patients, comme cet homme « *à pleurer tellement il était embarrassé de devoir nous faire travailler* » (L.128). Dans ce contexte, le soin devient aussi un moyen « *de les rassurer et d'enlever euh...* » (L.129-130) [...] *Cet embarras quoi !* » (L.131).

Laura évoque également la relation avec ces patients, mais elle met davantage en avant la variabilité et la complexité des comportements. Contrairement à la vision plutôt centrée sur la compassion de Marie, elle souligne que les réactions peuvent être très différentes « *soit au contraire la personne elle va être plus reconnaissante* (L.66) [...] *soit au contraire des fois il y en des fois et bah ils deviennent plutôt agressifs* » (L.70-71). Cette instabilité peut avoir un impact sur les soignants. Laura explique que « *nous on a beau avoir de l'empathie, je pense que des fois ça peut nous toucher !* » (L.85). Elle décrit aussi une certaine lassitude liée à la répétition des situations « *quand il va revenir pour la 20^e fois et qu'on sait qu'il va être agressif bah c'est sûr dès le départ on va lui coller cette étiquette d'agressivité* » (L.202-203). Comme Péléna, Laura souligne que la gestion quotidienne peut être difficile, évoquant le poids de l'incurie au quotidien « *de tout le temps passer derrière ça je pense que des fois c'est pesant...* » (L.206-207).

Péléné rejoint Laura sur les difficultés rencontrées par les équipes, mais elle insiste davantage sur l'appréhension que peut susciter ce public. Selon elle, « *le patient précaire fait peur parce que comme il est plus éloigné des parcours de soin, euh c'est souvent des patients qui prennent plus de temps plus de place* » (L.99 à 101). Péléné souligne également la complexité des situations médicales, avec des « *comorbidités euh psychiatriques, euh addictives... (L.101) [...] qui du coup peuvent mettre en difficulté les équipes* » (L.103). Cette difficulté est accentuée dans certains contextes comme les urgences « *c'est compliqué de gérer un patient précaire qui arrive bourré aux urgences euh qui et qui est euh semi-compliant, euh parfois passif-agressif voilà. Bon quand tes deux à gérer 12 patients euh...* » (L.121 à 123).

Enfin, Marisol apporte un autre éclairage en rappelant que, pour ces patients, la priorité reste souvent les besoins primaires. Comme Marie, elle met en avant les conditions de vie difficiles, expliquant que « *c'est vraiment la la difficulté à déjà prendre soin euh de soi et ses besoins primaires* (L.54-55) [...] *c'est pas ce qu'ils vont chercher en premier quoi !* » (L.56-57). Marisol souligne aussi que le manque d'information ou de droits constitue un obstacle « *beaucoup de patients qui ont pas leurs droits qui sont ouverts* (L.40) [...] *vont renoncer parce que bah ils savent pas ils connaissent pas leurs droits* » (L.44-45). Elle met enfin en évidence un décalage entre le rythme de vie des patients précaires et celui du système de santé « *la temporalité n'est pas la même que la nôtre* » (L.48). Ainsi, « *pendant qu'ils vont essayer de faire la manche* (L.49) [...] *le rendez-vous à 10h00* (L.50) [...] *ça sera plus difficile pour eux d'y accéder* » (L.51).

Ainsi, toutes les soignantes reconnaissent que la précarité peut influencer la relation de soin. Cependant, leurs discours montrent des approches différentes. Marie et Marisol insistent davantage sur la compréhension et les conditions de vie des patients, tandis que Laura et Péléné mettent davantage en avant les difficultés pratiques et relationnelles rencontrées par les équipes.

- Adaptation de la communication, posture et ajustements relationnels :

Face à la précarité, les soignantes interrogées s'accordent sur le fait que le soin ne peut se limiter à un simple soin technique. Toutes évoquent la nécessité d'adapter sa posture et le langage pour maintenir le lien avec ses patients, même si chacune insiste sur des aspects différents.

Pour Marie, l'ajustement relationnel repose avant tout sur la délicatesse et la retenue. Elle explique qu'« *il faut avoir effectivement être très mesuré et très délicat dans nos paroles* » (L.138-139). Contrairement à une communication frontale qui consisterait à demander directement au patient « *oh mais vous vous lavez pas, mais c'est quoi pourquoi vous vous lavez*

pas ? » (L.139-140), elle privilégie une approche plus indirecte. Comme Laura et Marisol, elle adapte sa manière de s'adresser au patient, mais son approche passe surtout par le détournement et la reformulation. Elle explique qu'« *en fait on on contourne le problème pour essayer de voir voilà déjà l'environnement* » (L.142-143) et reformule la question de manière plus respectueuse, « *qu'est ce qui fait qu'à un moment donné effectivement je vois qu'au niveau des soins d'hygiène, c'est pas trop ça qui vous aide à la maison* » (L.140 à 142).

Laura partage cette idée d'adaptation de la communication, mais elle insiste davantage sur l'accessibilité du message et de la compréhension du patient. Elle parle d'un ajustement aux niveaux des capacités de compréhension et explique que « *si euh c'est par exemple le patient il a du mal à comprendre, là on va adapter le langage, voilà les termes qu'on utilise la façon de parler* » (L.130-131). Comme Marie, elle modifie sa manière de communiquer, mais son objectif est surtout de rendre les informations plus compréhensibles. Elle considère aussi son rôle comme un « *tremplin* » (L.98) social pour ces patients. Cet accompagnement passe par « *des petits efforts sur des petites choses je dirais plus du quotidien* » (L.121-122), afin de leur apporter « *un petit peu plus de bonheur quoi* » (L.124).

Pour l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité, l'adaptation semble encore plus importante. Péléné rejoint l'idée d'un soin qui s'adapte à la situation du patient, mais elle insiste surtout sur la priorité donnée à la relation avant même le soin. Selon elle, « *ce qui est le plus important de travailler avant de pouvoir parler de soin c'est de travailler le lien...* » (L.51-52). Comme Laura et Marie, elle adapte sa posture, mais dans son cas l'objectif est d'instaurer une relation de confiance progressive. Elle explique que « *si déjà je réussis à m'asseoir à côté d'eux à discuter un peu et qui me font confiance euh...* (L.166-167) [...] *C'est déjà bien !* » (L.169), notamment parce que ces patients sont souvent « *loin des parcours de soin* » (L.182-183).

Marisol partage cette vision d'un soin adapté à la personne, notamment à travers un langage plus simple et accessible. Comme Laura, elle cherche à rendre les informations compréhensibles en essayant de « *vulgariser les termes, essayer d'être le plus clair possible* » (L.115-116). Elle peut aussi adopter une posture plus informelle pour faciliter la relation. Elle explique par exemple que « *même ça m'arrive de tutoyer* » (L.118). Selon elle, ce type d'adaptation relationnelle peut favoriser la confiance, car « *c'est aussi grâce au tutoiement, on arrive à créer un lien et que derrière peuvent se débloquer aussi le, une confiance s'installe* » (L.123-124).

Ainsi, malgré des approches différentes, toutes les soignantes montrent que l'adaptation de la communication est essentielle dans la relation de soin avec des personnes en situation de précarité. Leur objectif est de créer un cadre sécurisant pour des patients « *constamment sujet au rejet...* » (L.100), selon Marisol. Comme elle le souligne, cette posture permet de « *réhumaniser de pas être que dans le faire et d'en finir sa journée avoir l'effet bien cocher toutes les croix* » (L.208-209). L'adaptation de la communication et de la posture apparaît donc comme une réponse nécessaire pour maintenir la relation et « *trouver d'autres solutions* » (L. 144-145) selon Marie, lorsque les réponses habituelles du système de soin ne suffisent pas.

- Relation de confiance et construction du lien :

La construction d'un lien de confiance avec un patient en situation de précarité apparaît comme un élément central de la prise en charge. Les témoignages montrent que cette relation dépend à la fois de l'attitude du soignant et du vécu souvent difficile des patients. Ainsi, les soignantes se rejoignent sur l'importance de la confiance, même si elles mettent en évidence différents facteurs qui peuvent favoriser ou, au contraire, la fragiliser.

Pour Marie, la confiance repose en grande partie sur la posture personnelle du soignant. Elle explique que « *ça dépend vraiment de chaque projection individuelle de chaque soignant en fait !* » (L.150-151). Comme Marisol, elle reconnaît que les parcours de vie peuvent être très différents et marqués par des inégalités, « *on n'est pas tous nés sous une bonne étoile avec une famille aimante et entourante* » (L.153-154). Malgré ces situations parfois complexes, elle considère que la construction de la confiance fait partie intégrante du rôle infirmier. Elle affirme ainsi que « *personnellement je dirais non non non parce que c'est notre vocation première* » (L.156-157). Cette vocation permet notamment d'accompagner des personnes qui « *se retrouvent seules isolées qui connaissent pas le système* » (L.155-156).

À l'inverse, Laura met davantage en avant la fragilité de cette confiance. Selon elle, certains comportements ou jugements peuvent rapidement rompre la relation. Elle évoque par exemple le dégoût exprimé par certains soignants « *il y a des soignants ils sont ben ils aiment pas ça, euh ils vont dire devant le patient « Ahh c'est sale » s'il y a des insectes* » (L. 144 à 146). Dans ce cas, la réaction du patient est immédiate « *la personne forcément elle entend, donc la personne va être en rejet...* » (L.147-148). Péléné partage cette idée d'obstacle à la confiance, mais elle insiste davantage sur les contraintes institutionnelles. Elle explique que certaines décisions, comme une hospitalisation sous contrainte, peuvent détruire le travail relationnel déjà

construit « *après y'a plus de lien, après on est le mauvais objet et on ne peut plus veiller sur son état de santé...* » (L.313-314).

Malgré ses difficultés, Laura et Péléné soulignent toutes les deux l'importance du temps dans la construction de la relation. Laura observe que certains patients viennent parfois davantage pour échanger que pour un soin médical à proprement parler : « *ils viennent c'est plus pour parler que pour autre chose* » (L.95-96). Péléné confirme que cette relation de confiance « *demande plus de temps...* » (L.191). Cependant, elle considère que cet investissement relationnel peut être très enrichissant, car il donne lieu à des « *rencontres hyper riches* » (L.207) liées à « *leur parcours de vie dans leurs histoires et dans dans ce qu'ils apportent dans le lien...* » (L.210-211).

Enfin, Marisol met en lumière l'impact du rejet social sur la confiance des patients. Selon elle, à force de vivre des expériences d'exclusion, certains finissent par se replier sur eux-mêmes « *ils ont tellement intégré ce rejet qui qui s'auto-exclus aussi* » (L.102-103). Cette situation peut conduire à une perte totale de confiance « *ils ont plus confiance, ils ont plus confiance en les autres, ils ont plus confiance en l'avenir, ils ont plus confiance en eux* » (L.133-134). Elle évoque également la difficulté de lutter contre certains regards institutionnels négatifs. Elle rapporte par exemple une situation vécue aux urgences où certains professionnels réagissent ainsi : « *Olalala mais c'est pas vrai regarde ils nous ont ramènent encore un mais en plus il tient encore debout ça sert à rien* » (L.238-239). Dans ce contexte, construire une relation de confiance devient pour elle un véritable « *combat euh qui n'a pas lieu d'être en fait* » (L.249). Pourtant, ce travail relationnel reste essentiel pour permettre au patient de retrouver sa place dans un parcours de soin.

Ainsi, toutes les soignantes soulignent l'importance du lien de confiance dans la relation de soin avec des personnes en situation de précarité. Néanmoins, leurs discours montrent que cette relation dépend à la fois de la posture du soignant, du temps consacré à la relation et des nombreux obstacles liés au vécu des patients ou au fonctionnement institutionnel.

La perception qu'un soignant a d'un patient en situation de précarité influence de manière invisible mais réelle la qualité de la prise en charge. Afin de mieux comprendre ce qui se joue lors de l'accueil d'un patient en situation de précarité, j'ai interrogé les professionnels sur les perceptions des soignants. J'ai cherché à savoir quelles représentations ou images leur viennent spontanément à l'esprit, comment leur expérience a fait évoluer leur regard et si ce dernier est partagé par l'ensemble de l'équipe de soin. À travers l'analyse de leurs témoignages, trois sous-

thèmes se dégagent et structurent cette réflexion. Le premier sous-thème s'intitule les représentations sociales du patient précaire. Le deuxième concerne l'évolution des perceptions par l'expérience professionnelle et le dernier porte sur la variabilité des perceptions au sein de l'équipe soignante.

- Les représentations sociales du patient précaire :

Les représentations sociales sont les images et les idées préconçues que nous nous faisons d'une situation ou d'une personne. Pour les soignantes rencontrées, le patient en situation de précarité n'est pas seulement défini par son manque de moyens, mais par une fragilité globale qui touche son corps, son esprit et son histoire de vie.

Une première distinction apparaît dans la manière dont les soignants se représentent le profil du patient précaire. Laura propose une vision très large et déstigmatisée, soulignant que « *les SDF voilà fin y a des gens qui habitent chez eux ils sont en précarité, ils ont pas de chauffage, ils ont pas de voilà, c'est pas forcément celui qui dort dehors mais j'ai une population du coup en tête euh alors soit assez varié* » (L.160 à 162). Elle porte un regard sensible sur l'isolement de la personne âgée « *qui ont pas de visite...* » (L.169), illustrant une précarité domestique et sociale. À l'opposé, Péléné et Marisol, spécialisées en EMPP, se représentent davantage un public « *exclus et vulnérables* » (L.220-221) selon Péléné. Pour Marisol, cette précarité est synonyme de « *vulnérabilité...*(L.144) et de sentiment d'insécurité permanent, tandis que Péléné insiste sur la « *vulnérabilité euh euh globale souvent...* » (L.49) de ces patients qui sont souvent « *plus éloigné des parcours de soins* » (L.99-100).

Le rapport affectif au patient précaire relève également des différences notables. Marie exprime une représentation centrée sur l'affectif et l'instinct de protection « *Comment ça, ben moi, je me dis le pauvre !* » (L.162), affirmant que son moteur est « *vraiment de la compassion* » (L.164). Cette vision rejoint celle de Marisol sur l'origine du malheur, car toutes deux estiment que le patient n'est pas responsable de sa situation. Marie rappelle que « *on n'est pas tous nés sous une bonne étoile avec une famille aimante et entourante* » (L.153-154), ce que Marisol corrobore en expliquant qu'aucune personne précaire n'est arrivée là en ayant eu « *une enfance contenant, sécurisante et et avec de l'amour* » (L.162-163). Toutefois, cette humanité est parfois mise à l'épreuve par la réalité du terrain. Péléné observe que, pour beaucoup, « *le patient précaire fait peur* » (L.99) car il occupe « *plus de temps plus de place* » (L.100-101). Cette crainte fait écho au constat de Laura, pour qui le patient peut parfois devenir « *plutôt agressifs* » (L.71) lorsqu'il n'a « *pas envie qu'on s'occupe d'eux* » (L.71).

La représentation physique du patient précaire est un point de divergence majeur, particulièrement aux urgences. Laura associe spontanément la précarité à l'image de l'incurie et du manque d'hygiène, évoquant que c'est « *quelqu'un ben qui est sale qui a des insectes sur lui* » (L.57). Elle confie que le fait de « *tout le temps passer derrière ça [...] c'est pesant...* » (L.206-207). Face à cette vision, Marie oppose une représentation valorisante du soin de confort, où donner « *une bonne douche chaude avec des vêtements propres* » (L.172) permet de restaurer une dignité. Elle est d'ailleurs la seule à mentionner le sentiment de honte chez le patient, témoignant d'une grande sensibilité à la fragilité du système de santé, « *ces personnes-là qui peuvent être vulnérables du coup...* » (L.236-237) [...] *Par rapport à un système de santé ouais* » (L.239).

Enfin, l'analyse des témoignages des soignantes exerçant en Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) relève une approche centrée sur l'identité profonde du sujet, au-delà de ses manifestations cliniques ou sociales visibles. Péléné décrit une approche relationnelle où la singularité de l'individu prime sur son statut social, affirmant que « *à côté de ça c'est aussi une très belle rencontre...* » (L.352) [...] *c'est pas sa situation qui fait la personne qu'il est !* » (L.353) [...] *Mhh, Mhh* » (L.354). Elle identifie une plus-value dans l'échange clinique, qu'elle qualifie de « *rencontres hyper riches* » (L.207) issues de la complexité « *dans leur parcours de vie* » (L.210). De son côté, Marisol complète cette perspective en analysant la précarité sous l'angle de la survie adaptative. Elle souligne que la mobilisation psychique du patient est prioritairement captée par la satisfaction des « *besoins primaires* » (L.48) et les antécédents de ruptures précoces, comme pour les personnes ayant « *été abandonnées* » (L.164).

Pour finir, les représentations sociales du patient précaire oscillent entre une perception centrée sur les symptômes de la misère (hygiène, agressivité) et une perception centrée sur la trajectoire de l'individu (traumatismes, richesse humaine). Alors que Marie et Marisol insistent sur la vulnérabilité et l'histoire familiale, Laura met en avant la complexité de la prise en charge quotidienne. Péléné, quant à elle, fait le lien en humanisant ces parcours de vie complexes, transformant l'image du « patient difficile » en celle d'une « belle rencontre ».

- L'évolution des perceptions par l'expérience professionnelle :

L'expérience du terrain agit comme un véritable révélateur pour les soignants. Au fil des années, la pratique ne transforme pas seulement leurs compétences techniques, mais surtout leur posture de soignante face à la précarité. Si toutes les professionnelles s'accordent sur l'importance du vécu, elles en tirent des enseignements différents selon la réalité de leur service.

Marie et Laura, qui exercent aux urgences, décrivent une évolution marquée par le passage d'une vision théorique à une réalité sociale souvent brutale. Marie explique que l'ancienneté lui a permis d'acquérir une expertise dans l'orientation du patient précaire. Pour elle, l'expérience, c'est la connaissance des réseaux d'aide. Elle considère que savoir vers quelles « ressources » (L.180) diriger le patient fait partie intégrante de ses compétences, en affirmant que « *Ben ça fait partie de ben une compétence si quand on a la connaissance pour moi ça va avec* » (L.191-192). De son côté, Laura souligne que le terrain lui a ouvert les yeux, « *je me suis vraiment rendu compte qu'il y avait plus de misère que ce que je pensais...* » (L.179-180). Cette confrontation lui a appris à être vigilante, notamment en s'appuyant sur les alertes des pompiers par exemple concernant l'incurie au domicile, « *déjà ils nous signalent qu'à la maison ça va être compliqué [...] et nous derrière on peut changer aussi du coup ben fin on le prend en compte* » (L.256-257).

Pour les soignantes en Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), l'expérience amène une réflexion plus profonde sur les limites et l'éthique du soin. Péléné a appris que le temps est un outil indispensable. Elle affirme que le lien est « *plus important de travailler avant de pouvoir parler de soins* » (L.51-52). Son parcours l'a conduite à accepter une grande flexibilité, en affirmant que « *c'est à nous soignants de s'adapter et si c'est pas ok de s'adapter c'est ok de ne pas être ok !* » (L.199-200). Elle a compris qu'il est parfois nécessaire de respecter le gré du patient, « *on ne peut pas faire contre son gré* » (L.343), même si cela semble risqué, pour ne pas détruire le lien qu'elle juge « *précieux* » (L.345).

Enfin, Marisol montre que l'expérience permet de déconstruire les préjugés pour « *réhumaniser* » (L.208) la prise en charge. Elle a développé une vision critique du système de soin classique, refusant de juger un patient qui ne suit pas son parcours, « *on lui donne toutes les possibilités de s'en sortir il le fait pas voilà et moi ça c'est pas je peux pas l'entendre* » (L.188 à 190). Pour elle, l'évolution professionnelle doit mener à une remise en question permanente, notamment via « *la supervision* » (L.206), pour ne plus simplement chercher à « *cocher toutes les croix de toutes les cases* » (L.208-209).

Ainsi, si pour Marie et Laura, l'expérience sert principalement à mieux protéger et orienter le patient dans l'urgence, pour Péléné et Marisol, elle sert à accepter la complexité de l'exclusion et à placer la relation humaine au-dessus des protocoles. Toutes s'accordent néanmoins sur le fait que c'est la confrontation concrète à la précarité qui permet de développer une posture soignante plus juste et adaptée.

- Variabilité des perceptions au sein de l'équipe soignante :

L'analyse des entretiens montre que la prise en charge de la précarité n'est pas uniforme au sein d'une même équipe. Elle dépend de la sensibilité de chaque soignant, mais aussi des pressions extérieures liées au service. À travers les réponses recueillies, on observe que le regard porté sur le patient diffère entre empathie individuelle et mécanismes de rejet collectif.

Pour Marie, la perception du patient est avant tout une affaire personnelle. Elle affirme que « *on a tous nos propres représentations euh déjà en tant que soignants* » (L.196-197). Selon elle, l'histoire de vie de chaque professionnel joue un rôle majeur : « *on a aussi un propre parcours de vie une propre histoire* (L.198-199) [...] *Qui peut influencer justement sur* (L.200) [...] *La prise en charge effectivement* » (L.201). Elle reconnaît que cela mène à des dérives, comme un « *jugement primaire et et et pas forcément bienveillant* » (L.205-206) ou des réactions inconscientes face au patient. Comme Marie, Marisol insiste sur le fait que l'empathie varie « *selon le niveau d'empathie (rire) et de de de penser l'autre* » (L.185-186).

Laura décrit une réalité d'équipe parfois difficile, marquée par le poids du quotidien aux urgences. Elle souligne une différence de regard selon la situation sociale, « *c'est plus sur le patient SDF, parce que par exemple la personne qui est au domicile et qui est précaire on va moins avoir ça !* » (L.210-211). Elle évoque librement le rejet lié au manque d'hygiène, notant que certaines collègues disent devant le patient « *Ahh c'est sale* » (L.145-146) ou expriment leur réticence face aux insectes « *ahh, il y a des poux je crains* » (L.146). Pour elle, cette lassitude est renforcée par la répétition, notamment face aux patients connus du service, « *quand il va revenir pour la 20^e fois [...] c'est sûr dès le départ on va lui coller une étiquette d'agressivité* » (L.202-203). Elle rejoint l'idée de Péléné sur la lourdeur de la charge de travail, expliquant que devoir tout le temps « *passer derrière ça je pense que des fois c'est pesant...* » (L.206-207).

