



**École Santé Social Sud-Est**

**20, rue de la Claire CP 320**

**69337 Lyon Cedex 09**

**Travail de Fin d'Études pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier, 2019**

**Validation des UE 3.4, 5.6 et 6.2**

**Soutenu le 17 juin 2019**

**L'accompagnement infirmier  
des personnes en situation de précarité  
au prisme de l'adhésion aux soins**

Présenté par

**CORTI Roland**

Promotion : 2016/2019



*Atticus was right. One time he said you never really know a man until you stand in his shoes, and walk around in them.*

Harper Lee, *To kill a mocking bird*, 1960.

# REMERCIEMENTS

*À Vanessa Hébert, pour avoir cru en mon projet de reconversion professionnelle.*

*Aux infirmières qui ont accepté de partager leurs expériences. En analysant leurs entretiens, j'ai été marqué par la pertinence et la qualité de leur pratique et de leurs réflexions.*

*À mes parents, pour leurs critiques et relectures assidues de ce travail*

*À Juliette, pour toute sa patience, son soutien et son amour, lorsque ses pages semblaient rester indéfiniment blanches et au fur et à mesure qu'elles se remplissaient.*

# SOMMAIRE

<b>AVANT-PROPOS.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Précarité et soins infirmiers : cadre contextuel.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. L'influence de la précarité sur la santé.....</b>	<b>4</b>
<i>Pauvreté ou précarité ?.....</i>	<i>4</i>
<i>Précarité et santé.....</i>	<i>5</i>
<b>1.2. Précarité et soins infirmiers.....</b>	<b>7</b>
<i>Histoire, législation et déontologie.....</i>	<i>7</i>
<i>Précarité et rôle infirmier.....</i>	<i>7</i>
<b>1.3. La question de départ.....</b>	<b>8</b>
<i>Des situations de soins insatisfaisantes.....</i>	<i>8</i>
<i>Question de départ.....</i>	<i>8</i>
<b>2. Adhésion aux soins et précarité : approche théorique.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. Le concept d'adhésion thérapeutique.....</b>	<b>11</b>
<i>Non-observance ou adhésion thérapeutique.....</i>	<i>11</i>
<i>Le processus d'adhésion thérapeutique.....</i>	<i>11</i>
<b>2.2. La clinique psycho-sociale.....</b>	<b>14</b>
<i>De la précarité à l'exclusion sociale.....</i>	<i>14</i>
<i>Le syndrome d'auto-exclusion.....</i>	<i>15</i>
<b>2.3. L'approche interculturelle.....</b>	<b>16</b>
<i>La diversité culturelle.....</i>	<i>16</i>
<i>La compétence culturelle.....</i>	<i>17</i>
<i>L'approche interculturelle.....</i>	<i>17</i>
<i>Rencontre et altérité.....</i>	<i>18</i>
<b>3. Adhésion aux soins et précarité : approche pratique.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. Méthodologie.....</b>	<b>20</b>
<i>L'entretien semi-directif.....</i>	<i>20</i>
<i>Structures enquêtées.....</i>	<i>20</i>
<i>L'outil d'enquête.....</i>	<i>20</i>
<b>3.2. Résultats.....</b>	<b>23</b>
3.2.1. <i>Analyse descriptive.....</i>	<i>23</i>
3.2.2. <i>Analyse comparative.....</i>	<i>28</i>
<b>3.3. Confrontation aux modèles théoriques.....</b>	<b>32</b>
<i>À propos de l'adhésion thérapeutique.....</i>	<i>32</i>
<i>À propos de l'exclusion sociale.....</i>	<i>33</i>
<i>À propos de l'approche interculturelle.....</i>	<i>34</i>
<i>Synthèse.....</i>	<i>34</i>
<b>4. Problématique de recherche.....</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>36</b>
<b>RÉFÉRENCES LISTÉES.....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>40</b>

## AVANT-PROPOS

Les UE 3.4 et 5.6 du diplôme d'État d'infirmier visent à donner les clés permettant de s'initier à la recherche en sciences infirmières. Il s'agit d'explicitier les liens existants entre la recherche et l'évolution des pratiques infirmières autour d'un questionnement aboutissant à un mémoire de fin d'étude. Par l'exploration théorique d'une question de départ portant sur les soins infirmiers, et son exploration pratique auprès de professionnel·le·s soignant·e·s, le cheminement doit permettre d'aboutir à une problématique de recherche pouvant contribuer à l'amélioration des pratiques.

Après six années travaillées dans le domaine de l'écologie, j'ai cherché en me reconvertissant vers la profession infirmière à me confronter à l'humain et à apprendre de la relation et de la médecine pour accompagner les personnes dans la recherche d'une bonne santé. J'ai eu l'occasion lors d'un stage d'accompagner les médecins, infirmiers et infirmières, assistant·e·s de service social et bénévoles d'un centre médico-social. J'ai découvert une médecine dite de précarité, fondamentalement interdisciplinaire, reposant sur le postulat « *qu'il lui est impossible de soigner seule des patients dont la situation sociale, environnementale ou psychologique a provoqué la pathologie ou entravé le processus de guérison* »<sup>1</sup>. J'ai fait la rencontre de personnes vivant de plein fouet les inégalités de santé dans des conditions parfois difficilement imaginables. J'ai aussi découvert un réseau, associatif et institutionnel, constitué de personnes armées de motivation et de compétences, œuvrant pour une société plus juste. La route vers cet objectif est longue et la tâche à peine surmontable, tant les difficultés rencontrées dans la pratique sont nombreuses. L'interdisciplinarité si elle apparaît comme essentielle n'en est pas moins handicapante. Elle impose à chaque profession de définir ses limites, tout en développant des compétences propres et spécifiques pour parvenir à « *une approche transversale dans un cœur de métier suffisamment définit* »<sup>2</sup>. C'est avec cette problématique en tête que je réalise ce travail de recherche.

---

1 GEERAERT, Jérémy. Une médecine de la précarité à l'hôpital: tensions et enjeux sur de la conception du soin. Le cas des Permanences d'Accès aux Soins de Santé. Dans : PIERRE, Thomas, FERNANDES, Anne, KESSLER-BILTHAUER, Déborah, et al. (dir.), *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologies*. Presse Universitaire de Nancy, coll. Santé, qualité de vie, handicap, 2014, p. 53-71.

2 FURTOS, Jean. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*. Juin 2015, Vol. n° 98, n° 2, p. 55-59.

## INTRODUCTION

En 2016, la France comptait six millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté<sup>1</sup>. C'est certainement tout autant de personnes qui un jour nécessiteront des soins infirmiers. Les enjeux de la précarité sont immenses. Ils sont sociaux et sanitaires, tout autant qu'économiques et éthiques. Les lois successives des 20 dernières années sur l'organisation du système de santé ont posé les bases d'un système plus égalitaire. Désormais, 99,6 % des citoyens français sont couverts par la sécurité sociale contre 76 % en 1976<sup>2</sup>. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont permis d'améliorer l'accès aux droits et aux soins de santé. Pourtant, les inégalités persistent. Sur le terrain, les soignants témoignent de difficultés grandissantes, parmi lesquelles on distingue au premier plan l'accès aux soins et leur utilisation. Ainsi, en dépit de pathologies lourdes, les personnes en situation de précarité se tournent difficilement vers la médecine et celles qui y accèdent peinent à utiliser les soins et à y adhérer.

L'adhésion aux soins est l'une des problématiques les plus critiques auxquelles les soignant·e·s sont confronté·e·s. Plus de 50 % des personnes atteintes d'une pathologie chronique n'obtiennent pas les bénéfices optimaux de leurs thérapeutiques en raison d'un suivi insuffisant<sup>3</sup>. L'adhésion aux soins est définie par l'OMS comme « *le processus par lequel le patient s'approprie sa maladie et les traitements associés et réalise de manière acceptée les prescriptions et conseils des soignants* »<sup>4</sup>. Elle est liée à des pathologies chroniques nécessitant des traitements et des rendez-vous réguliers mais concerne aussi la prévention et les recommandations de santé, telle que la modification des habitudes alimentaires. Les difficultés d'adhésion n'ont rien de spécifique à la précarité, mais les personnes les plus démunies en sont disproportionnellement affectées. Il est donc primordial de comprendre les facteurs intervenant dans les comportements des patient·e·s en situation de précarité afin d'améliorer les pratiques infirmières permettant de les accompagner.

---

1 MAURIN, Louis, BRUNNER, Anne, LEANDRI, Noam, et al. *Rapport sur la pauvreté en France*. Observatoire des inégalités, 2018.

2 RODE, Antoine. *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2, 2010.

3 SABATÉ, Eduardo. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.

4 Ibid

La profession infirmière s'est construite autour de l'apprentissage par les pairs et dans la dominance d'une culture orale<sup>1</sup>. C'est dans ce contexte d'un manque crucial d'écrits que la recherche en sciences infirmières se développe. Elle vise à façonner les savoirs en identifiant les facteurs qui influencent les besoins de soins et en questionnant les pratiques qui paraissent insatisfaisantes au regard de populations données<sup>2</sup>. Si de nombreuses disciplines s'intéressent à l'adhésion aux soins et à la précarité, les apports théoriques élaborés ne sont pas spécifiques à la profession infirmière. Elle peut s'en nourrir, certes, mais il lui convient de les adapter, tout en construisant théoriquement les savoirs acquis sur le terrain. Par exemple, l'adhésion aux soins est communément abordée par la médecine dans le cadre d'une pathologie particulière mais très rarement pour une population donnée. C'est avec cette problématique en tête que je cherche à comprendre dans ce mémoire comment la profession infirmière contribue à l'adhésion aux soins des patient·e·s en situation de précarité.

Mon travail est organisé en quatre parties. La première situe le contexte en définissant la précarité et ses enjeux et pose la question de recherche. La deuxième aborde le cadre théorique au travers des principaux concepts susceptibles de nourrir les pratiques infirmières relatives à l'adhésion aux soins des personnes en situation de précarité. La troisième partie analyse cinq enquêtes réalisées auprès d'infirmières confrontées dans l'exercice de leur profession à des personnes en situation de précarité. La quatrième partie confronte mes recherches théoriques et pratiques pour parvenir à l'élaboration d'une problématique de recherche.

---

1 JEANGUIOT, Nicole. Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*. 2006, Vol. N° 87, n° 4, p. 75-135.

2 COHEN, Benita E. et REUTTER, Linda. Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 60, n° 1, p. 96-107.

# 1. Précarité et soins infirmiers : cadre contextuel

## 1.1. L'influence de la précarité sur la santé

*Pauvreté ou précarité ?* – La notion de pauvreté ne dispose pas de définition consensuelle, tant elle revêt de multiples facettes. En France, la perception de la pauvreté repose sur le postulat qu'elle varie selon les époques et les sociétés. Elle est appréhendée de manière relative, souvent en fonction du revenu médian de la population. Hors d'Europe, la pauvreté est plutôt pensée de manière absolue. Elle est calculée en fonction des capacités des individus à satisfaire des besoins considérés comme vitaux. Toutefois, la caractérisation de la pauvreté ne saurait s'arrêter à une dimension monétaire et les recherches s'accordent aujourd'hui pour la considérer « *comme une inadéquation entre les ressources au sens le plus large et les libertés* »<sup>1</sup>.

À la notion de pauvreté est souvent préférée celle de précarité, qui tente de traduire l'expérience des personnes qui la subissent. Wresinski la définissait en 1987 comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant [...] d'assumer ses responsabilités élémentaires et de jouir de ses droits fondamentaux* »<sup>2</sup>. Elle est donc considérée ici comme un facteur de risque de pauvreté. Selon Wresinski, l'insécurité qui en résulte peut être grave et définitive, lorsqu'elle touche plusieurs domaines de l'existence, qu'elle perdure et qu'elle empêche d'avoir recours à ses droits et d'assumer ses responsabilités. Elle peut également se traduire par une perte de la maîtrise de son existence et de la confiance en l'avenir et en la société<sup>3</sup>. Ainsi, il est essentiel de percevoir la précarité comme une notion subjective : c'est la manière dont les individus la ressentent qui permet en partie de la caractériser.

*La précarité française* – En raison de sa subjectivité, la précarité est particulièrement difficile à appréhender statistiquement. De plus, une partie non-négligeable de la pauvreté est mal couverte par les statistiques, en raison d'une invisibilité institutionnelle, scientifique ou activement recherchée par les individus eux-mêmes<sup>4</sup>. Cependant, certains indicateurs de niveau de vie permettent de dégager des chiffres et des tendances. Ainsi,

1 ONPES. *Bilan de dix ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise*. Rapport de l'ONPES, 2010, 144 pages.

2 WRESINSKI, Joseph. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. 1987.

3 VANDECASTEELE, Isabelle et LEFEBVRE, Alex. De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*. 2006, Vol. n° 26, n° 1, p. 137-162.

4 BARONNET, Juliette, FAUCHEUX-LEROY, Sarah et KERTUDO, Pauline. *Étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique – ONPES – FORS recherche sociale*, 2014.

3,5 % à 14 % de la population française vit sous le seuil de pauvreté, soit près de 600 000 personnes de plus qu'il y a dix ans<sup>1</sup> (**Figure 1**). Quatre millions d'individus souffrent de mal-logement, plus de 100 000 n'en ont pas, et près de 3 millions d'enfants grandissent sous le seuil de pauvreté. Les jeunes, les familles monoparentales et les populations urbaines sont les premiers concernés. Mais une grande diversité de catégories socio-culturelles en sont aussi victimes : femmes seules, retraité·e·s, travailleurs et travailleuses pauvres, mineur·e·s non accompagné·e·s, demandeurs ou demandeuses d'asile, personnes sans-emploi, sans-papiers, ou sans-abris. Du point de vue temporel, 80 % des personnes considérées comme pauvres ne le sont plus 4 ans plus tard<sup>2</sup>. Cela montre qu'il est possible de sortir de la pauvreté, tout autant qu'il existe une pauvreté structurelle, constituée de personnes chez qui elle perdure et indubitablement marque la santé.

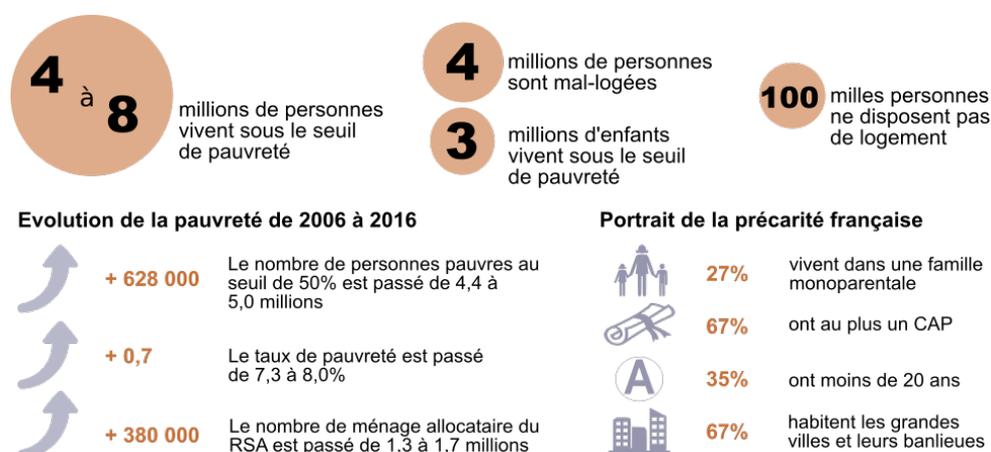


Figure 1. Tableau de bord de la pauvreté en France en 2016. D'après Maurin et al. 2018.

**Précarité et santé** – L'état de santé des personnes en situation de précarité est marqué par leurs conditions d'existence et la comparaison avec d'autres catégories socioprofessionnelles fait apparaître d'importantes inégalités. De nombreux facteurs d'origine sociale, économique ou psychologique interagissent pour déterminer de manière positive ou négative la santé de personnes. De fait, les personnes les plus démunies sont plus exposées à la maladie, avec des risques plus élevés d'invalidité ou de décès prématuré<sup>3</sup>. Par exemple, le diabète n'est pas fondamentalement associé à la précarité mais ses complications sont plus fréquentes et touchent plus durement les personnes

1 MAURIN, Louis, BRUNNER, Anne, LEANDRI, Noam, et al. *Rapport sur la pauvreté en France*. Observatoire des inégalités, 2018.

2 Ibid

3 BATIFOULIER, Philippe et PAREL, Véronique. *La prise en charge médicale des personnes précaires : une nécessité économique*. Presses de l'EHESP, 2012.

démunies<sup>1</sup>. Au final, entre les 5 % les plus aisés de la population française et les 5 % les plus pauvres, l'écart d'espérance de vie est 13 ans<sup>2</sup>.

Les statistiques épidémiologiques françaises sur la précarité sont peu fournies, en raison de la dispersion des situations individuelles dans une multitude de catégories socioprofessionnelles<sup>3</sup>. Les données collectées par les missions françaises de Médecins du Monde permettent toutefois d'avoir un aperçu des problèmes rencontrés<sup>4</sup>. En 2017, au cours des 30 000 consultations médicales réalisées par l'ONG, les pathologies les plus fréquentes étaient surtout digestives, respiratoires et ostéoarticulaires. Un patient sur deux souffrait d'une pathologie chronique. Le recours à la prévention est faible : 18 % des femmes avaient réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie et un tiers des patients était à jour des vaccinations. Aux problèmes somatiques s'associent ceux de la santé mentale. Les personnes en situation de précarité sont plus enclins à être exposées à des traumatismes dont l'origine résulte bien souvent de leur situation sociale : familles désorganisées, violences sociétales ou migration chaotique. Des troubles psychopathologiques potentiellement graves peuvent alors en découler : états dépressifs, poly-addictions, réactions anxieuses, attitudes hétéro-agressives, syndrome amotivationnel avec repli sur soi et incurie<sup>5</sup>.

Les recherches sur les inégalités de santé montrent que l'état de santé plus dégradé des personnes en situation de précarité réside également dans leur capacité à utiliser le système de soins. Ainsi, ces personnes peinent à avoir recours aux soins et lorsqu'elles y accèdent, l'utilisation des soins n'est pas optimale. Le manque d'adhésion aux soins représente des dépenses de santé importantes, liées à l'utilisation fréquente ou prolongée de services d'urgences ou de soins intensifs. Son coût est par exemple évalué à près de 100 milliards de dollars par an aux États-Unis<sup>6</sup>. Les pathologies infectieuses non-traitées sont un problème de santé publique majeur. Ainsi, la prise en compte des inégalités de santé liées à l'adhésion aux soins constitue des enjeux éthiques, sociétaux et sanitaires colossaux dans lesquels la profession infirmière est indubitablement impliquée.

- 
- 1 HAMON-MEKKI, Françoise, PAUPHILET, Christine, LÉVY, Marc, et al. Mise au point - Les maladies de la précarité. *Soins*. 2011, Vol. 56, n° 755, p. 32-34.
  - 2 BLANPAIN, Nathalie. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*. 2016, n° 1584.
  - 3 LARCHER, Pierre. Principales répercussions de la pauvreté sur la santé. *Laennec*. 2007, Vol. 55, n° 4, p. 15-26.
  - 4 MÉDECINS DU MONDE. *Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France*. 2018.
  - 5 VALOT, Laurent et PRIMA, Umberto Di. Compétences infirmières auprès d'un public en grande précarité. *Recherche en soins infirmiers*. 2008, n° 93, p. 25-27.
  - 6 PASCUCCI, Mary Ann, LEASURE, A. Renee, BELKNAP, Dorothy C., et al. Situational challenges that impact health adherence in vulnerable populations. *Journal of Cultural Diversity*. 2010, Vol. 17, n° 1, p. 4-12.

## 1.2. Précarité et soins infirmiers

**Histoire, législation et déontologie** – L’histoire de la profession infirmière est intimement liée à la précarité. Les hôpitaux créés à partir du XVII<sup>e</sup> siècle l’ont été avant tout pour accueillir les personnes pauvres et isolées<sup>1</sup>. Progressivement, au gré des avancées scientifiques et sociétales, ils ont délaissé leur mission d’assistance aux plus démunis pour devenir des établissements de santé structurés autour d’une médecine de pointe spécialisée<sup>2</sup>. L’augmentation de la précarité à partir des années 70 nécessitera de réaffirmer la fonction d’accueil des hôpitaux. Notamment, la loi de 1998 sur la lutte contre les exclusions et celle du 4 mars 2002 sur les droits des patients renforceront les droits à la protection de santé, à l’égalité d’accès aux soins et à la non-discrimination<sup>3</sup>. Le premier alinéa de la Charte du patient hospitalisé précise désormais que « *le service public hospitalier est accessible à tous, et en particulier aux personnes les plus démunies* ». La profession infirmière a suivi cette évolution. En 2016, le code de déontologie des infirmiers réaffirmait le principe de non-discrimination dans l’article R. 43-11 : « *L’infirmier doit [...] soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale, leur croyance [...] ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale* »<sup>4</sup>.

**Précarité et rôle infirmier** – La profession infirmière dispose de nombreux atouts pour agir sur les inégalités de santé. Souvent en première ligne, dans une grande proximité avec les patient·e·s, elle a un accès direct à l’ensemble des catégories sociales et est plus à même d’observer les effets de la précarité sur la santé<sup>5</sup>. De plus, elle bénéficie d’une approche globale des personnes lui permettant d’intégrer la dimension sociale des problématiques de santé et de travailler en collaboration avec les acteurs du champ social. Ainsi, il incombe à la profession infirmière de développer une prise en charge adaptée à la précarité, au plus près des populations démunies, afin de les accompagner dans une utilisation des soins en adéquation avec leurs difficultés.

1 CALBÈRA, Jean-Bernard. La profession infirmière. *Vie sociale et traitements*. 2003, Vol. no 79, n° 3, p. 55-57.

2 GEERAERT, Jérémy. Une médecine de la précarité à l’hôpital: tensions et enjeux sur de la conception du soin. Le cas des Permanences d’Accès aux Soins de Santé. Dans : PIERRE, Thomas, FERNANDES, Anne, KESSLER-BILTHAUER, Deborah, et al., *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologies*. Presse Universitaire de Nancy, coll. Santé, qualité de vie, handicap, 2014, p. 53-71.

3 BRÉCHAT, Pierre-Henri et LEBAS, Jacques. Introduction. Dans : *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l’EHESP, 2012, p. 1-8.

4 *Code de déontologie des infirmiers - Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016*.

5 GUICHARD, Anne et POTVIN, Louise. Les inégalités sociales de santé, enjeux pour les soins infirmiers. *Soins*. 2017, Vol. 62, n° 817, p. 16-18.