Péléné apporte une analyse plus globale sur le fonctionnement des groupes soignants. Elle décrit un phénomène de « *désintelligence collective* » (L.227) où, sous la pression, les équipes finissent par utiliser ce « *jargon* » (L.226) stigmatisant comme appeler une chambre « *la pièce précaire* » (L.138). Elle observe que les services classiques sont souvent mis en difficulté par l'agitation ou l'agressivité, « *aux urg, c'était hyper compliqué hein parce que le patient qui crie qui occupe beaucoup d'espace qui est très agité ça les mettait vraiment en difficulté* » (L.327-238). Comme Marie, elle pense que ce comportement de l'équipe provient d'un « *manque de*

connaissances psychiatriques et cliniques » (L.118) qui pousse les soignants à se fier au comportement plutôt qu'à la pathologie.

Enfin, Marisol met en évidence les conséquences de ces regards pour le patient. Elle explique que le milieu hospitalier peut susciter le « *rejet et être aussi dans l'auto-exclusion* » (L.92) du patient lui-même. Elle partage le constat de Laura et Péléné sur l'impact de la charge de travail aux urgences, où les soignants sont souvent « *débordés* » (L.94). Elle décrit un sentiment de solitude face à ces réactions d'équipe, en affirmant que « *là moi je me suis pas sentie soutenue* » (L.244-245) *quand ça se passe comme ça bah c'est hyper dur* » (L.247-248). Pour elle, le soin devient alors un « *combat euh qui n'a pas lieu d'être* » (L.249) contre les préjugés de certains collègues.

Ainsi, les témoignages révèlent que la perception de la précarité au sein d'une équipe est loin d'être homogène. Si Marie insiste sur l'influence de l'histoire personnelle, Laura et Péléné montrent comment la charge de travail et le manque de formation transforment parfois l'empathie en lassitude ou en jargon stigmatisant. Marisol, quant à elle, souligne la difficulté pour le soignant de maintenir une posture humaniste lorsque le collectif bascule dans le rejet.

6. LA PROBLÉMATIQUE

6.1. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

L'analyse thématique des entretiens auprès des professionnels de santé de terrain m'a permis d'étoffer mes connaissances sur mon travail d'initiation à la recherche. Cela me conduit à présent à mettre en tension mon cadre de référence et les réponses de terrain apportées afin d'éclairer cette nouvelle réflexion autour de ma question de départ qui est :

« Quelles perceptions ont les soignants d'un patient en situation de précarité ? »

La relation soignant-soigné est définie par Margot Phaneuf comme une « *réponse d'aide et de compréhension* » (Phaneuf, 2007, p.141) qui dépasse le simple geste technique pour devenir une rencontre humaine. Si cette dimension est confirmée sur le terrain par un sentiment de compassion face à l'isolement et l'embarras des patients en situation de précarité, elle se heurte violemment à une réalité plus abrupte, celle de l'agressivité et de l'incurie. Une première tension apparaît entre l'unicité du patient prônée par Monique Formarier (2007) et la pratique quotidienne. L'épuisement professionnel et la répétition des situations complexes aux urgences

induisent un risque de banalisation du soin. Pour se protéger, le soignant peut être tenté de « coller une étiquette » de dangerosité ou d'agressivité dès l'accueil, transformant « la rencontre » théorique en une simple gestion de crise. Cette problématique interroge la reconnaissance du patient comme sujet de soin. Si Cynthia Fleury (2019) affirme que le patient doit rester « agent » de son soin, le terrain relève que pour les personnes en situation de précarité, la priorité absolue reste la satisfaction des besoins primaires (se loger, se nourrir...). Ce décalage de priorités peut conduire à une forme de désobjectivisation, le patient n'est plus perçu comme un partenaire de soin, mais comme une charge institutionnelle supplémentaire. La responsabilité éthique sur le vital et l'intime, soulignée par Bioy et Fouques (2013), est alors mise à mal par des réactions de rejet face à l'incurie, rendant nécessaire un « combat » permanent pour réhumaniser la prise en charge. Enfin, l'adaptation de la posture constitue un point de rupture majeur. Là où Phaneuf (2007) considère le tutoiement comme une agression à la dignité, les professionnels l'utilisent parfois comme un outil pour créer un lien de proximité indispensable. Ce véritable dialogue d'après Claire Marin est toutefois entravé par une double contrainte, le manque de temps institutionnel et un décalage de temporalité entre le rythme des soins et celui de la survie sociale.

6.2. LES PERCEPTIONS DES SOIGNANTS

Cette seconde partie vise à explorer les perceptions des soignants, conçues comme un ensemble de représentations sociales et de schèmes cognitifs qui structurent leur regard sur le patient en situation de précarité. Les perceptions des soignants ne sont pas de simples observations cliniques, elles sont le reflet de nos représentations sociales, ces images mentales qui organisent notre vision du monde selon Mannoni (2022). Dans le soin, ces perceptions oscillent entre une volonté d'accueil et les obstacles invisibles de la pensée collective. Une première tension naît de la définition même de la précarité. Si une vision humaniste permet de voir la détresse invisible (isolement des personnes âgées, fragilité émotionnelle), elle se heurte parfois à la réalité physique de la misère. L'incurie ou le manque d'hygiène peuvent transformer le patient en une figure « monolithique » (Moscovici, 2014), c'est-à-dire que l'on perçoit quelqu'un comme s'il n'avait qu'une seule caractéristique ou une seule identité, réduisant ainsi l'individu à son hygiène corporelle dégradée. C'est ici que s'installe le « stigmat » décrit par Erving Goffman (1975), où un attribut négatif finit par définir toute la personne. Le soignant doit alors réaliser un véritable « travail émotionnel » (Mazoyer, 2011) pour transformer son émotion négative en une émotion acceptable, afin de préserver la dignité de la personne. Face aux

normes de l'institution, le patient précaire est souvent perçu comme un « dévieur » (Goffman, 1975) parce qu'il ne suit pas le parcours de soin classique, privilégiant ses besoins vitaux immédiats (se loger, se nourrir). L'enjeu pour le soignant est d'utiliser son expérience non pas pour juger ce comportement, mais pour déconstruire ses propres préjugés. Il s'agit de passer d'un soin « protocolaire » à un soin qui « réhumanise », où l'on cesse de vouloir « cocher toutes les croix de toutes les cases » selon Marie, pour s'intéresser à l'histoire singulière de celui que l'on soigne. La perception individuelle est constamment mise à l'épreuve par le collectif du groupe. Sous la pression du service, une « désintelligence collective » d'après Péléné peut s'installer, menant à l'utilisation d'un jargon stigmatisant ou à des scènes de rejet explicite. Pour le soignant, le positionnement éthique demande alors de s'interroger sur ses propres valeurs et ne pas se laisser entraîner par les mécanismes de défense collectifs. Selon Michael Balint, cette remise en question est essentielle pour que le patient ne devienne pas un simple « objet de soin ». Ainsi, la précarité agit comme un miroir de nos propres représentations. Transformer l'image d'un patient « difficile » en celle d'une « très belle rencontre » demande un investissement relationnel fort et un soutien institutionnel constant. C'est à cette condition que le regard soignant peut rester un levier d'alliance thérapeutique plutôt qu'une barrière.

6.3. LA PRÉCARITÉ DANS LE CONTEXTE DES SOINS

Cette troisième partie s'attache à analyser la précarité non comme un simple manque de ressources, mais comme une réalité sociale complexe qui redéfinit les missions des soignants et transforme la rencontre en un véritable espace de lutte contre l'exclusion. La problématique du soin face à la précarité ne peut se limiter à une approche purement économique. Selon Joseph Wresinski, elle se définit par une rupture de multiples « sécurités » (emploi, logement, liens sociaux) qui empêche l'individu de jouir de ses droits fondamentaux. Cette insécurité sociale globale, théorisée également par Nicolas Duvoux, place le patient dans une situation d'incertitude permanente qui impacte directement sa santé et son rapport aux institutions. Une tension majeure apparaît entre les exigences du système de soins et la réalité quotidienne de la survie. Pour le patient en situation de grande précarité, la satisfaction des besoins primaires (logement, alimentation) prime sur la prévention ou le suivi médical régulier. Ce décalage crée une rupture avec le droit commun, la temporalité de l'urgence sociale (faire la manche, trouver un hébergement) entre en collision avec la temporalité rigide de l'institution hospitalière. Cette désynchronisation engendre souvent une perte de confiance réciproque et une altération de l'accès aux droits, compromettant gravement l'avenir de la prise en charge. Le repérage de la

précarité s'effectue souvent par des signes sensoriels brutaux (hygiène corporelle dégradée, vêtements souillés, présence de parasites). Comme le souligne Emmanuel Hirsch, la maladie et la misère « marquent le corps » et transforment radicalement le regard de l'autre sur le patient. Pour le soignant, cette confrontation peut générer une lassitude, voire des réactions de rejet instinctives. Pourtant, l'éthique infirmière impose de soigner tout le monde sans porter de préjugés, reconnaissant une dignité égale à chaque être humain. L'infirmier agit alors comme un « tremplin », utilisant le soin de confort pour restaurer l'image de soi du patient et réamorcer un lien avec le système social. Dans ce contexte, le rôle infirmier dépasse la simple exécution technique pour devenir une « articulation entre la clinique, le social et le sanitaire ». Face à l'exclusion, la mission soignante s'oriente vers la coordination et la médiation. Il s'agit de briser le processus d'auto-exclusion, où le patient, ayant intégré le rejet social, finit par s'exclure lui-même des soins par honte ou sentiment d'inutilité. Le soignant doit alors accepter une temporalité longue, indispensable à la restauration de l'alliance thérapeutique, pour répondre au besoin fondamental de sécurité du patient.

7. QUESTION DE RECHERCHE

L'analyse de ce travail met en évidence une tension persistante : l'aspiration des soignants à une approche humaniste se confronte aux réalités complexes de la précarité. Ce constat souligne que le soin ne peut se réduire à un simple acte technique, il nécessite une posture réflexive constante pour déconstruire ses propres représentations et garantir ainsi une relation soignant-soigné de qualité. À la suite de ce cheminement et de l'analyse des tensions entre les apports théoriques et les réalités du terrain, j'en viens à poser la question de recherche suivante :

« En quoi l'ajustement de la posture infirmière à la singularité et aux besoins spécifiques du patient et la prise en compte des représentations sociales contribuent-ils à favoriser l'alliance thérapeutique auprès d'un patient en situation de précarité sociale ? »

8. CONCLUSION

Ce travail de fin d'études marque l'aboutissement d'un long cheminement. Au fil de cette recherche, j'ai progressivement construit ma réflexion, enrichi mes connaissances et développé mon regard professionnel, mais également personnel. Ce travail m'a amenée à me questionner

sur mes représentations, mes valeurs et ma posture soignante face à des sujets parfois complexes et sensibles.

La situation vécue à l'origine de ce mémoire, concernant la difficulté de rencontrer et de soigner une personne vivant dans une situation de précarité, s'est rapidement imposée comme une évidence. Pourtant, ce travail n'a pas toujours été simple à mener. Les moments de doutes, les difficultés à trouver les mots justes ou encore la peur de manquer d'objectivité m'ont poussée à approfondir ma réflexion et à remettre en question certaines de mes idées.

Qui plus est, les lectures et les recherches effectuées m'ont permis de faire évoluer ma pensée et de mieux comprendre les enjeux liés à la relation soignant-soigné. Ces questionnements ont conduit à l'émergence de ma question de départ : « *Quelles perceptions ont les soignants d'un patient en situation de précarité ?* ». Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, je me suis appuyée sur différents travaux théoriques issus de plusieurs disciplines, mais également sur les témoignages de professionnels de terrain. Les échanges réalisés avec les infirmiers rencontrés ont enrichi ma réflexion et permis de confronter les apports théoriques à la réalité du terrain. Cette démarche de recherche m'a permis de prendre conscience de l'importance de la posture soignante dans l'accompagnement de ces patients. Elle m'a également aidée à développer une réflexion plus approfondie sur les représentations sociales, la relation de soin et les valeurs essentielles qui doivent guider la pratique infirmière.

Progressivement, mes recherches m'ont permis de comprendre que soigner une personne en situation de précarité ne se réduit pas à l'exécution de soins techniques. C'est avant tout un travail sur nos propres préjugés. On peut tous être déstabilisés par une hygiène dégradée ou l'agressivité d'un patient. Mais j'ai réalisé que si on reste bloqué sur ces « étiquettes », on ne peut plus soigner correctement la personne dans sa globalité. L'alliance avec le patient ne peut s'installer que si on accepte de voir la personne au-delà de sa misère sociale.

À la question de recherche : « *En quoi l'ajustement de la posture infirmière à la singularité et aux besoins spécifiques du patient et la prise en compte des représentations sociales contribuent-ils à favoriser l'alliance thérapeutique auprès d'un patient en situation de précarité sociale ?* », ce cheminement apporte des éléments de réponse. Réussir à soigner, c'est accepter de s'adapter à l'autre, à son rythme et à ses priorités du moment, même si cela bouscule les habitudes de l'hôpital. C'est en changeant notre regard et en essayant de comprendre l'histoire de vie personnelle du patient qu'on peut recréer un lien de confiance.

Aujourd'hui, ce travail a vraiment changé ma vision du métier d'infirmière. Je sais maintenant que ma posture et mon humanité sont aussi importantes que mes gestes techniques. J'ai appris qu'être infirmière, c'est aussi être une « passerelle » pour aider ces personnes à retrouver une place dans le système de soin.

Pour conclure, ce travail met en lumière l'investissement des soignants qui font face, malgré une charge de travail importante, à des situations humaines complexes. Ce constat m'amène à m'interroger sur l'accompagnement proposé par les institutions de soins. Dans quelle mesure la mise en place d'espaces de parole ou de temps d'échanges en équipe pourrait-elle aider les professionnels à prendre du recul sur leurs pratiques et à maintenir une qualité de relation durable avec les patients en situation de précarité ?

9. BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Bioy, A., & Fouques, D. (2009). *Manuel de psychologie du soin*. Paris, France : Bréal.

Fleury, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Paris, France : Gallimard.

Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, France : Les Éditions de Minuit.

Hirsch, E. (2007). *Éthique, médecine et société : Comprendre, réfléchir, décider*. Paris, France : Vuibert.

Hirsch, E. (2010). *Traité de bioéthique : Tome I. Fondements, principes, repères*. Toulouse, France : Érès.

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Mannoni, P. (2016). *Les représentations sociales* (7^e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France (collection « Que sais-je ? »).

Moscovici, S. (2014). *Psychologie sociale* (3^e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France (collection « Quadrige »).

Paugam, S. (2013). *Le lien social* (3^e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.

Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné : Rencontre et accompagnement* (3^e éd.). Montréal, Canada : Chenelière Éducation.

Sites internet :

Bouriche, B. (2014). Émotions et dynamique des représentations sociales. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 102(2), 195-232. En ligne sur <https://doi.org/10.3917/cips.102.0193>, consulté le 20 décembre 2025.

Fizsman, M. (2009). L'Autre chez Lévinas : une vision utopique de l'humain ? *La chaîne d'union*, 48(2), 62-67. En ligne sur <https://doi.org/10.3917/cdu.048.0062>, consulté le 22 avril 2026.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. En ligne sur <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>, consulté le 21 septembre 2025.

Illustration réalisée par l'intelligence artificielle au lien suivant : https://chatgpt.com/backend-api/estuary/content?id=file_0000000001a071fdb747a21e380c8894&cp=pri&ma=90000&ts=20584&p=igh&cid=1&sig=79034a5ebd07b77095ad37f79454744b935c0823c23ae8838893a2e57da61c25&v=0

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. En ligne sur <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>, consulté le 10 février 2026.

Infirmiers.com. (s.d.). *Réseau Intermed : des infirmiers au plus près des populations isolées*. En ligne sur [Réseau Intermed : des infirmiers au plus près des populations isolées | Infirmiers.com | Profession IDE | Compétence et rôle propre](#), consulté le 1 mars 2026.

Jamal, K. et Abdallah, Z. (2016). À propos de la notion de précarité. *Sciences & Actions Sociales*, 3(1), 8-18. En ligne sur <https://doi.org/10.3917/sas.003.0008>, consulté le 22 février 2026.

Lecarpentier, M. et Lhuillier, D. (2012). *Précarité, santé et soins : une perspective psychosociologique*. In P.-H. Bréchat & J. Lebas (Eds.), *Innover contre les inégalités de santé*

(pp. 23-38). Presses de l'EHESP. En ligne sur https://cnam.hal.science/hal-04046344v1/file/Art_MLDEL_vf%203.pdf, consulté le 14 mars 2026.

Légal, J.-B. et Delouvé, S. (2025). *Stéréotypes, préjugés et discriminations*. Dunod. En ligne sur <https://shs.cairn.info/stereotypes-prejuges-et-discriminations--9782100880140?lang=fr>, consulté le 4 octobre 2025.

Marin, C. (2015, 21 avril). *La médecine, une science humaine. Soigner l'homme selon Paul RICŒUR* [Vidéo]. Espace Éthique. En ligne sur <https://youtu.be/g5jeNNJrutc>, consulté le 23 novembre 2025.

Mazoyer, M. (2022). Fiche 1. Les émotions dans le soin. Dans D. Augendre, A. Barrau, A. Besnier, K. Bréhaux, F. Couderc, G. Drouet, A. Kieffer, S. Lagadec, M. Mazoyer, A. Pinchaud, S. Rubéo-Lisa, L. Soyer, N. Tanda et V. Terrier *Réussir tout le semestre 4 et 5 - IFSI* (3^e éd., p. 323-324). Vuibert. En ligne sur <https://doi.org/10.3917/vuib.kieff.2022.01.0323>, consulté le 12 octobre 2025.

Pedinielli, J.-L. (2016). 2. La méthode clinique et ses outils. Introduction à la psychologie clinique (p. 31-64). Armand Colin. En ligne sur <https://shs.cairn.info/introduction-a-la-psychologie-clinique--9782200616205-page-31?lang=fr>, consulté le 10 février 2026.

Pieri, N. & Ollivier, V. (s.d.). *CM1 : De la recherche au mémoire*. UE 3.4. S4 – Initiation à la démarche de recherche en soins infirmiers. En ligne sur [UE 3.4 S4 CM1 La recherche.pdf](#)

Poisson, M. (2015). Au-delà du cure et du care : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXI^{ème} siècle. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 26-38. En ligne sur <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0026>, consulté le 24 septembre 2025.

Réseau national de ressources en sciences médico-sociales (RNRSMS). (2024, 1er juillet). *Précarité et formes de précarité* [PDF]. En ligne sur https://rnrsms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/precarite_et_formes_de_prekarite_vf.pdf, consulté le 22 février 2026.

Rivière, C. (2021). *Le soignant confronté à la pauvreté : y a-t-il un juste soin ?* Mémoire de philosophie. DUMAS. En ligne sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03605722/docume>, consulté le 8 mars.

ScienceDirect. (s. d.). *Interroger ses valeurs, ses convictions et représentations de soignant. Apport du concept de « fonction apostolique » de Michael Balint*. En ligne sur <https://www.sciencedirect.com>, consulté le 4 février 2026.

Valot, L. & Di Prima, U. (2008). Compétences infirmières auprès d'un public en grande précarité. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 25-27. En ligne sur <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0025>, consulté le 28 février 2026.

10. ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien.....	I
ANNEXE II : Demande d'autorisation d'entretien n°1 et n°2	III
ANNEXE III : Demande d'autorisation d'entretien n°3 et n°4	IV
ANNEXE IV : Autorisation d'entretien n°1 et n°2	V
ANNEXE V : Autorisation d'entretien n°3 et n°4	VI
ANNEXE VI : Retranscription de l'entretien n°1 avec Marie	VII
ANNEXE VII : Retranscription de l'entretien n°2 avec Laura.....	XVI
ANNEXE VIII : Retranscription de l'entretien n°3 avec Péléné.....	XXVI
ANNEXE IX : Retranscription de l'entretien n°4 avec Marisol	XXVI
ANNEXE X : Grille d'analyse.....	L
ANNEXE XI : Autorisation de diffusion du Travail de Fin d'Études.....	LXIV

ANNEXE I : Guide d'entretien

Pour orienter le guide d'entretien, je me suis appuyée sur la question de départ suivante :

« Quelles perceptions ont les soignants des patients en situation de précarité ? »

Thèmes	Objectifs	Questions
Introduction	- Instaurer un climat de confiance - Parcours professionnel - Ancienneté	Pour commencer, pourriez-vous vous présenter, votre âge, nous parler de votre parcours, de votre expérience professionnelle et depuis combien de temps vous travaillez dans ce service/cette structure ?
La précarité	- Définition de la précarité - Représentation de la précarité - Compréhension du concept	Comment définiriez-vous la précarité dans le contexte des soins ?
	- Repérage de la précarité - Critères sociaux - Identification des situations	Quels signes ou situations vous permettent d'identifier qu'un patient est en situation de précarité ?
	- Impact sur la prise en soin - Difficulté de suivi	Selon vous, quels sont les principaux impacts de la précarité sur la prise en soin et le parcours de santé des patients ?
La relation soignant-soigné	- Influence sur la relation de soin - Difficultés relationnelles - Impact de la précarité	Selon vous, la situation de précarité d'un patient influence-t-elle la relation soignant-soigné ? Si oui, de quelle manière ?
	- Adaptation de la communication - Posture professionnelle - Ajustement relationnel	Comment adaptez-vous votre posture ou votre communication face à un patient en situation de précarité ?
	- Relation de confiance - Difficultés relationnelles - Construction du lien	Pensez-vous qu'il soit plus difficile de créer une relation de confiance avec un patient en situation de précarité ? Pourquoi ?

Les perceptions des soignants	- Représentations sociales - Images de la précarité - Perceptions des soignants	Quand vous pensez à un patient en situation de précarité, quelles représentations (images) vous viennent spontanément à l'esprit ?
	- Évolution des perceptions - Influence de l'expérience - Changement de regard	Est-ce que votre expérience professionnelle a changé votre façon de voir ces patients ? Si oui, comment ?
	- Variabilité des perceptions - Influence de l'équipe - Représentations professionnelles	Pensez-vous que la perception (l'image) des patients en situation de précarité puisse varier d'un soignant à l'autre au sein d'une même équipe ? Pourquoi ?
	- Expérience professionnelle - Situation de prise en charge - Ressenti du soignant	Pourriez-vous me relater une situation marquante que vous avez vécue avec un patient en situation de précarité ?
Conclusion/ouverture	- Complément d'information - Avis personnel - Réflexion professionnelle	Avez-vous quelque chose à rajouter ?

ANNEXE II : Demande d'autorisation d'entretien n°1 et n°2



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme Caméra Clara
Étudiante en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]
[REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : ccamera@erfpp84.fr

[REDACTED] le 5 mars 2026

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens dans le cadre de mon Travail de Fin d'Études.