### **1.3. La question de départ**

*Des situations de soins insatisfaisantes* – Les difficultés d’adhésion aux soins sont multiples et diverses mais certaines d’entre elles se distinguent par leur répétition. Il en va ainsi de Monsieur D., chômeur de longue durée, dormant dans sa voiture, dépendant à l’alcool, qui semble laisser sa fracture ouverte s’infecter (**Situation clinique 1**). Il ne respecte pas les consignes médicales et ne fait pas remplacer ses pansements qui sont dans un état déplorable. La famille de Flaviù, d’origine Rom, vivant en bidonville, semble elle ne pas agir devant l’obésité morbide de leur enfant de 7 ans qui boit du soda à tous les repas (**Situation clinique 2**). Madame V, souffrant de diabète et à la rue depuis 10 ans, présente elle une plaie infectée et nécrosée à la main droite. Elle accepte que son pansement soit refait mais refuse catégoriquement l’hospitalisation qui constitue pourtant sa seule option avant l’amputation ou le choc septique. Ou encore Monsieur L, demandeur d’asile, venu consulter pour le renouvellement d’une ordonnance qui a expiré depuis 3 mois afin d’obtenir la prescription d’un anti-hypertenseur qu’il dit prendre 1 jour sur 3 et dont il adapte parfois les doses en fonction des oublis.

Ces situations témoignent de décalages importants entre les objectifs des soignant·e·s et l’utilisation des soins par les patient·e·s. Elles posent de nombreuses questions. Pourquoi ces personnes semblent-elles ne pas prendre en main leur santé ? Pourquoi ne parviennent-elles pas à s’insérer dans les soins ? Qu’est-ce qui explique leurs comportements vis-à-vis des recommandations et des prescriptions des soignant·e·s ?

*Question de départ* – Considérant les décalages existants dans les situations présentées ci-dessus et les 3 constats suivants :

- 1) l’adhésion aux soins est une composante cruciale de toute démarche infirmière visant des personnes en situation de précarité,
- 2) des apports conceptuels permettent à la profession infirmière d’appréhender les difficultés d’adhésion aux soins,
- 3) une offre de soins infirmiers spécialisée dans la précarité permet le développement d’une pratique de terrain sur laquelle les connaissances théoriques peuvent s’appuyer,

– Je pose la question de départ suivante : **Comment la profession infirmière accompagne les personnes en situation de précarité vers une meilleure adhésion aux soins ?**

**Population cible** – J’ai souhaité dans ce travail aborder la problématique de l’adhésion aux soins en considérant la précarité dans son ensemble. Pourtant j’exclus de mon champ de recherche les personnes souffrant de troubles psychotiques. Les liens entre précarité et psychiatrie sont étroits : les souffrances psychiques de la précarité sont un facteur de risque de nombreuses psychoses tandis que les symptômes psychotiques rendent difficile l’inscription de l’individu dans la sphère sociale. Ainsi, la schizophrénie est 10 fois plus présente parmi les populations vulnérables que dans la population générale<sup>1</sup>. L’altération du jugement potentiellement induite par la schizophrénie compromet bien souvent le processus d’adhésion aux soins et nécessite fréquemment le recours à des méthodes coercitives. Ainsi, lier adhésion aux soins, précarité et troubles psychiatriques nécessiterait un travail de recherche spécifique que je ne peux aborder dans ces pages.

---

<sup>1</sup> FURTOS, Jean. *Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Masson, 2008.

### **Situation clinique 1. Monsieur D.**

J'ai rencontré Monsieur D. dans un service de chirurgie orthopédique. Il souffrait d'une fracture ouverte du tibia-péroné qui avait été traitée par un fixateur externe. Il devait refaire ses pansements tous les 2 jours et ne pas prendre appui sur le membre opéré.

Monsieur D. avait 40 ans. Son parcours de vie était ponctué de périodes d'incarcération. Il n'avait pas de travail et ne disposait pas de logement à son nom. Il vivait chez son amie. Il était dépendant à l'alcool. Son visage et ses bras portaient les stigmates d'épisodes de scarifications répétées.

Il était arrivé à la consultation en retard. Son hygiène corporelle était déficiente. Ses pansements étaient sales et usés, témoignant d'appuis répétés sur le membre fracturé. Les pansements n'avaient pas été refaits depuis 1 semaine : l'infirmière libérale ne trouvait jamais Monsieur D à son domicile. Les plaies étaient légèrement inflammatoires mais les marqueurs biologiques n'étaient pas alarmants. Nous avons informé Monsieur D. des risques et conséquences d'une infection. Nous avons insisté sur l'importance de la réfection des pansements et avons expliqué pourquoi il lui était interdit de s'appuyer sur sa jambe cassée. Lui, nous avait promis de mieux faire et nous avait assuré de sa présence aux prochains rendez-vous avec l'infirmière libérale. Il s'était disputé avec son amie, mais la situation était arrangée.

J'ai revu Monsieur D. un matin de la semaine suivante. Ses pansements étaient dans un état déplorable. Il nous avoua dormir dans sa voiture et faire les pansements lui-même depuis le début. Il était en sueur. Les plaies étaient fortement inflammatoires. Les prélèvements sanguins témoignaient d'une infection et montraient une alcoolémie à 1,5 grammes. Deux heures après, Monsieur D. partait en urgence au bloc opératoire pour repartir à la case départ, avec une infection et un échec de plus.

### **Situation clinique 2. L'enfant Flaviù.**

J'ai rencontré Flaviù dans un centre médico-social pour personnes en situation de précarité. Il était accompagné par sa grand-mère. Dans un mauvais français, celle-ci nous expliquait autant qu'elle mimait que Flaviù toussait et était fatigué.

Flaviù avait alors 7 ans. Rom, de nationalité roumaine, il avait grandi en France, à la rue, de squats en bidonvilles, de parc en parc. Il avait été scolarisé quelques mois, avant qu'une nouvelle expulsion ne l'éloigne de son école. Lui aussi montrait les signes d'une hygiène corporelle déficiente. La famille n'avait pas fait renouveler l'Aide Médicale d'État qui avait expiré depuis plusieurs mois. Flaviù ne bénéficiait pas de couverture sociale.

Flaviù était difficile à gérer. Il ne tenait pas en place, et se montrait provoquant. L'ambiance était tendue. Après une auscultation délicate, le médecin conclue à une bronchite sans gravité. Mais Flaviù présentait une obésité morbide. Pour ses 36 kilos, il pesait 10 kilos de trop. Il nous expliqua boire des sodas à tous les repas. L'année précédente, un médecin avait indiqué sur le carnet de santé avoir alerté la famille sur ce problème.

Pendant que Flaviù coloriait les murs, nous avons tenté d'expliquer à la grand-mère que son petit-fils devait perdre du poids. Nous avons détaillé les risques et pathologies liés au surpoids et avons rappelé les principes d'une alimentation saine et équilibrée. Avec un regard teinté d'incompréhension et de peur, la grand-mère de Flaviù s'effondra en larmes, nous remercia dans un mauvais français et partit avec son petit-fils.

## 2. Adhésion aux soins et précarité : approche théorique

### 2.1. Le concept d'adhésion thérapeutique

*Non-observance ou adhésion thérapeutique ?* – La notion de non-observance est communément utilisée pour faire référence aux difficultés d'adhésion aux soins et traduire les écarts entre ce que les soignant·e·s conseillent et ce que les patient·e·s réalisent. Les diagnostics infirmiers définissent la non-observance comme « *le comportement de la personne [...] qui ne respecte pas le programme [...] convenu entre la personne et le professionnel de santé* »<sup>1</sup>. Les situations de non-observance peuvent concerner tout aussi bien le respect des prescriptions, l'adaptation du régime alimentaire ou la réalisation d'exercice physique. Cependant, cette notion renvoie les personnes à l'adoption de comportements avec une certaine forme d'obéissance par rapport à un ou une soignant·e détenteur ou détentrice de l'autorité. Elle revêt de plus une approche dichotomique (observance *versus* non-observance) qui traduit mal les phénomènes en jeu<sup>2</sup>. Ainsi, de nombreuses et nombreux auteur·e·s proposent d'utiliser le concept d'adhésion thérapeutique. Ce dernier est défini comme le processus par lequel les personnes parviennent à adopter de manière active, volontaire et durable des comportements permettant d'obtenir des résultats thérapeutiques<sup>3</sup>.

*Le processus d'adhésion thérapeutique* – L'adhésion thérapeutique est un processus dynamique dans lequel les comportements des personnes évoluent et fluctuent (**Figure 2**)<sup>4</sup>. Dans le cas d'une adhésion idéale, le processus comprend deux phases : une période d'acceptation, qui s'étend du jour de la prescription ou de la recommandation à celui de la première prise ou du premier comportement recommandé, que l'on désigne par le terme d'initiation, elle-même suivie d'une période de persistance qui consiste en l'observation optimale de la prescription ou de la recommandation jusqu'à la date de fin prévue. Dans le cas d'une adhésion présentant des difficultés, le processus comporte trois phases : une période d'acceptation et une période de persistance, comme précédemment, suivies d'une période de non-persistance qui débute avec l'interruption

- 
- 1 DOENGES, Marilynn, FRANCES MOORHOUSE, Mary, GEISSLER-MURR, Alice, et al. *Diagnostics Infirmiers : Interventions Et Justifications*. 4<sup>e</sup> éd. Canada : De Boeck supérieur, 2016.
  - 2 COTTIN, Y., LORGIS, L., GUDJONCIK, A., et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*. 2012, Vol. 4, n° 4, p. 291-298.
  - 3 SABATÉ, Eduardo. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva : World Health Organization, 2003.
  - 4 VRIJENS, Bernard, GEEST, Sabina De, HUGHES, Dyfrig A., et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2012, Vol. 73, n° 5, p. 691-705.

prématurée de la prescription ou de la recommandation. La phase de persistance peut comporter un temps d'observation stricte du traitement ou de la recommandation – l'implémentation – et un temps d'observation irrégulière précédant la phase de non-persistance. Des difficultés d'adhésion peuvent donc apparaître au sein d'un continuum de situations, par exemple par une initiation tardive ou une interruption précoce. Ainsi, le concept d'adhésion thérapeutique permet de comprendre que l'individu n'est ni observant ou non-observant mais se trouve à différents moments de son parcours de soin dans une phase d'adhésion particulière, non immuable et non définitive, au cours de laquelle il évolue, s'adapte, et rencontre des difficultés d'adhésion que la profession infirmière peut accompagner.

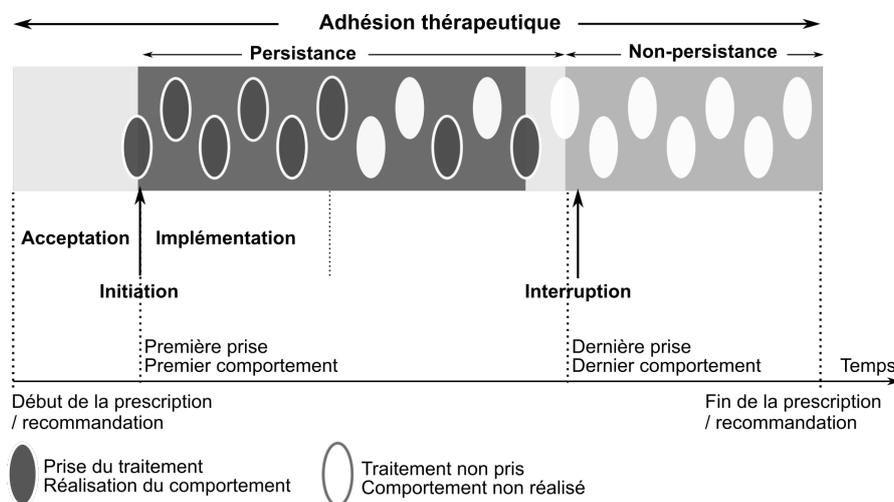


Figure 2. Cadre conceptuel de l'adhésion thérapeutique. D'après Vrijens et al. 2016<sup>1</sup>

**Les cinq dimensions de l'adhésion thérapeutique** – Cinq ensembles de facteurs permettent de comprendre les difficultés d'adhésion thérapeutique<sup>2</sup>. Il s'agit des facteurs liés 1) à la pathologie, 2) aux traitements médicamenteux ou aux recommandations, 3) au contexte socio-économique, 4) au patient et à son entourage et 5) au système de soins (**Figure 3**). La dimension liée à la pathologie réunit les facteurs comme la sévérité des symptômes et le niveau d'invalidité ou de handicap. La dimension liée aux traitements et aux recommandations relève notamment de la complexité et la durée du schéma thérapeutique, ainsi que des échecs thérapeutiques précédents ou de l'absence d'effets bénéfiques immédiats. La dimension relative au contexte socio-économique inclue le statut socio-économique, le niveau d'éducation, l'emploi ou les coûts médicaux. La

1 VRIJENS, Bernard, DIMA, Alexandra L., VAN GANSE, Eric, et al. What We Mean When We Talk About Adherence in Respiratory Medicine. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2016, Vol. 4, n° 5, p. 802-812.

2 SABATÉ, Eduardo. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization,

dimension liée au système de soins comprend des facteurs tels que la qualité des services de soins et leur accessibilité ou la qualité de la formation des professionnel·le·s. Enfin la dimension liée au patient et son entourage intègre des facteurs comme les connaissances et les croyances, la motivation, ou encore la confiance envers les soignant·e·s. Considérer l'ensemble des dimensions de l'adhésion thérapeutique permet de prendre conscience que le comportement des personnes soignées est dépendant d'une multitude de facteurs en interaction, sur lesquels les personnes peuvent potentiellement ne pas agir seules, du fait qu'elles n'en ont pas la maîtrise. Dès lors, diverses solutions peuvent être proposées pour remédier aux difficultés d'adhésion aux soins, en ciblant les actions sur le patient, l'accompagnement des soignants, le système de santé ou les conditions de vie.

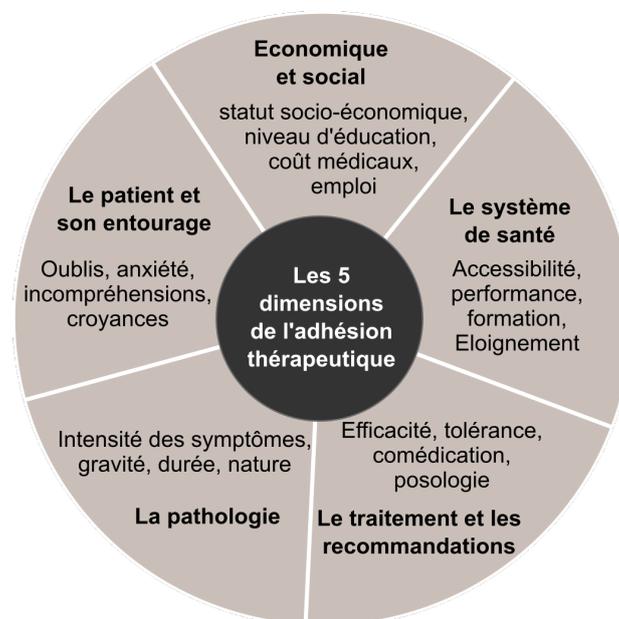


Figure 3. Les 5 dimensions de l'adhésion thérapeutique. D'après Sabaté et al. 2003<sup>1</sup>

Malgré l'utilité du concept d'adhésion thérapeutique pour comprendre les difficultés d'adhésion rencontrées par les personnes précaires, les facteurs psycho-sociaux qui y sont présentés apparaissent insuffisamment développés pour traduire la diversité des difficultés rencontrées. Par exemple, rien ne permet de comprendre précisément comment le statut socio-économique, l'emploi ou l'anxiété interagissent et influencent l'adhésion thérapeutique des personnes les plus démunies. Il apparaît donc indispensable d'appréhender le vécu et l'expérience des personnes en situation de précarité ainsi que les pratiques soignantes influençant positivement ou négativement l'adhésion thérapeutique.

<sup>1</sup> Ibid

## 2.2. La clinique psycho-sociale

*De la précarité à l'exclusion sociale* – La clinique psycho-sociale tente de percevoir l'expression de la précarité sur le psychisme. Elle est donc essentielle pour comprendre les comportements conduisant à des difficultés d'adhésion aux soins. L'expérience de la précarité est à la fois sociale et psychologique, parce qu'elle modifie les modes de vie et les rapports entre les individus et la société<sup>1</sup>. Comprendre cela nécessite avant tout de convenir que la précarité est affaire de santé mentale. Une santé mentale suffisamment bonne est « *la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte* »<sup>2</sup>. On est en bonne santé mentale lorsque l'on est capable de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, en investissant son environnement.

La précarité affecte la santé mentale parce qu'elle peut conduire à l'installation de difficultés d'être avec les autres et avec soi-même. Les insécurités que l'individu subit, en lien avec son ancrage dans une sphère sociale et économique fragilisée, effacent progressivement sa capacité à se projeter. Il est souvent stigmatisé et renvoyé à son absence de qualités et ne peut faire entendre sa voix<sup>3</sup>. Inaudible, invisible et disqualifié, il ne peut agir et vivre en humain parmi les autres humains : c'est le processus d'exclusion sociale<sup>4</sup>. Il s'ensuit une perte de confiance en soi, en autrui et en l'avenir. Apparaît alors lentement la souffrance psychique, s'exprimant par le sentiment « *de ne plus être avec dignité un parmi d'autres dans son ou ses groupes d'appartenance* » et par un sentiment de honte, qui est « *le contraire de la fierté d'appartenir à un groupe* »<sup>5</sup>. Dans ses formes plus ou moins pathologiques, cette souffrance inscrit l'individu dans un monde social différent, avec des troubles du rapport à soi, aux autres et au temps. Celui qui regarde cet autre différent aura l'impression qu'il erre sans direction précise, de manière fugitive et imprécise, à la marge.

---

1 FURTOS, Jean. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*. 2015, Vol. n° 98, n° 2, p. 55-59.

2 FURTOS, Jean. *Les cliniques de la précarité – Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Masson, 2008.

3 LECARPENTIER, Mariana. Aspects sociologiques des permanences d'accès aux soins de santé. *Soins*. 2017, Vol. 62, n° 817, p. 28-30.

4 VANDECASTEELE, Isabelle et LEFEBVRE, Alex. De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*. 2006, Vol. n° 26, n° 1, p. 137-162.

5 FURTOS, Jean. Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires. *Vulnérabilités*. 2009, n° 48, p. 5.

**Le syndrome d'auto-exclusion** – Lorsqu'elle persiste et s'exprime dans ses formes les plus extrêmes, l'exclusion sociale peut conduire à ce que Jean Furtos appelle le syndrome d'auto-exclusion<sup>1</sup>. Pour bien comprendre, il faut considérer la souffrance d'exclusion comme une douleur : elle peut devenir insupportable, notamment lorsque la honte et la difficulté de vivre avec dignité avec les autres s'associent au découragement et au désespoir. Pour se protéger, « *le sujet est obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité, [...] il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie* »<sup>2</sup>. Autrement dit, il s'isole activement de soi-même, de son corps, de son environnement et du monde.

Cliniquement, le syndrome d'auto-exclusion peut s'exprimer par 1) une inhibition des pensées et des émotions, 2) une anesthésie partielle du corps par laquelle l'individu peut ne presque plus rien ressentir, même la douleur ou le froid, 3) des troubles du comportement s'exprimant par la violence, 4) une rupture avec le noyau familial, 5) une diminution de la « *honte humanisante* », celle qui permet de vivre un idéal commun de savoir-vivre ou de savoir-être, 6) l'acquisition de comportements paradoxaux comme ne plus être capable de dormir dans un lit, et enfin 7) l'absence de soucis de soi, qui est un symptôme fréquent et souvent précoce. Il se manifeste communément par l'incurie, qui peut porter sur l'hygiène corporelle, mais aussi sur l'alimentation ou l'habitat. L'incurie revêt alors un caractère hautement pathologique. Elle exprime « *la disparition de soi comme être social* » et peut parfois conduire à « *la disparition de l'être biologique qui s'appelle la mort : ce n'est pas du suicide, c'est seulement l'abandon de soi-même, le désinvestissement de soi-même, l'instinct de mort qui a réussi* »<sup>3</sup>.

La clinique psychosociale permet de comprendre que les personnes en situation de précarité peuvent s'exclure elles-mêmes des soins et du système de santé, compliquant le travail d'adhésion des soignant·e·s. De plus, l'altération du rapport au temps tout autant que le désinvestissement de soi modifient le rapport au corps. Il peut en résulter des perceptions et des représentations complexes de la maladie et de la santé. Pour les appréhender, il est nécessaire de faire appel à l'interculturalité

---

1 FURTOS, Jean. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*. 2015, Vol. n° 98, n° 2, p. 55-59.

2 FURTOS, Jean. 2009

3 Ibid.

### **2.3. L'approche interculturelle**

L'approche interculturelle est avant tout une histoire de rencontre plus que de culture. Pour comprendre cela, il faut revenir sur ce qu'est la culture et sur les mécanismes psychologiques impliqués dans la rencontre avec l'autre.

**La diversité culturelle** – Les travaux de C. Clanet sont communément repris pour définir la culture comme un « *ensemble de systèmes de signification propre à un groupe ou sous-groupe, un ensemble de significations prépondérantes qui apparaissent comme valeurs et donnent naissance à des règles et à des normes que le groupe conserve et s'efforce de transmettre et par lesquelles il se particularise, se différencie des groupes voisins* »<sup>1</sup>. Ainsi, la culture ne peut se comprendre qu'au pluriel, par la comparaison des éléments caractéristiques d'un nombre indéfini de groupes sociaux : c'est la diversité culturelle.

**Les représentations de la maladie** – La diversité culturelle s'exprime de manière exacerbée dans les structures de santé où la relation fait partie intégrante du soin. Chacun utilise des modèles explicatifs de la santé ancrés dans son propre référentiel culturel et social pour donner du sens à ce qu'il lui arrive<sup>2</sup>. La maladie peut être perçue comme un message à écouter ou une injustice, une déviance biologique et sociale conduisant à une anormalité. Elle peut être appréhendée comme extérieure à soi : le corps et non le sujet est malade. L'explication peut être autant scientifique, que spirituelle ou religieuse. À l'inverse, la maladie peut être ressentie comme une rupture d'équilibre entre le soi, le social et le cosmos : ce n'est pas la maladie d'un organe mais celle du sujet. Ainsi, il existe de multiples rapports à la santé et au corps, et autant de façons d'exprimer la douleur et la souffrance. En parallèle, les soignant·e·s exercent leurs compétences selon leurs croyances. Elles ou ils attendent des patient·e·s des comportements conformes à leur propre référentiel culturel. De fait, la personne soignée peut avoir le sentiment de perdre son identité en acceptant d'intégrer en lui les croyances projetées par les soignant·e·s. La relation soignant-soigné peut donc être source d'incompréhensions, de malentendus, voire de conflits susceptibles d'impacter le processus d'adhésion aux soins.

---

1 CLANET, Claude. *L'interculturel - Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*. Broché. Presses Universitaires Mirail, 1993.

2 CHARMOILLE, Catherine. La rencontre interculturelle en environnement professionnel multiculturel. *Soins Cadres*. 2018, Vol. 27, n° 106S, p. 17-19.