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser deux entretiens dans le service des urgences de votre établissement auprès de la population de deux infirmiers diplômés d'État dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« Quelles perceptions ont les soignants des patients en situation de précarité ? »

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

Vous trouverez en pièce jointe le guide d'entretien.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Caméra Clara

ANNEXE III : Demande d'autorisation d'entretien n°3 et n°4



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme Caméra Clara
Étudiante en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des Soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : ocamera@erfpp84.fr

[REDACTED] le 9 mars 2026

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens dans le cadre de mon Travail de Fin d'Études.

Madame, Monsieur

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser deux entretiens au sein de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité [REDACTED] de votre établissement auprès de la population de deux infirmiers diplômés d'État dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

« Quelles perceptions ont les soignants des patients en situation de précarité ? »

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

Vous trouverez en pièce jointe le guide d'entretien.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Caméra Clara

ANNEXE IV : Autorisation d'entretien n°1 et n°2

 **CENTRE
HOSPITALIER**


Direction des Soins


Affaire suivie par :


Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Madame CAMERA Clara

ccamera@erfpp84.fr

 le 11 mars 2026

OBJET : travail de fin d'études
N/Réf. votre lettre du 06/03/2026

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 :

- Monsieur  Cadre de Santé du service Urgences Adultes au 
- Madame  Cadre de Santé du service Urgences Adultes au 

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

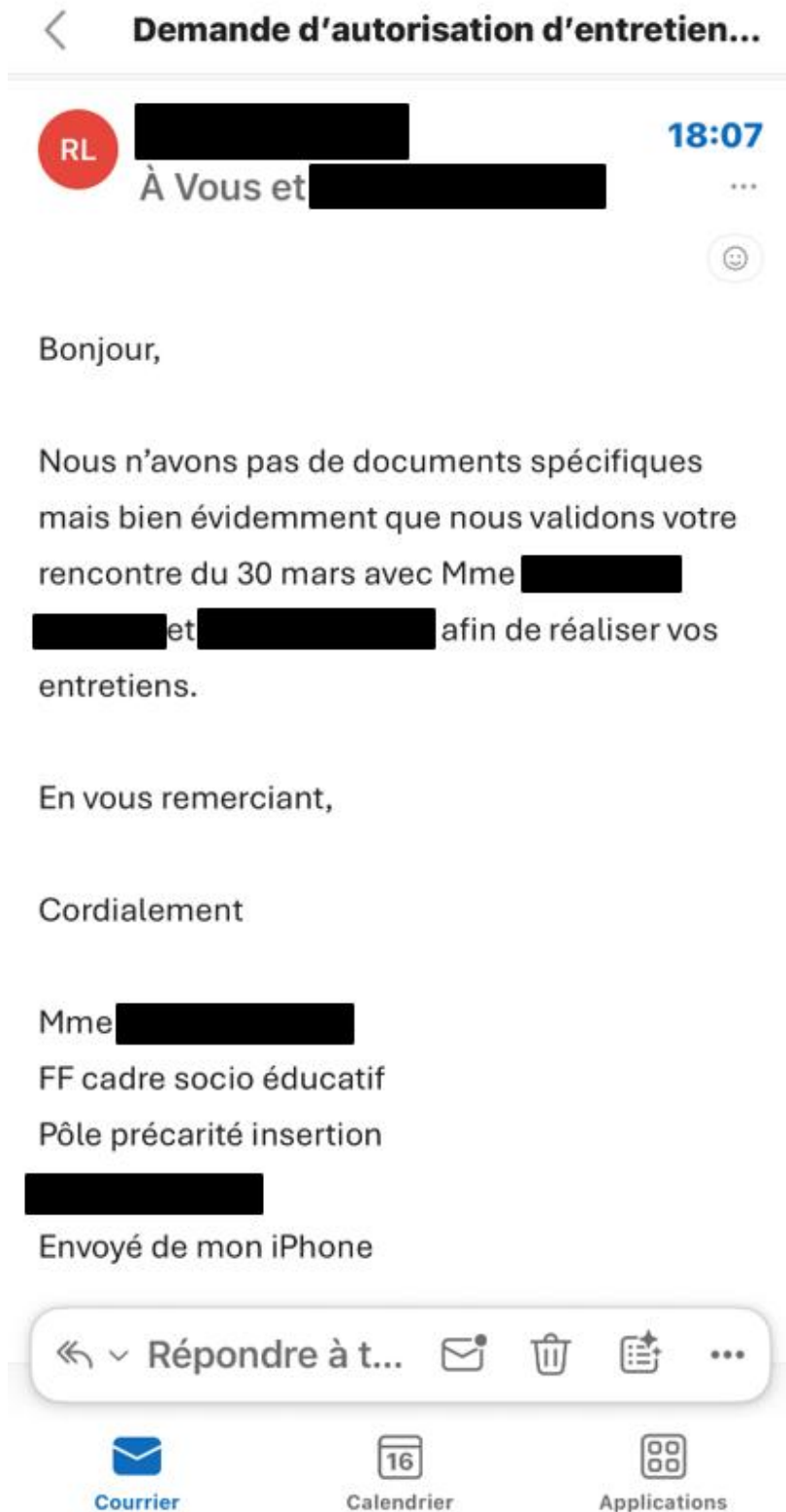
Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.


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

 **CENTRE HOSPITALIER** 

Téléphone 

ANNEXE V : Autorisation d'entretien n°3 et n°4



Dans un souci de respect de la confidentialité et de l'anonymat des infirmiers interrogés, les prénoms des infirmiers ont été modifiés. De plus, les noms de lieux éventuellement mentionnés au cours des entretiens ont été anonymisés et remplacés par des astérisques (*) afin d'éviter toute identification.

ANNEXE VI : Retranscription de l'entretien n°1 avec Marie

- 1 **Clara (étudiante infirmière) :** Déjà, merci de m'avoir acceptée en entretien. Euh, donc avant
2 de commencer, je souhaitais vous demander si vous étiez d'accord pour l'enregistrement, donc
3 il me servira que dans l'étude de mon mémoire.
- 4 **Marie :** Oui, sans problème.
- 5 **Clara :** Sans problème !
- 6 **Clara :** Donc, je me présente rapidement, je suis Clara, étudiante infirmière en troisième année,
7 du coup, je suis en train d'effectuer mon mon mémoire. Donc pour vous mettre un peu dans le
8 contexte, mon mémoire, il porte sur la perception des soignants vis-à-vis euh des patients en
9 situation de précarité. Euh, donc je m'intéresse à la manière dont les soignants perçoivent ces
10 patients et comment cette situation peut influencer la relation soignant-soigné et la prise en
11 charge. Donc, ma question de départ, c'est : « Quelles perceptions ont les soignants des patients
12 en situation de précarité ? » Donc, au cours de cet entretien, je vais vous poser des questions,
13 comme je vous ai dit, je n'attends pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je vais vous
14 questionner sur votre expérience, etc. Donc, on peut commencer si c'est bon pour vous.
- 15 **Marie :** Mhh...
- 16 **Clara :** Donc, pour commencer, pourriez-vous vous présenter, donc votre âge, me parler de
17 votre parcours, de votre expérience professionnelle et depuis combien de temps, vous êtes dans
18 cette structure ou établissement ?
- 19 **Marie :** Alors moi, je m'appelle Marie, j'ai 39 ans, je suis diplômée depuis 2007.
- 20 **Clara :** Ok.
- 21 **Marie :** Donc euh, à peu près 18 ans de diplôme. J'ai bah fait un an de pool au remplacement à
22 *** et ça fait 17 ans que je suis aux urgences adultes de l'hôpital d'***, un pur produit
23 urgentiste !

24 **Clara :** (*rire*) Ah oui oui, effectivement. Bon, on va commencer avec les questions. Comment
25 définirez-vous la précarité dans le contexte des soins ?

26 **Marie :** La précarité, bah alors nous, effectivement, aux urgences, on est exposés à toutes euh
27 sortes de populations...

28 **Clara :** Oui.

29 **Marie :** Et de patients et pour lesquels effectivement, euh souvent les personnes qui sont dans
30 un état de de précarité extrême, je je m'entends hein au domicile, arrivent souvent avec les
31 secouristes, parce qu'à un moment donné, bah soit l'infirmière libérale considère
32 qu'effectivement, ou les aides ménagères, que euh l'état du logement est insalubre et peut être
33 dangereux en fait au final pour le patient. Ou au contraire, bah des fois, il n'y a personne en fait,
34 parce que souvent, il y a beaucoup de personnes âgées qui ne font pas la démarche d'avoir des
35 aides ménagères ou des infirmières et tout ça.

36 **Clara :** D'accord !

37 **Marie :** Via le médecin généraliste, pour lequel ils pensent qu'ils peuvent encore assumer leurs
38 soins d'hygiène ou de euh leur environnement et pour lequel, bah quand ils nous arrivent, nous,
39 aux urgences, c'est souvent dans un contexte de chute.

40 **Clara :** D'accord !

41 **Marie :** Pour lesquels effectivement, ils ont appelé les secours et là, quand les secours ils
42 arrivent, ils voient que le logement est en fait dans un état euh désastreux, euh donc qui peuvent
43 nous arriver comme ça. Donc ça, sera sur le le volet euh environnement.

44 **Clara :** Mhh...

45 **Marie :** Après, on a beaucoup de gens aussi qui viennent consulter aux urgences parce qu'ils
46 n'ont pas les moyens, euh ne serait-ce que d'avancer une consultation médicale.

47 **Clara :** D'accord...

48 **Marie :** Donc en sachant que voilà, la la population d'*** est une des populations les plus
49 pauvres euh de France. Euh, du coup, de ce fait, effectivement, quand ils viennent pour un
50 problème qui relève de la médecine générale, c'est vrai que euh aux urgences, on a un protocole
51 qui permet aux infirmiers d'accueil avec avis médical de réorienter les patients vers la médecine
52 de ville.

53 **Clara** : D'accord...

54 **Marie** : Quand effectivement leur état ne nécessite pas des examens complémentaires en
55 urgence. Euh, par exemple, hein, j'ai mal aux pieds depuis 4 mois, par exemple, pour lequel le
56 pied est normal, il n'y a pas de déformation, rien. Et dans ce cas-là, effectivement, ce type de
57 patients-là devrait être réorienté vers la médecine de ville, mais il faut toujours leur demander,
58 euh, avant de les réorienter, s'ils ont de quoi effectivement avancer une consultation.

59 **Clara** : Ok !

60 **Marie** : Et euh... Parce que déjà, les personnes qui viennent, ils sont déjà dans un embarras, de
61 voilà et on le voit souvent quand ils nous disent " Bah, je suis vraiment désolé, mais je ne n'ai
62 pas d'argent pour avancer une consultation », ou « on est à la fin du mois, je ne peux vraiment
63 pas. » Et dans ce cas-là, c'est effectivement une de nos missions euh à l'hôpital public de
64 recevoir euh, tout le monde. Alors déjà, encore plus une visée personnelle.

65 **Clara** : D'accord !

66 **Marie** : Parce qu'on se doit de soigner, euh tout le monde. Ça, je m'y fais un point d'honneur,
67 euh, mais encore plus dans un hôpital public.

68 **Clara** : Encore plus...

69 **Marie** : Voilà, sans porter de préjugés, en disant, comme des fois, on peut entendre, il a un
70 téléphone, il n'a pas de quoi payer une consultation de ci, de ça. Ce type de jugement primaire
71 ne doit pas nous appartenir.

72 **Clara** : (*Acquiescement de la tête*). Tout à fait ! Mhh, d'accord !

73 **Marie** : Voilà !

74 **Clara** : Euh merci. Quels signes ou situations vous permettent d'identifier qu'un patient est en
75 situation de précarité, vous spécialement infirmière ?

76 **Marie** : Alors bah là voilà, vis-à-vis de la réorientation, c'est quand on voit le le visage de de la
77 gêne, de l'embarras par rapport à la réorientation, parce qu'ils ne peuvent pas avancer les soins.
78 Ou euh l'état de précarité, bah effectivement, quand le le patient arrive avec les secouristes,
79 qu'on voit que les habits sont, ils sont tachés, euh qui sont souillés, que le le patient,
80 effectivement, il y en a. Voilà, on a beaucoup de personnes âgées, comme je te disais, qui ne
81 font pas la démarche auprès du médecin généraliste pour avoir des aides à la maison ou qui

82 pensent qu'ils peuvent continuer à assurer leur soin d'hygiène tel qu'ils l'entendent. Euh,
83 effectivement, où on a une épaisseur bah de crasse sur sur la peau, les cheveux sales. Euh voilà
84 l'odeur, clairement aussi, où on voit que c'est des personnes qui ne peuvent pas prendre leur
85 douche ou pour lesquelles, eh ben oui, (*moment d'hésitation*) la facture d'eau, bah elle doit
86 diminuer au plus possible. Donc en fait, c'est des gens qui prendront pas leur douche tous les
87 jours ou au contraire, on le voit en période d'hiver pour lequel l'électricité ou se fournir en bois
88 bah coûte cher. Donc c'est des gens qui vont arriver avec une dizaine de pulls, quatre pantalons,
89 trois vestes sur eux et pour lesquels on comprend que ben le chauffage, ça a un coût et de ce
90 fait, ben ils économisent comme ils peuvent.

91 **Clara** : Comme ils peuvent... Oui, ok !

92 **Clara** : Ensuite, selon vous, quels sont les principaux impacts de la précarité sur la prise en
93 soins et le parcours de santé des patients ? Les principaux impacts ?

94 **Marie** : Alors les principaux impacts, alors euh bah justement, l'hôpital public, quand même,
95 doit donner des ressources pour qu'effectivement si la personne n'a pas de de mutuelle, euh ou
96 pas de couverture sociale.

97 **Clara** : Oui.

98 **Marie** : Parce qu'on a beaucoup de patients qui sont en situation aussi irrégulière ou euh des
99 patients qui qui travaillent en France. Par exemple, voilà, on a beaucoup de euh (*moment*
100 *d'hésitation*) d'équatoriens, euh de de gens marocains qui viennent travailler en France et tout
101 ça, pour lesquels ils n'ont pas de couverture sociale. Donc là, effectivement, on a de la chance
102 d'avoir deux euh assistantes sociales au sein des urgences, une qui s'occupe des plus de 75 ans
103 au niveau gériatrique et celle qui s'occupe des moins de 65 ans.

104 **Clara** : D'accord !

105 **Marie** : Qui intervient à notre demande, mais dès aussi l'accueil dès l'accueil, quand on fait le
106 dossier qu'on voit qu'il n'a pas de couverture sociale voilà va être mis en place tout ce qu'il faut
107 ici pour éviter effectivement que les personnes aient à payer quoi que ce soit donc ils sont
108 identifiées comme ça.

109 **Clara** : Et se retrouvent pas seuls quoi !

110 **Marie** : Non !

111 **Clara** : Non, d'accord ! Ok.

112 **Clara** : Ensuite, selon vous, la situation de précarité d'un patient influence-t-elle la relation
113 soignant-soigné ? Si oui de quelle manière ? Vous l'avez un peu évoqué, mais...

114 **Marie** : Alors, influencer je je fin plutôt dans le sens de de compassion moi je mettrais plutôt
115 dans ce truc-là de de se dire à un moment donné effectivement les les les gens ce n'est pas par
116 choix si à un moment donné euh ils sont dans cet état physique ou quoi que ce soit c'est à un
117 moment donné donc, très souvent ils n'ont pas osé demander on n'était pas au courant des aides
118 qui étaient possibles. Euh voilà et puis il faut savoir aussi que il y a plein de gens qui sont isolés
119 seuls pour lesquels il n'y a plus de famille, il y a plus d'amis parce que effectivement aussi la
120 précarité ben s'accompagne aussi de l'isolement euh aussi familial et et et amical donc en fait
121 c'est des gens pour lesquels ils ne, ils sont tous seuls ils savent pas comment se débrouiller.
122 Donc donc voilà nous après à notre niveau, bon de toute façon déjà quand on consulte aux
123 urgences suivant le parcours on on va déshabiller les patients tout ça donc on n'hésite pas à
124 demander si effectivement ils nous autorisent à l'aider.

125 **Clara** : Oui, bien sûr !

126 **Marie** : À à prendre une douche alors on a eu des gens qui qui qui disaient non mais ce n'est
127 pas votre travail, euh je peux me débrouiller mais il y avait une épaisseur de crasse comme ça
128 non et voilà mais à pleurer tellement il était embarrassé de devoir nous faire travailler, il disait
129 mais je vous fais travailler pour moi et tout et tout ça, donc c'est notre travail aussi de de les
130 rassurer et d'enlever euh...

131 **Clara** : Cet embarras quoi !

132 **Marie** : C'est voilà, ouais en fait, vraiment ça fait partie de notre travail aussi aux urgences de
133 s'occuper de ça et c'est bien volontiers qu'en fait on on le fera.

134 **Clara** : Mhh oui, d'accord !

135 **Clara** : Donc vous avez parlé de les rassurer, mais est-ce que vous avez d'autres manières ou
136 postures de façon de communiquer avec les patients en situation de précarité justement ?

137 **Marie** : Non, il faut avancer. En fait vous vous arrivez à scanner le patient en fait quand il arrive
138 et tout ça et je pense qu'il faut avoir effectivement être très mesuré et très délicat dans nos
139 paroles, c'est-à-dire quand on va lui dire « oh mais vous vous lavez pas, mais c'est quoi pourquoi
140 vous vous lavez pas ? » non qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné on reformule qu'est-ce qui
141 fait qu'à un moment donné effectivement je vois qu'au niveau des soins hygiène, c'est pas trop
142 ça qui vous aide à la maison, en fait on on contourne le problème pour essayer de voir voilà

143 déjà l'environnement et pour pouvoir lui apporter une une solution. On a plein de gens pour
144 lesquels on ne pourra plus les faire rentrer à la maison, donc de de ce fait là, il faut trouver
145 d'autres solutions.

146 **Clara** : D'autres solutions, d'accord ok, merci !

147 **Clara** : Pensez-vous qu'il soit plus difficile de créer une relation de confiance avec un patient
148 de situation, en situation de précarité et pourquoi ? Est-ce que c'est plus dur qu'un patient qui
149 est (*moment d'hésitation*)...

150 **Marie** : Je pense pas, je je pense que ça dépend vraiment de chaque projection individuelle de
151 chaque soignant en fait !

152 **Clara** : Oui !

153 **Marie** : De comment on voit les choses, mais moi je me dis tout le temps que voilà on n'est pas
154 tous nés sous une bonne étoile avec une famille aimante et entourante et pour lesquelles, ben
155 moment donné, ben voilà on a certaines personnes qui sont, qui se retrouvent seules isolées qui
156 connaissent pas le système tel qu'il peut les aider donc personnellement je dirais non non non
157 parce que c'est notre vocation première.

158 **Clara** : Oui, c'est d'aider tout le monde !

159 **Marie** : Mhh oui !

160 **Clara** : D'accord ! Quand vous pensez à un patient en situation de précarité, quelles
161 représentations ou images vous viennent spontanément à l'esprit ?

162 **Marie** : Comme ça, ben moi, je me dis le pauvre !

163 **Clara** : Ouais...

164 **Marie** : En fait moi, c'est vraiment, ouais vraiment de la compassion.

165 **Clara** : La compassion, oui...

166 **Marie** : De suite en fait, en disant que que voilà notre place, parce qu'on s'imagine souvent
167 qu'aux urgences, on est là des des hyper techniciennes, qu'on est là pour les cathéters, les prises
168 de sang, sonder ça, ça répondra à l'urgence, faire des massages cardiaques, mais non, on a un
169 gros volet sur ça et...

170 **Clara** : Qui n'est pas toujours identifié quoi !

171 **Marie** : C'est ça donc moi, c'est plutôt ben voilà si j'ai pu apporter à un moment donné soit du
 172 réconfort verbal ou un moment donné une bonne douche chaude avec des vêtements propres et
 173 tout ça, la notion de prendre de soin elle prend encore plus de sa valeur dans ces cas-là !

174 **Clara** : (*Hochement de tête*), mhh tout à fait oui !

175 **Clara** : Est-ce que votre expérience professionnelle a changé votre façon de voir ses patients ?
 176 Si oui, comment ? Est-ce qu'avec le temps vous avez pu prendre mieux en charge, entre
 177 guillemets...

178 **Marie** : Là, je pense oui par rapport au réseau qu'on peut connaître.

179 **Clara** : Oui !

180 **Marie** : En fait, il faut, il faut vraiment savoir voilà quelles sont les ressources qu'on a au
 181 sein de notre service pour pouvoir en face...

182 **Clara** : Lui apporter...

183 **Marie** : Lui apporte, lui apporter de l'aide. Par exemple, tu peux avoir un un état de précarité
 184 avec associé une alcoolisation chronique forcément ils se réfugient dans ça. En fait, pour aussi
 185 combattre ses propres démons, ben c'est se dire voilà il aura besoin d'un volet de l'assistance
 186 sociale, d'un volet médical mais il aura peut-être aussi le volet psychologique aussi à à gérer et
 187 proposer s'il le souhaite parce que c'est pas tout le monde ben un sevrage temporaire ou ou sur
 188 le long terme mais c'est plutôt dans ça je je connais les ressources qui sont disponibles au sein
 189 de mon service au sein de l'hôpital pour pouvoir les accompagner.

190 **Clara** : Plus connaissances que compétences du coup ?

191 **Marie** : Ben ça fait partie de ben une compétence si quand on a la connaissance pour moi ça va
 192 avec.

193 **Clara** : Ça va avec... Ok ça marche !

194 **Clara** : Pensez-vous que la perception donc l'image des patients en situation de précarité puisse
 195 varier d'un d'un soignant à l'autre au sein d'une même équipe ?

196 **Marie** : Ah ben c'est sûr ! C'est sûr, on a tous nos propres représentations euh déjà en tant que
 197 soignants, notre propre conception du comment on se voit nous dans notre métier et comment
 198 on a envie effectivement de de le mettre en pratique et de l'évaluer, euh déjà nous voilà, on a
 199 aussi un propre parcours de vie, une propre histoire.

200 **Clara** : Qui peut influencer justement sur...

201 **Marie** : La prise en charge effectivement donc voilà et qu'est-ce qu'on y met derrière voilà
202 qu'est-ce qu'on a envie de projeter ou qu'est-ce que à un moment donné voilà j'ai envie de mettre
203 derrière. Est-ce que voilà, est ce que mon travail c'est un moment donné m'occuper de ça faire
204 une toilette remettre bien quelqu'un et tout ça. Il y a il y a des personnes pour lesquelles
205 effectivement ça pourrait buter, ou pour lesquelles en fait on peut avoir un jugement primaire
206 et et et pas forcément bienveillant mais on (*moment d'hésitation*)...