**La compétence culturelle** – La prise en compte de la dimension culturelle des soins s’est imposée en réponse aux incompréhensions engendrées par une société multiculturelle. Il s’agit alors pour les soignant·e·s de reconnaître l’impact de la culture dans leur pratique professionnelle<sup>1</sup>. Cette reconnaissance est fondée sur le respect des différences, l’ouverture d’esprit, ou la maîtrise de la communication avec un interprète. De plus, la connaissance ethnographique permet de comprendre l’autre et d’adapter les soins au plus près des spécificités des individus. Toutefois, cette approche présente l’inconvénient majeur de renvoyer l’individu à son groupe d’appartenance, avec le risque de projeter sur lui une perception erronée de sa culture, chargée de stéréotypes ou de préjugés<sup>2</sup>. En outre, il est impossible de connaître toutes les cultures et ce d’autant plus que ces dernières évoluent, par exemple au cours de l’intégration d’un groupe dans un nouvel environnement social<sup>3</sup>. La relation soignant-soigné ne peut donc se résumer à la simple confrontation de deux individus d’appartenances ethniques ou de nationalités différentes.

**L’approche interculturelle** – Trois étapes sont communément distinguées pour expliquer les processus à l’œuvre dans une approche interculturelle<sup>4</sup>. Selon A. Lemaitre, il s’agit de 1) la négociation, qui incite à parvenir à une compréhension mutuelle, 2) la pénétration, qui vise à se mettre dans la peau de l’autre, et enfin 3) la décentralisation, qui encourage à la réflexion et à l’introspection. L’étape de négociation s’apparente à la relation d’aide. Elle invite à construire un lien étroit et sincère en faisant preuve d’empathie, de partage et d’humilité. L’étape de pénétration exige quant à elle une certaine flexibilité cognitive pour se mettre à la place de l’autre et percevoir son référentiel socio-culturel. Les étapes de négociation et de pénétration permettent d’appréhender deux mécanismes essentiels à l’œuvre dans la rencontre des cultures. Il s’agit d’une part de l’acculturation, qui traduit les phénomènes conduisant à des changements dans la culture de chaque groupe et d’autre part de la déculturation, qui décrit l’effacement d’une culture au profit d’une autre. La dernière étape, celle de décentralisation, est de loin la plus complexe à réaliser, elle nécessite de faire appel au concept d’altérité.

- 
- 1 BENNEGADI, Rachid, BOURDIN, Marie-Jo et PARIS, Christophe. Les apports de l’anthropologie médicale clinique dans la relation soignant-soigné en situation interculturelle. *Revue du Soignant en santé publique*. 2009, Vol. 5, n° 34, p. 14-16.
  - 2 PRUD’HOMME, Dorothée. Du «soin global» au traitement discriminatoire. *Terrains travaux*. 2016, Vol. N° 29, n° 2, p. 85-104.
  - 3 BOURDIN, Marie-Jo, BENNEGADI, Rachid et PARIS, Christophe. Stratégie soignante - La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. 2010, Vol. 55, n° 747, p. 24-25.
  - 4 LEMAITRE, Annelise. Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent. *Jusqu’à la mort accompagner la vie*. 2015, Vol. N° 123, n° 4, p. 95-102.

**Rencontre et altérité** – Pour comprendre l'étape de décentralisation, il faut admettre que toute rencontre est une interaction entre deux identités. L'identité d'un individu est ce qui constitue le soi<sup>1</sup>. Elle s'oppose à l'altérité, ce qui est autre. L'altérité porte en elle le paradoxe fondamental de l'alter ego, c'est-à-dire l'autre en tant que soi-même et l'autre que soi<sup>2</sup>. Dans la langue française, le mot *autre* revêt cette double signification. Lorsqu'on dit « je voudrais un autre café », on souhaite la même boisson tout autant qu'une nouvelle, une différente. Les mots même et autre désignent à la fois l'identique et le différent<sup>3</sup>. Ces deux notions sont au cœur de notre construction psychique. Elles renvoient à deux instances internes, inconscientes, l'Autre et le Même. Ainsi, l'altérité n'est pas simplement l'autre en tant qu'entité extérieure au sujet. Elle désigne aussi le caractère de ce qui est Autre au sein de soi. Similairement, l'identité renvoie au caractère de ce qui est Même. L'identité et l'altérité se répondent sans cesse et c'est cela qui est en jeu dans la rencontre. L'autre, par un jeu de miroir, révèle le différent, l'inconnu et impose au psychisme de réactualiser son identité en se demandant « mais qui suis-je face à l'autre ? ». Ce processus psychique est nommé identification et contre-identification.

Ce que l'individu apprend sur lui-même lors de la rencontre peut lui paraître fascinant, déroutant et générer un malaise<sup>4</sup>. C'est « *l'inquiétante étrangeté* » définie par Freud<sup>5</sup>. La rencontre fait émerger des pensées dont on ne sait d'où elles viennent. Le Même et l'Autre tentent de les nier et de les refouler. Cohen-Emerique définit deux types de refoulement<sup>6</sup>. Le premier est ce qui est abominable, impensable dans une culture mais valorisé dans l'autre, par exemple le fait de cracher. Le deuxième se situe dans la confrontation avec des archaïsmes, des modèles culturels anciens qui nous tourmentent parce qu'ils semblent menacer les nouveaux modèles. À cet égard, les variations culturelles de la place des femmes ou des genres dans les sociétés sont un exemple d'actualité. Ce que nous refoulons n'est jamais loin et peut se manifester sous formes d'affects comme la honte ou la colère. Notre incapacité à gérer ces ressentis nous fait

---

1 BONNEVILLE, Aurélie, KISS, Adam, SUDRES, Jean-Luc, et al. Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Éléments pour une rencontre de l'autre. *Psychotherapies*. 2010, Vol. Vol. 30, n° 1, p. 3-9.

2 Ibid

3 COLIN, Patrick. Identité et altérité. *Cahiers de Gestalt-therapie*. 2001, Vol. n° 9, n° 1, p. 52-62.

4 BONNEVILLE, Aurélie, KISS, Adam, SUDRES, Jean-Luc, et al. Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Éléments pour une rencontre de l'autre. *Psychotherapies*. 2010, Vol. Vol. 30, n° 1, p. 3-9.

5 FREUD, Sigmund. « L'inquiétante étrangeté » (Das Unheimliche) – Texte publié originalement en 1919. Dans : BONAPARTE, Marie et MARTY, E, *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris : Gallimard, 1971, p. 254.

6 COHEN-ÉMÉRIQUE, Margalit. L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*. 1993, Vol. 18, n° 1, p. 71-91.

courir le risque du repli sur soi, de l'indifférence, d'une « *empathie amoindrie* »<sup>1</sup> voire de la projection sur l'autre de nos sentiments<sup>2</sup>.

On comprend maintenant pourquoi l'approche interculturelle est avant tout une histoire de rencontre. Malgré des connaissances ethnographiques étendues, notre approche ne peut se défaire d'une nécessaire introspection, parce que « *la rencontre ne s'exprime pas par rapport à ce que l'on sait mais pas rapport à ce que l'on est* »<sup>3</sup>. De plus on ne rencontre pas une culture mais des individus auxquels se confronte notre altérité, l'autre étant avant tout d'un autre sexe, puis d'une autre catégorie sociale et d'une autre culture. C'est toute la difficulté de l'approche interculturelle : réussir à se réactualiser, comprendre ses ressentis, ne pas les projeter et ne pas renvoyer la personne à un groupe social supposé sans pour autant la considérer comme une entité indépendante de toute référence socio-culturelle<sup>4</sup>. Ne pas y parvenir c'est prendre le risque d'une pratique discriminatoire qui ne peut garantir l'adhésion optimale aux soins proposés et ne permet pas d'adapter sa pratique au plus proche des personnes.

---

1 PRUD'HOMME, Dorothée. Du « soin global » au traitement discriminatoire. *Terrains travaux*. 2016, Vol. 29, n° 2, p. 85-104.

2 BONNEVILLE, et al. 2010.

3 Ibid

4 COHEN-ÉMÉRIQUE, Margalit. 1993.

### **3. Adhésion aux soins et précarité : approche pratique**

#### **3.1. Méthodologie**

*L'entretien semi-directif* – Afin d'appréhender les pratiques infirmières relatives à l'adhésion aux soins des personnes démunies, j'ai effectué une étude qualitative au travers d'entretiens semi-directifs. Cinq entretiens ont été réalisés entre avril et mai 2019 auprès d'infirmier·e·s. L'entretien semi-directif est une méthode d'enquête permettant de questionner un participant autour de thèmes définis. Il permet à la personne interrogée de s'exprimer librement et de produire un discours précis. Les relances autorisent à accompagner la réflexion de la personne tout en recentrant le discours. L'extraction de verbatims et de citations fournit des informations analysables et comparables au regard des différents discours et des éléments conceptuels dégagés au préalable.

*Structures enquêtées* – Les enquêtes se sont déroulées 1) auprès d'une équipe mobile d'aide (EMA) du Samu Social, 2) dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), 3) dans une structure de Lits Soins Halte Santé (LSHS) et 4) dans un cabinet libéral infirmier. L'EMA est une équipe constituée d'accueillant·e·s, d'éducateurs et d'éducatrices spécialisé·e·s et d'infirmier·e·s diplômé·e·s d'État (IDE). Sa mission consiste à aller à la rencontre des personnes en errance. Les PASS visent à faciliter l'accès aux soins et à accompagner les personnes démunies dans la reconnaissance de leurs droits. L'équipe de la PASS interrogée est composée de médecins, d'assistant·e·s de service social, de psychologues et d'IDE. Ces dernières travaillent avec le Samu Social pendant le « Plan Froid ». Les LSHS sont des structures médico-sociales destinées aux personnes sans domicile. Elles offrent un hébergement temporaire, des soins médicaux et para-médicaux et un accompagnement social. Un cabinet libéral infirmier intervient au domicile des personnes. Ses professionnel·le·s sont donc susceptibles d'être en contact avec une précarité moins visible, qui ne s'exprime pas nécessairement dans l'espace public.

*L'outil d'enquête* – J'ai conçu mon guide d'entretien autours de trois thèmes visant à permettre aux participant·e·s de s'approprier progressivement la thématique du mémoire et de la mettre en lien avec leur pratique (**Figure 4**). Volontairement, je n'ai pas abordé directement les concepts dégagés dans mon mémoire, afin de ne pas cloisonner les discours dans un cadre théorique. Le premier thème est centré sur la précarité. Il cherche à appréhender la précarité rencontrée et la manière dont elle est perçue. Le deuxième

thème vise à permettre à l'infirmier·e de s'approprier la notion d'adhésion aux soins et à la mettre en évidence. Il les invite à raconter une situation marquante qu'elles ou ils pourront ensuite mobiliser pour dégager les facteurs expliquant les difficultés d'adhésion rencontrées. Le troisième thème interroge plus précisément les participant·e·s sur leur pratique. Il les incite à mettre en évidence les outils, les savoirs-faire ou les savoirs-être utilisés pour accompagner les personnes vers une meilleure adhésion aux soins. Il invite également à dégager les freins et les difficultés rencontrées dans la démarche d'accompagnement. Enfin, deux questions cherchaient à mieux définir la pratique des participant·e·s en les incitant à évoquer la manière dont elles ou ils gèrent les émotions éveillées par le vécu des personnes en situation de précarité.

## GUIDE D'ENTRETIEN

Mon mémoire de recherche porte sur le thème de l'adhésion aux soins des patients en situation de précarité. Mon constat est que les populations en situation de précarité peinent à utiliser les soins et à y adhérer. Je me demande donc comment les IDE contribuent à l'adhésion aux soins de ces personnes.

L'objectif de mes questions est d'avoir un aperçu des pratiques infirmières, non pour les critiquer mais pour m'en inspirer. Pour cela, j'aimerais que nous nous placions dans la situation où vos compétences ne seraient pas influencées par le cadre institutionnel. Un meilleur des mondes infirmiers en quelque sorte, où vous seriez en capacité d'exercer pleinement vos compétences.

L'entretien est anonyme. Il dure 30 minutes. Si vous êtes d'accord je vais enregistrer pour bien retranscrire ce que vous avez à dire. Je supprimerai l'enregistrement par la suite. Si vous le souhaitez, un exemplaire du mémoire pourra vous être transmis.

**Nom de service :**

**Date de l'entretien :**

**Genre**  femme /  homme /  Autre

**Pour avoir une idée de votre expérience, j'aurais besoin de savoir depuis combien de temps**

- Vous exercez la profession infirmière ?
- Vous travaillez auprès de la précarité
- Vous exercez dans ce service ?

### **A) Le vécu, l'expérience, et les besoins des personnes en situation de précarité**

**A.1. Comment définissez-vous la précarité telle que vous la rencontrez dans votre service ?**

**A.2. Qu'avez-vous appris sur la précarité en exerçant ici que vous ne saviez pas avant ? Cela peut être quelque chose qui vous a surpris·e, ou que vous aimeriez dire à un nouveau collègue.**

### **B) L'adhésion aux soins**

L'adhésion aux soins est le processus par lequel le patient s'approprie sa maladie et réalise de manière acceptée les prescriptions et recommandations. Elle peut faire référence au fait d'acheter les médicaments, d'arrêter de les prendre, de ne

pas venir au rendez-vous ou de ne pas respecter des recommandations concernant l'hygiène de vie.

**B.1. Le manque d'adhésion aux soins est-il une problématique que vous rencontrez fréquemment auprès des personnes en situation de précarité ?**

**B.2. Avez-vous un exemple qui vous a marqué à me raconter ?**

**B.3. Comment expliquez-vous ce manque d'adhésion aux soins dans le cas des personnes en situation de précarité ?**

### **C) Adhésion aux soins et pratiques infirmières**

**C.1. Quels sont les outils et les pratiques dont vous disposez pour accompagner les patient·es en situation de précarité vers une meilleure adhésion aux soins ?**

Relances : la relation, la confiance, l'interculturalité, la transversalité

**C.2. Quels savoirs-faire et savoirs-être vous paraissent essentiels ?**

Relances : l'écoute active, l'aller-vers, la définition d'objectifs adaptés

**C.3. Quels sont les freins ou les difficultés que vous rencontrez dans votre démarche d'accompagnement ?**

### **D) Le travail dans l'adversité**

La précarité et la manière dont elle s'exprime peut parfois être difficile à recevoir par les soignants. Je pense à l'agressivité ou au désarroi dans lequel vous devez trouver certains patients. Vous devez rencontrer des situations à la limite du supportable...

**D.1. Comment faites-vous pour ne pas vous « blinder », pour ne pas ramener ces situations à la maison ?**

Relances : transfert–contre-transfert, l'analyse de pratiques, les échanges informels

**D.2. Le manque d'adhésion peut donner un sentiment de frustration, dans la mesure où le résultat du travail n'est à la hauteur de l'énergie fournie. Que ressentez-vous lorsqu'un patient n'adhère pas ou peu aux soins proposés ?**

### **E) La parole est à vous**

**E.1. Y aurait-il des éléments qui vous paraissent essentiels et que mes questions ne vous ont pas permis d'aborder ? Si oui pouvez-vous préciser ?**

Figure 4. Présentation du guide d'entretien semi-directif

## 3.2. Résultats

### 3.2.1. Analyse descriptive

**Description quantitative** – Les entretiens ont été réalisés auprès de 5 infirmières de 4 structures différentes, ayant 1 à 41 ans d'expérience et travaillant plus spécifiquement auprès des personnes en situation de précarité depuis 2 mois à 12 ans (**Tableau 1**). Une retranscription complète des entretiens est jointe en Annexe 1.

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5
Genre	♀	♀	♀	♀	♀
Structure	EMA – Samu Social	PASS	PASS	LSHS	Cabinet libéral
Expérience	1 an	12 ans	9 ans	19 ans	41 ans
Expérience en précarité	5 mois	12 ans	5 mois	2 mois	12 ans

Tableau 1. Présentation des participantes à l'enquête de terrain

**Description qualitative** – Je dégage dans cette partie les éléments caractéristiques du discours de chaque infirmière en rapport avec les 3 thèmes de l'enquête. Les encadrés ci-dessous présentent les résultats de ce travail.

<b>Thème 1. Approche de la précarité</b>
<p><b>La précarité rencontrée</b></p> <p>IDE 1. Elle exerce auprès de « <i>gens avérés à la rue</i> », « <i>en marge de tout</i> ». Ce sont « <i>les exclus</i> », ceux « <i>qui n'ont rien du tout</i> ».</p> <p>IDE 2. Elle définit deux visages de la précarité qui « <i>n'ont pas même attentes</i> » : d'une part « <i>le SDF</i> », caractérisé par « <i>l'errance</i> » et d'autre part « <i>la population migrante</i> ». Les migrants « <i>ont fait des choix, ils viennent à la Pass pour des soins et avoir des droits</i> ».</p> <p>IDE 3. Selon elle, une personne précaire peut être « <i>une personne [...] en demande d'asile, [...] sans papiers, [...] qui n'a pas d'hébergement... pour qui la situation sociale, administrative fait qu'elle a du mal [...] à accéder à la santé</i> ».</p> <p>IDE 4. Elle définit la précarité selon les manques. D'abord « <i>c'est l'abri</i> », puis « <i>la précarité financière</i> », et le « <i>manque de relationnel</i> ». Elle rencontre trois catégories de personnes précaires : « <i>le sans-abri de rue</i> », « <i>la grosse partie migrants</i> », et les « <i>migrants de l'Europe de l'Est qui viennent profiter du système de santé et qui [...] ne sont pas dans la précarité dans leur pays</i> ».</p> <p>IDE 5. Elle est confrontée à la précarité au travers de « <i>personnes isolées socialement... en marge</i> » et qui présentent des « <i>difficultés de socialisation</i> » en lien avec leur « <i>souffrance psychique</i> ».</p>

### **Un élément marquant de l'expérience**

IDE 1. Elle a été marquée en découvrant « *leur ressentis* », « *ce [qu'ils] vivent au quotidien* » et leurs difficultés, notamment pour répondre aux besoins primaires, comme l'eau, les toilettes.

IDE 2. Elle a été marquée par la « *notion de temporalité qui est complètement différente* » chez de nombreuses personnes dans la précarité, et « *surtout avec les SDF* ».

IDE 3. Elle retient que « *même s'il y a des différences culturelles, entre guillemets* », il ne faut pas « *rester figé dans des stéréotypes [...] qu'on a envie de projeter sur l'autre* ».

IDE4. Elle a été marquée par sa rencontre avec des patients qui n'ont « *pas de moyens, [mais] font des cadeaux* », autant que par « *une violence pas possible* », qui ressort parfois et « *qu'on se prend dans la tête* ».

IDE 5. Elle a été marquée par la nécessité d'avoir une approche différente et spécifique. Elle a dû adapter sa pratique parce qu'il « *faut comprendre comment la personne vit, quelle perception du soin elle a, comment elle voit sa vie, quelles sont ses croyances. Ce n'est pas à nous d'imposer notre schéma de vie* », parce que la personne peut avoir « *une façon d'être différente de la nôtre* »

## **Thème 2. L'adhésion au soin**

### **La fréquence des difficultés d'adhésion**

IDE 1. Pour elle, toutes les personnes rencontrées sont très éloignées du soin et présentent donc de très grandes difficultés d'adhésion au soin. IDE 2. Pour elle « *oui il y a un gros problème d'adhésion aux soins* ». IDE 3. Elle admet que c'est fréquent. IDE 4. Pour elle, « *c'est quo-ti-dien* ». IDE 5. Pour elle, c'est « *très fréquent* ». Elle fait remarquer que c'est souvent parce que « *les personnes n'adhèrent pas aux soins que l'on intervient* ».

### **Un exemple marquant**

IDE 1. Elle raconte la situation d'une personne amputée de la jambe droite et présentant une colostomie, impossible à ramener vers le soin parce que trop angoissée à l'idée d'une nouvelle hospitalisation. Lorsque l'équipe arrive à déclencher quelque chose, ce n'est jamais le bon moment, alors que la personne est seulement dans l'instant présent, dans l'immédiateté.

IDE 2. Elle évoque une personne en errance orientée vers les urgences, qui a arraché sa perfusion. Elle n'avait pas compris pourquoi on lui faisait ça, et elle avait perçu le soin comme invasif. L'IDE note que personne aux Urgences ne l'avait ni écouté, ni expliqué le soin parce qu'elle ne parlait pas français. La personne est revenue à la PASS parce qu'elle voulait être soignée.

IDE 3. Elle relate la situation d'une personne qui venait parfois en consultation pour des douleurs abdominales mais refusait tout examen. A force de persuasion, l'équipe a réussi à la faire changer d'avis. L'échographie a révélé un sarcome au niveau du pli de l'aîne. La personne a été hospitalisée 2 jours puis a disparu, pour revenir deux mois plus tard, épuisée. En présence d'un interprète, elle comprend que son état est grave. Elle est alors hospitalisée, mais disparaît à nouveau au bout de 2 semaines. L'IDE ne l'a jamais revu.

IDE 4. Elle raconte la situation d'une personne atteinte d'un cancer ORL qui décide, une fois arrivée à la 2<sup>e</sup> phase de traitement, de tout arrêter en raison de la complexité du plan de soins proposé, qui contient 40 séances de chimiothérapie en 2 mois.

IDE 5. Elle raconte la situation d'une personne exclue, très angoissée et qui présentait un diabète avec de nombreuses complications. Elle s'alimentait peu et mal, restait enfermée. Le lien étroit établi avec les IDE du cabinet a permis à la personne de reprendre confiance en elle, d'avoir des activités et de reprendre un suivi médical plus approfondi.

### **Les raisons du manque d'adhésion aux soins**

IDE 1. Elle note l'importance de « *la maladie psy, la dépendance à plein de choses* », des « *difficultés de répondre aux besoins primaires* », et de « *la difficulté à se projeter* », qui fait que la santé « *ça n'est pas leur priorité* ».

IDE 2. Elle évoque la position du soignant « *on a tendance à être tout puissant* », « *la barrière de langue* » qui empêche les gens de comprendre le traitement, la complexité des démarches et du système de soins, et enfin les conditions de vie, parce que c'est « *compliqué d'expliquer à un diabétique qui vit à la rue qu'il faut une alimentation saine et équilibrée* ». De plus, elle relie les difficultés d'adhésion des SDF à la « *perte de la temporalité* », aux difficultés à se projeter, impliquant une grande difficulté « *pour s'inscrire quelque part* » ainsi qu'à un manque de compréhension du système de soins et des explications données notamment par rapport à la pathologie ou aux traitements associés. Pour elle, la barrière de la langue est un handicap majeur, et il est primordial de faire appel à un traducteur (ce qui est rarement fait en service hospitalier selon elle). De plus, ces personnes sont susceptibles d'être exclues des services de santé, en raison de l'alcool, ou parce qu'elles ont chien.