207 **Clara** : C'est pas tout le temps conscient fin..ça peut être inconscient ?

208 **Marie** : Ça peut être en fait conscient ou pas conscient, mais après à partir du moment où je
209 trouve euh que si admettons je devais avoir affaire à ce type de comportement là vis-à-vis de
210 mes collègues justement mon expérience professionnelle fait qu'un moment donné je me
211 positionnerai en recadrant effectivement le soignant qui se permettrait d'être un peu trop euh
212 euh ouais un peu trop insistant ou dénigrant vis-à-vis de la personne qui se présenterait parce
213 que j'ai cette posture-là qui me permet avec l'ancienneté que j'ai aussi et que j'ai toujours même
214 plus jeune affirmer mes idées...

215 **Clara** : C'est aussi peut-être dans vos valeurs aussi ?

216 **Marie** : Alors j'apprends à à les voilà, mes valeurs et puis après j'ai appris maintenant à mieux
217 reformuler mes trucs parce que moi j'étais plus impulsive plus jeune !

218 **Clara** : (*rire*)

219 **Marie** : Mais voilà, c'est quelque chose pour moi qui serait intolérable !

220 **Clara** : Mhh oui, d'accord tout à fait !

221 **Clara** : Est-ce que vous pouvez me relater une situation marquante que vous avez vécue avec
222 un patient en situation de précarité qui vous vient là à l'esprit ?

223 **Marie** : Oui bah celle-là là, de ce fameux petit papi hein qui avait les..., pareils qui qui était
224 tout seul à la maison et qui arrive qui chute effectivement on voit les cheveux qui qui sont dans
225 un état crasseux vraiment collés, il y avait une épaisseur de crasse, les habits collés sur sur lui
226 et tout ça. Et que à un moment donné j'avance doucement disant « voilà monsieur vous vivez
227 tout seul » tout ça et puis qui voilà s'est mis à pleurer en me disant « oui effectivement » mais
228 je lui dis mais « vous avez besoin d'aide » et tout ça il me dit « non mais je peux encore me
229 débrouiller » à plus de 86 ans. Et du coup voilà monsieur regardez je vous propose ça, « ça vous

230 dit qu'on fasse une petite douche et tout ça je vous mets des vêtements propres » et « non mais
231 vraiment j'ai honte j'ai honte j'ai honte de tout ça » donc...

232 **Clara** : C'est vraiment la honte qui revient quoi !

233 **Marie** : Ouais, j'ai honte !

234 **Clara** : Ok ça marche ! Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter pour apporter un peu
235 plus au sujet si vous avez des choses qu'on n'a pas vues que vous vouliez aborder ?

236 **Marie** : Non mais en tout cas c'est très bien de, d'accentuer sur ces personnes-là qui peuvent
237 être vulnérables du coup...

238 **Clara** : Mis de côté, oui...

239 **Marie** : Par rapport à un système, ouais, donc c'est bien un très bon choix !

240 **Clara** : Bon ben merci beaucoup d'avoir participé ! Merci !

ANNEXE VII : Retranscription de l'entretien n°2 avec Laura

- 1 **Clara (étudiante infirmière) :** Bonjour, merci de de m'avoir acceptée à cet à cet entretien.
2 Donc, avant de commencer, je souhaitais vous demander si vous étiez d'accord que j'enregistre
3 cet entretien ?
- 4 **Laura :** Oui !
- 5 **Clara :** Ouais ! Merci !
- 6 **Clara :** Donc je me présente rapidement, je m'appelle Clara, je suis étudiante infirmière et je
7 suis en train d'effectuer mon mémoire de fin d'études. Donc mon travail porte euh
8 essentiellement sur les perceptions des soignants vis-à-vis euh des patients en situation de
9 précarité, donc je m'intéresse plutôt à la manière dont les soignants perçoivent ces patients et
10 comment cette situation peut influencer la relation soignant-soigné.
- 11 **Laura :** D'accord !
- 12 **Clara :** Donc ma question de départ c'est « Quelles perceptions ont les soignants des patients
13 en situation de précarité ? ». Donc, durant l'entretien, je vais vous poser plusieurs questions, il
14 n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est vraiment votre vécu, votre ressenti et votre
15 expérience aussi !
- 16 **Laura :** Ok !
- 17 **Clara :** Voilà !
- 18 **Clara :** Donc, dans un premier temps, je vous propose de vous présenter, votre âge, me parler
19 de votre parcours, de votre expérience professionnelle et combien et depuis combien de temps
20 vous travaillez dans ce service ou dans cette structure ?
- 21 **Laura :** D'accord, moi je m'appelle Laura, faut mon nom de famille ou non ?
- 22 **Clara :** Non, pas besoin, merci !
- 23 **Laura :** Euh j'ai 36 ans, je suis infirmière. Alors après les études, je suis partie 9 mois sur un
24 pool urgence réa à ***.
- 25 **Clara :** D'accord !
- 26 **Laura :** Et ensuite je suis venue travailler ici à ***, euh donc aux urgences tout de suite, ça fait
27 13 ans que je suis aux urgences.

28 **Clara** : D'accord !

29 **Laura** : Donc euh, pendant 10 ans j'ai fait que les urgences à temps plein et là depuis 3 ans
30 bientôt 4 je suis plus qu'à mi-temps sur les urgences adultes et j'ai un autre mi-temps sur de la
31 formation, je fais tout ce qui est formation aux gestes d'urgence à l'hôpital aussi !

32 **Clara** : Ok super, ben on peut commencer si ça vous va ?

33 **Laura** : Mhh, oui !

34 **Clara** : Donc, comment définiriez-vous la précarité dans le contexte des soins ?

35 **Laura** : Ben, je trouve que c'est vague ! (*rire*)

36 **Clara** : Oui, c'est très vague ! (*rire*)

37 **Laura** : Bah, y'a tous les niveaux y'a social, y'a physique, euh psychologique euh financière...

38 **Clara** : Vous, comment vous l'expliquerez à quelqu'un !

39 **Laura** : S'il fallait donner une définition générale de la précarité ?

40 **Clara** : Tout à fait !

41 **Laura** : Bah je dirais quelqu'un qui a, moins, (*rire*) moins moins qu'une norme on va dire, je le
42 verrai comme ça mais sur tous les domaines que j'ai dit c'est vraiment quelque chose de large,
43 c'est pas forcément qu'une chose...

44 **Clara** : Mhh d'accord. Ok ! Quels signes ou situations vous permettent d'identifier qu'un patient
45 est en situation de précarité ? Pour vous, comment vous le repérez ?

46 **Laura** : Plus sûr du social alors ?

47 **Clara** : Oui ou comme vous voulez !

48 **Laura** : Ouais bah par exemple, euh comment je pourrais le reconnaître ? (*Moment*
49 *d'hésitation*) Quelqu'un qui va me dire, ben j'ai j'ai pas de famille, à la maison c'est compliqué,
50 ou euh comment on pourrait le voir ? Euh, quelqu'un qui va le dire, hein, qui va le verbaliser
51 tout simplement quelqu'un qui est, les SDF par exemple, on en a plusieurs aux urgences. Voilà
52 alors du coup de savoir qui sont SDF on se doute que derrière il y a de la précarité.

53 **Clara** : Oui tout à fait !

54 **Laura :** Sur un plan social, je dirai plus quelque chose comme ça, euh on peut le voir par rapport
55 à la, à l'état aussi du patient.

56 **Clara :** D'accord.

57 **Laura :** Quelqu'un ben qui qui est sale qui a des insectes sur lui qui est pas voilà qui... ou
58 quelqu'un aussi qui peut avoir des plaies partout même si une infirmière, des aides à domicile
59 mais que finalement on voit que c'est un peu léger parce que y a pas assez de prise en charge
60 mais parce que parfois ils ont pas assez de prise en charge qui leur est attribuée tout ça je le, on
61 le vois comme ça sur l'état général du patient ou alors il le verbalise.

62 **Clara :** Super, merci, merci ! Ensuite, selon vous, quels sont les principaux impacts de la
63 précarité sur la prise en soin et le parcours de santé des patients ?

64 **Laura :** Ben je dirais que ça peut avoir euh 2 effets différents !

65 **Clara :** Ouais !

66 **Laura :** Soit, au contraire, la personne elle va être plutôt reconnaissante des soins qu'on va lui
67 apporter, elle va être en demande de tout ça !

68 **Clara :** D'accord !

69 **Laura :** Et du coup ben va être plutôt dans l'acceptation des soins et dans... elle va s'intégrer
70 elle-même quoi dans la prise en charge soit au contraire des fois il y en a des fois et bah ils
71 deviennent plutôt agressifs, ils ont pas envie qu'on s'occupe d'eux, ils sont bien finalement dans
72 leur précarité, ils veulent y rester et voilà donc ça va plus être les SDF ou ou...

73 **Clara :** Qui refuse de la prise en soin du coup ?

74 **Laura :** Ouais pour certains, pas tous, y en a, ils sont ravis qu'on s'occupe d'eux, d'être au
75 chaud...

76 **Clara :** Ils attendent que ça ?

77 **Laura :** Ouais voilà et y'en ils reviennent tout le temps ! (*rire*)

78 **Clara :** Et oui ! Ça vous arrive beaucoup ?

79 **Laura :** Des chroniques !

80 **Clara :** Ouais !

81 **Laura :** Ouais quand même !

82 **Clara :** Ok ça marche !

83 **Clara :** Selon vous, la situation de précarité d'un patient influence-t-elle la relation soignant-
84 soigné ? Si oui, de quelle manière ?

85 **Laura :** Bah nous, on a beau avoir de l'empathie, je pense que des fois ça peut nous toucher !

86 **Clara :** Ouais !

87 **Laura :** Donc par exemple, moi je me souviens un jour un monsieur ben qui habitait dans la
88 rue et qui s'était cassé les 2 bras et euh, je lui avais servi le petit déjeuner et après il m'a
89 redemandé un autre petit déjeuner. Bah j'ai dit oui, alors que des fois peut-être on ben on sait
90 qu'on est limité en petit déjeuner, on n'en a pas beaucoup, on va dire « ben non désolé, on peut
91 pas », je me dis que ça va leur faire plaisir !

92 **Clara :** Et est-ce qu'eux ils sont reconnaissants ? Fin, vous l'avez dit avant mais est-ce que vous
93 êtes un pilier pour eux. Fin, pas un pilier mais un repère pour eux ?

94 **Laura :** Ben ceux qui aiment bien qui reviennent tout le temps, je pense que oui, du coup on
95 fait partie un petit peu de de leur leur quotidien et ouais des fois y en a ils viennent, c'est plus
96 pour parler que pour autre chose, on en a une en particulier c'est plus ça, euh après il y en a non
97 je pense pas, là où on peut être un peu un peu je dirais pas pilier mais on pourrait être un petit
98 peu un tremplin, c'est qu'on va déclencher des choses, par exemple faire intervenir une
99 assistante sociale.

100 **Clara :** D'accord !

101 **Laura :** Voilà, repérer des manques au domicile et du coup faire apporter plus, plus des choses
102 comme ça.

103 **Clara :** Super !

104 **Laura :** Ça ça peut-être aussi des personnes battues...

105 **Clara :** Ouais ouais de pouvoir les accompagner après pour les orienter !

106 **Laura :** Oui ! Ou de permettre de déclencher des choses !

107 **Clara :** D'accord ! Pour eux quoi !

108 **Laura :** Ouais !

109 **Clara** : D'accord !

110 **Laura** : Euh après pour la question comment ça peut impacter...

111 **Clara** : Oui !

112 **Laura** : Parce que bon même si ça nous touche pas, euh la question c'était comment ça
113 impacte ?

114 **Clara** : Oui c'est ça !

115 **Laura** : Les soignants ?

116 **Clara** : Ouais !

117 **Laura** : Ouais, euh j'allais dire quelque chose mais en fait !

118 **Clara** : Est-ce que ça se modifie en fait votre prise en charge quand c'est un patient en situation
119 de précarité ?

120 **Laura** : Non, c'est pas parce qu'il est précaire qu'on va mieux s'en occuper, mais voilà des fois
121 ça va nous toucher un petit peu plus et on va faire des petits efforts sur des petites choses, je
122 dirais plus du quotidien qui va...

123 **Clara** : Améliorer ça...

124 **Laura** : Voilà, leur apporter un petit peu plus de bonheur quoi, mais après sur la prise en charge
125 on va faire le même soin à celui qui est précaire, à celui qui est normal et à celui qui est riche !
126 (*rire*)

127 **Clara** : Tout à fait oui ! (*rire*) Mhh, ensuite la question c'était comment adaptez-vous votre
128 posture ou votre communication face à un patient en situation de précarité ? Est-ce que
129 justement vous l'adaptez ou pas du tout ? Est-ce que vous avez une communication différente ?

130 **Laura** : Euh ben alors si euh c'est par exemple le patient, il a du mal à comprendre, là on va
131 adapter le langage, voilà les termes qu'on utilise, la façon de parler. Euh, si c'est quelqu'un qui
132 a une précarité physique, ben là c'est pareil, on va s'adapter aussi à lui. Si c'est quelqu'un qui a
133 les mêmes capacités que tout le monde, euh non...

134 **Clara** : Vous allez pas adapter s'il comprend tout ça...

135 **Laura** : Euh oui, je vais adapter la prise en charge s'il a des besoins spécifiques, mais après
136 sinon non, non je vais le considérer comme tout le monde !

137 **Clara :** D'accord ! Pensez-vous qu'il soit plus difficile de créer une relation de confiance avec
138 un patient en situation de précarité ? Pourquoi ?

139 **Laura :** Ben non, parce que ça rejoint un peu ce qu'on a dit tout à l'heure !

140 **Clara :** Oui.

141 **Laura :** Voilà, il y en a ce sera plus facile, il y en a d'autres ça sera plus difficile !

142 **Clara :** Est-ce que vous savez un peu les facteurs qui puissent influencer cette relation de
143 confiance ?

144 **Laura :** Euh, alors je pense que la précarité, par exemple sur les SDF, tout ça, y a, on le voit, il
145 y a des soignants, ils sont ben ils aiment pas ça, euh ils vont dire devant le patient « Ahh, c'est
146 sale » s'il y a des insectes, « ahh, il y a des poux je crains » euh des choses comme ça. Et ça
147 pour le patient je trouve c'est pas bien euh et ça ça peut influencer parce que la personne
148 forcément elle entend, donc la personne va être en rejet...

149 **Clara :** Elle va se dire qu'il me voit pas comme je suis !

150 **Laura :** Ouais c'est ça ! Moi, après, j'ai pas eu trop de situations comme ça, bon après, moi je
151 crains pas beaucoup de choses ! (*rire*) Ça m'aide aussi !

152 **Clara :** Vous êtes aux urgences ! (*rire*)

153 **Laura :** Ouais voilà !

154 **Clara :** Mais y en a vous dites, y en a, qui peuvent pas craindre mais être réticents aux...

155 **Laura :** Ouais, je pense que selon le patient, le soignant, comment lui il il montre euh euh, ben
156 si ça le choque ou pas la précarité, je pense que du coup dans le regard du soignant euh du
157 patient, ben ça doit être difficile et du coup des fois je pense que ça impacte !

158 **Clara :** Super merci ! Quand vous pensez à un patient en situation de précarité, quelles
159 représentations ou images vous viennent spontanément à l'esprit ?

160 **Laura :** Voilà ben avec tout ce que l'on a dit, les SDF voilà fin y a des gens qui habitent chez
161 eux ils sont en précarité, ils ont pas de chauffage, ils ont pas de voilà, c'est pas forcément celui
162 qui dort dehors mais j'ai une une population du coup en tête euh alors soit assez variée ça va
163 être voilà du jeune jusque à la personne âgée pour les SDF et après domicile c'est vrai qu'on a
164 quand même plus sur la personne âgée !

165 **Clara :** Personne âgée !

166 **Laura :** Voilà !

167 **Clara :** Qui se retrouve isolé...

168 **Laura :** Ouais, isolé, ou alors voilà qui ont pas de chauffage ou de quoi manger pas assez, ou
169 qui ont pas de visite...

170 **Clara :** Ouais, ok merci !

171 **Clara :** Est-ce que votre expérience professionnelle a changé votre façon de voir ces patients ?
172 Si oui, comment ?

173 **Laura :** Alors moi non, mais j'ai une maman assistante sociale qui était spécialisée dans les
174 personnes âgées...

175 **Clara :** Ahh (*hochement de la tête*)

176 **Laura :** Donc la précarité je la connais depuis longtemps euhh, fin en tout cas j'ai toujours été
177 sensibilisé à ça.

178 **Clara :** D'accord !

179 **Laura :** Donc ça m'a pas changé, par contre je me suis vraiment rendu compte qu'il y avait plus
180 de misères que ce que je pensais...

181 **Clara :** D'accord, au fil de votre expérience professionnelle ?

182 **Laura :** Ouais ouais, surtout aux urgences, je pense nous qu'on accueille vraiment cette
183 population et...

184 **Clara :** C'est la porte d'entrée on peut dire...

185 **Laura :** Voilà c'est plus disons, ça ça m'a rendu concret encore plus la la réalité...

186 **Clara :** La réalité du terrain ?

187 **Laura :** Ouais !

188 **Clara :** Ok, et ensuite pensez-vous que la perception, donc l'image des patients en situation de
189 précarité, puisse varier d'un soignant à l'autre au sein d'une même équipe ? Donc vous l'avez un
190 peu évoqué, que selon les soignants, ils sont réticents. Vous pensez que c'est dû à quoi ?

191 **Laura :** Ben, y en a ils craignent des choses, bah par exemple, bah les insectes, y en a ils
192 supportent pas mais déjà pas, en tant que soignant hein c'est la personne qui craint déjà les
193 insectes euh après est-ce que des fois il y en a qui ça doit renvoyer des choses aussi...

194 **Clara :** Individuellement ?

195 **Laura :** Ouais individuellement ou des craintes cachées, euh là c'est des suppositions parce
196 que...

197 **Clara :** Oui oui, bien sûr !

198 **Laura :** Ça mais du coup je pense que ça peut être surtout sur les choses comme ça. Après, il y
199 a une des fois y a une lassitude aussi, je pense, du soignant.

200 **Clara :** C'est-à-dire ?

201 **Laura :** Par exemple, bah le patient SDF qui est tout le temps agressif avec le personnel, ben
202 quand il va revenir pour la 20e fois et qu'on sait qu'il va être agressif, bah c'est sûr dès le départ
203 on va lui coller cette étiquette d'agressivité, on va dire bon, lui il mérite pas qu'on s'occupe de
204 lui. On en a plein, ils partent, ils nous laissent les salles dans des états lamentables, ils ont fait
205 caca parfois par terre, pipi, les draps ils sont, ils sont sales comme pas possible, euh il y a du
206 tabac partout, il y a des bouteilles vides parfois on voit de tout. Et et nous, de tout le temps passé
207 derrière ça je pense que des fois c'est pesant...

208 **Clara :** D'accord ! Et c'est vous dites que ça peut faire pas catégoriser le patient mais le mettre,
209 bah du coup, une étiquette.

210 **Laura :** Ouais alors là je pense que c'est plus sur le patient SDF, parce que par exemple la
211 personne qui est au domicile et qui est précaire, on va moins avoir ça !

212 **Clara :** Mhh, d'accord, ok !

213 **Laura :** Fin en tout cas, elle elle revient pas...

214 **Clara :** Oui, c'est vraiment chroniquement.

215 **Laura :** (*Acquiescement de la tête*)

216 **Clara :** Ok ça marche !

217 **Laura :** C'est ça !

218 **Clara :** Est-ce que vous pouvez me relater une situation marquante que vous avez vécue avec
219 un patient en situation de précarité ? Que vous avez en tête qui vous a marqué ?

220 **Laura :** Ben, il y avait le petit papi...

221 **Clara :** Oui, avec les bras cassés, non ?

222 **Laura :** En plus, c'était vraiment au début où j'ai commencé...

223 **Clara :** Ouais ouais ! Si vous avez une autre que vous voulez nous partager ?

224 **Laura :** Alors une fois j'ai une dame qui m'a touchée, elle s'était plus de la misère sociale...

225 **Clara :** D'accord !

226 **Laura :** Elle me racontait que ben elle avait des enfants, mais que du coup ils se voyaient plus,
227 qu'elle était toute seule à la maison, que là elle devenait âgée, qu'elle arrivait plus à s'occuper
228 d'elle et de ses enfants venaient pas donc ça c'est sûr, c'est des choses qui touchent, alors bon ça
229 change pas toute la prise en charge...

230 **Clara :** Oui, bien sûr !

231 **Laura :** Après, j'ai pas trop de...

232 **Clara :** Et vous avez pu l'accompagner, comment cette dame du coup ?

233 **Laura :** Ben on parle !

234 **Clara :** Vous parlez !

235 **Laura :** On parle un petit peu plus après. Ben, je lui ai proposé est ce qu'elle avait besoin d'aide
236 supplémentaire, des aides sociales, des choses comme ça, après bon en tout cas dans les familles
237 on sait pas ce qui s'est passé !

238 **Clara :** Oui, bien sûr ! Oui mais vous la laissez pas repartir comme ça, quoi !

239 **Laura :** Non, en plus elle c'est une dame qu'on avait au ***. Pour le coup-là, elle était
240 hospitalisée quelques jours, donc avec elle y avait plus un accompagnement et après elle a été
241 hospitalisée en service.

242 **Clara :** Ok super !

243 **Clara :** Et pour finir, est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet que vous
244 aimeriez aborder ou que...

245 **Laura :** Euh non, euh si peut-être sur la précarité il y a quelque chose qu'on peut faire aussi,
246 mais dès le départ quand ils arrivent à l'accueil...

247 **Clara :** Ouais !

248 **Laura :** Même les pompiers ils peuvent faire des signalements...

249 **Clara :** Des signalements ?!

250 **Laura :** Ouais les pompiers, ambulanciers n'importe qui en fait dans tout le parcours de soins
251 il peut y avoir un moment un signalement pour dire attention cette personne, le maintien à
252 domicile il est compliqué et du coup des fois ça arrive que ce soit même ben voilà les les
253 pompiers qui viennent et qui nous disent écoute celui-là au domicile c'est y'a tout est cassé
254 partout tout est sale il y a beaucoup d'incurie...

255 **Clara :** Pour alerter !

256 **Laura :** Ouais voilà, donc déjà ils nous signalent qu'à la maison ça va être compliqué si on le
257 renvoie comme ça et nous derrière on peut changer aussi, du coup ben fin on le prend en compte.