IDE 3. Elle aborde en premier lieu les conditions de vie qui empêchent « *d'accéder à un point d'eau* », requièrent des changements de lieux de vie et engendrent des ruptures dans les soins et le lien. Elle évoque ensuite le système de santé, « *des délais d'attente longs* », la complexité des démarches, l'éloignement des structures de santé du lieu de vie. Elle note ensuite le fait que ces personnes soient parfois mal reçues dans les établissements de santé où « *on va plaquer comme ça sur eux un stéréotype* », ou victimes de rejet, en raison de l'odeur par exemple ou de la présence d'un chien. Elle note également la difficulté à prendre soin de soi quand on est dans l'errance, à attendre dans une salle d'attente et relève l'importance des addictions. Elle explique que les personnes précaires « *ont aussi un rythme différent* ».

IDE 4. Elle renvoie tout d'abord aux « *vécus très compliqués* ». Elle évoque également les contraintes du cadre et du plan de soin.

IDE 5. Les difficultés d'adhésion des personnes précaires résident en partie selon elle dans le manque de relationnel et de respect qu'elles rencontrent « *parce que s'ils n'arrivent pas à établir un bon lien avec les soignants* », « *s'ils ne rencontrent [...] une bonne relation, [...] ils pensent que ça ne sert à rien* ». Il s'agit « *du regard, du jugement des [autres]* », « *ils le prennent comme une imposition* », « *un sentiment de toute puissance de la médecine* ». Cela implique qu'elles « *n'osent pas facilement aller vers les soins* » alors qu'elles sont « *en attente de propositions* ». Elle associe ces difficultés à « *un manque de moyens financiers, de moyens d'éducation, [et] d'accès à la connaissance* », et aussi à un manque de compréhension « *ils n'en voient pas le bénéfice* ». Enfin, elle relève les facteurs liés aux traitements : « *beaucoup de traitements [...] ont des effets secondaires* » qu'en plus ils « *ne comprennent pas* »

### **Thème 3. Adhésion aux soins et pratiques infirmières**

#### **Les outils, les pratiques, les savoirs-faire et les savoirs-être**

IDE 1. Pour elle, la notion de temps est essentielle : « *L'adhésion tu la travailles sur le long terme en fait* ». Il faut savoir reporter « *il y a plein de moments où tu ne peux pas aborder le soin* ». De plus « *la temporalité est très différente* » avec les personnes précaires. Il faut « *satisfaire les besoins à l'heure actuelle* ». L'interdisciplinarité est aussi relevée. Elle insiste également sur le fait de construire avec la personne. Le soignant doit créer le lien, il accompagne. Elle évoque ensuite « *l'éducation* » et la nécessité de s'adapter car « *si tu pars de tes objectifs à toi, [...] ça ne marchera pas* ». Elle aborde également les « *capacités relationnelles* », et « *une position d'ouverture* ». Elle termine sur l'importance de favoriser l'autonomie, car « *il faut pas trop les porter non plus* » et sur la nécessité de travailler en fonction de la volonté de la personne.

IDE 2. Elle relève tout d'abord la primauté de la rencontre, de l'écoute, de l'échange et du lien, car « *le lien permet d'aller ensemble* ». Il faut « *construire avec la personne* » et pour cela « *il faut écouter et comprendre pourquoi ça ne peut pas fonctionner au niveau de l'adhésion* ». Il est donc important « *de pas caler nos notions, nos connaissances sur chaque personne* ». Pour cela, il faut de la confiance, de l'humilité, être disponible et « *prendre en compte la culture de l'autre* ». Tout cela est primordial, parce que certaines personnes « *n'osent pas dire* ». « *On peut alors se rendre compte que la situation n'est pas comme la personne l'avait décrite au départ* ». Il est nécessaire de parvenir à « *un changement de position* » par lequel « *on se met à égalité* », sans juger l'autre. Elle explique également qu'elle adapte sa pratique aux conditions de vie de la personne. Il « *ne faut pas mettre la barre trop haute* ». Elle note également l'importance du recours à un interprète et du « *temps de supervision* ».

IDE 3. Pour elle, il s'agit de travailler la rencontre, « *l'aller-vers* », de « *créer le lien* », et cela « *petit à petit* », car « *il nous faut des mois et des mois avant de pouvoir faire venir la personne en consultation* ». La finalité est de déterminer « *leurs véritables besoins* » ceux qui sont cachés, notamment dans le relationnel : « *il vient poser quelque-chose* ». Pour accompagner l'autre, il faut adapter les objectifs et les soins. La communication est aussi importante, pour « *que la personne comprenne pourquoi elle prend le traitement* » et « *le bénéfique et le risque* ». Elle relève également l'importance du cadre « *ici on arrive à être plus souple. Il ne faut pas leur donner l'impression d'être enfermé* ».

IDE 4. Elle relève tout d'abord l'importance de la temporalité : « *on temporise* », en essayant d'avoir plus de « *flexibilité* ». Elle insiste ensuite sur le relationnel, puis sur le cadre « *il faut vraiment imposer la prise de traitement devant nous* ». Elle note également qu'il faut adapter le plan de soin au patient, pour « *se mettre un petit peu à [son] niveau* », « *parce qu'on est pas tout puissant* ». Il est donc nécessaire « *d'apprendre à être humble par rapport à sa décision* ». Enfin, elle explique qu'il est essentiel de travailler en équipe multidisciplinaire.

IDE 5. Elle met en avant l'importance du *prendre soin* et de la relation d'aide. Selon elle, il faut « *cerner les personnes, leur vie, leurs besoins et leurs attentes* ». Cela se fait petit à petit. En « *rencontrant les personnes, on s'aperçoit que le vrai problème n'est pas l'aide à la toilette* ». Ainsi, « *il s'agit souvent de redonner confiance aux personnes* », en elles-mêmes mais aussi « *d'être plus confiantes envers le médical* », et « *dans la relation* ». Cela nécessite « *beaucoup de discussions [...], d'accompagnement* », de soutien, et de comprendre leurs choix. Il s'agit alors d'avoir de l'empathie, de l'ouverture d'esprit, de la tendresse, et de l'humour. Elle note aussi qu'il faut travailler sur soi-même, « *pour savoir comment soi-même on est* ». Il faut aussi savoir adapter les objectifs « *avoir des attentes qui soient pas démesurées* ». Elle note également l'importance de « *faire appel à d'autres professionnels* ». Enfin, elle se réfère à l'importance du cadre qu'il faut « *revoir avec les personnes pour mettre des limites* », sans devenir soi-même maltraitant.

### **Les difficultés rencontrées dans la démarche d'accompagnement**

IDE 1. Elle note le manque de soutien de certains partenaires. Pour elle, le manque d'accueil dans les établissements de santé freinent sa démarche : « *l'accueil des personnes SDF aux urgences c'est [...] compliqué parce que souvent, ils sont souûls, donc ça entraîne [...] du rejet* ». Elle remarque « *qu'il y a beaucoup d'a priori* » de la part de certains soignants.

IDE 2. Pour elle, « *la barrière de la langue* » est une difficulté importante. Mais elle insiste aussi sur « *la non-compréhension des autres [soignants], [...] la peur de l'inconnu, et de l'autre* ». Elle remarque que la « *personne est souvent confrontée à la réaction des autres professionnels qui ne comprennent pas la personne, de part la langue déjà* ». Elle note finalement que les échecs doivent être considéré comme des « *tremplins* » qui impliquent que « *ça sera plus facile la prochaine fois* ». Seule la mort dans la solitude et l'isolement constitue pour elle un échec.

IDE 3. Elle note l'importance de la « *la barrière de la langue* », et des difficultés pour les gens qui ne savent pas « *lire et écrire* ». C'est alors difficile de se faire comprendre.

IDE 4. Elle note l'importance de la barrière de langue. Pour elle « *c'est lié à l'observance du traitement* ». De plus, des gens qui « *n'ont pas compris se retrouvent dans [le mauvais] hôpital* ». Elle raconte l'histoire d'un monsieur traité pour un cancer du côlon qui ne savait pas ce qu'il avait parce que personne n'avait fait appel à un interprète et que la famille lui avait caché sa maladie. Elle remarque également une barrière liée à l'exclusion « *c'est quelques fois très difficile de nouer des relations avec certains, parce qu'ils ont tellement mis une barrière par rapport au monde extérieur* ».

IDE 5. Elle remarque que la difficulté essentielle réside dans le fait que l'adhésion aux soins est « *quelque chose qui n'est pas tout le temps acquis* ». Les personnes peuvent progresser ou régresser vis-à-vis de leur adhésion. Il faut alors accepter de « *se dire qu'on s'est trompé* ». De plus, il est primordial de travailler en équipe, mais cela n'est pas toujours facile, du fait d'un manque de coordination entre les professionnels. La coordination n'est pas toujours fluide et élaborée, impliquant qu'il est difficile pour les soignants d'aller dans la même direction.

### 3.2.2. Analyse comparative

**La perception de la précarité** – Les 5 infirmières présentent des perceptions assez identiques de la précarité. Je relève des discours trois points principaux :

1) La précarité renvoie au manque de lien social, aux difficultés de socialisation et d'utilisation des soins. Les personnes en situation de précarité sont alors ces personnes « *en marge de tout* », « *isolées socialement* » et « *en souffrance psychique* ».

2) Deux grands visages de la précarité peuvent être définis, avec des difficultés d'adhésion différentes. Il s'agit des personnes sans domicile fixe et de la population migrante. Ces deux catégories présentent des attentes différentes et n'impliquent donc pas la même prise en charge. La personne en grande errance semble s'insérer plus difficilement dans les soins, en raison « *de la temporalité qui est complètement différente* » et qui implique que « *pour s'inscrire quelque part, c'est hyper compliqué* ». La population migrante présente des demandes de soins spécifiques, et consulte plus spontanément.

3) La précarité implique des conditions de vie éprouvantes, des difficultés pour répondre aux besoins primaires et l'expression d'un continuum de comportements dont les extrêmes s'expriment par une grande générosité et une grande violence.

**L'adhésion aux soins** – Toutes les infirmières s'accordent sur le fait que les problématiques liées à l'adhésion aux soins sont fréquentes voire quotidiennes. Elles mettent en évidence des facteurs explicatifs pouvant être regroupés en trois groupes.

1) Les facteurs liés aux conditions d'existence. Il s'agit des addictions, des difficultés de socialisation, des obstacles rencontrés pour répondre aux besoins primaires mettant la santé au second plan, des difficultés à se projeter dans l'avenir rendant fragile l'inscription de l'individu dans des démarches, de la complexité à prendre soin de soi quand on vit à la rue, des difficultés à s'inscrire dans un environnement social rendant certaines personnes incapables de rester dans une salle d'attente et de respecter un cadre trop strict, des changements fréquents de lieu de vie, en lien avec des expulsions et impliquant des ruptures de suivi médical, et enfin du manque de connaissance affectant la compréhension des démarches administratives, des pathologies, des traitements et de leurs effets secondaires.

2) La relation soignant-soigné. Les infirmières évoquent certain·e·s soignant·e·s qui « *tendent à être tout puissant* » ou à projeter sur les personnes des stéréotypes ou des préjugés. Pour l'IDE 2, ces réactions s'expliquent par la peur de l'autre, de l'inconnu et par les incompréhensions générées par ces deux sentiments. Les personnes démunies peuvent alors avoir le sentiment d'être jugées et rejetées. En réponse, elles s'éloignent du soin. Il faut ainsi partir « *de la volonté de la personne* ». Si « *tu pars de tes objectifs à toi [...] ça ne marchera pas* ». De plus, l'alliance thérapeutique est indispensable pour toutes les IDE. Le manque de liens, d'échanges, et de relationnel est souvent la raison des difficultés d'adhésion aux soins. Les personnes ont alors l'impression de n'être pas considérées, vivent les conseils et les prescriptions comme des injections, et abandonnent, parce qu'elles n'en voient pas le sens. Ainsi, de nombreuses personnes ne se tournent pas vers le système de santé, alors qu'elles sont en attentes de propositions.

3) Les facteurs relatifs au système de santé. Il s'agit par exemple de la complexité des démarches administratives, des délais d'attente trop longs, surtout pour des personnes qui vivent dans l'immédiateté, du manque de temps pour réaliser de l'éducation thérapeutique, ou de l'éloignement des structures de santé pour des personnes qui ne disposent que rarement de moyens de transport.

***Les pratiques infirmières en liens avec l'adhésion aux soins*** – Six éléments essentiels peuvent être dégagés du discours des infirmières quant aux outils, savoirs et compétences qu'elles mobilisent.

1) La notion de temporalité. Elle est essentielle pour toutes les participantes. Il s'agit de prendre en compte dans sa pratique i) le rapport perturbé au temps, qui implique des rendez-vous manqués et une grande difficulté à se projeter dans un plan de soin ii) la lenteur du processus d'adhésion aux soins qui implique un travail d'accompagnement long, « *de longue haleine* » et nécessite d'utiliser la technique « *des petits pas* », pour avancer progressivement, en considérant que chaque étape réalisée par la personne, si petite soit-elle est une victoire en soi, et iii) le besoin d'immédiateté que montrent les personnes en situation de précarité. Il s'agit donc ici de pouvoir « *satisfaire les besoins à l'heure actuelle* », avant de projeter la personne dans un plan de soin.

2) L'adaptation des objectifs de soins au plus près des patient·e·s. Fortement liée à la notion de temporalité, elle vise à connaître les conditions de vie des personnes et à définir « *leurs véritables besoins* », car certaines n'ont pas nécessairement besoin d'un traitement. Elles recherchent dans le lien avec les soignant·e·s, dans le relationnel, des réponses à leur souffrance et un accompagnement. Elles « *posent quelque-chose* », certainement un peu de leur souffrance, comme pour s'en séparer. Adapter les objectifs de soins implique de « *ne pas mettre la barre trop haute* », « *de ne pas avoir des attentes qui soient démesurées* », et de travailler par étapes, afin que les personnes puissent réaliser les conseils et prescriptions proposés.

3) La relation d'aide et le prendre soin. Considérer la temporalité et adapter les objectifs nécessite de savoir écouter et recevoir, d'être humble, d'avoir de l'humour ou de la tendresse parfois, de « *se mettre à égalité* », et de savoir *aller vers* pour créer du lien et de la confiance. Il s'agit alors de permettre l'échange et de favoriser la rencontre mais aussi d'avoir la capacité de définir un cadre souple, flexible, considérant la personne, sans être rigide ou maltraitant et de savoir reconnaître ses erreurs. Ces compétences permettent de connaître les personnes et leurs situations sociales ou familiales, d'en comprendre les attentes et les besoins, de définir des objectifs basés sur la volonté de la personne, et de déceler les problèmes éventuellement ancrés profondément dans le subconscient. Savoir créer du lien et acquérir la confiance est aussi primordial parce de nombreuses personnes souffrent de pathologies du lien, souvent en raison des nombreuses ruptures vécues, familiales, sociales ou environnementales.

4) La communication. Elle permet d'écouter et de comprendre les besoins et les attentes, d'employer les bons mots, surtout auprès de personnes souffrant de troubles psychiatriques, de définir les ressources de la personne et d'expliquer au patient la pathologie, les traitements et les effets secondaires. Elle permet également de travailler le lien. Elle se heurte fréquemment, nous le verrons, à la barrière de la langue.

5) La décentralisation. Il est important de se mettre à la place de l'autre, parce que « *si tu pars de tes objectifs à toi, [...] ça ne marchera pas* ». Il faut ainsi considérer la culture de l'autre et se remettre en question, en prenant soin « *de pas caler nos notions, nos connaissances sur chaque personne* ». Pour l'IDE 2, il s'agit « *d'un changement de position* », par lequel il est possible de « *se mettre un petit peu à [son] niveau* ». Cela permet de comprendre les choix de personnes.

6) L'interdisciplinarité. Elle est mise en avant par presque toutes les IDE. Il y a une « *nécessité de coordination* », pour « *faire appel aux compétences de chacun* » et pour avoir une approche globale de la personne. Cette interdisciplinarité est perçue comme médico-socio-psychologique. Elle peut parfois manquer de fluidité et d'élaboration, en raison d'échanges formels ou informels trop rares et rendre difficile l'instauration d'une approche commune.

***Les difficultés d'accompagnement rencontrées*** – Les difficultés rencontrées par les infirmières sont avant tout relationnelles. Deux aspects différents s'en dégagent.

Premièrement, il s'agit des difficultés en lien avec les personnes exclues, isolées qui présentent des troubles du rapport aux autres, mettent « *une barrière par rapport au monde extérieur* » et s'inscrivent péniblement dans un environnement social. C'est ce qu'on appelle les pathologies du lien. Il est alors très délicat pour les infirmières de nouer une relation, et c'est seulement progressivement qu'elles y arrivent.

Deuxièmement, il s'agit des difficultés de communication, en lien avec la barrière de la langue ou non, qui empêchent tout autant de cerner, écouter, et comprendre la personne pour développer une relation d'aide que d'expliquer la pathologie, les traitements et leurs effets indésirables. Au sein de cette difficulté peut également s'exprimer le rejet, le manque de compréhension et la projection de stéréotypes que peuvent rencontrer les personnes démunies auprès de certain·e·s soignant·e·s, impliquant une certaine forme d'exclusion des services de santé.

Les IDE 2 et 5 mettent également en avant une difficulté intéressante, liée aux fluctuations de l'adhésion. « *La difficulté c'est que l'adhésion est quelque chose qui n'est pas tout le temps acquis. Des fois tu penses avoir bien avancé, et puis des fois tu te dis et bien tiens on a reculé d'un pas* ». Toutefois, le fait de reculer ne doit pas être considéré comme un échec mais comme un tremplin, parce que « *les autres efforts d'après seront plus faciles* » et « *il sera plus facile d'accéder à la réussite du soin d'après* ». Il ne faut donc pas baisser les bras et ne pas rejeter la faute sur le ou la patient·e mais persévérer. Pour l'IDE 2, l'échec n'existe que lorsque la vie de la personne s'arrête sans qu'on est réussi à mettre quelque chose en place et que la mort se fait dans la solitude et l'isolement.

### **3.3. Confrontation aux modèles théoriques**

*À propos de l'adhésion thérapeutique* – Les constructions théoriques appliquant le concept d'adhésion thérapeutique au plus près de l'accompagnement infirmier et des personnes en situation de précarité sont relativement peu nombreuses. À ce titre, les contributions des infirmières sont enrichissantes. Je note tout d'abord que sans l'avoir nécessairement préalablement identifié, les infirmières appliquent le concept d'adhésion thérapeutique et considèrent l'adhésion comme un processus dynamique et fluctuant qui ne peut être résumé à l'observance ou à l'inobservance. Elles montrent également que l'adhésion thérapeutique des personnes en situation de précarité revêt une approche spécifique. En effet le travail d'adhésion fourni par ces personnes commence bien avant la première entrevue dans un cabinet médical. Les infirmières travaillent *l'aller-vers*, pour ramener les personnes dans le soin. La considération de la période d'acceptation du concept d'adhésion thérapeutique est ainsi primordiale. Les personnes en situation de précarité peuvent travailler au quotidien à l'adoption de comportements avant de s'inscrire dans une démarche de soin. Il peut s'agir de trouver les informations nécessaires, tenter de se projeter dans l'avenir, comprendre le système de santé, prendre soin de soi, penser à sa santé, vaincre la peur d'être stigmatisé et celles de pas pouvoir payer ou de ne pas comprendre. En conséquent, une partie des efforts réalisés par les patient·e·s peut apparaître invisible aux soignant·e·s qui regardent sous l'œil de leur référentiel socio-économique et culturel.

En analysant les entretiens au regard du concept d'adhésion thérapeutique on comprend également l'éventuel intérêt que peut présenter la distinction des personnes en grand errance de celles migrantes en situation de précarité. Les premières apparaissent souvent dans la phase d'acceptation, et ce en dépit d'un état de santé précaire. Lorsqu'elles parviennent à initier un comportement, les troubles du rapport au temps et les difficultés à se projeter dans l'avenir rendent le maintien dans les phases d'implémentation et de persistance particulièrement fragile. La population migrante précaire semble quant à elle présenter des difficultés principalement liées à la phase d'implémentation ou de persistance. Lorsqu'elles sont rencontrées, elles sont déjà parvenues pour la plupart à accepter leur état de santé. Leurs comportements sont donc plus susceptibles d'être réfléchis et volontaires. Pour elles, les causes des difficultés d'implémentation résident bien souvent dans le manque de compréhension et d'explications reçues en lien avec la

barrière de la langue, ou les difficultés d'accès au système de santé, pour lesquels il faut considérer les éventuelles attitudes discriminatoires de certain·e·s soignant·e·s.

La comparaison des entretiens montrent que les situations de précarité font intervenir les cinq dimensions du concept d'adhésion thérapeutique. Cependant, je relève des entretiens que la dimension liée au patient interagit fortement avec la celles liées au contexte socio-économique et aux traitements. Par exemple, l'incapacité à satisfaire les besoins primaires comme l'eau et la nourriture entrave le suivi des thérapeutiques, ou l'adoption d'un régime alimentaire restrictif. A cela s'ajoute la dimension liée au système de santé, dans laquelle s'expriment les difficultés de lien, de relation et de rencontre avec les soignant·e·s. C'est en considérant notamment ces trois dimensions que les infirmières parviennent, non sans difficultés, à adapter les objectifs de soins au plus près des personnes.

*À propos de l'exclusion sociale* – La confrontation des discours des infirmières au concept d'exclusion sociale et au syndrome d'auto-exclusion est riche d'enseignements. Les symptômes cliniques de l'exclusion sociale peuvent rendre difficile l'insertion des personnes en situation de précarité dans un programme de soin pré-défini, et même pour des individus qui part ailleurs utilisent le système de santé de manière régulière. L'isolement de soi et aux autres peut donner lieu à une apparente absence de demande d'aide et rendre la personne recluse et renfermée altérant la mise en place d'une alliance thérapeutique. Des troubles du rapport à soi, aux autres et au temps résultent certaines des problématiques rencontrées par les soignantes : les rendez-vous manqués, les attaques du cadre, la violence, les retards non prévus, ou l'incapacité d'attendre pour un rendez-vous. Un rapport au temps perturbé est aussi susceptible d'exacerber la perception des effets indésirables d'un traitement et peut nécessiter des efforts supplémentaires pour prendre un traitement sur une longue durée ou pour ne pas oublier de le prendre. De plus, le symptôme d'anesthésie partielle du corps explique que les personnes précaires mettent fréquemment leur santé au second plan, se tournent plus tardivement vers le système de soin et adhèrent moins facilement au programme de soin proposé. Savoir appréhender et comprendre les conséquences de l'exclusion sociale est essentiel pour pouvoir comprendre les personnes, se décentraliser et adapter progressivement les objectifs de soins par la technique « des petit-pas ».

**À propos de l'approche interculturelle** – L'analyse des discours des infirmières évoque la rencontre entre deux mondes, celui des soignant·e·s et des démun·e·s, avec des logiques d'existence différentes, des besoins et des réponses opposées. L'approche interculturelle permet en partie de résoudre cette problématique. Dans la relation entre un ou une soignant·e et une personne précaire, des valeurs et des croyances se confrontent. L'habitude des soignant·e·s à un schéma de soins précis ne coïncide le plus souvent pas avec les attentes et les projets de vie des personnes en situation de précarité. Et c'est bien cela que les infirmières interrogées tentent d'éviter en adaptant leurs objectifs de soins, le cadre et le plan de soins. Elles font alors preuve d'une capacité d'échange, d'empathie, de décentralisation, de remise en question et d'introspection.

**Synthèse** – L'analyse du discours des infirmières et les apports de la clinique psychosociale et de l'interculturalité aident à concevoir que l'individu est le produit d'une histoire propre et d'un environnement social qui tout deux influencent les comportements d'adhésion aux soins. Si la profession infirmière ne peut intervenir sur les dimensions liées à la pathologie, au système de santé ou à la sphère socio-économique, tels que le logement ou l'emploi, elle peut intégrer dans son approche les fragilités d'un individu, tels que les pathologies du lien et les conséquences psychiques qu'elles induisent. Il s'agit alors de « transformer la réalité d'un individu afin qu'il soit moins fragilisé »<sup>1</sup>. C'est tout le sens de l'accompagnement, qu'il soit infirmier, social ou éducatif. Il s'agit « d'aller avec » et « d'aller vers », de travailler le lien en interdisciplinarité pour permettre à l'individu de mieux vivre dans son environnement. Transformer la réalité d'un individu implique de savoir *prendre soin*. Il s'agit donc de ne pas renvoyer la personne à son statut de précaire mais de la considérer en tant qu'individu, et de lui permettre d'expérimenter des formes de relations, respectueuses et sincères, qui ne le renvoient pas à son exclusion sociale ou à sa différence. Pour le soignant, il s'agit d'être capable de se remettre en question dans une approche introspective. Ne pas parvenir à réaliser cela, c'est prendre le risque de perdre l'adhésion des personnes en situation de précarité pour les conduire à une inertie thérapeutique.

---

1 DAVIET, Olivier. Clinique de la précarité, précarité de la clinique. *Le Journal des psychologues*. 2009, Vol. n° 269, n° 6, p. 56-60.

## 4. Problématique de recherche

Ce mémoire a été réalisé afin de comprendre comment la profession infirmière accompagne les personnes en situation de précarité vers une meilleure adhésion aux soins. L'enjeu pour ces personnes est immense et implique inévitablement la contribution de la profession infirmière. Le concept d'adhésion thérapeutique permet de comprendre que les personnes se trouvent à différents moments de leur parcours de soin dans une phase d'adhésion particulière, non immuable et non définitive, au cours de laquelle les comportements évoluent. De plus, les difficultés d'adhésion dépendent d'une multitude de facteurs en interaction, sur lesquels les personnes peuvent potentiellement ne pas agir seules. Ce concept d'adhésion thérapeutique se révèle donc particulièrement utile pour la pratique infirmière. Sur le terrain, les infirmiers et les infirmières l'appliquent spontanément sans l'avoir nécessairement identifié. Cependant, la confrontation des recherches sur l'exclusion et l'interculturalité, ainsi que l'analyse des pratiques de terrain montre qu'il est insuffisamment développé et précis pour prendre en compte l'ensemble des situations de précarité.

La profession infirmière a besoin pour parfaire ses pratiques de modèles conceptuels solides sur lesquels elle peut s'appuyer au quotidien pour accompagner les personnes les plus démunies. Pour contribuer à réduire ce manque, je propose de considérer la problématique de recherche suivante :

**Comment le concept d'adhésion thérapeutique peut-il s'adapter au plus près des pratiques infirmières et des personnes en situation de précarité, tout en tenant compte des difficultés engendrées par l'exclusion sociale et la relation soignant-soigné ?**

Il s'agirait de comprendre comment la précarité intervient plus précisément dans les 5 dimensions de l'adhésion thérapeutique, tout en considérant les interactions entre les facteurs expliquant les difficultés d'adhésion rencontrées. Il conviendrait également de travailler plus spécifiquement sur les dimensions liées au patient et à la relation soignant-soigné pour se focaliser sur les principales difficultés rencontrées sur le terrain par la profession infirmière.

## CONCLUSION

L'adhésion au soin est l'une des problématiques les importantes à laquelle les soignant·e·s sont confronté·e·s. Elle n'est pas spécifique à la précarité, mais les personnes les plus démunies y sont plus fréquemment soumises, avec des effets plus marqués sur la santé. La médecine de la précarité propose une vision médico-socio-psychologique pertinente des soins que les soignant·e·s peuvent apporter. Au sein de cette médecine, l'accompagnement tient une place prépondérante et essentielle. Il s'agit alors *d'aller avec* tout autant que *d'aller vers*, et de créer du lien pour parvenir à adapter les soins au plus près des spécificités des personnes. Pour cela, la profession infirmière dispose d'apports théoriques solides et de connaissances de terrain robustes et étendues. Il lui est désormais nécessaire de confronter la théorie et sa pratique pour améliorer l'accompagnement infirmier des personnes en situation de précarité. Une meilleure prise en compte de la précarité par la profession infirmière est un élément essentiel pour parvenir à des soins de meilleure qualité et d'une manière générale à une amélioration de la prise en charge de toutes les personnes nécessitant au cours de leur parcours de vie d'être accompagnées vers une meilleure santé.

## RÉFÉRENCES LISTÉES

- BARONNET, Juliette, FAUCHEUX-LEROY, Sarah et KERTUDO, Pauline. *Étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique* – ONPES – FORS recherche sociale, 2014
- BATIFOULIER, Philippe et PAREL, Véronique. 5. *La prise en charge médicale des personnes précaires : une nécessité économique*. Presses de l'EHESP, 2012.
- BENNEGADI, Rachid, BOURDIN, Marie-Jo et PARIS, Christophe. Les apports de l'anthropologie médicale clinique dans la relation soignant-soigné en situation interculturelle. *Revue du Soignant en santé publique*. 2009, Vol. 5, no 34, p. 14-16
- BLANPAIN, Nathalie. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*. 2016, no 1584
- BONNEVILLE, Aurélie, KISS, Adam, SUDRES, Jean-Luc et MORON, Pierre. Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Éléments pour une rencontre de l'autre. *Psychotherapies*. 2010, Vol. 30, no 1, p. 3-9
- BOURDIN, Marie-Jo, BENNEGADI, Rachid et PARIS, Christophe. Stratégie soignante - La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. *Soins*. 2010, Vol. 55, no 747, p. 24-25
- BRÉCHAT, Pierre-Henri et LEBAS, Jacques. Introduction. Dans : *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, p. 1-8. Hors collection.
- CALBÉRA, Jean-Bernard. La profession infirmière. *VST - Vie sociale et traitements*. 2003, Vol. no 79, no 3, p. 55-57
- CHARMOILLE, Catherine. La rencontre interculturelle en environnement professionnel multiculturel. *Soins Cadres*. 2018, Vol. 27, no 106S, p. 17-19
- CLANET, Claude. *L'interculturel - Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*. Broché. Presses Universitaires Mirail, 1993.
- COHEN, Benita E. et REUTTER, Linda. Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 60, no 1, p. 96-107.
- COHEN-ÉMÉRIQUE, Margalit. L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*. 1993, Vol. 18, no 1, p. 71-91.
- COLIN, Patrick. Identité et altérité. *Cahiers de Gestalt-thérapie*. 2001, Vol. n° 9, no 1, p. 52-62
- Code de déontologie des infirmiers - Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016.
- COTTIN, Y., LORGIS, L., GUDJONCIK, A., BUFFET, P., BRULLIARD, C., HACHET, O., GRÉGOIRE, E., GERMIN, F. et ZELLER, M. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*. 2012, Vol. 4, no 4, p. 291-298.
- DAVIET, Olivier. Clinique de la précarité, précarité de la clinique. *Le Journal des psychologues*. 2009, Vol. n° 269, no 6, p. 56-60
- DOENGES, Marilyn, FRANCES MOORHOUSE, Mary, GEISLER-MURR, Alice et SCHMOUTH, Danielle. *Diagnostics Infirmiers : Interventions Et Justifications*. 4e éd. Canada : De Boeck supérieur, 2016.
- FREUD, Sigmund. « L'inquiétante étrangeté » (Das Unheimliche) - Texte publié originalement en 1919. Dans : BONAPARTE, Marie et MARTY, E, *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris : Gallimard, 1971, p. 254

- FURTOS, Jean. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*. 2015, Vol. n° 98, no 2, p. 55-59
- FURTOS, Jean. *Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Masson, 2008.
- FURTOS, Jean. Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires. *Vulnérabilités*. 2009, no 48, p. 5
- GEERAERT, Jérémy. Une médecine de la précarité à l'hôpital: tensions et enjeux sur de la conception du soin. Le cas des Permanences d'Accès aux Soins de Santé. Dans : PIERRE, Thomas, FERNANDES, Anne, KESSLER-BILTHAUER, Déborah, MEGHERBI, Saïd et MORALES LA MURA, Quidora (dir.), *Autour du soin. Pratiques, représentations, épistémologies*. Presse Universitaire de Nancy, coll. Santé, qualité de vie, handicap, 2014, p. 53-71.
- GUICHARD, Anne et POTVIN, Louise. Les inégalités sociales de santé, enjeux pour les soins infirmiers. *Soins*. 2017, Vol. 62, no 817, p. 16-18
- HAMON-MEKKI, Françoise, PAUPHILET, Christine, LÉVY, Marc, FOULON, Guillaume et DANELUZZI, Vincent. Mise au point - Les maladies de la précarité. *Soins*. 2011, Vol. 56, no 755, p. 32-34
- JEANGUIOT, Nicole. Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*. 2006, Vol. N° 87, no 4, p. 75-135
- LARCHER, Pierre. Principales répercussions de la pauvreté sur la santé. *Laennec*. 2007, Vol. Tome 55, no 4, p. 15-26.
- LECARPENTIER, Mariana. Aspects sociologiques des permanences d'accès aux soins de santé. *Soins*. 2017, Vol. 62, no 817, p. 28-30
- LEMAITRE, Annelise. Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. 2015, Vol. N° 123, no 4, p. 95-102
- MAURIN, Louis, BRUNNER, Anne, LEANDRI, Noam, SAINT-MARTIN, Xavier. *Rapport sur la pauvreté en France*. Observatoire des inégalités, 2018.
- Médecins Du Monde. *Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France*. 2018.
- ONPES. *Bilan de dix ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise – Le Rapport de l'ONPES*. ONPES, 2010.
- PASCUCCI, Mary Ann, LEASURE, A. Renee, BELKNAP, Dorothy C. et KODUMTHARA, Elsie. Situational challenges that impact health adherence in vulnerable populations. *Journal of Cultural Diversity*. 2010, Vol. 17, no 1, p. 4-12
- PRUD'HOMME, Dorothée. Du « soin global » au traitement discriminatoire. *Terrains travaux*. 2016, Vol. N° 29, no 2, p. 85-104
- RODE, Antoine. *Le « "non-recours" » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II, 2010
- SABATÉ, Eduardo. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.
- VALOT, Laurent et PRIMA, Umberto Di. Compétences infirmières auprès d'un public en grande précarité. *Recherche en soins infirmiers*. 2008, no 93, p. 25-27.
- VANDECASTEELE, Isabelle et LEFEBVRE, Alex. De la fragilisation à la rupture du lien social: approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*. 2006, Vol. n° 26, no 1, p. 137-162

- VRIJENS, Bernard, DIMA, Alexandra L., VAN GANSE, Eric, VAN BOVEN, Job F.M., EAKIN, Michelle N., FOSTER, Juliet M., DE BRUIN, Marijn, CHISHOLM, Alison et PRICE, David. What We Mean When We Talk About Adherence in Respiratory Medicine. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2016, Vol. 4, no 5, p. 802-812.
- VRIJENS, Bernard, GEEST, Sabina De, HUGHES, Dyfrig A., PRZEMYSŁAW, Kardas, DEMONCEAU, Jenny, RUPPAR, Todd, DOBBELS, Fabienne, FARGHER, Emily, MORRISON, Valerie, LEWEK, Pawel, MATYJASZCZYK, Michal, MSHELIA, Comfort, CLYNE, Wendy, ARONSON, Jeffrey K. et URQUHART, J. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2012, Vol. 73, no 5, p. 691-705.
- WRESINSKI, Joseph. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, 1987. Journal officiel de la République française.

# **ANNEXES**

**Retranscription intégrale des entretiens**

# Entretien 1

## I. PARTIE QUANTITATIVE

Nom de service : Samu social

Date de l'entretien : 29 avril 2019

1. Vous êtes  une femme /  un homme /  Autre

2. Pour avoir une idée de votre expérience, j'aurais besoin de savoir

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession infirmière ? 1 an
- Depuis combien de temps travaillez-vous plus spécifiquement auprès de personnes en situation de précarité ? 5 mois
- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ? 5 mois

## II. PARTIE QUALITATIVE

### A) Le vécu, l'expérience, et les besoins des personnes en situation de précarité

**A.1. En quelques mots, comment définissez-vous la précarité telle que vous la rencontrez dans votre service ?**

Au Samu Social on travaille principalement, avec les gens avérés à la rue et principalement le public visé par le Samu Social de Lyon, sont les gens qui sont vraiment à la rue et qui n'ont aucun recours à tout ce qui est administratif, santé, qui sont vraiment en marge de tout. À la base c'est pas vraiment destiné aux familles, c'est vraiment les hommes isolés le cœur du Samu Social. Après avec le plan froid c'est différent, parce que tu réponds aux appels du 115, les signalements.

**- Quand vous dites à la marge, ça intègre le fait d'être isolé ou exclu ?**

Oui, le fait d'être isolés, exclus c'est vraiment le public cible du Samu Social. Après... isolé... Tout dépend ce que l'on appelle isolé. C'est des gens qui sont célibataires, même s'ils sont plusieurs, c'est des personnes qui n'ont pas de famille, en tout cas à la rue ils ne sont pas avec leur famille.

**- Et qui dorment dehors...**

Et qui dorment dehors, qui touchent le RSA ou pas, mais le public cible c'est vraiment ceux qui n'ont rien du tout. Justement, tu les amènes à faire toutes leurs démarches administratives, pour avoir accès aux soins, au RSA, à la CAF, enfin toutes les aides qu'ils peuvent avoir.

**A.2. Qu'avez-vous appris sur la précarité en travaillant comme IDE que vous ne saviez pas avant ?**

Je pense que la précarité après tu la vois tous les jours, mais c'est différent d'aller vraiment, enfin... direct voir les gens... et avoir leur ressentis à eux sur ce qu'ils vivent au quotidien, comment ils font pour accéder à des choses, qui pour nous, enfin... sont la base. Toi de l'eau, si tu en veux, tu vas au robinet, des toilettes t'en as chez toi, ne serait-ce que la base, tout est compliqué en fait. Il y a des gens qui nous disaient qu'ils ne mangeaient pas, parce que la nuit c'était compliqué de se relever, de trouver un endroit pour aller faire ses besoins. Tout ce qui toi te semble complètement normal dans ton quotidien, pour eux en fait l'accès est déjà tellement compliqué, une douche faut aller dans les endroits où c'est possible, mais ça n'est pas ouvert tout le temps. Après il y a les accueils de jours, mais c'est pareil si t'es une femme, t'as que certains moments, si t'es une famille t'as que certains moments, et puis y'a du monde donc euh...

**– Vous être donc surtout étonné par la difficulté que peuvent rencontrer ces personnes pour répondre à tous leurs besoins ?**

Oui et même les besoins primaires, même pour manger... si tu veux manger gratuitement, alors t'as des endroits qui distribuent de la nourriture et repas chauds, c'est pareil t'as des queues, y'en a un qui me disai c'est quatre heures pour une soupe, alors au bout d'un moment... Puis c'est des endroits aussi où il y a beaucoup de gens, alors il y a beaucoup de vol, d'agressions... Le truc, c'est que j'ai trouvé, avec la nuit, t'as quand même peu de partenaires mais les gens qui ont vraiment mal, s'ils sont d'accord tu peux les amener aux urgences. L'accueil des personnes SDF aux urgences c'est euh... vraiment compliqué parce que souvent, ils sont soûls, donc ça entraîne des choses qui sont, enfin, c'est tout de suite du rejet, « non il va squatter la salle d'attente », « oui okay, mais là, il a une plaie le monsieur... ». Je dirais en fait qu'en tant que personnel soignant à l'hôpital, je sais, ils sont débordés, mais je pense qu'il y a beaucoup d'a priori, c'est compliqué. Je conseillerai l'ouverture d'esprit. Après un collègue qui arrive au Samu, c'est différent, je pense que quand tu viens là, tu as quand même d'autres représentations.

**– Et vous rencontrez aussi des familles dans des parcours de migration ?**

Non ça n'est pas le public cible du Samu Social. Alors après comme je te disais, la nuit, tu réponds aux demandes du 115, c'est pas des maraudes, y'a qu'une fois par semaine ou tu peux te permettre d'aller à la rencontre des gens. Sinon si t'as des signalements du 115 dans la nuit, tu fais tes signalements, t'as pas le temps.

**– Du coup vous rencontrez plutôt des hommes seuls, des clochards entre guillemets...**

C'est ça, mais alors le problème du clochardisé, hyper exclu, tu vas pas appeler le 115, donc c'est soit pendant les maraudes, soit par le biais de tes collègues en journée, qui les connaissent. C'est un peu des gens qui te disent où ils sont pour aller voir. C'est souvent des gens qui n'ont pas le téléphone, alors pour appeler le 115 c'est compliqué. Et puis l'attente au téléphone est longue et nous c'est minimum une heure pour venir. Y'a pas mal de gens qui abandonnent aussi.

**B) L'adhésion aux soins**

**B.1. L'absence d'adhésion aux soins est-elle une problématique que vous rencontrez auprès des personnes en situation de précarité ? Si oui, est-ce fréquemment selon vous ?**

Alors l'adhésion aux soins c'est hyper compliqué. Ça n'est pas leur priorité. Dans la journée, il va falloir manger, et puis il y a beaucoup de personnes qui sont dépendantes à plein de produits dans la rue. Et puis observer un traitement quand t'es dans la rue, prendre soin de toi... c'est quand même un concept euh... ça semble pas compatible. Quand les gens ont des gros soucis de santé, des maladies chroniques... enfin... diabète dans la rue c'est quand même compliqué. C'est pas deux choses qui vont ensemble être à la rue et prendre soin de soi. L'adhésion tu la travailles sur le long terme en fait. Toi en tant qu'infirmier, tu essayes d'aborder différentes choses quand ils sont en capacité, parce que des moments ils sont trop soûls, ça ne sert à rien. Il y a plein de moments où tu ne peux pas aborder le soin, parce que soit ils sont trop énervés, soit ils n'ont pas envie de parler de ça, parce qu'ils t'ont juste appelé pour déverser un truc. Et les gens à la rue tu ne les vois pas forcément régulièrement. Alors c'est vraiment un travail de longue haleine. Il se fait plus en journée, avec les éduc, qui vont programmer des accompagnements, des rendez-vous... au Samu, c'est vraiment une victoire quand la personne s'est présenté à son rendez-vous. C'est très fréquent que les personnes ne se présentent pas, elles n'en sont souvent pas là, il y a d'autres choses à travailler avant. Pour moi tu ne peux pas prendre soin de toi quand tu es à la rue, il y a trop de choses pas possible, les pathologies psy associées, le retour au soin est trop long. Ça passe par du travail de partenariat avec la PASS et Interface [équipe mobile médico-psycho-sociale spécialisée dans la souffrance psychique, ndlt]. C'est vraiment un travail sur des années et des années.

**B.2. Avez-vous un exemple marquant à me relater ?**

Y'a un monsieur qui s'est fait renverser, il était amputé de la jambe droite et avait une colostomie. Il pourrait vivre sans poche, sauf qu'il n'en est pas là, il a tellement une image de lui dégradée. C'est une angoisse terrible pour lui de retourner à l'hôpital. C'est travailler le jour et la nuit depuis longtemps et il n'en est

toujours pas là, parce que, une fois sur les cinq rencontres que tu as avec lui, il n'est pas disponible pour que l'on parle de ça. Et quand tu arrives à aborder un truc, il faudrait pouvoir l'amener tout de suite, sauf que quand tu travailles la nuit, c'est vraiment sur l'organisation, sur la programmation, alors que lui il est vraiment sur l'instant présent... le moment où il a envie, où c'est possible pour lui, c'est pas possible pour nous.

### **B.3. Comment expliquez-vous cette non-adhésion aux soins dans le cas des personnes en situation de précarité ?**

Je dirais la maladie psy, la dépendance à plein de choses et la précarité en elle-même. Les difficultés de répondre aux besoins primaires d'abord, et la difficulté à se projeter en fait.

## **C) Adhésion aux soins et pratiques infirmières**

### **C.1. Quels sont les outils et les pratiques dont vous disposez pour accompagner les patient-e-s en situation de précarité vers l'adhésion aux soins ?**

On ne va pas se mentir, il y a peu de moyen. Après je pense que le gros avantage au Samu Social c'est que l'adhésion chez les personnes, on la recherche. T'emmèneras pas à l'hôpital une personne si elle ne le souhaite pas, à part si vraiment c'est grave et du coup tu appelles le 15 ou les pompiers. Mais toi en tant que pro, quand tu arrives, que tu vois quelque chose, que tu dis que tu es inquiète, que tu expliques les risques, c'est un peu ça, c'est expliquer les risques, en jouant un peu sur la peur pour arriver à les secouer un peu, parce que des fois ça craint en fait.

#### **– Donc vous essayer d'éduquer...**

Y'a beaucoup d'éducation thérapeutique, mais c'est hyper précaire. C'est de l'information, de l'orientation, vers les partenaires, vers la PASS, les heures où ils peuvent y aller sans rendez-vous. Rappeler les rendez-vous de ceux qui sont suivis au CMP, leur proposer de les accompagner. Les rassurer aussi, parce que certains ont peur d'être hospitalisé s'ils vont au CMP. C'est vraiment de l'accompagnement, de l'orientation, de la prévention et de l'éducation, aussi thérapeutique. Ceux qui ont 2 grammes, souvent ils ne se souviennent pas donc c'est aussi du rabâchage. Le réseau et le partenariat c'est aussi très important. Pour les personnes vraiment exclus, ils ne sont pas en capacité d'aller où que ce soit, il y a Interface qui a une unité mobile. Ils vont se déplacer avec le Samu Social qui connaît les personnes. Il y a des infirmiers et des psychiatres. Il a aussi hospitalisation d'office, mais c'est très très rare. Il faut vraiment qu'il y ait une notion de mise en danger avérée et alors ça sera de l'hébergement en fait : la personne va une nuit dans une Halte de Soins Santé. C'est préparé avec les éduc.

#### **– Est-ce qu'il y a quelque-chose qui te paraît essentielle dans la manière dont tu perçois cette précarité, pour accompagner à l'adhésion aux soins ? Savoir ce qu'ils vivent, comprendre d'où vient cette précarité c'est quelque-chose que tu peux utiliser sur le terrain ?**

C'est des outils que tu peux utiliser. Après c'est rare que tu saches pourquoi ils en sont arrivés là. Il y en a ça fait 20 ans, d'autres ne s'en souviennent même pas. Moi je ne pense pas que ce soit important de savoir. La personne tu la prends là où elle en est. Et t'essayes de satisfaire les besoins qu'elle a à l'heure actuelle.