258 **Clara :** Et mettre des choses en place justement pour améliorer !

259 **Laura :** Ouais donc là sur les placements on peut pas placer tout le monde comme ça et ça c'est
260 quelque chose qu'on peut prendre en compte et des fois à l'inverse on peut leur dire aussi ben
261 et à la maison comment c'était on se sert aussi beaucoup de ça du préhospitalier !

262 **Clara :** D'accord ! Bon bah super ! Merci beaucoup !

263 **Laura :** Bah de rien !

ANNEXE VIII : Retranscription de l'entretien n°3 avec Péléné

1 **Clara (étudiante infirmière) :** Donc, bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet
2 entretien ! Donc, avant de commencer, je souhaitais te demander si tu étais d'accord pour cet
3 enregistrement ?

4 **Péléné :** Tout à fait !

5 **Clara :** Parfait, donc je me présente rapidement. Je suis Clara, étudiante infirmière en 3e année.
6 Je suis actuellement en train de réaliser mon mémoire de fin d'études. Donc mon travail porte
7 sur les perceptions des soignants vis-à-vis des patients en situation de précarité. Donc plus
8 précisément, je m'intéresse à la manière dont les soignants perçoivent ces patients et comment
9 cette situation peut influencer la relation soignant-soigné et la prise en charge. Donc ma
10 question de départ c'est la suivante : « Quelles perceptions ont les soignants des patients en
11 situation de précarité ? ». Donc pareil au cours de cet entretien, je vais te poser plusieurs
12 questions. Il n'y a pas de mauvaise ou de bonne réponse, c'est vraiment dans l'objectif de d'avoir
13 ton avis, ton expérience et cetera. Donc, pour commencer, je te propose de te présenter, me dire
14 ton âge, ton parcours, ton expérience professionnelle et depuis combien de temps tu travailles
15 dans ce service ou dans cette structure ?

16 **Péléné :** Alors, je m'appelle Péléné, j'ai 25 ans, je travaille sur l'équipe mobile psychiatrie
17 précarité depuis 4 ans, un peu plus de 4 ans...

18 **Clara :** Ok !

19 **Péléné :** Et avant ça j'étais sur les lits d'accueil médicalisés, donc sur le pôle précarité aussi !

20 **Clara :** Ok ça marche ! On peut commencer si ça te va ?

21 **Péléné :** Ça me va !

22 **Clara :** (*rire*)

23 **Clara :** Donc, comment définirais-tu la précarité dans le contexte des soins ? C'est une
24 définition large !

25 **Péléné :** C'est une définition tout à fait large ! Euh, la précarité, déjà la précarité en tant que
26 telle, c'est c'est le résultat de de plusieurs éléments et il s'agit pas de précarité quand on parle de
27 pauvreté, euh, c'est (*bruit de fond d'une imprimante...*). C'est l'imprimante qui s'énervé ! (*rire*)

28 **Clara :** (*rire*)

29 **Péléna** : Euh c'est c'est un c'est un tout, la précarité c'est c'est financier, euh social, euh familial
30 euh voilà et dans les soins (*bruit de fond d'une imprimante...*) euh comment je définirais la
31 précarité dans les soins ? Elle est difficile ta question ! (*rire*)

32 **Clara** : (*rire*) Si tu devais l'expliquer à un patient ou à une personne lambda... (*Quelqu'un*
33 *toque et rentre dans le bureau*)

34 (*La personne s'excuse*)

35 **Péléna** : On te pardonne !

36 **Personne qui est rentrée** : Excusez-moi !

37 **Péléna** : J'ai le droit de faire des « euh » et de reprendre mes phrases ?

38 **Clara** : Oui !

39 **Péléna** : Mais ça va être chiant pour toi !

40 **Clara** : C'est pas grave ! Tu fais comme d'habitude !

41 **Péléna** : La la précarité dans les soins, c'est-à-dire c'est compliqué pour moi de de te donner
42 une définition de ce que c'est la précarité dans les soins puisque euh c'est mon travail euh de
43 soigner les personnes qui sont en situation de précarité...

44 **Clara** : Mhh...

45 **Péléna** : Euh, alors la précarité dans les soins, les soins sont précaires, le la la la...

46 **Clara** : Ok !

47 **Péléna** : La façon dont on emmène les soins dans le droit commun est précaire et ne correspond
48 pas à tout le monde, et une personne qui est en situation de précarité, qui du coup présente une
49 vulnérabilité euh euh globale souvent...

50 **Clara** : Mhh...

51 **Péléna** : Eh bien il me semble que ce qui est le plus important de travailler avant de pouvoir
52 parler de soin, c'est de travailler le lien...

53 **Clara** : Ouais !

54 **Péléna** : Et du coup, la précarité dans les soins, c'est peut-être une fragilité, en tout cas une
55 perte de confiance dans les soins...

56 **Clara** : Il y a un lien différent du coup ? Ou pas ?

57 **Péléné** : Ah oui !

58 **Clara** : Ok ça marche, merci !

59 **Clara** : Ensuite, quels signes ou situations te permettent d'identifier qu'un patient est en
60 situation de précarité ?

61 **Péléné** : Quels signes ?

62 **Clara** : (*Hochement de la tête*) Ou situations qui te disent qu'un patient peut être précaire !

63 **Péléné** : En situation de précarité ?

64 **Clara** : Ouais !

65 **Péléné** : Oh ben tout tout tout et rien, tout peut être signe ou symptôme de précarité...

66 **Clara** : Ouais !

67 **Péléné** : Il y a plusieurs types de précarité euh (*moment d'hésitation*), c'est compliqué aussi
68 comme question ! (*rire*)

69 **Clara** : (*rire*)

70 **Péléné** : C'est-à-dire que nous, dans les soins, tu sais, on le travail en équipe mobile, on se
71 déplace sur des accueils de jour, des centres d'hébergement et en maraudes ! Donc, quels signes
72 quelqu'un qui fait la manche, par exemple, on se dit qu'il est en situation de précarité !

73 **Clara** : Bah ça peut être un signe, ouais !

74 **Péléné** : Quelqu'un qui apparaît être en rupture de traitement et qui du coup apparaît délirant
75 sur la voie publique, eh bien pour nous c'est aussi un signe, pas forcément de précarité mais de
76 vulnérabilité psychique et du coup euh...

77 **Clara** : Vous le repérez comme ça ?

78 **Péléné** : Ouais ! Euh, quoi d'autres, bah après des personnes qui se présentent sur les lieux
79 d'accueil de jour et en centre d'hébergement...

80 **Clara** : Qui demande du coup ?

81 **Péléné** : Qui demande, ouais !

82 **Clara** : D'aide !

83 **Péléné** : Bah ils, euhh comme ils sont là c'est parce qu'il y a un besoin !

84 **Clara** : Ok !

85 **Péléné** : Parce qu'eux soient le verbalisent ou alors se déplacent pour répondre à un besoin, qui
86 est souvent un besoin primaire de s'alimenter ou de prendre une douche !

87 **Clara** : Ok parfait !

88 **Péléné** : Tu me dis si ça va pas comme réponse !

89 **Clara** : (*rire*) Non, c'est parfait !

90 **Clara** : Euh, ensuite, selon toi, quels sont les principaux impacts de la précarité sur la prise en
91 soin et le parcours de santé des patients ?

92 **Péléné** : Dans le droit commun ?

93 **Clara** : Ouais !

94 **Péléné** : Euh, tu peux répéter ta question ?

95 **Clara** : Oui !

96 **Péléné** : J'ai oublié le début !

97 **Clara** : Selon toi, quels sont les principaux impacts de la précarité sur la prise en soin et le
98 parcours de santé des patients ?

99 **Péléné** : Je pense que je le déjà le le patient précaire fait peur parce que comme il est plus
100 éloigné des parcours de soins, euh c'est souvent des patients qui prennent plus de temps, plus
101 de place et ils ont souvent des comorbidités euh psychiatriques, euh addictives...

102 **Clara** : Qui peuvent être liés !

103 **Péléné** : Euh, comportementales qui du coup peuvent mettre en difficulté les équipes, mais ça
104 part souvent d'un d'un d'un besoin d'être écouté et d'un besoin d'être au centre de la prise en
105 charge et de comprendre ce qui se passe, en tout cas d'un besoin de réassurance quoi. Donc,
106 c'est des patients qui qui font peur, je pense aux équipes soignantes et euh, ils les mettent en
107 difficulté parce que, parce que bah tu vois, quand nous on accompagne des patients aux
108 urgences, ils sont ok pour les accompagner aux urgences et c'est souvent dans des dans des états

109 très dégradés euh physique et ou psychique, ils sont pas trop contents quand on arrive aux
110 urgences et qu'ils ont des vers dans les pieds. Ils se disent que c'est quand même un peu le
111 dernier moment, quoi !

112 **Clara :** Ouais ! Ils ont pas l'habitude de prendre en soin ce type de patients ?

113 **Péléné :** Ouais, c'est ça ! Et puis, c'est pas le patient lambda à qui tu vas dire bon allez, il faut
114 qu'on fasse une prise de sang monsieur. Euh est-ce que vous pouvez me montrer votre bras, ben
115 non !

116 **Clara :** Il y a un autre...

117 **Péléné :** Lien...Il y a une autre approche et et je pense que les collègues du droit commun ils...
118 bon déjà on a plus les deux diplômes ISP et IDE et c'est c'est dommage parce que y'a réel
119 manque de connaissances psychiatriques et cliniques dans le...

120 **Clara :** Et du coup, ça peut impacter la prise en charge de ces patients ?

121 **Péléné :** Ça impacte complètement ! Puisque euh on se fie au comportement et pas à la
122 pathologie et euh et aussi euh le manque effectif, ben c'est clair que c'est compliqué de gérer un
123 patient précaire qui arrive bourré aux urgences euh et qui est euh semi-compliant, euh parfois
124 passif-agressif voilà. Bon, quand tes deux à gérer 12 patients euh...

125 **Clara :** Donc tu dis qu'en, en gros il passe à côté de de la prise en charge ?

126 **Péléné :** Oui ! Par manque de temps et de connaissance...

127 **Clara :** Bien-sûr oui !

128 **Péléné :** Et de moyens...

129 **Clara :** Surtout !

130 **Péléné :** Si on était 14 dans les les équipes, on aurait le temps d'aller voir le patient compliqué,
131 le patient précaire...

132 **Clara :** C'est sûr ! Bon super !

133 **Clara :** Ensuite, la question, c'est selon toi, la situation de précarité d'un patient influence-t-elle
134 la relation soignant-soigné ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce que tu penses du coup que ça
135 influence cette relation ?

136 **Péléné** : Clairement, pour y avoir assisté euh je crois aux urg, aux urgences à *** , tu mettras
137 « BIP » dans tes entretiens (*rire*)

138 **Clara** : C'est anonymisé, oui !

139 **Péléné** : Ils ont un bloc, euh une pièce quoi, la pièce la pièce précaire, euh la pièce des bourrés,
140 je sais plus comment ils l'appellent...

141 **Clara** : Ouais... Je crois que c'est une pièce spécialisée pour pas qu'ils dégradent fin, y'a un
142 matériel différent...

143 **Péléné** : Oui c'est ça !

144 **Clara** : Ouais, c'est ce qui m'avait expliqué !

145 **Péléné** : Ouais, oui y'a clairement, tu vois nous quand on appelle les pompiers bah les patients
146 qui vivent à la rue ils ont des difficultés à prendre la douche bah encore une fois y'a des
147 comorbidités psychiques et addictives, bah souvent les tiennes à distance de la douche et et du
148 coup je suis toujours effaré quand y a les pompiers qui arrivent qui font un super travail hein
149 on est bien d'accord, ce n'est pas une critique des pompiers, mais euh qui couvre le patient de
150 haut en bas on dirait des œufs de Pâques quand ils montent dans le camion des pompiers parce
151 qu'ils sont pas propre.

152 **Clara** : Mhh...

153 **Péléné** : Clairement, ça met une barrière directe avec euh le soin, la confiance ouais avec la
154 confiance et oui et oui ça...Je me rappelle plus l'intitulé exact de ta question, mais euh oui, il
155 y'a lien qui est différent, parce que bah nous en tout cas en EMPP c'est un lien qui met du temps
156 à s'instaurer. Il y a, il y a des patients qui ont confiance de suite et le travail se fait direct et c'est
157 ok, y a des patients euh tu vois, il y a 2 semaines on a réussi à accompagner un patient à la
158 douche qui devait je pense que sa dernière douche euh c'était y a quelques mois, pour ne pas
159 dire années, et on..ça fait 4 ans moi que je le suis et on a réussi la semaine dernière à
160 l'accompagner à la douche...

161 **Clara** : Oui, ça prend du temps d'instaurer cette relation !

162 **Péléné** : Ouais ! Et puis il y a, les objectifs du soignant sont différents...

163 **Clara** : Tout à fait ! Ouais !

164 **Péléné** : Tu, tu, moi je me dis pas quand je pars en maraude, euh je vais tous les sauver, je vais
165 tous les soigner et je vais réussir à à tous les emmener à la douche...

166 **Clara** : Oui, bien-sûr !

167 **Péléné** : Si déjà je réussis à m'asseoir à côté d'eux, à discuter un peu et qu'ils me font confiance
168 euhh...

169 **Clara** : C'est déjà beaucoup...

170 **Péléné** : C'est déjà bien !

171 **Clara** : Ouais !

172 **Péléné** : Qui me font confiance, tu corrigeras les fautes de conjugaisons aussi dans le... (*rire*)

173 **Clara** : (*rire*)... Oui ! Bon bah super !

174 **Clara** : Et ensuite, c'était comment adaptes-tu euh ta posture ou ta communication face à un
175 patient en situation de précarité ? Est-ce que tu l'adaptes par rapport à un patient lambda, entre
176 guillemets ?

177 **Péléné** : Clairement, clairement, après je travaille très peu avec des patients pas précaires !
178 (*rire*)

179 **Clara** : Non mais y'a y'a certains soignants qui peuvent penser que, ils le voient comme une
180 personne lambda et qui le, euh n'adopteront pas leur communication...

181 **Péléné** : Après j'ai j'ai toujours pour habitude d'expliquer ce que je fais et de de décrire et de
182 m'adapter à la personne qui est en face, mais c'est clair que ce public-là demande une une...

183 **Clara** : Adaptabilité ?

184 **Péléné** : Une capacité d'adaptabilité, euh, importante, parce que encore une fois s'ils sont loin
185 des parcours de soins c'est parce que, c'est parce qu'ils ont pas envie d'être dans les soins.
186 Parfois, ils ont, ils ont été traumatisés par le les les parcours de soins et et du coup bah quand
187 ils y sont, il faut qu'ils aient confiance...

188 **Clara** : Mhh...

189 **Péléné** : Ça fait peur, le soin...

190 **Clara** : Ouais ! Ok ! Bon cette question, elle rejoint un peu ce que t'avais dit tout à l'heure mais
191 c'était penses-tu qu'il soit plus difficile de créer une relation de confiance avec un patient en
192 situation de précarité ? Et pourquoi ?

193 **Péléné** : Je pense pas que ce soit plus difficile, je pense que ça demande plus de temps...

194 **Clara** : Plus de temps ?

195 **Péléné** : Mhh

196 **Clara** : Et d'efforts des 2 côtés du coup ou pas ?

197 **Péléné** : Bah le patient, il est patient, il porte bien son nom !

198 **Clara** : Ouais ! Donc c'est à nous soignants de s'adapter ?

199 **Péléné** : Bah, on peut pas demander au, le patient est malade...

200 **Clara** : Oui, c'est pas par choix qu'il est comme ça !

201 **Péléné** : Non non.. Donc ben oui, c'est à nous soignants de s'adapter et si c'est pas ok de
202 s'adapter, c'est ok de pas être ok !

203 **Clara** : Oui...

204 **Péléné** : Mais il y a des collègues !

205 **Clara** : Qui peuvent prendre le relais ?

206 **Péléné** : Qui peuvent prendre la main ! Tout à fait !

207 **Clara** : Parfait ! Quand tu penses à un patient en situation de précarité, quelles représentations
208 ou images te viennent spontanément à l'esprit ?

209 **Péléné** : Euh moi je dis toujours que c'est des rencontres hyper riches et la première fois que
210 j'ai dit ça je me suis dit « riche », mais ils sont pas riches (*rire*)

211 **Clara** : (*rire*)

212 **Péléné** : Bah, ils sont riches, c'est c'est c'est dans leur parcours de vie, dans leurs histoires et
213 dans dans ce qu'ils apportent dans le lien...

214 **Clara** : Donc si à une personne tu parles d'un patient en précarité, tu dirais ça ?

215 **Péléné** : Mhh...

216 **Clara** : Ok parfait !

217 **Clara** : Est-ce que ton expérience professionnelle a changé de, la façon de voir ces patients ?

218 Si oui, comment ?

219 **Péléné** : Et non parce que j'avais déjà cette euhh, c'est pour ça que je travaille en EMPP, c'est

220 parce que j'avais...

221 **Clara** : Cette vocation, je sais pas si on peut dire vocation ?

222 **Péléné** : Je sais pas, en tout cas, cette envie d'aller travailler auprès des publics exclus et

223 vulnérables !

224 **Clara** : Penses-tu que la perception, donc l'image des patients en situation de précarité, puisse

225 varier d'un soignant à l'autre au sein d'une même équipe ? Et pourquoi ?

226 **Péléné** : Oui, après il y a des phénomènes d'équipe aussi, genre je pense que quand t'arrives

227 aux urgences *** tu ne connais pas la pièce euhh le bloc, la chambre (*inaudible*) hein mais à

228 force d'y aller tu utilises ce jargon aussi et tu finis par utiliser cette pièce donc je pense que le

229 le l'intelligence collective de l'équipe, fin intelligence, plutôt une désintelligence collective...

230 **Clara** : Ouais, donc tu dis que y'a des deux !

231 **Péléné** : Y'a des deux !

232 **Clara** : Donc des projections individuelles aussi et collectives...

233 **Péléné** : Ouais !

234 **Clara** : Qui peuvent influencer...

235 **Péléné** : Ouais !

236 **Clara** : Ok !

237 **Clara** : Est-ce que tu pourrais me relater une situation marquante que vous avez, que t'as vécue

238 avec un patient en situation de précarité qui te vient à l'esprit ?

239 **Péléné** : J'en ai plein ! T'en veux qu'une ?

240 **Clara** : Ou deux fins, tu me dis celle qui t'a le plus marqué euh et que t'aimerais nous partager !

241 **Péléné** : Je pense que le patient qui m'a le plus marquée, c'est, faut je te dise son prénom ?

242 **Clara** : Juste le prénom après j'anonymiserai !

243 **Péléné** : Tu mettras, bon je te dis que son prénom, j'ai du mal à parler de lui avec un un code
244 ou un numéro !

245 **Clara** : Non, tu peux dire son prénom, oui bien sûr !

246 **Péléné** : C'est un patient qui s'appelle Cédric (*prénom changé pour garder l'anonymat du*
247 *patient*)

248 **Clara** : Ouais !

249 **Péléné** : Qui est un patient euh euh qui me faisait peur au début. Une première fois que je l'ai
250 vu sur l'accueil du jour, il était couché au milieu de la route et il hurlait comme un putois, en
251 étant hyper insultant. Et la deuxième fois que je l'ai vu, il m'a insulté et jeté des trucs dessus !
252 Et et quelques quelques semaines après, il m'a dit « toi, t'es infirmière, il faut que tu me fasses
253 mon pansement » ! Et du coup c'est un patient euh qui vivait à cette époque-là en squat, qui a
254 vécu tantôt en squat, tantôt dans une tente, tantôt dans une grotte sur la colline*** à **** (*Lieu*
255 *où se trouve la grotte*) tantôt dans un camping-car et qui là voulait que je lui fasse un pansement
256 parce qu'il avait fait une iléite terminale avec un abcès et du coup un abcès perforé et perforation
257 du grêle...

258 **Clara** : Ah oui !

259 **Péléné** : En fait, il avait un trou dans le, en fosse iliaque droite donc du coup un trou avec un
260 écoulement de sel, un écoulement purulent, euh sanguinolent fin ça bougeait, ça se modifie un
261 peu tout le temps ! Et il avait ça parce que il avait fait la mule donc il avait avalé des boulettes
262 de shit au Maroc parce qu'il avait un ami proxénète euh euh qui se faisait passer pour son tuteur
263 euh mais qui était aussi un peu son dealer, qu'il lui avait refait ses papiers pour l'envoyer au
264 Maroc pour qu'il fasse la mule pour lui sauf que les boulettes se sont coincées. Du coup ça a
265 fait un abcès, l'abcès s'est perforé, paf perforation du grêle et du coup il est allé un peu à l'hôpital
266 mais il a vite fugué...

267 **Clara** : Ah oui !

268 **Péléné** : Et donc c'est moi qui lui faisais les soins, les soins aux secours, les soins, je lui mettais
269 un pansement sur une plaie...

270 **Clara** : Ouverte ?

271 **Péléné** : Béante quoi qui a fini par donc le colon a fini par fistuliser avec la peau...

272 **Clara** : Ah oui !

273 **Péléné** : Incroyable ! Et lui, il me disait toujours « la douleur, elle ferme sa gueule » parce que
274 je lui demandais toujours s'il avait mal et il me disait que non, il y avait pas mal. Il me disait :
275 « Tu sais Péléné, la douleur, elle ferme sa gueule ! Et en fait, Cédric il a un parcours euh, une
276 enfance chaotique, euh traumatique avec des violences physiques dans l'enfance, des violences
277 psychiques et des violences sexuelles de la part de son père euh, et il a quand même suivi un
278 cursus normal à l'école...

279 **Clara** : D'accord !

280 **Péléné** : Il a passé un diplôme d'élagueur...

281 **Clara** : C'est quoi élagueur ?

282 **Péléné** : C'est, il taillait les arbres, en hauteur souvent ! Et euh il avait une copine à 18 ans là
283 et elle elle l'a quittée au moment où elle l'a quittée, il est parti à l'armée il a fait parachutiste, il
284 a été pendant 11 ans dans l'armée, il a fait des missions de merde, il a vu des trucs horribles, il
285 a fait l'Afghanistan, le Tchad, le Kosovo, donc il s'est traumatisé par-dessus. Il a eu une autre
286 femme quand il était à l'armée et lors d'une de ses permissions, elle elle a voulu le quitter, se
287 séparer de lui...

288 **Clara** : D'accord !