#### **– Je pensais pas tant au fait de connaître l'histoire de vie, mais plus d'utiliser ce qui définit leur vécu, dans le rapport au temps par exemple...**

Ça peut aider c'est sûr. La temporalité est très différente et c'est quelque-chose d'assez primordiale. Les réactions peuvent être différentes, ne serait-ce que pour aller à l'hôpital, ça peut être compliqué. Parce que ça fait prison, quand tu vis dehors, être dans une chambre d'hôpital. Ça n'est pas évident. C'est pas de tant de savoir leur condition de précarité que leur pathologie s'ils en ont. Qu'est ce qui peut contrecarrer les angoisses ? Que peut être mis en place pour calmer ses angoisses ?

### **C.2. Quels savoirs-faire et savoirs-être vous paraissent essentiels ?**

Au niveau du relationnel, je pense vraiment que pas tout le monde peut... moi j'ai des collègues qui l'ont très mal vécu. Quand t'as fait ta carrière en hôpital, arriver en institution, hors mur, être deux, sans équipe derrière... Si tu as un problème, tu n'as pas un médecin, un psychiatre. Tu es avec un éduc puis tu n'as rien.

Je pense qu'il faut avoir des bonnes capacités d'adaptation et de très bonnes capacités relationnelles : savoir rester très calme, avoir une position d'ouverture où les gens sauront que c'est facile de te parler. Il faut qu'ils se sentent à l'aise. Les premières rencontres, les gens ne racontent pas leur vie...

#### **– L'ouverture ça représente quoi pour toi ?**

Le fait de pouvoir tout entendre, de pas être d'accord, de savoir le verbaliser, mais sans casser le lien. Prendre la personne vraiment comme elle est, tout en étant mesuré quand tu réponds. Il y a beaucoup de personne qui ont des grosses pathologies psy. T'es toujours en train de réfléchir à ce que tu es en train de toucher si tu vas pas trop loin. Tu réfléchis toujours aux mots que tu emploies, et ce que ça peut faire vivre chez l'autre.

#### **C.3. Quels sont les freins ou les difficultés que vous rencontrez dans votre démarche d'accompagnement à l'adhésion aux soins ?**

Je ne dirai pas qu'il y a vraiment de freins en soi. Alors après, tout ce qui est administratif, les manques de places dans les structures d'hébergement... c'est surtout ça qui manque en vrai. Parce que pour le reste, tu peux faire plein de chose. C'est vraiment le lien de confiance que tu crées, où eux ils vont te laisser se laisser porter. Et faut pas trop les porter non plus, les accompagner une fois, deux fois, puis qu'ils y aillent seuls après.

#### **– Et dans le meilleur des mondes infirmiers...**

Je pense qu'il faut des infirmiers tout le temps. Quand tu es éduc tu sais plein de choses, mais au niveau de la santé tu es quand même largué. C'est normal. Et bien les mecs quand ils sentent que tu sais de quoi tu parles, quand tu parles aux psy, quand tu parles aux éduc, y'a un truc qui peut se lier par rapport à ça. Après c'est pas le cœur quand t'es au Samu social... et puis c'est hyper éphémère, un jour il peut t'envoyer bouler, c'est pas grave, ça sera la semaine après... Et aussi, tu ne peux pas faire à la place des gens. S'ils n'en sont pas là, c'est pas grave ça sera plus tard. Et c'est ça qui est frustrant, c'est que toi tu veux que ce soit maintenant, parce que t'es hyper inquiet. En fait, je pense que c'est savoir vraiment s'adapter. Tu peux permettre par plein de manières d'adhérer, mais tu ne peux jamais faire à la place de la personne. Et c'est des choses que tu ne maîtrises pas. L'infirmier a aussi le rôle d'informer, de prévenir, que les personnes sachent, mais sans prendre de décisions à la place. Et souvent ça marche vachement bien. Parce que c'est des gens sont souvent en opposition à plein de choses, et en fait quand tu leur laisse la possibilité de faire des choix qui seront respectés, c'est très important dans le lien de poser ce genre de chose.

#### **E) La parole est à vous**

##### **E.1. Y aurait-il des éléments qui vous paraissent essentiels pour l'accompagnement à l'adhésion aux soins et que mes questions ne vous ont pas permis d'aborder ? Si oui pouvez-vous préciser ?**

Non, mais je garde l'idée que l'on part de la volonté que la personne, de ce qu'elle veut et que l'adhésion elle part de là. Tu cales ton travail sur ce qu'elle veut et ce qu'elle peut au jour d'aujourd'hui. L'adhésion elle est là. Si tu pars de tes objectifs à toi, de ce que tu as envie pour l'autre, ce que tu penses être bon pour lui, ça ne marchera pas. Il faut partir de la personne.

## Entretien 2

### I. PARTIE QUANTITATIVE

**Nom de service :** Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

**Date, lieu et heure de l'entretien :** le 30 avril 2019

**1. Vous êtes**     ■ une femme /  un homme /  Autre

**2. Pour avoir une idée de votre expérience, j'aurais besoin de savoir**

– Depuis combien de temps exercez-vous la profession infirmière ? 12 ans

– Depuis combien de temps travaillez-vous plus spécifiquement auprès de personnes en situation de précarité ? 12 ans

– Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ? 8 mois

### II. PARTIE QUALITATIVE

#### **A) Le vécu, l'expérience, et les besoins des personnes en situation de précarité**

**A.1. En quelques mots, comment définissez-vous la précarité telle que vous la rencontrez dans votre service ?**

En fait il y a deux visages de la précarité. Y'a... le SDF, donc la personne en grande errance. En fait la structure au départ a été faite pour cette population-là. Et la population migrante. Ce qui les caractérise c'est heu... l'absence de droit. Voilà. Après ils n'ont pas même attentes. Ils n'ont pas les mêmes attentes donc au niveau des prises en charge ça sera différent. Le SDF, lui, l'errance, les ruptures de parcours font que c'est très compliqué pour eux d'adhérer à quelque chose. Voilà. Tandis que le migrant, demandeur d'asile ou pas, lui, il est déjà venu ici avec une volonté de partir du pays, et donc en fait il a fait des choix déjà, et il vient ici à la Pass pour se faire soigner, pour avoir des droits, voilà. C'est pas les mêmes objectifs. Et du coup au niveau prise en charge c'est pas la même chose.

**A.2. Qu'avez-vous appris sur la précarité en travaillant comme IDE que vous ne saviez pas avant ?**

Avec la précarité, on en parlait tout à l'heure... la notion de temporalité est complètement différente. Enfin je pense surtout avec les SDF... avec quelqu'un... une personne lambda, voilà, on lui explique qu'il a ça à faire comme soin, on lui donne un diagnostic médical, qu'il a ça à faire comme soins, que les résultats ça sera ça, voilà, il va l'intégrer et tout. La personne en grande errance la temporalité elle ne l'a plus. Puisqu'en fait quand on vit à la rue, on n'a plus de temporalité du tout. Donc pour s'inscrire quelque part, c'est hyper compliqué. C'est pour ça qu'en fait il n'honore pas les rendez-vous. Heu... quand ils viennent, c'est hors rendez-vous, mais il faut se rendre disponible, on ne peut pas remettre à un autre moment. C'est pas possible. C'est vraiment l'instant t qui prime chez la personne en grande errance. Et en fait pour moi c'est ça qui caractériserait la précarité. Heu... et puis le lien, la confiance, parce qu'en fait ce sont des gens qui de part leur parcours, leurs ruptures, sociales, familiales, environnementales, au niveau du travail, parce qu'il y a des gens qui avaient du travail aussi, heu... ils ont perdu confiance en fait. Et c'est tout un travail de confiance. Voilà. Mais cette histoire de temporalité... si on a pas la notion de temporalité avec la précarité, du coup on ne saisit pas en fait. On ne peut pas se projeter. C'est vraiment l'instant t. Heu... et en fait nous on est dans une société où l'on se projette tout le temps, pour pas grand-chose d'ailleurs. On ne savoure pas le moment présent. Voilà, je trouve que quand on travaille dans la précarité, ça nous remet dans l'instant présent. Et ça vraiment c'est une force j'trouve. Il faut prendre le temps de discuter. On peut pas dire je suis pressé. C'est pas possible. Moi ils m'ont vraiment beaucoup apporté. Et du coup ça donne un autre sens à la vie en général en fait.

## **B) L'adhésion aux soins**

### **B.1. L'absence d'adhésion aux soins est-elle une problématique que vous rencontrez auprès des personnes en situation de précarité ? Si oui, est-ce fréquemment selon vous ?**

Alors... heu... Oui. L'adhésion comme on l'entend, oui. Après, heu... nous c'est travailler le lien, donc... heu... oui elle est compliquée cette adhésion, mais si on prend du temps pour la travailler, et heu, si on reste humble aussi... parce que dans la précarité c'est ça aussi, il faut rester humble. On a tendance à être tout puissant quand on est soignant. Et avec la précarité il faut vraiment rester humble. Ça aide beaucoup je trouve. Et heu... oui il y a un gros problème d'adhésion aux soins. Ça c'est clair. Après, heu... Du coup on est obligé de plus expliquer à la personne... de l'écouter déjà. Voilà c'est ça. Avant d'expliquer, il faut écouter et comprendre pourquoi ça ne peut pas fonctionner au niveau de l'adhésion au soin. Vous parliez de l'alimentation... on ne va pas avoir le même discours pour un patient qui est en service qu'avec un patient précaire. Pourquoi ? Parce pour un patient précaire, au niveau alimentaire c'est la galère pour lui. C'est pareil par rapport à l'hygiène. Ils n'ont pas accès à une source d'eau régulièrement. Donc il faut essayer d'approcher tout ça, donc d'écouter et donc de comprendre et d'essayer de construire avec la personne quelque chose pour l'aider à mieux adhérer aux soins. Mais on va pas lui apporter comme ça quelque chose de tout ficelé, en lui disant « c'est le protocole ». Ça, ça ne peut pas fonctionner. Du tout. Je sais pas si j'ai répondu à la question...

– **Si si, absolument. Et même vous les devancez mes questions.**

### **B.2. Avez-vous un exemple marquant à me relater ?**

Heu oui. On a eu un monsieur qui ne vient plus là mais... lui il est de Guinée je crois... Lui, il dit qu'il a la maladie en fait. Et il est venu plusieurs fois en consultation, mais en fin de consultation, donc à chaque fois on ne pouvait pas le recevoir donc heu... nous en tant qu'infirmiers, on voit tout le monde, et on l'a réorienté sur la consultation d'après. Donc la fois d'après il revenait mais en fin de consultations, donc ça a duré des semaines. À un moment donné on s'est dit qu'il fallait quand même qu'il ait un examen. Je l'ai orienté aux urgences. Et aux urgences, donc, il a été admis et ils lui ont mis juste une perf et en fait il a tout arraché et il est revenu ici. Il a dit que lui il ne voulait pas d'eau dans les veines. Il n'avait pas besoin de ça. Voilà. Et en fait là je me suis dit qu'on avait loupé quelque chose, qu'on ne lui avait pas expliqué qu'au niveau de la perf on pouvait passer des traitements qui étaient beaucoup plus efficaces. Il y a là une différence de référentiel culturel qui fait qu'il n'a pas compris, un rapport différent au corps, à la science, à la médecine occidentale que lui n'avait pas. On reçoit beaucoup de gens d'origine variées, avec la barrière de la langue. Donc si on ne prend pas le temps de les écouter... Nous on prend des interprètes tout le temps. Par téléphone. Pour pouvoir écouter les gens en fait. Si on ne les écoute pas... Mais lui on lui a mis la perf, et ça m'a fait tilt en fait. En plus c'est vraiment un acte invasif pour lui. Et donc après il est revenu plusieurs fois ici quoi. Il voulait des médicaments.

– **C'est intéressant le fait qu'il revienne...**

– Oui, il revenait parce qu'il savait qu'ici on l'écoutait et on l'accueillait. Et d'ailleurs ça fait plusieurs semaines qu'il ne vient plus. On a donné l'alerte au Samu mais le Samu ne le voit pas non plus. Parce que lui, il est en grande errance.

### **B.3. Comment expliquez-vous cette non-adhésion aux soins ? Vous avez déjà un répondu dans les réponses précédentes, vous avez d'interculturalité par exemple. Y aurait-il des choses que vous voudriez rajouter ?**

Alors déjà, oui, il s'agit d'interculturalité, de la barrière de la langue. Parce que déjà les gens ne comprennent pas forcément. Et puis les gens se font promener. Par rapport aux droits notamment. Ceux qui viennent demander l'asile par exemple : il faut qu'ils aillent à Forum Réfugié, après ils sont envoyés vers l'Assistante Sociale, après ils sont envoyés à la Pass, puis à la préfecture. Et même nous on les renvoie aux urgences, on les envoie au laboratoire, puis ils doivent revenir ici. C'est vraiment éparpillé quoi. Donc heu... je me mets à leur place : je ne parle pas le français, je ne connais pas le pays, je ne connais pas le système, parce que c'est aussi l'absence de connaissance du système de soins, parce qu'on a quand même un système de soins particulier. Et si on le comprend pas... Voilà... Même nous, si on comprend la majorité des choses, y'a des

fois c'est complexe quand même ce système de soins. Et puis la non compréhension du traitement par rapport à la pathologie en fait. Les gens ne se rendent pas bien compte que tel traitement est efficace par rapport à tel symptôme ou telle pathologie. Je pense au diabète, parce qu'on a beaucoup de gens qui sont en rupture de traitement quand ils arrivent ici. Et c'est hyper compliqué quoi. C'est hyper compliqué d'expliquer à un diabétique qui vit à la rue qu'il faut une alimentation saine et équilibrée. Enfin j'veux dire on ne peut pas avoir ce... on doit avoir ce discours-là, mais comment on l'a auprès d'une personne précaire ? Lui expliquer qu'il lui faut du sommeil, du repos... Et du coup y'a plein de choses qui font qu'il ne peut y avoir d'adhésion de soins comme un patient lambda qui a un chez soi, qui a accès à l'hygiène, qui a accès au confort. Et heu... voilà.

## **C) Adhésion aux soins et pratiques infirmières**

### **C.1. Et comment on peut faire alors, avec quelqu'un qui est diabétique... comment on arrive à l'accompagner ?**

On essaye de faire au mieux, de lui expliquer au mieux ce qui est mieux pour lui. Voilà. Tout en restant humble, encore une fois, et tout en prenant de la distance par rapport aux soins... ne pas mettre la barre trop haute en fait. Ce qu'on veut éviter, par exemple c'est les malaises dus à des hypoglycémies. On ne cherche pas forcément une glycémie équilibrée sur toute la journée. On adapte donc les objectifs. Voilà. On ne va pas attendre les mêmes objectifs que pour un patient lambda. Tout en sachant qu'on lui dit qu'il faut qu'il revienne régulièrement pour qu'il teste sa glycémie. On leur donne des appareils à dextro. Bien souvent c'est très compliqué pour l'utilisation. Mais bon y'a aussi tout une éducation thérapeutique. On arrive souvent à des résultats. La glycémie n'est pas forcément stabilisée, mais ça va beaucoup mieux qu'avant.

### **C.2. Il y a des savoirs-faire ou des savoir-être qui vous paraissent essentiels ?**

Heu... L'écoute ça c'est sûr. Il faut vraiment écouter l'autre, dans ce qu'il apporte, dans ce qu'il est. Le prendre comme il est en fait, c'est surtout ça. Et de ne pas heu... comment... de pas caler nos notions, nos connaissances sur chaque personne, parce qu'en fait, ça ne marchera pas. Il faut vraiment passer par l'écoute, savoir vraiment ce qu'il est, qui il est, ses valeurs, et ce qu'il peut faire. Parce que si on n'a pas tout ça, eh bien ça ne fonctionnera pas au niveau de l'adhésion thérapeutique. Et puis il y a aussi ce que les gens disent et ce qu'ils font derrière. Parce qu'en fait ils n'osent pas dire. On se rend compte au fur et à mesure du temps qu'en fait malheureusement la situation n'est pas comme la personne l'avait décrite. Et ça si on n'écoute pas, et si on n'essaie pas de sentir, on ne le reçoit pas en fait. Et il y a la confiance qui va avec. Après il faut être disponible, ça s'est sûr. Mais bon tout ça, ça va de soi pour moi. Et puis en fait c'est vraiment un parcours avec l'autre. On y va ensemble. Il est pas lui le patient – c'est pour ça que j'ai du mal à considérer les personnes en tant que patient – et le professionnel. On va ensemble. Le parcours on le fait ensemble. Le lien permet d'aller ensemble. C'est des notions qu'on a pas forcément en service.

### **C.3. Quels seraient pour vous les principaux freins que vous rencontrez quand vous essayez d'accompagner les personnes vers l'adhésion aux soins ?**

La non-compréhension des autres. Heu... la peur. La peur de l'inconnu, la peur de l'autre qui est différent. La personne est souvent confrontée à la réaction des autres professionnels qui ne comprennent pas la personne, de part la langue déjà. Ils se sentent en insécurité... Il y a un sentiment d'insécurité de certains professionnels, c'est pour ça qu'ils réagissent comme ça. On fait un temps de travail aux urgences deux fois par semaine. Quand on fait les relèves, dès qu'il y a une personne qui ne parle pas le français, ça y est c'est pour nous. Alors que ça ne s'arrête pas à ça. Je sais qu'il y a un manque de temps. Mais j'aime pas dire ça, parce que déjà c'est une perte de temps de le dire. Quand on fait des consultations et qu'on a une barrière de la langue, on prend un interprète. Mais les autres soignants de l'hôpital ne font pas. Alors qu'on a le même service d'interprétariat. La dernière fois en gastro la secrétaire m'a dit « ah mais c'est compliqué ». Elle n'a pas voulu, alors que le patient était polonais et ne parlait pas un mot de français. Quand j'ai vu le médecin, je lui ai proposé de faire la consultation avec un interprète et il a trouvé ça super. L'entretien a duré une demi-heure et le monsieur a enfin pu comprendre ce qu'on lui disait. Alors qu'il avait déjà vu ce médecin-là et il n'avait jamais compris. C'est quand même la moindre des choses de se faire comprendre de l'autre quoi, de partager... enfin je sais pas. Il faut prendre en compte la culture de l'autre. C'est hyper important. Les personnes précaires ou les migrants ont eux aussi des savoirs faire. S'ils sont toujours vivants après tout ce qu'ils ont vécu, c'est qu'il y a quelque chose qui fonctionne. Après je conçois que ça peut être compliqué.

Heu... les odeurs par exemple. Je défis n'importe qui de vivre une semaine à la rue, et bien forcément on ne sentira pas bon. Pareil, celui qui est en grande errance et qui a son chien. Pourquoi maintenant dans tous les lieux on lui dit que le chien n'est pas accepté. J'veux dire c'est le seul compagnon de vie qu'il a. Et heu... c'est pas normal je trouve. Après je trouve qu'il y a toujours un cadre à mettre. Y'a des personnes qui sont... parce qu'il y a la maladie alcoolique qui est très présente dans la rue. Pendant les entretiens, quand on va dans la rue heu... Si on pose le cadre dans la rue en disant « pendant l'entretien si vous pouviez éviter de consommer juste pendant l'entretien, ça va durer un quart d'heure » et bien ils le comprennent tout à fait. Si on pose un cadre qui est compréhensible, l'autre peut l'accepter. On arrive toujours à un accord avec la personne. Pour ça c'est donnant-donnant. C'est vraiment un changement de position. On se met à égalité en fait. J'pense que c'est ce qu'on perd un peu quand on devient professionnel dans une institution. Parce qu'en fait on a la force de l'institution. Pour atteindre, soigner un organe, il faut aussi considérer l'enveloppe. Et cette enveloppe-là elle est pleine de richesse. C'est aussi grâce à cette enveloppe-là que l'organe est protégé. C'est ça qui est intéressant dans notre service, c'est qu'on prend vraiment la personne dans sa globalité.

## **D) Le travail dans l'adversité ou la gestion de ses propres émotions**

### **D.1. Comment faites-vous pour ne pas vous blinder, pour ne pas ramener ces situations à la maison, ou pour lever les difficultés relationnelles qu'elles engendrent ?**

Nous dans le médico-social on a toujours un temps de supervision, d'analyse de pratique. Et ça c'est nécessaire. Ça se fait en équipe. Y'a pas la hiérarchie. C'est une libre parole. Y'a pas de jugement. Et ça nous permet pour des situations très complexes de prendre du recul. Ça s'est vraiment un outil. Après, de travailler en équipe, c'est un outil. Et de partager, ça aussi c'est un outil. On est jamais seul en fait. Ensuite on a les partenaires. C'est une équipe agrandie avec le partenariat. Y'a forcément des situations qui nous bouleversent, qui nous atteignent. On est pas des robots en fait hein. Mais de pouvoir en parler, heu... et puis de pouvoir même en parler à la personne en lui disant « votre situation m'inquiète » ou « je ne vous sens pas bien ». C'est à double sens. C'est pour la personne comme pour moi. Ça permet de désamorcer les situations. Après je pense qu'il y a peut-être une histoire de caractère. Il faut aussi savoir être apaisant et rassurant pour désamorcer les situations. Et c'est la relation à l'autre qui nous apprend ça. C'est pas dans les livres.

### **D.2. La non-adhésion peut donner un sentiment de frustration, dans la mesure où le résultat du travail n'est à la hauteur de l'énergie fournit par le soignant. Que ressentez-vous dans le cas d'un échec thérapeutique et comment gérez-vous cela ?**

Alors. Le but de l'accompagnement pour nous c'est de rendre l'autre autonome. C'est lui donner les moyens d'être autonome. Des moyens d'apprentissage, avec l'éducation thérapeutique par exemple. Enfin... voilà. Et je dirais que c'est comme une relation avec un enfant. Le but d'être parent c'est de rendre son enfant autonome. Donc heu... voilà... Et l'échec... Heu... par exemple avec la problématique alcool il y a des échecs. Forcément. Sauf que ces échecs-là on peut s'en servir comme tremplin. Ça nous fait avancer plus loin. Ça permet d'expliquer au patient comment avancer. Du coup c'est pas un échec en soi. Sauf que le patient n'a pas été muni de tout. Heu...et que la prochaine fois... déjà le corps il a une mémoire, il garde la mémoire de tout. Ça sera plus facile la prochaine fois. Ça sera plus facile d'accéder au soin. Je pense au tabac ou à l'alcool. Ça sera plus facile d'accéder à la réussite du soin après. Parce que le corps vraiment garde la mémoire. Les autres efforts d'après seront plus faciles. Mais c'est clair qu'on a des situations heu... Des fins de vie – parce qu'on a des fins de vie... et heu... c'est compliqué. On a deux situations comme ça où heu... en fait y'a eu un diagnostic de fin de vie par rapport à des SDF. Et en fait ils comprennent bien les gens. Je pense aussi à un monsieur a qui on avait annoncé un gros truc et il a complètement disparu de la circulation. Plus personne ne le voyait, même les équipes de nuit du Samu Social. Il a été invisible ce monsieur. Nous il ne venait plus du tout. Mais vraiment invisible. Et il y a 15 jours il est arrivé à la consultation. Je pense qu'il devait être à l'état d'épuisement. Et c'est ça qui l'a fait revenir. Donc il va pas bien. Il va encore moins bien qu'il y a 6 mois. Il a accepté d'aller aux urgences. Il est resté une semaine hospitalisé. J'ai trouvé ça super. Il s'est requinqué on va dire, et il est reparti. Et il est à nouveau invisible. Mais le pire c'est que... c'est de me dire qu'il va mourir tout seul dans un coin. Et ça pour moi c'est l'échec. On aura pas réussi à mettre quelque chose en place qui puisse l'accompagner jusqu'au bout.

## **E) La parole est à vous**

**E1. Y aurait-il des éléments qui vous paraissent essentiels pour l'accompagnement à l'adhésion aux soins et que mes questions ne vous ont pas permis d'aborder ? Si oui pouvez-vous préciser ?**

Moi je me dis que tout soignant devrait passer par l'approche de la précarité pour être soignant. Pour comprendre la nature humaine, on en a besoin. Voilà. C'est une sacrée école de la vie. Et par rapport à cette adhésion, non, je pense que ... mais oui... ça permettrait de rendre beaucoup plus simple la prise en charge de l'autre si tout le monde avait une petite connaissance de la précarité.

## Entretien 3

### I. PARTIE QUANTITATIVE

**Nom de service :** Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

**Date, lieu et heure de l'entretien :** le 30 avril 2019

**1. Vous êtes**     ■ une femme / □ un homme / □ Autre

**2. Pour avoir une idée de votre expérience, j'aurais besoin de savoir**

– **Depuis combien de temps exercez-vous la profession infirmière ?** 9 ans

– **Depuis combien de temps travaillez-vous plus spécifiquement auprès de personnes en situation de précarité ?** 2 ans

– **Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?** 2 ans

### II. PARTIE QUALITATIVE

#### **A) Le vécu, l'expérience, et les besoins des personnes en situation de précarité**

**A.1. En quelques mots, comment définissez-vous la précarité telle que vous la rencontrez dans votre service ?**

Alors... heu... je vais partir de comment nous on définit la précarité ici... le critère d'admission justement pour soigner les personnes. Je dirais que les personnes en situation de précarité c'est des personnes qui soit vivent dans la rue, soit qui ne vivent pas dans la rue mais pour qui il y a une difficulté d'accéder aux soins... et heu il y a plusieurs difficultés qui font qu'elles vont avoir du mal à accéder aux soins. Heu... mais la personne précaire ça peut être... une personne primo-arrivante, en demande d'asile, une personne sans papiers, ça va pouvoir être une personne qui n'a pas d'hébergement... ou pour qui la situation sociale, administrative fait qu'elle a du mal à accéder... elle va être en rupture de soins et elle va avoir du mal à accéder à la santé.

**A.2. Qu'avez-vous appris sur la précarité en travaillant comme IDE que vous ne saviez pas avant ?**

Heu... c'est marrant cette question. Qu'est-ce que je pourrais avoir envie de dire à quelqu'un qui vient d'arriver ? Moi je crois que ce qui me touche particulièrement... c'est de vraiment vraiment vraiment casser nos représentations et de ne pas être figé sur des stéréotypes, et de... ouais, moi je crois que ce qui m'intéresserait vraiment quand les gens arrivent, ou qu'on a des stagiaires, c'est de leur dire : attention il n'y a pas de nous et les autres. Même s'il y a des différences culturelles, entre guillemets, de vraiment faire attention à ne pas rester figé dans des stéréotypes qu'on pense, qu'on croit... qu'on a envie de projeter sur l'autre. Et surtout de ne pas se nourrir de la précarité ou du mal-être de l'autre quoi... on est pas là pour... on va pas sauver la planète surtout. On ne peut pas se nourrir du mal-être de la personne pour en faire un peu notre combat de tout les jours.

#### **B) L'adhésion aux soins**

**B.1. L'adhésion aux soins est-elle une problématique que vous rencontrez auprès des personnes en situation de précarité ? Si oui, est-ce fréquemment selon vous ?**

Alors je dirais pas fréquemment, mais on rencontre une adhésion ou une non-adhésion. Oui.

**B.2. Avez-vous un exemple marquant à me relater ?**

Dans le fait qu'une personne n'adhère pas, ou que j'ai l'impression qu'elle n'adhère pas aux soins ?

**– Oui, qu'elle n'adhère pas ou qu'elle rencontre des difficultés l'amenant à prendre des décisions que l'on va considérer comme mauvaises pour sa santé.**

– Heu... Moi je dirais que je suis pas trop marqué par ces histoires où les gens n'adhèrent pas. Il y en a peut-être une, mais après peut-être que je vais faire du hors-sujet. Mais j'ai cette histoire en tête parce que c'est celle qui m'a marqué. On avait un patient que j'avais rencontré une fois ou deux avec l'équipe du Samu Social. Heu... un monsieur... on voit en fait dans l'approche qu'il est complètement... y'a vraiment un truc de l'étrangeté... Je l'ai rencontré une première fois à la bibliothèque de [...], parce que c'était vraiment son repère la-bas. Et après je l'ai revu dans la rue avec une autre personne du Samu. Et... c'était un monsieur arménien, qui vit en France depuis 10 ans, mais il est surtout dans une grande errance. Et je pense qu'il a une problématique de santé mentale, heu... qui fait qu'il y a cette étrangeté, quelque chose de... qui paraît un peu ironique quand on discute avec lui, avec de la bizarrerie. Et heu... On a travaillé avec lui l'accès ici, au centre de consultation, mais il n'adhérait pas des masses. En tout cas il n'avait pas très envie de venir là. Heu... il est venu une première fois après en consultation et il venait tout le temps pour des douleurs abdominales. Mais c'était tout le temps compliqué de parler avec lui, parce qu'on comprend qu'il est perturbé psychologiquement... en tout cas je comprends qu'il doit avoir des hallucinations. Il nous dit qu'il a mal, et qu'il a quelque-chose dans son corps qui est pas tip-top. On le voit comme ça deux fois. Il va faire un bilan sanguin, il va faire un échographie et on va voir qu'il a un sarcome au niveau du pli de l'aine. Et donc nous, branle-bas de combat : on se dit qu'il faut absolument qu'il aille aux urgences pour être soigné. Il va aller aux urgences et on va lui expliquer que l'échographie est un peu douteuse. Je le revois lors de ma permanence aux urgences. Il était arrivé la veille. Mais en fait on sait pas pourquoi il part. Il est plus dans l'hôpital. Derrière, on va savoir en fait que pour les Urgences, comme ça ne nécessitait pas qu'il reste sur l'hôpital, eh bien en fait il est reparti. Sauf que pendant deux mois et demi trois mois, on le voit plus du tout. Alors qu'en fait, c'était vraiment un lieu où il venait toutes les semaines, ici à la consultation. Je me suis posé des questions. Est-ce qu'il avait compris qu'il avait un cancer ? Peut-être qu'on lui avait mal expliqué ? Il doit avoir mal, mais qu'est-ce qui fait qu'en fait il ne vient pas ? Et là, il y a peut-être un mois, il est revenu comme de par hasard. Il nous dit que ça va pas du tout, qu'il se sent vraiment malade. Il voit le médecin et elle l'informe qu'il est malade, qu'il a un cancer, un sarcome, que c'est grave et qu'il faut qu'il aille aux urgences. On lui pose la question de savoir s'il a envie, mais il ne répond pas vraiment. On fait alors appel à un interprète en se disant que ça sera plus facile pour lui dans sa langue maternelle. En fait il nous demande juste « Est-ce que c'est grave ? ». Voilà. Je l'accompagne après aux urgences. Il va être pris sur les post-urgences. On lui avait tout expliqué pour qu'il comprenne bien comment aller se dérouler l'hospitalisation. Et là, on ne sait pas ce qu'il se passe... Il est quand même resté deux ou trois semaines... et pareil... il est reparti. On va plus le voir je pense. Ou peut-être dans 3 mois à nouveau. Voilà.

**– Très bien. Du coup c'est pas du tout hors-sujet !**

**B.3. Comment expliquez-vous cette non-adhésion aux soins ?**

Je pense qu'il y a plein de raison à la non-adhésion. Heu... après y'a... je fais vraiment la différence entre la non-adhésion de la personne qui est en demande d'asile et là j'ai l'impression qu'il y a moins de non-adhésion. Parce que l'adhésion aux soins fait qu'elle va avoir un certificat médical à envoyer à l'OFIE – l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, ndlt – qui va permettre d'avoir un hébergement. Donc là j'ai l'impression qu'il y a moins de cas de non-adhésion.

**– Même dans la gestion des maladies chroniques, vous avez l'impression qu'ils sont plus à même de respecter les prescriptions ou les recommandations.**

– Ouais. Et s'il y a non-adhésion, moi j'ai l'impression que c'est parce que le traitement n'a pas été compris. Heu... peut-être que... que y'a trop d'information. Peut-être qu'il n'y a pas eu assez d'éducation thérapeutique. Parce qu'en fait on en fait pas des masses. On a pas assez de budget. On a pas l'espace non plus. Parce qu'il faut quand même qu'à la Pass on soit rentable. Donc je me dirais que quand y'a des difficultés, c'est soit parce que la personne n'a pas compris, soit parce que y'a la barrière de la langue... soit parce que.... Moi je demande toujours aux patients s'ils savent lire et écrire pour que l'on puisse s'appuyer sur quelque chose : est-ce que le patient va comprendre l'ordonnance ? On a beau écrire dans la langue de la personne, si elle ne sait pas lire, ça ne marche pas. Est-ce que la personne est convaincue par le diagnostic que le médecin a posé ? Est-ce que la personne a compris ce que ça allait être – par exemple dans le cas du diabète et des personnes que j'ai vu qui pour le coup n'adhèrent pas des masses – est-ce qu'elle a compris que

ça allait être à vie ? Et prendre un traitement à vie c'est compliqué. Parce que la maladie ne se voit pas mais y'a quand même quelque chose quoi. Et puis le diabète, ce qui est compliqué déjà, j'ai l'impression, déjà pour une personne lambda, entre guillemets, française, qui a ses papiers, qui sait lire et écrire et où il n'y a pas de barrière de la langue, heu... cette personne elle va déjà forcément décrocher. Alors celles pour qui il y a plein de difficultés : barrière de la langue, c'est peut-être compliqué aussi d'accéder à un point d'eau, prendre ses traitements, heu... le fait peut-être de... alors pour le coup... des demandeurs d'asile où la personne va devoir changer de foyer dans une autre région. Cette personne va de nouveau décrocher. Soit elle part avec ses traitements et là elle va faire tout ce que nous on aurait envie qu'elle fasse. Déjà pour un Français c'est compliqué : « *il faut je pense à prendre toutes mes boîtes de médicaments, faut que je les emmène avec moi, faut que je pense à trouver un médecin traitant, faut que je pense à renouveler mes médicaments, à mince c'est jusqu'au 30 avril, ben tu vas anticiper une ou deux semaines avant* ». Heu quand tu sais pas quand est-ce que tu vas partir, quand est-ce que tu vas arriver dans un nouvel hébergement, tu peux prendre tes traitements si tu les as avec toi, ou peut-être que si c'est comme avec la pharmacie avec laquelle on fonctionne, elle ne donne les traitements que pour une semaine. Donc si tu pars le mardi alors que tu devais venir chercher tes traitements le mercredi ben tu pars t'as plus rien. Donc à nouveau, cassure, rupture de traitement. Et heu... je pensais à un autre truc encore. C'est aussi ce truc de retrouver derrière un médecin. Donc en attendant que les droits ouvrent à la sécurité sociale, ben ça veut dire qu'il faut repasser par une PASS avec les délais qui sont vraiment très longs. Déjà il faut trouver une PASS, parce qu'il n'y en pas de partout. Et là oui je me dis il n'y a pas adhésion aux soins. Et peut-être parce que la personne se dit « j'ai fait un stop pendant un mois, ça c'est bien passé, j'ai pas eu de problèmes par exemple ». Pour les personnes en grande errance, là c'est encore plus compliqué. Parce que j'ai l'impression... tout ce truc de la grande errance c'est en fait des parcours d'aide sociale à l'enfance, de parcours de rupture, de personnes qui vivent dans la rue, qui connaissent tout le langage des travailleurs sociaux, et des personnes qui vivent dans la rue, c'est compliqué de leur dire, de prendre soin d'elle en général, et de penser à leur santé en fait. Et quand on est dans la rue, ou est-ce qu'on stocke les médicaments ? Et pour toutes les personnes qu'on rencontre dans la rue, pour qui on travaille vraiment l'aller-vers, il nous faut des mois et des mois avant de pouvoir faire venir la personne en consultation, même si la personne dit qu'elle ne va pas bien, qu'elle est malade. J'ai l'impression que ce qui est compliqué pour les personnes en grande errance c'est cette histoire de rupture en permanence. On ne prend pas soin de soi. Et il y a aussi la problématique de la personne que l'on rencontre dans la rue : est-ce qu'elle est alcoolo-dépendante ou a peut-être une autre addiction ? Est-ce qu'elle a un chien – ça complique vraiment le fait de pouvoir venir à une consultation ? À combien de temps elle est la personne en fait du lieu de la PASS – des fois des personnes ne viennent pas une deuxième fois parce que c'est trop loin ? Faire la queue à la PASS, tenir dans salle d'attente, ça aussi c'est compliqué. Et c'est compliqué aussi entre les demandeurs d'asile et les personnes en grande errance, entre celles qui vont dire « ah, il pue », et puis plein de remarques... ou des... voilà, ça, ça va être compliqué. La question de l'alcool elle est vraiment compliquée aussi parce qu'arriver le matin à 9h alors que peut-être déjà on se lève très tard, et c'est une habitude qu'on a prise. Et puis le fait de devoir se tenir, de ne pas boire une seule goutte d'alcool, alors que les consultations durent longtemps. Nous on va essayer d'adapter ce truc-là. On va essayer de ne pas faire attendre trop longtemps la personne parce que sinon elle ne va pas tenir dans la salle d'attente. Mais d'abord la régularité déjà pour les personnes en grande errance c'est compliqué. C'est compliqué d'entamer les démarches en fait alors qu'il n'y a rien qui est fait. Y'a pas de domiciliation, rien. Alors le soin j'ai l'impression que ça vient tellement après.

## **C) Adhésion aux soins et pratiques infirmières**

### **C.1. Quels sont les outils et les pratiques dont vous disposez pour accompagner les patient·e·s en situation de précarité vers l'adhésion aux soins ? 7. Quels savoirs-faire et savoirs-être vous paraissent essentiels ?**

Des outils dont je dispose... Après y'a des trucs de base. Moi j'aime bien dire qui je suis. Ça me permet de me pauser. Mais juste parce que j'ai l'impression qu'il y a des moments où l'on est tellement... on sait nous où on veut aller... et ça nous permet de se reposer, de se dire « ben là en fait je vais commencer, je vais commencer un entretien ». Et souvent ce que je trouve super c'est que la personne se présente aussi. Heu sinon les autres outils... y'en a plein. Je pense à l'écoute, l'écoute active. Il faut savoir entendre la demande de l'autre. Et ensuite laisser un temps à la personne pour qu'elle puisse dire ce qu'elle veut. Ce qui est un peu compliqué parce qu'en fait on est toujours en train de courir. Parce que quelqu'un qui dit « j'ai mal au ventre », derrière il peut y avoir autre chose. On reçoit beaucoup de personnes qui viennent poser quelque chose... on propose un traitement, mais ils ne vont pas le prendre. Et quand on leur demande... je crois

qu'on leur demande pas vraiment quels sont leurs véritables besoins. Pour nous on se dit « vous avez des céphalées, vous avez besoin de ça ». Mais c'est compliqué en fait de savoir de quoi ils ont vraiment besoin. Parce que quelqu'un qui vient de dire ce qu'il a, il vient poser quelque-chose. Mais il n'a pas forcément besoin qu'on lui propose quelque-chose. Et dans les outils aussi, le fait de vraiment se dire... de partir des ressources de la personne. Il faut aussi que la personne comprenne pourquoi elle prend le traitement. Des personnes vont arrêter un traitement parce qu'elle ne comprenne pas pourquoi. Et aussi il faut donc bien expliquer c'est quoi les effets secondaires. Des fois des personnes prennent un médicament, elles ont mal au ventre et dès qu'elles arrêtent, elles voient que ça va mieux. Il faut expliquer pour que la personne comprenne le bénéfice et le risque du médicament. La question de l'efficacité est vraiment importante pour les personnes. Pour ça il faut être à l'écoute de leurs besoins. Et souvent les gens n'osent pas demander des explications sur le traitement. Soit parce qu'il y a la barrière de la langue, soit parce c'est le médecin alors « on va faire ce qu'il nous demande ». Et dans cette histoire d'outils, je me dis aussi qu'il faut parfois sortir les personnes de la rue. Parce que penser à sa santé quand on est dans la rue, c'est vraiment compliqué. Et peut-être que les personnes précaires n'adhèrent pas parce qu'elles ont aussi un rythme différent, et elles ont d'autres problématiques : y'a du stress, de l'anxiété, et y'a aussi des non-adhésion à un soin parce que le rendez-vous à la préfecture il est beaucoup plus important que d'aller se faire soigner.

## **C.2. Ma prochaine question était : quels sont les freins ou les difficultés que vous rencontrez dans votre démarche d'accompagnement à l'adhésion aux soins ? Mais vous y avez déjà répondu. Est-ce qu'il y a toutefois des choses qui vous voudriez rajouter ?**

Euh oui. Je pense aussi à l'importance de l'accueil. Si on a une personne qui n'adhère pas aux soins et si un jour elle décide enfin de venir ici, qu'elle se dit aujourd'hui je ne vais pas boire pour me soigner, il faut vraiment qu'on se pose la question de comment on la réceptionne, pour que ça marche en fait, pour qu'elle ait envie de rester. Ça peut être de la faire passer avant. Parce qu'une personne qui vient et pour qui c'est compliqué de rester enfermé, ça va être dur pour elle. Et je me dis aussi que quand la personne elle fait la démarche d'aller vers le soin, par exemple aux urgences, on va aussi pas les prendre parce qu'on se dit que c'est un problème social. Et elles ne vont pas être reçues. Donc nous il faut qu'on essaye de faire en sorte que les personnes puissent aller jusqu'au bout de leur démarche, parce que ça, ça casse. C'est souvent que des personnes en grande errance nous disent qu'elles ne veulent plus aller dans tel ou tel hôpital. Et c'est souvent parce qu'ils ne sont pas écoutés. On les renvoie tout de suite vers quelque-chose de social parce qu'on va plaquer comme ça sur eux un stéréotype. Du coup l'hôpital peut avoir une image très négative pour eux. Le cadre est souvent plus dur à respecter pour eux à l'hôpital. Nous ici on arrive à être plus souple. Ils peuvent sortir et rentrer en attendant. Il ne faut pas leur donner l'impression d'être enfermé. On arrive aussi à adapter le soin, à le personnaliser. Aussi pour certaines personnes qui sont à la rue, on peut garder leur traitement, si c'est trop compliqué pour eux de les transporter ou de ne pas les perdre. Ça les fait revenir, et en plus ici il y a un point d'eau. Ça marche pas tout le temps... mais... voilà. Souvent pour les patients en grande errance qui sont hospitalisés, on passe les voir avec le Samu social au moins tous les deux jours. Ça permet de faire le lien entre la personne et l'équipe médicale qui est là sur place. On peut alors expliquer aux soignants les difficultés de la personne et mieux expliquer au patient ce qu'on lui fait et pourquoi il est là, et mieux lui expliquer le cadre. J'ai aussi l'exemple d'une personne qui devait être hospitalisé et qui avait un chien. On a été en contact avec une association qui a pu garder le chien. Et ça a vraiment bien marché. La personne a tenu 15 jours à l'hôpital.

## **D) Le travail dans l'adversité ou la gestion de ses propres émotions**

**La précarité et la manière dont elle s'exprime peut parfois être difficile à recevoir par les soignants. Je pense à l'agressivité, voire à la violence mais aussi au désarroi dans lequel vous devez trouver certaines patientes ou patients. Vous devez rencontrer des situations à peine imaginables voire à la limite du supportable...**

### **D.1.2. Comment faites-vous pour ne pas vous blinder, pour ne pas ramener ces situations à la maison, ou pour lever les difficultés relationnelles qu'elles engendrent ?**

Ah. Elle est dure cette question-là. Je vais moins parler là je pense. Euh... bien moi je trouve ça toujours très dur. Je pense que je me suis un peu plus blinder qu'avant... mais que c'est toujours compliqué. C'est vraiment compliqué. Moi maintenant je me mets derrière ce truc que c'est professionnel en fait. C'est mon travail. Parce que sinon y'a des personnes qu'on pourrait ramener chez soi. Y'a un truc que j'ai intégré aussi c'est que les situations médico-sociales prennent des semaines, des mois... et puis y'a aussi la satisfaction, le

fait d'avoir fait des choses qui ont marché dans la journée. Je me dis que si j'ai réussi à faire quelque-chose, même des toutes petites choses, genre j'ai montré à une personne comment faire pour aller au bain-douche, ça me donne une satisfaction qui cache un peu les autres difficultés. Après y'a des trucs qui aident aussi, comme la supervision qu'on a une fois par mois avec une psychologue, pour discuter de situation avec les patients. Mais moi je crois que ça m'aide surtout à pouvoir discuter de difficultés institutionnelles, de comment l'institution nous mets dans des positions difficiles face aux personnes. Et si j'ai du désarroi, ça sera pas tant en raison de la situation avec le patient. C'est plus ce que l'institution m'empêche de faire.

### **E) La parole est à vous**

**E.1. Y aurait-il des éléments qui vous paraissent essentiels pour l'accompagnement à l'adhésion aux soins mais que mes questions ne vous ont pas permis d'aborder ? Si oui, pouvez-vous préciser.**

Non, je pense avoir tout dit [rires]

## Entretien 4

### I. PARTIE QUANTITATIVE

**Nom de service :** Lits Halte Soins Santé (LHSS)

**Date de l'entretien :** 3 mai 2019

**1. Vous êtes**     ■ une femme / □ un homme / □ Autre

**2. Pour avoir une idée de votre expérience, j'aurais besoin de savoir**

– **Depuis combien de temps exercez-vous la profession infirmière ?** 19 ans

– **Depuis combien de temps travaillez-vous plus spécifiquement auprès de personnes en situation de précarité ?** 2 mois

– **Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?** 2 mois

### II. PARTIE QUALITATIVE

**A) Le vécu, l'expérience, et les besoins des personnes en situation de précarité**

**A.1. En quelques mots, comment définissez-vous la précarité telle que vous la rencontrez dans votre service ?**

Alors, la précarité de nos patients à nous en premier lieu c'est l'abri. On se retrouve face à des patients qui ont par choix pas d'abris et d'autre qui forcément n'ont pas le choix. Et puis la précarité financière forcément. Et ce qui m'a surtout marqué vu que je suis toute récente ici, ce que je trouve frappant moi c'est... je pense qu'ils ont aussi beaucoup une précarité de...ils manquent d'amour ces patients. C'est simple. Ils manquent de... de relationnel...