289 **Péléné** : Il a mal vécu donc il l'a séquestré et il a voulu lui couper la langue. Euh, il a eu une
290 fille avec cette cette femme...

291 **Clara** : D'accord !

292 **Péléné** : Du coup, sur ce passage à l'acte là il a fait de la détention. En détention, il a rencontré
293 les toxiques, principalement la cocaïne...

294 **Clara** : Ouais...

295 **Péléné** : Euh du coup, il a pas de revenu parce qu'il y avait une sombre histoire de désertion,
296 en fait il avait déserté l'armée et euh et du coup pour obtenir les toxiques, il s'est prostitué et
297 euh en se prostituant et il a chopé le VIH et la syphilis, c'est c'est une histoire euh...

298 **Clara** : C'est vrai qu'elle est éprouvante, ouais !

299 **Péléné** : Ouais ! Et donc, un jour, on a cet homme-là qui vient me dire fais-moi mon pansement
300 avec tout ce qu'il est, donc quelqu'un de très agité, de très insécure dans la relation avec lequel

301 justement établir un lien. Tu sens bien à quel point il a une vraie pathologie du lien et à quel
302 point ça lui fait mal d'être en lien, et à quel point c'est difficile d'être en lien quoi. Et donc, avec
303 ma collègue, on l'a laissé, avec mes collègues, ma collègue aide-soignante et mes collègues de
304 l'association, on le laissait faire des allers-retours. Si t'es là, c'est bien, si t'es pas là, c'est pas
305 grave. Nous on, nous on est toujours là et à un moment on s'est questionné hein ce qu'on fait
306 une hospit sous contrainte. Où est-ce qu'on ne fait pas d'hospit sous contrainte ? Jusqu'où on va
307 parce que y'a risque léthal pour sa vie, il risque une septicémie...

308 **Clara :** Oui, où est la limite !

309 **Péléné :** Ouais, c'est ça ! Où est la limite ?! Et on en a beaucoup parlé en équipe, c'est un patient
310 qui nous a beaucoup occupé parce que euh moi je disais tout le temps à mes collègues, on est à
311 ça de l'hospit sous contrainte quoi parce que y a aussi des troubles psychiques euh voilà mais
312 en même temps, s'il y a une hospit sous contrainte, ce sera pour des raisons psychiatriques. Ce
313 sera pas pour des raisons physiques, il peut refuser le soin physique en unité psychiatrique...

314 **Clara :** Oui !

315 **Péléné :** Mais par contre après, y'a plus de lien, après on est le mauvais objet et on ne peut plus
316 veiller sur son état de santé...

317 **Clara :** Ouais !

318 **Péléné :** Et son état de santé s'est dégradé, euh fin ça continuait de se dégrader mais il venait
319 quand même. Moi, il m'a appelé très régulièrement pour me donner des nouvelles ou juste
320 « Salut, ça va », « à plus ». Et un jour, il m'a dit Péléné, j'ai mal au pied et du coup je me dis
321 waouh, Cédric à mal quelque part, faut que je me saisisse de ça, « je peux t'enlever ta
322 chaussure », j'ai enlevé la chaussure et y'a l'orteil qui est tombé avec (*rire nerveux*). Donc
323 vraiment, il avait mal le garçon et à partir de ce moment-là, il a accepté qu'on l'accompagne
324 aux urgences, chose qu'on avait déjà faite hein...

325 **Clara :** Oui !

326 **Péléné :** On l'avait déjà accompagné aux urgences, sauf que principe de réalité et puis principe
327 de limite aussi, moi je finis pas à minuit et je vais pas dormir avec lui aux urgences. Et donc, à
328 chaque fois que je partais ou qu'un collègue partait, il partait lui aussi, quand on arrivait à arriver
329 jusqu'aux urgences. Et aux urg, c'était hyper compliqué, hein, parce que le patient qui crie, qui
330 occupe beaucoup d'espace, qui est très agité, ça les mettait vraiment en difficulté, donc on se
331 retrouvait enfermé dans un boxe euhh..

332 **Clara** : Isolé quoi !

333 **Péléné** : Isolé, ouais...

334 **Clara** : Mais il a réussi à te demander quand même de l'aide...

335 **Péléné** : Plusieurs fois, plusieurs fois, il a fini par faire un, on sait pas trop on sait pas trop, si

336 c'est un AVC ou si c'est un trauma crânien...

337 **Clara** : Oui...

338 **Péléné** : Et euh, et du coup maintenant, il y a des troubles cognitifs donc depuis il est hospitalisé

339 sur les sur les lits d'accueil médicalisés...

340 **Clara** : D'accord !

341 **Péléné** : Et il est toujours en lien quand on monte, quand je monte avec mon chien parce que

342 j'ai un chien médiateur, il est content, il pleure à chaque fois que, Pélénaaa (*Refait le patient qui*

343 *dit son prénom, voix enjouée*). Donc, il est toujours en lien, mais voilà la la la force du lien est

344 est et c'est long c'est long parce que ces boulettes de shit, il les a gardées pendant 3 ans avec ce

345 risque de septicémie tout le temps, mais bah on ne peut pas faire contre contre son gré...

346 **Clara** : Bien sûr ! Après, on perd le lien qu'on a pu établir...

347 **Péléné** : Qui est précieux...

348 **Clara** : Mhh ! Bah c'est une histoire éprouvante...

349 **Péléné** : Ouais !

350 **Clara** : Belle mais éprouvante...

351 **Péléné** : Oui, parce qu'à côté de ça c'est quelqu'un d'assez incroyable...

352 **Clara** : Ça veut pas forcément dire que...

353 **Péléné** : C'est ça ! Oui c'est quelqu'un de de très de très vivant de très drôle avec plein

354 d'histoires, de très cultivés de de à côté de ça c'est aussi une très belle rencontre...

355 **Clara** : Bah oui, c'est pas sa situation qui fait la personne qu'il est !

356 **Péléné** : Mhh, Mhh

357 **Clara** : Bon super !

358 **Clara :** *(Je m'adresse à l'étudiante infirmière qui nous était avec nous lors de cet entretien)*
359 Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ? Ou pas ?

360 **Étudiante infirmière :** Euh non...

361 **Clara :** Non... Bon, bah on peut finir, je voulais te demander si t'avais quelque chose à rajouter
362 que tu aimerais rajouter ?

363 **Péléna :** Non, j'imagine si tu fais ton mémoire là-dessus, c'est parce que ça t'a questionné...

364 **Clara :** Ouais !

365 **Péléna :** Pendant tes stages !

366 **Clara :** Beaucoup oui !

367 **Péléna :** Donc, c'est intéressant de le questionner !

368 **Clara :** Ouais ! Bah on n'en parle pas beaucoup en fait de la précarité des patients, donc je
369 trouvais que c'était intéressant ça changeait un peu de de tous les sujets qu'on voit d'habitude !

370 **Clara :** Bon bah merci beaucoup de m'avoir écouté et répondu à mes questions !

371 **Péléna :** Merci à toi !

ANNEXE IX : Retranscription de l'entretien n°4 avec Marisol

- 1 **Clara (étudiante infirmière) :** Donc, bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet
2 entretien ! Avant de commencer, je souhaitais te demander si vous étiez d'accord pour que
3 j'enregistre cet échange ?
- 4 **Marisol :** Oui, je suis d'accord !
- 5 **Clara :** Super merci ! Donc, je me présente rapidement, je suis Clara, étudiante infirmière en
6 troisième année, je suis actuellement en train de réaliser mon mémoire de fin d'études. Donc,
7 mon travail porte sur les perceptions des soignants vis-à-vis des patients en situation de
8 précarité, plus précisément je m'intéresse à la manière dont les soignants perçoivent ces
9 patients et comment cette situation peut influencer la relation soignant-soigné et la prise en
10 charge. Donc, ma question de départ est la suivante : « Quelles perceptions ont les soignants
11 des patients en situation de précarité ? ». Donc, au cours de cet entretien, je vais vous poser
12 plusieurs questions autour de différents thèmes comme la précarité, les perceptions des
13 soignants, la relation soignant-soigné et votre expérience professionnelle. Donc, y a pas de
14 bonne ou de mauvaise réponse, l'objectif est simplement d'avoir votre point de vue et votre
15 expérience !
- 16 **Marisol :** Ça marche !
- 17 **Clara :** Donc, pour commencer, je te propose de te présenter, me dire ton âge, ton parcours,
18 ton expérience professionnelle et depuis combien de temps tu travailles dans ce service ou
19 structure ?
- 20 **Marisol :** Ok, alors du coup moi, je suis Marisol, je suis infirmière, euh je suis diplômée de
21 2018.
- 22 **Clara :** D'accord !
- 23 **Marisol :** Euh, j'ai commencé du coup en réanimation à ***, 2 ans en réanimation médicale.
24 Après j'ai, il y a eu le COVID qui est passé par là (*rire*) et ensuite du coup, j'ai travaillé au
25 Samu social, en fait j'avais fait 2 stages pendant mon école d'infirmière...
- 26 **Clara :** D'accord !
- 27 **Marisol :** J'avais adoré la réa et j'avais adoré le social, donc j'ai commencé par la réa et j'ai
28 après été du coup au Samu social de *** où j'ai travaillé 2 ans.

29 **Clara :** D'accord !

30 **Marisol :** Euh, sur les maraudes de nuit et puis j'ai ensuite travaillé pour l'équipe mobile santé
31 précarité de *** en ***, c'est une association...

32 **Clara :** Ok !

33 **Marisol :** Qui est connue dans le domaine de l'addicto euh, et puis ensuite du coup ben je suis
34 arrivée à *** et euh j'ai intégré du coup l'hôpital pour un poste sur l'EMPP donc ça fait bientôt
35 2 ans que je suis en psychiatrie et voilà du coup c'est un beau virage !

36 **Clara :** Vous avez une belle expérience ! Super, ben on peut commencer si t'es d'accord ?

37 **Marisol :** Ouais !

38 **Clara :** Donc, comment définirais-tu la précarité dans le contexte des soins ?

39 **Marisol :** Euh, dans le contexte des soins, ben je dirais que la précarité dans le contexte des
40 soins, c'est souvent des patients qui renoncent aux soins, euh, parce que soit ils ont un... alors,
41 pour plein de raisons hein... beaucoup de patients qui ont pas leurs droits qui sont ouverts
42 donc pas de C2S, donc c'est la complémentaire santé solidaire, la mutuelle pour les personnes
43 qui n'ont pas la possibilité de se payer une mutuelle, euh comme tout le monde quoi ! Fin une
44 mutuelle...ça va être des personnes pareilles ou alors qui n'ont pas la AME, ou qui euh ont
45 peur d'avoir des frais et du coup vont renoncer parce que bah ils savent pas, ils connaissent
46 pas leurs droits. Euh ça va être des personnes qui, euh, ont une vie qui, ou ils essaient déjà
47 d'avoir accès aux besoins fin...

48 **Clara :** Primaires ?

49 **Marisol :** Voilà, aux besoins primaires et du coup la temporalité n'est pas la même que la
50 nôtre quoi donc pendant qu'ils vont essayer de faire la manche toute la journée pour essayer
51 de manger et peut-être de se loger, ben peut-être que le rendez-vous à 10h00 de Madame
52 machin, ça sera plus difficile pour eux d'y accéder. Euh, c'est quoi déjà la question ? (*rire*)

53 **Clara :** (*rire*) C'est comment tu définirais la précarité dans le contexte des soins ?

54 **Marisol :** Ouais, du coup, la précarité, je dirais bah oui que c'est un peu ça quoi, que que dans
55 le contexte des soins euh c'est vraiment la la difficulté à déjà prendre soin euh de soi et de ses
56 besoins primaires et donc du coup pour pouvoir prendre soin de manière générale et d'aller

57 plus profondément dans les soins somats ou psychiques, ben des fois c'est pas euh, c'est pas
58 ce qu'ils vont chercher en premier quoi !

59 **Clara :** Bien sûr !

60 **Marisol :** C'est déjà résoudre les problèmes du quotidien quoi ! Et donc, les problèmes
61 primaires.

62 **Clara :** Super, merci ! Quels signes ou situations te permettent d'identifier qu'un patient est en
63 situation de précarité ?

64 **Marisol :** Euh, ben ça va être pas mal de choses ! Mais il va y avoir euh l'accès au logement,
65 les personnes du coup qui ont pas le logement ou alors qui sont hébergées sur des dispositifs
66 d'urgence, ça c'est souvent du coup ben des personnes qui sont en situation de précarité parce
67 que de de base ils ont pas la possibilité de se loger. Euh, ça va être des personnes parfois
68 qu'ont des problèmes addictos qui font que bah du coup l'addiction est telle que bah les
69 priorités de de fin (*sonnerie d'un téléphone du bureau*), mettre de l'argent, ah ah désolée, elles
70 peuvent pas décrocher les filles ? Mais des fois, les les problèmes d'addiction ça va, ça va des
71 fois découler malheureusement sur d'autres besoins...

72 **Clara :** Ok !

73 **Marisol :** Et ça c'est chiant, mais mais il faut les prendre en compte quoi...

74 **Clara :** Mhh...

75 **Marisol :** Tu peux me rappeler la question ? Désolée, je suis chiante !

76 **Clara :** Oui oui bien sûr, non pas de soucis ! Quels signes ou situations te permettent
77 d'identifier qu'un patient est en situation de précarité ?

78 **Marisol :** Oui, ça va être aussi euh, ben des fois des des personnes incurie au niveau de
79 l'hygiène, ou c'est c'est difficile parce que bah parce que la rue parce que, parce que des fois
80 des troubles psychiatriques qui font que c'est compliqué de pouvoir prendre soin de soi, euh
81 voilà (*moment d'hésitation*), ça va être oui des fois, qu'est-ce qui me fait dire que c'est
82 personne précaire ? Du délit de faciès ! (*rire*) Je sais pas mais...

83 **Clara :** (*rire*) non mais l'accès au logement, l'incurie, c'est des signes...

84 **Marisol :** La difficulté à être dans le lien social...

85 **Clara :** Aussi oui ! Parfait merci ! Selon toi, la situation de précarité d'un d'un patient
86 influence-t-elle la relation soignant-soigné ? Si oui, de quelle manière ?

87 **Marisol :** (*En chuchotant*) Tu peux répéter ?

88 **Clara :** (*En chuchotant*) Oui !

89 **Clara :** Selon toi, la situation de précarité d'un patient influence-t-elle la relation soignant-
90 soigné ? Si oui, de quelle manière ?

91 **Marisol :** Oui oui, oui oui elle influence absolument, elle influence absolument je sais pas
92 mais en tout cas y'a y'a quand même un problème (*rire*) c'est que ben c'est des personnes qui
93 des fois peuvent susciter le rejet euh et être aussi dans l'auto-exclusion, ce qui ce qui ce qui du
94 coup parfois euh quand les soignants en tout cas ont malheureusement des limites de temps,
95 sont débordées, comme aux urgences par exemple, euh prendre le temps pour quelqu'un qui
96 est un peu agité du fait des consos ou qui a un trouble psychiatrique et qui est un peu
97 difficilement euh contenant contenant, je sais plus comment on dit (*rire*)

98 **Clara :** (*rire*) Oui c'est ça !

99 **Marisol :** Bah ça peut parfois parce que c'est des patients qui qui nécessitent quand même, je
100 pense, plus de temps parce qu'ils se sentent, ils ont besoin de se sentir en sécurité plus que les
101 autres parce qu'ils ils sont euh constamment sujets au rejet...

102 **Clara :** De la société ?

103 **Marisol :** De la société et et et puis du coup ils ont tellement intégré ce rejet qui qui s'auto-
104 exclus aussi du coup, du coup oui forcément pour pour des soignants ou en tout cas c'est pas
105 leur mission première la précarité euh bah ça peut être compliqué parfois, ça peut être, bah
106 vous avez de la chance d'être pris en charge, donc en gros venez à l'heure et et en fait, pour
107 certains, ça peut paraître très facile de venir un rendez-vous à l'heure, mais ça n'est pas pour
108 tout le monde !

109 **Clara :** Pour tout le monde !

110 **Marisol :** Ouais !

111 **Clara :** Ok super ! Comment adaptes-tu ta posture ou ta communication face à un patient en
112 situation de précarité ? Est-ce que justement tu l'adaptes ou pas ?

113 **Marisol :** Ben, je pense que je l'adapte, mais je m'en rends peut-être plus compte...

114 **Clara :** Ouais...

115 **Marisol :** Parce que du coup, mais je pense que je l'adapte, oui, parce que après je sais pas si
116 c'est forcément avec les personnes en situation de précarité, parce que je vais déjà vulgariser
117 les termes, essayer d'être le plus clair possible, euh je pense qu'il faut pas...

118 **Clara :** Tu adaptes ta ton langage !

119 **Marisol :** Oui, même ça m'arrive de tutoyer, ça c'est vrai, et surtout surtout sur les
120 permanences de rue, euh quand autant quand c'est des entretiens, euh formel, euh pas tant,
121 mais mais sur de la rue et et des des permanences où on fait beaucoup de liens informels, y'a
122 des y'a vraiment des des patients qui demandent à être tutoyés fin c'est c'est important...

123 **Clara :** Pour eux ?

124 **Marisol :** Ouais et puis des fois c'est aussi grâce au tutoiement, on arrive à créer un lien et
125 que derrière peuvent se débloquent aussi le, une confiance qui s'installe et ou ou la confiance
126 peut mettre des fois beaucoup de temps à à se créer...

127 **Clara :** À s'installer ! Super

128 **Clara :** Penses-tu qu'il soit plus difficile de créer une relation de confiance avec un patient en
129 situation de précarité ? Et pourquoi ? Tu l'as un peu évoqué...*(me fait signe de répéter ma*
130 *question)* C'est penses-tu qu'il soit plus difficile de créer une relation de confiance avec un
131 patient en situation de précarité ? Et pourquoi ?

132 **Marisol :** Oui, bah je pense que, je pense que le la précarité c'est c'est vraiment de l'insécurité
133 quoi, l'insécurité sur le logement, l'insécurité dans le travail, l'insécurité euh avec les autres,
134 en tant fin dans le lien social et et du coup ils ont plus confiance, ils ont pu confiance en les
135 autres, ils ont plus confiance en l'avenir et ils ont plus confiance en eux. Du coup, c'est c'est...

136 **Clara :** C'est difficile ?!

137 **Marisol :** C'est c'est beaucoup plus difficile effectivement de de de pouvoir en tout cas avoir
138 une parole qui soit entendue, parce qu'ils ont, je pense en tout cas pour beaucoup besoin
139 d'avoir confiance avant de...

140 **Clara :** De pouvoir s'intégrer dans la...

141 **Marisol :** Ouais, de pouvoir entendre ce qui, ce qui est dit quoi ou en tout cas de pouvoir
142 s'inscrire dans un parcours de soins comme ça, quoi, fin...

143 **Clara :** Oui ! Tout à fait ! Quand tu penses à un patient en situation de précarité, quelles
144 représentations ou images te viennent spontanément à l'esprit ?

145 **Marisol :** Vulnérabilité...

146 **Clara :** Oui...

147 **Marisol :** Euh, parcours de vie traumatique...euh et peu de ressources familiales et
148 entourage...isolement...

149 **Clara :** Mhh...

150 **Marisol :** Voilà !

151 **Clara :** Parfait ! Est-ce que ton expérience professionnelle a changé ta façon de voir ces
152 patients ? Si oui, comment ?

153 **Marisol :** Euh bah oui, fin en tout cas euh sur les parcours de vie je pense qu'en tout cas sur
154 le *** quand j'étais en *** c'était beaucoup de somatique parce que c'est c'est une équipe qui
155 est comme ici le *** mobile c'est le même appel à projets et du coup c'est c'est vraiment sur le
156 somat. Alors, c'est aussi des gens qui vont nous raconter leur parcours de vie, mais c'est vrai
157 que du coup-là, en étant du côté EMPP, on va forcément souvent aborder le parcours de vie et
158 c'est vrai que ben en fait, on se rend compte qu'il y a pas, y'a pas de parcours de vie lisse pour
159 en arriver là !

160 **Clara :** Bien sûr !

161 **Marisol :** Y'a pas, y'a aucun aucune fin à mon sens, y'a aucune personne en situation de
162 précarité qui est arrivée ici sans, euh en étant entourée et en ayant eu une enfance heureuse.
163 Fin, moi je sais pas ce qu'on peut appeler une enfance heureuse mais en tout cas une enfance
164 contenant, sécurisante et et avec de l'amour parce que c'est, c'est, on parle de ça hein, on
165 parle de personnes qui ont été abandonnées et qui n'ont pas connu d'amour, et qui recherchent
166 parfois l'amour dans les relations...

167 **Clara :** Et, est-ce-que tu dirais que ton expérience professionnelle t'a apporté plus de
168 compétences et de connaissances sur la précarité que...(moment d'hésitation)

169 **Marisol :** Que ? (*rire*)

170 **Clara :** Par exemple, au début, est-ce que tu étais en manque de connaissances et de
 171 compétences par rapport à ça et au fil du temps, tu as pu en développer et pouvoir prendre en
 172 charge ces patients ?

173 **Marisol :** Ah oui ! Moi je pense que ça devrait être, fin je pense qu'il devrait y avoir un
 174 module à l'école de d'infirmière (*rire*). En tout cas, peut-être pas un module, j'exagère, mais en
 175 tout cas une sensibilisation et et puis vraiment un, je pense de vraiment de de de de même de
 176 faire venir des des des personnes qui parlent de leur parcours parce qu'en fait on n'est jamais
 177 mieux entendu que par les personnes qui sont concernées...

178 **Clara :** Qui sont concernées ! Bien sûr !

179 **Marisol :** Il y a aussi de ce que c'est que d'aller à l'hôpital se faire soigner quand on, quand on
 180 est en situation de précarité.

181 **Clara :** Oui, ok ! Penses-tu que l'image des patients en situation de précarité puisse varier
 182 d'un soignant à l'autre au sein d'une même équipe ? Et pourquoi ? (*me fait signe de répéter*
 183 *ma question*). Penses-tu que l'image des patients en situation de précarité puisse varier d'un
 184 soignant à l'autre au sein d'une même équipe ? Et pourquoi ?

185 **Marisol :** Oui, ben oui oui je pense que c'est aussi en fonction de ces idées, euh déjà je pense
 186 qu'il y a aussi un petit truc où y a de l'empathie, je pense que bon selon le niveau d'empathie
 187 (*rire*) et de de de penser l'autre parce que je pense que si tu penses pas l'autre et que tu penses
 188 juste euh voilà ce qu'on lui, tout ce qu'on lui offre et ce qu'il pourrait être capable de faire et
 189 de pas réfléchir plus loin que ça, ça peut amener à la dérive de dire bah il est, on lui on lui
 190 donne toutes les possibilités de s'en sortir, il le fait pas voilà et moi ça c'est pas je peux pas
 191 l'entendre, ça c'est compliqué donc des fois je pense qu'effectivement le le la capacité à
 192 penser l'autre, je pense que ça peut varier d'une personne à l'autre ou en tout cas euh si y'a pas
 193 eu de sensibilisation à ça, ça peut je pense aussi diverger mais... Après, euh, il y a aussi la
 194 peur, hein je pense la peur de ce que c'est, c'est quand même des personnes qui peuvent
 195 parfois effectivement par leur comportement, parfois agressifs, parfois en colère parce que
 196 bah oui, la vie est difficile et du coup ben c'est, c'est des fois c'est des des des comportements
 197 qui sont inadaptés et c'est vrai, hein, faut le dire, hein, mais du coup qui qui peuvent susciter
 198 le rejet et susciter la peur. Et quand on a peur, bah on n'a pas envie de soigner l'autre, quoi !
 199 Donc, donc comment faire pour soigner l'autre en ayant peur ? Je sais pas mais (*rire*), mais
 200 mais mais peut-être en comprenant plus, euh, d'où ça vient...

201 **Clara :** De creuser un petit peu plus !

202 **Marisol :** Et en ayant un peu plus de temps mais ça malheureusement, on ne nous le donne
203 pas et je pense que dans certains, dans certains lieux comme par exemple, je sais pas moi en
204 réanimation (*rire*)

205 **Clara :** (*rire*)

206 **Marisol :** Vous pourrez fin, il y aurait parfois la possibilité de faire des des des des des
207 comme ici la supervision pour les patients ou ou les les les les professionnels sont obligés de
208 de penser leurs soins, de penser leurs patients. Et donc du coup, bah ça permet ça aussi de
209 réhumaniser de pas être que dans le faire et d'en finir sa journée, avoir l'effet bien cocher
210 toutes les croix de toutes les cases, de voilà, il a eu tout ce qu'il fallait et sauf que bah oui,
211 avec ce type de patients, parfois, bah nous, on a des rendez-vous qui sautent parce que ben ils
212 les ont pas honorés parce que c'est difficile et donc du coup bah c'est sûr que toutes les croix
213 sont pas cochées dans la journée quoi mais bah voilà c'est le jeu mais ça fait partie aussi du
214 public qu'on, à mon sens doit soigner et doit accompagner comme n'importe qui mais c'est
215 plus difficile c'est vrai !

216 **Clara :** Ouais bien sûr !

217 **Clara :** Pourrais-tu me relater une situation marquante que tu as vécue avec un patient en
218 situation de précarité ? Qui te vient à l'esprit ?

219 **Marisol :** J'en ai plusieurs mais, mais j'en ai une ou, qui qui m'a fort fort contrariée...

220 **Clara :** Oui...

221 **Marisol :** C'était un... c'était pas ici hein, c'était à ***, c'était un monsieur qui était en rue qui
222 euh, je ne sais même plus ce qu'il avait, il avait un truc somatique qui nécessitait en tout cas
223 qu'on aille aux urgences...

224 **Clara :** D'accord !

225 **Marisol :** Et euh on a négocié, il était certes très alcoolisé, mais euh, on a négocié très fort
226 avec lui pour l'accompagner aux urgences parce qu'on était quand même assez inquiet euh et
227 en fait, en passant les portes des urgences, le bureau fin la l'espèce de bulle des urgences alors
228 c'était pas, c'était à ***, ce n'était pas ici donc c'était différent mais je dirais pas le nom de
229 l'hôpital mais (*rire*)

230 **Clara :** (*rire*)

231 **Marisol :** Le la la la, il y avait une bulle un peu au fond avec les les soignants...

232 **Clara :** Ouais...

233 **Marisol :** Et donc, on on arrive bah avec nos vestes en plus du du Samu social donc bleu avec
234 écrit en gros Samu social dessus et avec, du coup on avait un, c'était un monsieur en fauteuil
235 roulant et du coup on le pousse en fauteuil et euh euh non, il était pas en fauteuil roulant parce
236 que justement ce qu'elle a dit euh euh c'est c'est...non, il était pas en fauteuil. En gros, il il
237 arrive, il tenait à peine debout, et mais bon bah il était un peu alcoolisée et puis voilà, il était
238 pas très bien et on rapidement on lui trouve un fauteuil, on l'assoit et et en fait, de loin, on
239 entend une dame à l'accueil qui dit « Olalala mais c'est pas vrai regarde, ils nous ont ramènent
240 encore un mais en plus il tient encore debout, ça sert à rien » quoi en gros et sauf qu'en fait
241 ben je sais pas, elle parlait tellement fort mais elle s'en est pas rendu compte hein, que
242 vraiment là je je fin c'était terrible parce que ça faisait des heures qu'on négociait pour que le
243 type, il veuille bien...

244 **Clara :** Il entend ça...

245 **Marisol :** Il veuille bien venir avec nous et en fait là ça a été dur quoi là. Moi je me suis pas
246 sentie soutenue, euh bon après voilà, c'est c'est c'est c'est resté gravé dans ma mémoire
247 heureusement parce que ça arrive pas tous les 4 matins et que il y a plein de soignants qui sont
248 super et qui les accueillent très bien et ça se passe bien, mais quand ça se passe comme ça,
249 bah c'est hyper dur parce qu'en fait, euh, euh on a l'impression qu'on doit euh aussi être dans
250 un combat euh qui n'a pas lieu d'être en fait, c'est c'est un peu difficile, je sais pas si ça répond
251 à la question ? (*rire*)

252 **Clara :** Si si, bien sûr, c'est c'est si si, c'est parfait ! Ben, pour finir, est-ce que tu as quelque
253 chose à rajouter qu'on n'a pas abordé ou que t'aimerais ajouter au sujet ?

254 **Marisol :** Je pense que c'est un très bon sujet de mémoire !

255 **Clara :** (*rire*) merci !

256 **Marisol :** Euh non, je pense si si euh ta des auteurs, si ta des auteurs qui faut que tu lises ?

257 **Clara :** Ouais ! J'ai fait mon cadeau référence déjà, mais j'ai trouvé pas mal de de choses sur
258 la précarité...

- 259 **Marisol :** Ok !
- 260 **Clara :** Qui étaient intéressantes...
- 261 **Marisol :** Voilà ! Sinon sinon bah non voilà c'est c'est tout !
- 262 **Clara :** Super, merci beaucoup d'avoir participé !
- 263 **Marisol :** Merci à toi !

ANNEXE X : Grille d'analyse

	La précarité dans le contexte des soins				
		Entretien N°1 : Marie	Entretien N°2 : Laura	Entretien N°3 : Péléné	Entretien N°4 : Marisol
	Diplôme	≈ 19 ans	≈ 18 ans	≈ 5 ans	≈ 8 ans
	Service	Urgences	Urgences	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)
Ses thèmes	Thème 1 : La définition de la précarité	Sur l'environnement : « l'état du logement est insalubre et peut être dangereux en fait au final pour le patient » (L.32-33) ou encore « le logement est en fait dans un état euh désastreux » (L.42). Sur l'aspect financier : « ils n'ont pas les moyens, euh ne serait-ce que d'avancer une consultation médicale » (L.45-46). Sur la temporalité sociale : « on est à la fin du moins, je ne peux vraiment pas » (L.62-63). Sur la mission de l'institution : « c'est effectivement une de nos missions euh à l'hôpital »	Une notion complexe : « Ben je trouve que c'est vague ! (rire) » (L. 35). « Bah, y'a tous les niveaux, y'a social, y'a physique, euh psychologique, euh financière... » (L.37). L'écart à la norme : « Bah je dirais quelqu'un qui a, moins, (rire), moins moins qu'une norme on va dire, je le verrai comme ça mais sur tous les domaines que j'ai dit c'est vraiment quelque chose de large, c'est pas forcément qu'une chose... » (L.41 à 43).	Un cumul de facteurs : « la précarité en tant que telle, c'est c'est le résultat de de plusieurs éléments et il s'agit pas de précarité quand on parle de pauvreté (L. 25 à 27) [...] c'est un tout, la précarité c'est c'est financier, euh social, euh familial » (L.29). Une rupture avec le système de soin : « La façon dont on emmène les soins dans le droit commun est précaire et ne correspond pas à tout le monde et une personne qui est en situation de précarité qui du coup présente une vulnérabilité euh euh globale souvent... » (L. 47 à 49). Une vulnérabilité physique : « La précarité »	Le renoncement et les droits : « c'est souvent des patients qui renoncent aux soins euh parce que soit ils ont un... alors pour plein de raisons hein... beaucoup de patients qui ont pas leurs droits qui sont ouverts » (L.39-40). La priorité aux besoins vitaux : « c'est vraiment la la difficulté à déjà prendre soin euh de soi et de ses besoins primaires et donc du coup pour pouvoir prendre soin de manière générale (L. 54-55) [...] ben des fois c'est pas euh, c'est pas ce qu'ils vont chercher en premier quoi ! » (L.56-57). La temporalité : « la temporalité n'est pas la »

		public de recevoir euh, tout le monde » (L.63-64).		dans les soins, c'est peut-être une fragilité, en tout cas une perte de confiance dans les soins... » (L.54-55).	même que la nôtre quoi donc pendant qu'ils vont essayer de faire la manche toute la journée (L. 48-49) [...] ben peut être que le rendez-vous à 10h00 de Madame machin ça sera plus difficile pour eux d'y accéder. » (L.50-51).
	<u>Thème 2</u> : Les signes d'identification de la précarité	Visuels et sensoriels : « on voit que les habits sont, ils sont tâchés, euh qui sont souillés » (L.79) et « on a une épaisseur bah de crasse sur sur la peau, les cheveux sales » (L.83). Odorat : « l'odeur, clairement aussi, où on voit que c'est des personnes qui ne peuvent pas prendre leur douche » (L.84-85). Comportement/émotion : « quand on voit le le visage de de la gêne, de l'embarras » (L.76-77). Stratégies d'adaptation : « des gens qui vont arriver avec une dizaine de pulls, quatre pantalons, trois vestes sur eux » (L.88-89).	La verbalisation et le statut social : « Quelqu'un qui va me dire ben j'ai j'ai pas de famille, à la maison c'est compliqué » (L.49). Ou « les SDF, par exemple, on en a plusieurs aux urgences, voilà alors du coup de savoir qui sont SDF, on se doute que derrière il y a de la précarité » (L.51-52). L'état physique et l'incurie : « Quelqu'un ben qui qui est sale qui a des insectes sur lui » (L.57). Le manque de prise en charge : « quelqu'un aussi qui peut avoir des plaies partout même si une infirmière, des aides à domicile mais que finalement on voit que c'est un peu léger parce que y'a	La visibilité sociale : « quelqu'un qui fait la manche par exemple on se dit qu'il est en situation de précarité ! » (L.72). La rupture de soins : « quelqu'un qui apparaît être en rupture de traitement et qui du coup apparaît délirant sur la voie publique » (L.74-75). Les besoins primaires : « se déplacent pour répondre à un besoin, qui est souvent un besoin primaire de s'alimenter ou de prendre une douche ! » (L.85-86). L'état dégradé du patient : « des états très dégradés euh physique et ou psychique (L.108-109) [...] ils ont des vers dans les pieds » (L.109-110).	Le logement et l'addiction : « l'accès au logement, les personnes du coup qui ont pas le logement ou alors qui sont hébergées sur des dispositifs d'urgence » (L.63 à 65). Et « des personnes parfois qu'ont des problèmes addictos » (L.66-67). Incurie et psychiatrie : « des personnes incurique au niveau de l'hygiène ou c'est c'est difficile parce que bah parce que la rue parce que, parce que des fois des troubles psychiatriques qui font que c'est compliqué de pouvoir prendre soin de soi » (L.77 à 79). Le « délit de faciès » : « qu'est-ce qui me fait dire

		pas assez de prise en charge » (L.58-59). La solitude : « qui ont pas de chauffage, ou de quoi manger pas assez ou qui ont pas de visite... » (L.168-169).		que c'est des personnes précaires ? Du délit de faciès ! (<i>rire</i>) » (L.80-81). La rupture avec le lien social : « La difficulté à être dans le lien social... » (L.83).
Thème 3 : L'impact de la précarité sur la prise en soin	Éthique et posture : « Parce qu'on se doit de soigner euh tout le monde. Ça, je m'y fais un point d'honneur, euh, mais encore plus dans un hôpital public. (L.66-67) [...] sans porter de préjugés (L.69) [...] « Ce type de jugement primaire ne doit pas nous appartenir. » (L.70-71). Rôle de l'infirmière : « suivant le parcours, on on va déshabiller les patients, tout ça, donc on n'hésite pas à demander si effectivement ils nous autorisent à l'aider » (L.123-124). La méconnaissance des aides disponibles : « les gens ce n'est pas par choix si à un moment donné euh ils sont dans cet état physique ou quoi que ce soit, c'est à un moment donné donc, très souvent ils n'ont pas osé demander, on	La réticence des soignants : « il y a des soignants, ils sont ben ils aiment pas ça, euh ils vont dire devant le patient « Ahh, c'est sale » s'il y a des insectes, « ahh il y a des poux je crains » » (L.144 à 146). La lassitude des soignants : « il y'a une des fois y'a une lassitude aussi je pense du soignant » (L.198-199) « Par exemple, bah le patient SDF qui est tout le temps agressif avec le personnel, ben quand il va revenir pour la 20^e fois (L.201-202) [...] on va dire bon lui, il mérite pas qu'on s'occupe de lui » (L.203). Le rôle de l'infirmière : « on pourrait être un petit peu un tremplin, c'est qu'on va déclencher des choses,	La peur des soignants : « je pense que je le déjà le le patient précaire fait peur parce que comme il est éloigné des parcours de soins, euh c'est souvent des patients qui prennent plus de temps plus de place » (L.99 à 101). Le manque de compétences spécifiques : « y'a réel manque de connaissances psychiatriques et cliniques (L.117-118) [...] on se fie au comportement et pas à la pathologie » (L.120-121). Le manque de moyens institutionnels : « par manque de temps et de connaissance... (L.125) [...] et de moyens... » (L.127). Le besoin de réassurance : « ça parle souvent d'un d'un d'un besoin d'être écouté et	Le besoin de sécurité : « c'est des patients qui qui nécessitent quand même, je pense, plus de temps parce qu'ils se sentent, ils ont besoin de se sentir en sécurité plus que les autres parce qu'ils ils sont euh constamment sujet au rejets... » (L.98 à 100). La peur comme frein au soin : « la peur de ce que c'est (L.193) [...] susciter le rejet et susciter la peur et quand on a peur bah on n'a pas envie de soigner l'autre quoi ! » (L.196-197). Le savoir-faire : « de pas être que dans le faire et d'en finir sa journée avoir l'effet bien cocher toutes les croix de toutes les cases » (L.208-209).

	n'était pas au courant des aides qui étaient possibles » (L.115 à 118). Ressources : « alors euh bah justement, l'hôpital public, quand même, doit donner des ressources pour qu'effectivement si la personne n'a pas de de mutuelle, euh ou pas de couverture sociale. » (L.94 à 96). « dès l'accueil, quand on fait le dossier, qu'on voit qu'il n'a pas de couverture sociale, voilà va être mis en place tout ce qu'il faut ici » (L.105 à 107).	par exemple fait intervenir une assistance sociale » (L.97 à 99). « des fois ça va nous toucher un petit peu plus et on va faire des petits efforts sur des petites choses, je dirai plus du quotidien (L.120-121) [...] leur apporter un petit un plus de bonheur quoi » (L.124).	d'un besoin d'être au centre de la prise en charge (L. 103-104) [...] besoin de réassurance quoi. » (L.105).	
<u>Thème 4</u> : La temporalité et l'accès aux soins	Barrière financière : « il faut toujours leur demander, euh, avant de les réorienter, s'ils ont de quoi effectivement avancer une consultation » (L.57-58). Recours par défaut : « quand ils nous arrivent, nous, aux urgences, c'est souvent dans un contexte de chute » (L.38-39). Dépassement des compétences techniques : « on s'imagine souvent qu'aux urgences, on est là des	La chronicité des patients : « y'en, a ils reviennent tout le temps (<i>rire</i>) » (L.77). « Des chroniques ! » (L.79). Besoins non médicaux : « y'en a, ils sont ravis qu'on s'occupe d'eux, d'être au chaud... » (L.74-75) ou « des fois y'en a ils viennent c'est plus pour parler que pour autre chose » (L.95-96).	Lien dans la relation : « c'est un lien qui met du temps à s'instaurer (L.154-155) [...] ça fait 4 ans moi que je le suis et on a réussi la semaine dernière à l'accompagner à la douche... » (L.158-159). Objectifs différents : « les objectifs du soignant sont différents... (L.161) [...] Moi je me dis pas quand je pars en maraude, euh je vais tous les sauver » (L.163).	L'adaptation du langage : « ça m'arrive de tutoyer (L. 118) [...] c'est aussi grâce au tutoiement, on arrive à créer un lien » (L.123). Insécurité globale : « la précarité c'est c'est vraiment de l'insécurité quoi, l'insécurité sur le logement, l'insécurité dans le travail, l'insécurité euh avec les autres » (L.131-132).

	des hyper techniciennes (L.166-167) [...] mais non, on a un gros volet sur ça » (L.168-169).			Le manque de sensibilisation : « je pense qu’il devrait y avoir un module à l’école de d’infirmière (<i>rire</i>) (L. 172-173) [...] une sensibilisation et et puis vraiment un, je pense de vraiment de de de de même de faire venir des des personnes qui parlent de leur parcours » (L.174-175).
<u>Thème 5 :</u> Le renoncement et l’auto-exclusion	Propos du patient : « Bah, je suis vraiment désolé, mais je je n’ai pas d’argent pour avancer une consultation » (L.61-62). La honte du soin : « à pleurer tellement il était embarrassé de devoir nous faire travailler, il disait mais je vous fais travailler pour moi » (L.128-129). L’isolement : « la précarité ben s’accompagne aussi de l’isolement euh aussi familial et et et amical » (L.119-120). Le refus par pudeur : « non mais vraiment j’ai honte j’ai honte j’ai honte de tout ça » (L.230-321).	Le refus de prise en charge : « ils deviennent plutôt agressifs, ils ont pas envie qu’on s’occupe d’eux, ils sont bien finalement dans leur précarité, ils veulent y rester » (L.71-72). Le sentiment de rejet induit par le soignant : « la personne forcément elle entend, donc la personne va être en rejet... » (L.147-148). Isolement familial : « elle avait des enfants mais que du coup ils se voyaient plus qu’elle était toute seule à la maison » (L.226-227).	Le traumatisme des soins : « s’ils sont loin des parcours de soins (L.182-183) [...] Ils ont été traumatisés par le les les parcours de soins » (L.184). La pathologie du lien : « quelqu’un de très agité, de très insécure dans la relation avec lequel justement établir un lien tu sens bien, à quel point il a une vraie pathologie du lien » (L.298-299). La douleur : « il me disait toujours « la douleur, elle ferme sa gueule » » (L.271).	Le cercle vicieux du rejet : « c’est des personnes qui des fois peuvent susciter le rejet euh et être aussi dans l’auto-exclusion » (L.91-92). Ou « ils sont tellement intégrés ce rejet qui qui s’auto-exclut aussi » (L.102-103). La perte de confiance généralisée : « ils ont plus confiance, ils ont pu confiance en les autres, ils ont plus confiance en l’avenir et ils ont plus confiance en eux » (L.133-134).

	La relation soignant-soigné				
		Entretien N°1 : Marie	Entretien N°2 : Laura	Entretien N°3 : Péléné	Entretien N°4 : Marisol
	Diplôme	≈ 19 ans	≈ 18 ans	≈ 5 ans	≈ 8 ans
	Service	Urgences	Urgences	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)
Ses thèmes	<u>Thème 1</u> : L'influence de la précarité sur la relation d'aide et les difficultés relationnelles	Le sentiment de compassion face à l'absence de choix : « influencer je je fin plutôt dans le sens de la compassion moi je mettrais plutôt dans ce truc-là de de se dire à un moment donné effectivement les les les gens ce n'est pas par choix » (L. 114 à 116). L'isolement comme obstacle à la prise en charge : « la précarité ben s'accompagne aussi de l'isolement euh aussi familial et et et amical donc en fait c'est des gens pour lesquels ils ne, ils sont tous seuls ils savent pas comment se débrouiller » (L. 119 à 121). La pudeur et le sentiment d'indignité du patient : « à pleurer tellement il était embarrassé de devoir nous	La variabilité des comportements du patient : « Soit au contraire la personne elle va être plutôt reconnaissante des soins qu'on va lui apporter (L. 66-67) [...] soit au contraire des fois il y en des fois et bah ils deviennent plutôt agressifs » (L.70-71). L'impact émotionnel du soignant : « Bah nous on a beau avoir de l'empathie, je pense que des fois ça peut nous toucher ! » (L.85). La lassitude face à la chronicité et l'agressivité : « quand il va revenir pour la 20^e fois et qu'on sait qu'il va être agressif, bah c'est sûr dès le départ on va lui coller cette étiquette d'agressivité » (L.202-203).	La peur générée par l'éloignement du cadre : « Je pense que je le déjà le le patient précaire fait peur parce que comme il est plus éloigné des parcours de soin, euh c'est souvent des patients qui prennent plus de temps plus d'espace » (L.99 à 101). La mise en difficulté des équipes soignantes : « ils ont souvent des comorbidités euh psychiatriques, euh addictives...(L.101) [...] euh comportementales qui du coup peuvent mettre en difficulté les équipes » (L.103). Le sentiment d'impuissance et de manque de moyens : « c'est compliqué de gérer un	Priorité aux besoins vitaux : « c'est vraiment la la difficulté à déjà prendre soin euh de soi et de ses besoins primaires (L.54-55) [...] c'est pas ce qu'ils vont chercher en premier quoi ! » (L.56-57). Le frein au non-recours aux droits : « beaucoup de patients qui ont pas leurs droits qui sont ouverts (L.40) [...] vont renoncer parce que bah ils savent pas, ils connaissent pas leurs droits » (L.44-45). Le décalage des temporalités : « la temporalité n'est pas la même que la nôtre (L.48) [...] pendant qu'ils vont essayer de faire la manche (L.49) [...] le rendez-vous

		faire travailler, il disait mais je vous fais travailler pour moi » (L. 128-129). Le soin d'hygiène comme mission soignante à part entière : « c'est notre travail aussi de de les rassurer et d'enlever euh... » (L. 129-130) [...] Cet embarras quoi ! » (L.131). L'acceptation volontaire du soignant face à la précarité : « vraiment ça fait partie de notre travail aussi aux urgences de s'occuper de ça et c'est bien volontiers qu'en fait on on le fera » (L.132-133).	Le poids de l'incurie au quotidien : « nous de tout le temps passer derrière ça, je pense que des fois c'est pesant... » (L.206-207).	patient précaire qui arrive bourré aux urgences euh qui et qui est euh semi-compliant, euh parfois passif-agressif voilà. Bon quand tes deux à gérer 12 patients euh... » (L.121 à 123).	à 10h00 (L.50) [...] ça sera plus difficile pour eux d'y accéder » (L.51).
	<u>Thème 2</u> : Adaptation de la communication, posture et ajustements relationnels	La posture soignante : « je pense qu'il faut avoir effectivement être très mesuré et très délicat dans nos paroles » (L. 138-139). Le refus de la communication frontale ou culpabilisante : « quand on va lui dire « oh mais vous vous lavez pas, mais c'est quoi pourquoi vous vous lavez pas ? » non, qu'est ce qui fait qu'à un moment	L'ajustement aux capacités de compréhension : « si euh c'est pas exemple le patient il a du mal à comprendre, là on va adapter le langage, voilà les termes qu'on utilise la façon de parler » (L.130-131). Le soignant comme levier d'orientation : « on pourrait être un petit peu un tremplin, c'est qu'on va déclencher des choses, par	La primauté du lien sur l'acte technique : « ce qui est le plus important de travailler avant de pouvoir parler de soin, c'est de travailler le lien... » (L.51-52). La nécessité d'une grande flexibilité soignante : « ce public-là demande une une...(L.180) [...] une capacité d'adaptabilité euh importante parce que encore une fois s'ils sont loin des	Le tutoiement comme levier relationnel : « même ça m'arrive de tutoyer (L.118) [...] c'est aussi grâce au tutoiement, on arrive à créer un lien et que derrière peuvent se débloquent aussi le, une confiance s'installe » (L.123-124). La simplification du discours : « je vais déjà vulgariser les termes,

	donné on reformule » (L. 139-140). L'utilisation de la reformulation pour évaluer les besoins : « qu'est ce qui fait qu'à un moment donné effectivement je vois qu'au niveau des soins d'hygiène, c'est pas trop ça qui vous aide à la maison » (L. 140 à 142). La stratégie de communication par le détour : « en fait on on contourne le problème pour essayer de voir voilà déjà l'environnement et pour pouvoir lui apporter une une solution » (L. 142-143). L'adaptation de la réponse soignante : « on a plein de gens pour lesquels on ne pourra plus les faire rentrer à la maison donc de ce fait là il faut trouver d'autres solutions » (L. 143 à 145).	exemple, faire intervenir une assistance sociale » (L.97 à 99). Les petits gestes favorisant le bien-être : « on va faire des petits efforts sur des petites choses, je dirais plus du quotidien qui va... (L.121 à 122) [...] leur apporter un petit peu plus de bonheur quoi » (L.124). La prise en compte du préhospitalier : « les pompiers qui viennent et qui nous disent écoute, celui-là au domicile c'est y'a tout est cassé partout, tout est sale, il y a beaucoup d'incurie... » (L.252 à 254).	parcours de soins c'est parce que c'est parce qu'ils ont pas envie d'être dans les soins » (L.182-183). La posture de présence humble : « Si déjà je réussis à m'asseoir à côté d'eux à discuter un peu et qui me font confiance euh... (L.166-167) [...] C'est déjà bien ! » (L.169). L'ajustement face au patient précaire : « j'ai toujours pour habitude d'expliquer ce que je fais et de de décrire et de m'adapter à la personne qui est en face » (L.179-180).	essayer d'être le plus clair possible » (L.115-116). La création d'un cadre sécurisant : « ils ont besoin de se sentir en sécurité plus que les autres parce qu'ils ils sont euh constamment sujets au rejet... » (L.99 à 100). La réflexion sur le soin : « ça permet ça aussi de réhumaniser de pas être que dans le faire et d'en finir sa journée avoir l'effet bien cocher toutes les croix » (L.207 à 209).
<u>Thème 3</u> : Relation de confiance et construction du lien	Le rôle de la subjectivité du soignant dans le lien : « je pense que ça dépend vraiment de chaque projection individuelle de chaque soignant en fait ! » (L. 150-151).	L'obstacle du « dégoût » physique exprimé par le soignant : « il y a des soignants, ils sont ben ils aiment pas ça, euh ils vont dire devant le patient « Ahh,	La temporalité spécifique de la confiance : « Je pense pas que ça soit plus difficile, je pense que ça demande plus de temps... » (L.191).	Le mécanisme d'auto-exclusion : « ils ont tellement intégré ce rejet qui qui s'auto-exclut aussi » (L.102-103).

	L'influence de la vision personnelle sur la relation : « de comment on voit les choses, mais moi je me dis tout le temps que voilà, on n'est pas tous nés sous une bonne étoile avec une famille aimante et entourante » (L. 153-154). La compréhension des freins liés à l'isolement et au système : « on a certaines personnes qui sont, qui se retrouvent seules isolées, qui connaissent pas le système tel qu'il peut les aider » (L. 155-156). La vocation comme pilier de la confiance : « personnellement je dirais non non non parce que c'est notre vocation première » (L.156-157).	c'est sale » s'il y a des insectes » (L.144 à 146). La rupture du lien par le jugement perçu : « la personne forcément elle entend, donc la personne va être en rejet... » (L.147-148). Le lien social au-delà du motif médical : « du coup on fait partie un petit peu de de leur leur quotidien et ouais des fois y en a ils viennent c'est plus pour parler que pour autre chose » (L.94 à 96).	La fragilité du lien face à la contrainte : « s'il y a une hospite sous contrainte (L.310) [...] après y'a plus de lien, après on est le mauvais objet et on ne peut plus veiller sur son état de santé... » (L.313-314). La richesse humaine derrière la précarité : « c'est des rencontres hyper riches (L. 207) [...] c'est dans leur parcours de vie, dans leurs histoires et dans dans ce qu'ils apportent dans le lien... » (L.210-211).	L'effondrement de la confiance : « ils ont plus confiance, ils ont plus confiance en les autres, ils ont plus confiance en l'avenir, ils ont plus confiance en eux » (L.133-134). La violence du regard institutionnel : « Olalala mais c'est pas vrai, regarde ils nous ont ramènent encore un mais en plus il tient encore debout, ça sert à rien » (L.238-239). L'épuisement face au manque de soutien : « on a l'impression qu'on doit euh aussi être dans un combat euh qui n'a pas lieu d'être en fait » (L.248-249).
--	--	---	--	---

Ses thèmes	Les perceptions des soignants				
		Entretien N°1 : Marie	Entretien N°2 : Laura	Entretien N°3 : Péléné	Entretien N°4 : Marisol
	Diplôme	≈ 19 ans	≈ 18 ans	≈ 5 ans	≈ 8 ans
	Service	Urgences	Urgences	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)
	Thème 1 : Les représentations sociales du patient précaire	Le sentiment de pitié : « Comme ça, ben moi, je me dis le pauvre ! » (L.162). La priorité à l'empathie : « En fait moi, c'est vraiment, ouais vraiment de la compassion. » (L.164). La valeur du soin d'hygiène et de confort : « si j'ai pu apporter à un moment donné soit du réconfort verbal ou un moment donné une bonne douche chaude avec des vêtements propres et tout ça, la notion de prendre soin elle prend encore plus de sa valeur dans ces cas-là ! » (L.171 à 173). Le sentiment de honte chez le patient : « C'est vraiment la honte qui revient quoi (L.232) [...] Ouais, j'ai honte ! » (L.233).	La diversité des profils de précarité : « les SDF voilà fin y a des gens qui habitent chez eux, ils sont en précarité, ils ont pas de chauffage, ils ont pas de voilà, c'est pas forcément celui qui dort dehors mais j'ai une une population du coup en tête euh alors soit assez varié » (L.160 à 162). L'isolement de la personne âgée : « domicile c'est vrai qu'on a quand même plus sur la personne âgée ! (L.163-164) [...] isolé, ou alors voilà qui ont pas de chauffage, ou de quoi manger pas assez, ou qui ont pas de visite... » (L.168-169). La perception de l'agressivité chez certains patients : « ils deviennent plutôt agressifs, ils ont pas envie qu'on s'occupe d'eux,	La richesse humaine derrière le parcours : « Bah ils sont riches c'est c'est c'est dans leur parcours de vie, dans leurs histoires et dans dans ce qu'ils apportent dans le lien... » (L.210-211). La peur suscitée chez les soignants : « Je pense que je le déjà le le patient précaire fait peur parce que comme il est plus éloigné des parcours de soins, euh c'est souvent des patients qui prennent plus de temps plus de place » (L.99 à 101). La vulnérabilité globale du patient : « une personne qui est en situation de précarité, qui du coup présente une vulnérabilité euh euh globale souvent... » (L.48-49). Le patient précaire comme une « belle rencontre » : « à côté de ça c'est aussi une	La priorité aux besoins primaires : « c'est vraiment la la difficulté à déjà prendre soin euh de soi et de ses besoins primaires et donc du coup pour pouvoir prendre soin de manière générale (L.54-55) [...] C'est déjà résoudre les problèmes du quotidien quoi ! » (L.59). La vulnérabilité et l'isolement : « Vulnérabilité... (L.144) [...] Euh parcours de vie traumatique...euh et peu de ressources familiales et l'entourage...isolement... » (L.146-147). L'impact du traumatisme sur le parcours : « y'a aucune personne en situation de précarité qui est arrivée ici sans, euh en étant entourée et en ayant eu une enfance heureuse

		La fragilité face au système de santé : « ces personnes-là qui peuvent être vulnérables du coup...(L.234-235) [...] Par rapport à un système de santé ouais » (L.239).	ils sont bien finalement dans leur précarité, ils veulent y rester » (L.70 à 72). L'image de l'incurie et du manque d'hygiène : « Quelqu'un ben qui qui sale qui a des insectes sur lui qui est pas voilà qui... » (L.57). La sensibilisation à la détresse sociale : « Elle me racontait que ben elle avait des enfants mais que du coup ils se voyaient plus qu'elle était toute seule à la maison (L.226-227) [...] ça c'est sûr, c'est des choses qui touchent » (L.228).	très belle rencontre... (L.352) [...] c'est pas sa situation qui fait la personne qu'il est ! (L.353) [...] Mhh, Mhh » (L.354). La perception d'un public « exclu » : « cette envie d'aller travailler auprès des publics exclus et vulnérables ! » (L.220-221).	(L.160-161) [...] une enfance contenant, sécurisante et avec de l'amour (L.162-163) [...] on parle de personnes qui ont été abandonnées » (L.163-164). Le sentiment d'insécurité permanent : « la précarité c'est c'est vraiment de l'insécurité quoi, l'insécurité sur le logement, l'insécurité dans le travail, l'insécurité euh avec les autres » (L.131-132).
	<u>Thème 2 :</u> Évolution des perceptions sur par l'expérience	La connaissance des réseaux d'aide : « Là je pense oui par rapport au réseau qu'on peut connaître. » (L.178). L'orientation vers les bons services : « En fait, il faut-il faut vraiment savoir voilà quelles sont les ressources qu'on a au sein de notre service pour pouvoir en face...(L.180-181) [...] Lui apporte, lui apporter de l'aide » (L.183).	L'impact de la réalité du terrain : « ça m'a pas changé, par contre je me suis vraiment rendu compte qu'il y avait plus de misère que ce que je pensais... » (L.179-180). La confrontation concrète à la précarité aux urgences : « Voilà c'est plus disons, ça ça m'a rendu concret encore plus la la réalité...(L.185) [...] La	Le temps comme outil de soin nécessaire : « Je pense pas que ça soit plus difficile, je pense que ça demande plus de temps... » (L.191). La priorité donnée au lien avant la technique : « il me semble que ce qui est le plus important de travailler avant de pouvoir parler de soins, c'est de travailler le lien... » (L.51-52).	Le besoin de formation initiale : « Moi je pense que ça devrait être, fin je pense qu'il devrait y avoir un module à l'école de d'infirmière (<i>rire</i>) (L.172-173) [...] une sensibilisation et et puis vraiment (L.174) [...] faire venir des des des personnes qui parlent de leurs parcours » (L.175). L'importance du lien informel : « sur de la rue et

	Le rôle d'accompagnement global : « je connais les ressources qui sont disponibles au sein de mon service au sein de l'hôpital pour pouvoir les accompagner. » (L.188-189). Le lien entre savoir-être et savoir-faire : « Ben ça fait partir de ben une compétence si quand on a la connaissance pour moi ça va avec. » (L.191-192). La capacité à protéger le patient : « mon expérience professionnelle fait qu'un moment donné je me positionnerai en recadrant effectivement le soignant qui se permettrait d'être un peu trop euh euh ouais un peu trop insistant ou dénigrant vis-à-vis de la personne qui se présenterait parce que j'ai cette posture-là qui me permet avec l'ancienneté que j'ai aussi. » (L.210 à 213).	réalité du terrain ? (L.186) [...] Ouais ! » (L.187). L'apprentissage de la vigilance : « Même les pompiers ils peuvent faire des signalements... (L.248) [...] déjà ils nous signalent qu'à la maison ça va être compliqué si on le renvoie comme ça et nous derrière on peut changer aussi du coup ben fin on le prend en compte. » (L.256-257). Le rôle de « tremplin » social : « on pourrait être un petit peu un tremplin, c'est qu'on va déclencher des choses par exemple fait intervenir une assistante sociale. » (L.97 à 99).	L'adaptation de la posture soignante : « c'est à nous soignants de s'adapter et si c'est pas ok de s'adapter, c'est ok de ne pas être ok ! » (L.199-200). La gestion des limites du soin : « y'a un risque léthal pour sa vie, il risque une septicémie...(L.305) [...] Où est la limite ?! Et on en a beaucoup parlé en équipe » (L.307). Le respect du rythme et du gré du patient : « on ne peut pas faire contre contre son gré... (L.343) [...] Après on perd le lien qu'on a pu établir...(L.344) [...] Qui est précieux... » (L.345).	et des des permanences où on fait beaucoup de liens informels y'a y'a vraiment des des patients qui demandent à être tutoyés (L.119 à 121) [...] c'est aussi grâce au tutoiement, on arrive à créer un lien » (L.123). La remise en question du jugement de valeur : « de dire bah il est, on lui on lui donne toutes les possibilités de s'en sortir, il le fait pas voilà et moi ça c'est pas je peux pas l'entendre, ça c'est compliqué » (L.188 à 190). La nécessité de « penser » le soin : « La supervision (L.206) [...] ça permet ça aussi de réhumaniser de pas être que dans le faire et d'en finir sa journée avoir l'effet bien cocher toutes les croix de toutes les cases » (L.207-209).
Thème 3 : Variabilité des perceptions au sein de l'équipe soignante	La vision propre à chaque soignant : « Ah bah c'est sûr ! C'est sûr, on a tous nos propres représentations euh déjà en tant que soignants, notre propre conception du	Le rejet lié au manque d'hygiène : « y a des soignants, ils sont ben ils aiment pas ça, euh ils vont dire devant le patient « Ahh c'est sale » s'il y a des	Le jargon stigmatisant en équipe : « ils ont un bloc, euh une pièce quoi, la pièce la pièce précaire, euh la pièce des bourrés, je sais	Le risque du rejet en milieu hospitalier : « des personnes qui des fois peuvent susciter le rejet euh et être aussi dans l'auto-exclusion (L.91-92) [...]

	comment on se voit nous dans notre métier et comment on a envie effectivement de de le mettre en pratique et de l'évaluer » (L.196 à 198). L'influence de l'histoire personnelle du soignant : « déjà nous voilà, on a aussi un propre parcours de vie, une propre histoire. (L.198-199) [...] Qui peut influencer justement sur...(L.200) [...] La prise en charge effectivement » (L.201). Le jugement négatif : « il y a des personnes pour lesquelles effectivement ça pourrait buter ou pour lesquelles en fait on peut avoir un jugement primaire et et et pas forcément bienveillant » (L.204 à 206). Les réactions inconscientes face au patient : « Ça peut être en fait conscient ou pas conscient » (L.208). Le refus des comportements irrespectueux : « c'est quelque chose pour moi qui serait intolérable ! » (L.219).	insectes, « ahh, il y a des poux je crains » » (L.144 à 146). « Ben y en a, ils craignent des choses, bah par exemple, bah les insectes y en a, ils supportent pas, mais déjà pas en tant que soignant hein c'est la personne qui craint déjà les insectes euh après est-ce que des fois il y en a qui ça doit renvoyer des choses aussi... » (L. 191 à 193). L'influence du regard du soignant sur la relation : « selon le patient, le soignant comment lui il il montre euh euh ben si ça le choque ou pas la précarité je pense que du coup dans le regard du soignant euh du patient ben ça doit être difficile » (L.155 à 157). La lassitude face aux patients chroniques : « après, il y a une des fois, y a une lassitude aussi je pense du soignant. (L.198-199) [...] quand il va revenir pour la 20^e fois et qu'on sait qu'il va être agressif, bah c'est sûr dès le	plus comment ils l'appellent... » (L.138-139). Le manque de formation spécifique : « y'a réel manque de connaissances psychiatriques et cliniques...(L.118) [...] Ça impact complètement ! Puisque euh, on se fie au comportement et pas à la pathologie » (L.120-121). La « désintelligence collective » : « Oui après il y a des phénomènes d'équipe aussi, genre je pense que quand t'arrives aux urgences *** tu ne connais pas la pièce euhh le bloc, la chambre (<i>inaudible</i>) hein mais à force d'y aller tu utilises ce jargon aussi et tu finis par utiliser cette pièce donc je pense que le le l'intelligence collective de l'équipe, fin intelligence, plutôt une désintelligence collective... » (L.224 à 227). La difficulté des services classiques face à l'agitation : « aux urg, c'était hyper compliqué hein parce que le patient qui crie,	quand les soignants en tout cas ont malheureusement des limites de temps, sont débordés comme aux urgences par exemple » (L.93-94). Le poids de la peur dans la relation : « des comportements qui sont inadaptés et c'est vrai hein faut le dire mais du coup qui qui peuvent susciter le rejet et susciter la peur et quand on a peur bah on n'a pas envie de soigner l'autre quoi ! » (L.196-197). Le manque de soutien entre collègues : « là moi je me suis pas sentie soutenue (L.244-245) [...] quand ça se passe comme ça bah c'est hyper dur parce qu'en fait euh euh on a l'impression qu'on doit euh aussi être dans un combat euh qui n'a pas lieu d'être » (L.247-249). La divergence de regard selon l'empathie : « je pense que c'est aussi en fonction de ses idées, euh déjà je pense qu'il y a aussi
--	--	---	--	---

		départ, on va lui coller une étiquette d'agressivité, on va dire bon lui, il mérite pas qu'on s'occupe de lui » (L. 202 à 203). Le poids de la charge de travail : « ils nous laissent les salles dans des états lamentables (L.204) [...] Et et nous de tout le temps passer derrière ça je pense que des fois c'est pesant... » (L.206-207). La différence de jugement selon le type de précarité : « je pense que c'est plus sur le patient SDF, parce que par exemple la personne qui est au domicile et qui est précaire on va moins avoir ça ! » (L.210-211).	qui occupe beaucoup d'espace, qui est très agité, ça les mettait vraiment en difficulté » (L.327-328).	un petit truc ou y a de l'empathie, je pense que bon selon le niveau d'empathie (<i>rire</i>) et de de penser l'autre » (L.184 à 186).
--	--	--	---	---

ANNEXE XI : Autorisation de diffusion du Travail de Fin d'Études



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 : Clara CAMERA

Promotion : 2023-2026

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 :

« Soigner au-delà de l'exclusion : l'impact des perceptions infirmières sur la dignité et l'alliance thérapeutique »

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 soussignée, déclare avoir été informée 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 22 avril 2026

Signature :

RÉSUMÉ :

Soigner au-delà de l'exclusion : l'impact des perceptions infirmières sur la dignité et l'alliance thérapeutique

Ce travail de fin d'études explore la complexité de soigner les personnes vivant dans la grande exclusion pour analyser l'impact des représentations soignantes sur la prise en soin. Cette réflexion a mené à la question de départ : « Quelles perceptions ont les soignants d'un patient en situation de précarité ? ». Le cadre de référence s'articule autour de la relation soignant-soigné, des perceptions professionnelles et de la place de la précarité dans ce lien. La méthodologie repose sur une démarche qualitative suivant une méthode clinique. J'ai réalisé des entretiens semi-directifs auprès de quatre infirmiers diplômés d'État exerçant en service d'urgences adultes et en Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). Les résultats montrent que face à des situations cliniques complexes (incurie, agressivité) et une charge de travail importante, des mécanismes de défense peuvent apparaître. L'analyse relève toutefois que l'ajustement de la posture et la déconstruction des représentations permettent de préserver l'alliance thérapeutique. En conclusion, l'infirmier agit comme une « passerelle » dont l'humanité préserve la dignité du patient. Ce constat souligne l'importance d'espaces de parole institutionnelles pour soutenir les soignants et maintenir une relation durable.

Nombre de mots : 178

Mots-clés : Précarité sociale, Posture infirmière, Représentations sociales, Relation soignant-soigné, Alliance thérapeutique, Dignité.

ABSTRACT :

Caring beyond exclusion: the impact of nursing perceptions on dignity and therapeutic alliance

This end of course assignment explores the complexity of caring for people living in severe social exclusion to analyse the impact of care representations on caregiving. This reflection leads to the initial question: "What perceptions do caregivers have of a patient in precarious situation?". The frame of reference is based on the relationship between the carer and the patient, professional perceptions, and the place of precariousness in this link. The methodology is based on a qualitative approach following a clinical method. I conducted semi-structured interviews with four state-certified nurses working in adult emergency ward and with the Mobile Psychiatry and Precariousness Team. The results show that in the face of complex clinical situations (negligence, aggressiveness) and a significant workload, defense mechanisms may appear. The analysis notes, however, that the adjustment of posture and the deconstruction of representations make it possible to preserve the therapeutic alliance. In conclusion, the nurses act as a "gateway" whose humanity preserves the dignity of the patient. This observation highlights the importance of institutional speaking out spaces to support caregivers and maintain a lasting relationship.

Number of words: 179

Key-words: Social insecurity, Nursing posture, Social representations, The relationship between the carer and the patient, Therapeutic alliance, Dignity.