– **C'est l'exclusion sociale**

Exactement. Alors après c'est quelques fois très difficile de nouer des relations avec certains, parce qu'ils ont tellement mis de... une barrière par rapport au monde extérieur que c'est bien compliqué. Et il y en a d'autres par contre qui se jettent dans la proposition qu'on leur fait. Voilà. Donc la précarité moi je la vois sur ces 3 points de vue là : matérielle, financière et puis... sociale, ou... je sais pas comment on peut la définir.

– **Parmi les personnes que vous recevez, est-ce que vous définissez des types ou des catégories ?**

Oui. Il y a le sans-abri de rue, on va dire le clochard à l'ancienne, qui bien souvent veut retourner dans la rue, parce que bien voilà c'est son mode de vie. Après on a la grosse partie migrants, qui, j'ai pas trop de recul, mais a pris selon mes collègues qui sont là depuis très longtemps une proportion gigantesque. Et c'est vrai que là sur nos 30 patients, il y en a bien la moitié quand même, avec une grande partie de l'Europe de l'Est. Des Albanais, des Roumains, et puis quelques africains aussi. Et dans les migrants je vois une troisième partie qui prend de plus en plus de proportion aussi, c'est des migrants de l'Europe de l'Est qui viennent profiter du système de santé et qui sont pas forcément des gens dans la précarité dans leur pays.

**A.2. Qu'avez-vous appris sur la précarité en travaillant comme IDE que vous ne saviez pas avant ?**

Ha... C'est une question qui est vaste mais aussi très drôle parce que j'ai vu mes anciens collègues et je leur ai fait que des éloges de là où je travaille maintenant... On apprend tout ici en fait, parce qu'on est confronté à la précarité dans tous ces sens, et... c'est compliqué à gérer et en même temps c'est extrêmement enrichissant... Ce que je leur ai dit c'est que le relationnel avec ce genre de patients est extraordinaire parce que ça va dans les extrêmes avec eux en fait. Donc c'est soit on est remercié comme jamais, chez des patients qu'ont pas de moyens, qui nous font des cadeaux malgré tout. Enfin je trouve ça absolument merveilleux. Et l'autre extrême c'est des gens qui sont alcoolisés, toxicomanes la plupart, et qui se retrouvent dans une violence pas possible, et là la violence forcément elle ressort et on se la prend dans la tête. Mais c'est passionnant quoi.

**– Qu’aimeriez-vous dire à un étudiant ou à un nouveau collègue qui arriverait dans le service et qui vous paraît essentiel ?**

...Moi je pense que je fais soit la comparaison avec mon métier d’avant soit j’ai l’impression d’avoir changé de métier. Et je trouve que je suis moins exigeante avec mes patients ici que je ne l’étais avant en oncologie. Mais je suis moins exigeante sous tous les niveaux. Avec moi-même aussi. Je prends plus de libertés avec les soins. C’est pas parce que c’est des sans-abri mais c’est juste que je pense que me met un peu plus à leur niveau. J’essaye de partager ce que j’ai fait jusqu’à présent mais en me mettant à leur niveau. On est plus rigide avec les patients lambda que je ne le suis maintenant avec mes patients d’ici. Alors après j’ai vieilli aussi [rires].

**B) L’adhésion aux soins**

**B.1. L’absence d’adhésion aux soins est-elle une problématique que vous rencontrez auprès des personnes en situation de précarité ? Si oui, est-ce fréquemment selon vous ?**

C’est quo-ti-dien. Je viens de faire la relève avec ma collègue du matin et c’est encore le problème du jour. Comme exemple concret on a patient qui est ici pour un suivi de cancer ORL, qui est dans sa deuxième phase de traitement. Il a eu sa première phase de chimio-thérapie, chez un patient qui a des antécédents d’alcoolisme, qui a arrêté de boire mais par contre qui est tabagique plus-plus-plus et... qui a déjà eu du mal à gérer son traitement de chimiothérapie comme il fallait... et maintenant on entre dans la deuxième phase. C’est des séances de radiothérapie. Et là, on lui a annoncé des séances jusqu’à la fin du mois de juin, tous les jours. Il a fait 3 séances et il veut arrêter. Donc ça a été la problématique du jour, ça a été « pourquoi vous voulez arrêter », et essayer de lui faire changer d’avis. C’est compliqué parce qu’il ne faut pas les frustrer, parce que dès qu’on rentre dans la frustration... et puis s’il doit revenir en arrière...

**– Quand vous dites frustré c’est comme bloqué dans la relation...**

Si on lui dit que c’est une obligation, qu’il n’a pas le choix, que c’est comme ça et pas autrement, c’est la meilleure façon de le voir partir. Il faut pas oublier qu’on est pas... on est un hôpital entre guillemets et un centre d’hébergement et ils peuvent partir quand ils le veulent.

**B.2. Avez-vous un exemple marquant à me relater ? Question non posée, au vu de la réponse précédente.**

**B.3. Comment expliquez-vous cette non-adhésion aux soins ?**

Ben je pense que c’est... c’est... c’est dans son caractère de dire non à tout. Après quand on a vécu comme ça ... il a un vécu très compliqué avec la maladie dans sa famille et des décès pas possible... donc je pense que ça le renvoie à tout ce qu’il a vécu auparavant... heu... il vient de perdre sa sœur d’une maladie comme ça... Notamment... Et puis heu... et puis je pense qu’on lui en demande aussi beaucoup. Alors nous on tempore ici, parce voilà, on a que affaire à des patients comme ça mais quand ils vont en soins dans un autre hôpital, les soignants ont pas forcément l’habitude de gérer ce genre de patients. Et puis l’hôpital on sait tous que ça devient un machine et que le côté relationnel c’est compliqué. Donc on leur annonce qu’ils vont être en centre de radiothérapie, qu’il faut arrêter de fumer, de boire, pas mettre de crème, « faut pas faire ci, faut pas faire ça, faut manger »... Voilà. On leur donne tout un tas de recommandations, une liste de chose à ne pas faire et forcément ça correspond à tout ce que eux ils ont envie de faire. Je pense qu’on leur rabâche ça à chaque séance et que du coup c’est compliqué. Après pour l’adhésion de ce patient, je sais pas si tu vas en parler après, mais nous, heu... on revient à nos catégories de patients ici, on a quand même beaucoup de migrants et beaucoup de barrières de la langue et ça aussi c’est compliqué. Parce qu’on a des fois l’impression qu’ils comprennent et on se rend compte après qu’ils n’ont pas compris. Ou des fois c’est qu’ils n’ont pas envie de comprendre aussi. C’est une grosse difficulté je trouve. C’est lié à l’observance du traitement, parce que du coup, on se retrouve devant des patients qui vont pas à leur séance de chimio parce qu’ils n’ont pas compris ou ils se retrouvent dans un autre hôpital à l’autre bout de la ville alors qu’il fallait aller à un autre. On a encore eu un exemple hier. On s’est aperçu... un monsieur d’origine arménienne, qui est soigné pour un cancer du côlon, et en fin de traitement, il lui reste plus qu’une séance et on a appris hier qu’en fait il n’avait jamais su qu’il avait un cancer du côlon. Il est en stade terminal en plus... alors qu’il a passé toutes les étapes du traitement. Il est arrivé chez nous. On arrive en fin de traitement et on s’aperçoit

qu'en fait il n'a rien compris. Alors bon, il n'y a pas eu que la barrière de la langue parce qu'on avait fait des traductions via sa famille, mais la famille n'a pas souhaité que ça aille jusqu'au patient. Mais... enfin... C'est vraiment très compliqué.

### **C) Adhésion aux soins et pratiques infirmières**

#### **C.1. Quels sont les outils et les pratiques dont vous disposez pour accompagner les patient·es en situation de précarité vers l'adhésion aux soins ?**

C'est vaste. Et moi j'ai pas trop de recul non plus et je patauge un peu la dedans... Pour être simple, les traitements qui sont mis en place on les fait prendre devant nous, parce que... enfin... ça dépend des patients... On cible les patients avec qui on aura des problèmes d'observance, parce qu'on a notamment des toxicomanes qui vont garder les médicaments dans les poches pour les stocker. Et puis des patients qui ont surtout des troubles cognitifs et à qui il faut vraiment imposer la prise de traitement devant nous sinon on se retrouve dans des situations délicates. C'est un accompagnement. C'est un peu strict notre façon de faire mais ça se passe plutôt bien. Après, qu'est-ce qu'on fait de plus ? J'en reviens à la flexibilité. Je pense qu'on essaye de se mettre un petit peu à leur niveau. À part ces traitements où on est très rigide par rapport à la prise, pour le reste on essaye de se mettre à leur niveau. Et face à leurs difficultés c'est nous qui nous adaptons. J'ai l'exemple notamment d'un patient qui a un cancer de la langue, à qui on fait des alimentations entérales. On en faisait trois par jour, mais on voyait bien que plus ça aller, moins il venait, et qu'il adhérerait de moins en moins. On s'est adapté à sa demande. Donc on a baissé les débits, le nombre de poche et on s'adapte quoi, en fonction de... Ce que je ferais peut-être moins avec un patient lambda dans un service d'hospitalisation normal.

#### **– c'est quelque chose que vous faites au cours d'un entretien avec la personne ?**

Aussi. Oui oui. Dès qu'on a une difficulté... d'observance, on n'hésite pas. On en parle en équipe déjà et puis on n'hésite pas. Déjà tous les lundi on a une réunion multidisciplinaire, on parle des cas qui nous posent problème et on n'hésite pas à prendre le patient en entretien, en petit comité pour ne pas lui mettre une pression de dingue. On discute avec lui de comment améliorer la prise en charge.

#### **C.2. Quels savoirs-faire et savoirs-être vous paraissent essentiels ?**

Je pense que je manque de pratique au quotidien pour eux et pour répondre plus en détail.

#### **C.3. Quels sont les freins ou les difficultés que vous rencontrez dans votre démarche d'accompagnement à l'adhésion aux soins ?**

Moi une des premières choses qui me freine au quotidien, c'est la barrière de la langue. Ça c'est sur. Ce qui me pose souci c'est... Après je pense que c'est leur vécu, tout ce qu'ils ont pu vivre, enfin, c'est difficile, on est pas des magiciennes avec notre baguette magique. S'ils n'ont pas envie ils n'ont pas envie quoi. On est pas là pour leur forcer la main. Donc on est confronté régulièrement à des patients qui disent non c'est non. Après ça peu mener à l'exclusion de la villa parce que forcément ils sont là pour des soins donc s'il y a un refus de soin, quoi qu'on essaye de monnayer en face, ben voilà, ils retourneront dans la rue quoi.

### **D) Le travail dans l'adversité ou la gestion de ses propres émotions**

#### **D.1. Comment faites-vous pour ne pas vous blinder, pour ne pas ramener ces situations à la maison, ou pour lever les difficultés relationnelles qu'elles engendrent ?**

Moi je vais pas être blindée puisque je commence dans cette spécialité. Mais après je peux parler de mon expérience d'avant, parce que j'ai quand même 20 ans d'expérience en onco, et justement je suis parti de l'oncologie un petit peu pour ça, parce que je commençais à ne plus pouvoir absorber tout le malheur des gens, j'y arrivais plus. Et curieusement, je me retrouve avec des gens qui ont encore plus de malheur, parce que non seulement ils sont malades mais en plus ils sont malades de la vie, j'ai envie de dire. Mais ils ont un recul malgré tout. Il y a ceux qui ne comprennent rien à ce qui leur arrive. Ils ont un recul par rapport à leur vie... voilà. C'est plus facile à accepter. Après moi je commence donc j'suis confronté tous les jours à des situations et des histoires de vie et je me dis « mais c'est pas possible ». À la fois je me dis « c'est pas possible » et à la fois ça peut arriver à tout le monde. Mais pour l'instant je le ramène pas chez moi. Mais

juste maintenant je regarde les sans-abris à l'extérieur d'une autre façon. Aussi je trouve qu'on a plus de retour positif envers ces patients qu'avec un patient lambda dans un service hospitalier. Il faut dire que les patients en service hospitalier sont d'une exigence de plus en plus... voilà. Les patients ici sont déjà contents de ce qu'on peut leur offrir et ne vont pas demander l'impossible. Et puis ils sont d'une générosité ces patients qui est incroyable. Donc c'est que du bonheur quand on voit un sourire venant de leur part. C'est beaucoup plus gratifiant qu'un patient habituel. La contre partie c'est qu'on a une violence parfois dure à encaisser. C'est vraiment les extrêmes. Après on fait aussi des analyses de pratique. Et on est une petite équipe donc on parle entre nous.

**D.2. La non-adhésion peut donner un sentiment de frustration, dans la mesure où le résultat du travail n'est pas à la hauteur de l'énergie fournit par le soignant. Que ressentez-vous dans le cas d'un échec thérapeutique et comment gérez-vous cela ?**

Ben il faut apprendre juste une chose, c'est qu'on est pas tout puissant. Que ce soit pour des gens dans la précarité ou d'autres. On va pas faire des miracles quand la personne en face en a décidé autrement. Elle a son libre-arbitre. Il faut apprendre à être humble par rapport à sa décision. Et ça, ça s'apprend avec l'expérience. On va pas sauver le monde. Voilà. Donc de l'humilité, tout simplement.

**E) La parole est à vous**

**E.1. Y aurait-il des éléments qui vous paraissent essentiels pour l'accompagnement à l'adhésion aux soins et que mes questions ne vous ont pas permis d'aborder ? Si oui pouvez-vous préciser ?**

Heu non, je trouve que l'entretien est bien orienté. Après, heu, moi je dis vraiment... j'insiste sur le fait que c'est la barrière de la langue qui nous pose soucis dans notre quotidien. Je ne suis pas là depuis longtemps, mais je pense que je vais me lancer dans la recherche de savoir comment arriver à contourner cette barrière. Je pense que c'est vraiment un souci au quotidien et justement qui peut vraiment mettre à mal l'observance des traitements, et des rendez-vous et d'autres questions.

**– vous pouvez faire appel à des traducteurs parfois ?**

Alors y'a une association mais qui est financée donc... voilà. Après nous à chaque admission de patient on essaye de voir s'il y a des gens autour de lui qui parle français, on récupère des numéros de téléphone qu'on essaye d'appeler en cas de besoin, quand vraiment on a besoin de se faire traduire. Après Google est notre ami. Ça marche bien. Mais dès fois on se retrouve avec des mauvaises traductions. C'est difficile d'aller traduire pour un mari ou une femme, une sœur ou un frère, d'aller traduire des choses, qu'on annonce quelque chose de dramatique... Voilà voilà. Y'a plein de chose qui moi me pose problème dans cette histoire de traduction, de barrière de la langue en tout cas.

## Entretien 5

### I. PARTIE QUANTITATIVE

Nom de service : Infirmière libérale

Date de l'entretien : 4 mai 2019

1. Vous êtes     ■ une femme / □ un homme / □ Autre

2. Pour avoir une idée de votre expérience, j'aurais besoin de savoir

– Depuis combien de temps exercez-vous la profession infirmière ? 41 ans

– Depuis combien de temps travaillez-vous plus spécifiquement auprès de personnes en situation de précarité ? 12 ans

– Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ? 12 ans

### I. PARTIE QUALITATIVE

#### **A) Le vécu, l'expérience, et les besoins des personnes en situation de précarité**

##### **A.1. En quelques mots, comment définissez-vous la précarité telle que vous la rencontrez ?**

Le plus souvent, je vois des personnes isolées socialement... en marge, qui ont un manque de connaissances, et qui ont... un sentiment de toute puissance de la médecine, qui n'osent pas facilement aller vers les soins. Ils sont en attente de propositions, et... voient souvent le secteur médical comme tout puissant.

– Ce que vous dites ici c'est que la précarité est pour vous fortement associée à l'isolement social ?

Oui. On voit beaucoup en libéral dans les familles des personnes qui sont en difficultés de socialisation. C'est lié souvent à leur situation de souffrance psychique, et qui associe souvent des problèmes physiques parce qu'ils n'ont pas accès, du fait d'un manque de moyens financiers, de moyens d'éducation, accès à la connaissance. Ça fait qu'ils manquent souvent de réflexion sur eux-mêmes, qui fait qu'ils ont un besoin d'être très accompagnés.

##### **A.2. Qu'avez-vous appris sur la précarité en travaillant comme IDE que vous ne saviez pas avant ?**

Ce que j'ai découvert en exerçant en libéral... d'abord c'est qu'accompagner les gens au quotidien c'est très important, qu'on noue une relation avec eux ... qu'on les découvre au fil du temps, et que la notion de non-jugement est très importante. Il faut laisser venir les personnes à raconter leur histoire. Il faut accepter ce que les gens disent... sans jugement, ne pas vouloir faire ce qu'on voudrait que les choses soient ou comme on nous les a apprises... On apprend à faire les choses d'une certaine façon pour permettre aux personnes d'arriver à un meilleur état de santé. Les personnes doivent alors adhérer complètement à ce que dit le médecin, souvent de manière très autoritaire. Avec les personnes en situation de précarité, il faut comprendre comment la personne vit, quelle perception du soin elle a, comment elle voit sa vie, quelles sont ses croyances. Ce n'est pas à nous d'imposer notre schéma de vie, parce que leur vie est aussi respectueuse qu'une autre vie. Ça peut être une façon d'être différente de la nôtre.

#### **B) L'adhésion aux soins**

##### **B.1. L'absence d'adhésion aux soins est-elle une problématique que vous rencontrez auprès des personnes en situation de précarité ? Si oui, est-ce fréquemment selon vous ?**

Oui, c'est quelque chose de très fréquent. En libéral, c'est d'ailleurs souvent parce que les personnes n'adhèrent pas aux soins, parce qu'elles n'en ont pas la possibilité, par exemple les personnes âgées, ou pour des raisons psychiques ou physiques, ils peuvent avoir des altérations de leur état de conscience que l'on intervient. À ce moment-là, on demande souvent par exemple une première aide à la toilette. Pour des personnes en précarité, c'est une première entrée dans l'accompagnement infirmier. C'est à partir de là que l'on peut mieux cerner les personnes, leur vie, leurs besoins et leurs attentes... En rencontrant les personnes,

on s'aperçoit que le vrai problème n'est pas forcément l'aide à la toilette. On s'aperçoit que c'est ce qu'il y a autour d'eux qui est à construire... Il s'agit souvent de redonner confiance aux personnes en elles-mêmes, d'être plus confiantes envers le médical, mais aussi dans la relation, dans les rencontres.

## **B.2. Avez-vous un exemple marquant à me relater ?**

Heu... oui, j'ai des situations qui m'ont peut-être plus marqué que d'autres. Par exemple, je vois un monsieur qui était assez jeune... 45-50 ans quoi. Ce monsieur était suivi pour une maladie psychique. Il suivait très difficilement son traitement avec des angoisses très importantes, une difficulté à sortir de chez lui, avec une façon de se dire... par exemple je ne peux sortir que de telle heure à telle heure le matin. « Sitôt que le soleil est éclatant, mon corps mon esprit ne peut pas résister à l'environnement extérieur ». On a découvert à ce monsieur un diabète assez avancé, en raison d'une découverte sur le tard. Il avait une alimentation dérégulée, il s'alimentait très mal. Il ne faisait jamais de cuisine. Il avait aussi des problèmes financiers. Il fumait aussi beaucoup. Il restait enfermé chez lui, il n'avait pas liens, à part des personnes sans domicile fixe, qu'il rencontrait dans la rue et qui posaient des problèmes chez lui, car il ne savait pas bien gérer. Et donc les relations ne se passaient pas toujours très bien, c'était plutôt des conflits. Nous avons accompagné ce monsieur, et petit à petit, au jour le jour, il est arrivé à avoir une grande confiance dans l'équipe. Quand il se sentait mal il avait l'habitude de nous appeler pour savoir si on allait bien arriver à l'heure. Ces moments d'échanges lui permettait de se stabiliser. Petit à petit, il a même recommencé à aller au centre de santé mentale, à avoir quelques activités. Tout ça lui a permis de juguler ses angoisses, et d'avoir une vie un peu plus équilibrée.

## **B.3. Comment expliquez-vous cette non-adhésion aux soins dans le cas des personnes en situation de précarité ?**

Je pense que beaucoup adhèrent mal parce que souvent je pense qu'ils n'en voient pas le bénéfice et des fois c'est comme une révolte, une révolte envers le système. Parce que s'il n'arrive pas à établir un bon lien, on va dire plus ou moins affectif avec le médecin, avec... heu... oui souvent c'est le médecin, eh bien à ce moment-là, heu... si par exemple ils vont faire par exemple des examens, s'ils vont à l'hôpital passé un séjour... et s'ils ne rencontrent une chaleur, un échange, une bonne relation, à ce moment-là ils pensent que ça ne vaut pas le coup, que heu... ça ne sert à rien quoi. Je pense qu'ils ont beaucoup ce ressenti, ce ressenti en eux même, du regard, du jugement des personnes qui elles ont la connaissance et qui doivent heu... voilà ils le prennent un peu comme une imposition, sans comprendre pourquoi il faut qu'ils fassent ça. Et puis beaucoup de traitements en plus de ça ont des effets secondaires, que ce soit dans la santé mentale ou quand on a des maladies cardio-vasculaires, etc... y'a quand même beaucoup de médicaments qui ont des effets secondaires, et là de nombreuses fois les patients arrête leur traitement parce qu'ils n'acceptent pas les effets secondaires, ils ne les comprennent pas. Donc ça demande beaucoup de discussions avec eux, d'accompagnement, de les prévenir, tu vois de les soutenir, et de comprendre pourquoi ils agissent de la sorte, pourquoi ils pensent que ça serait mieux si on arrête complètement le traitement.

## **C) Adhésion aux soins et pratiques infirmières**

### **C.1. Quels sont les outils et les pratiques dont vous disposez pour accompagner les patient·e·s en situation de précarité vers l'adhésion aux soins?**

Eh bien moi je pense d'abord que chaque personne est différente et, donc je crois qu'il faut analyser la situation avec la personne. Ça dépend si la personne est seule, si elle vit dans une famille c'est de comprendre aussi le fonctionnement de la famille, de comprendre le passé des personnes, pour petit à petit essayer de les faire adhérer à ce qui serait le mieux pour eux. Voilà, c'est comprendre ce qui serait le mieux pour eux. Parce que souvent on va proposer certains soins mais c'est pas l'idéal souvent pour la personne, je veux dire. On veut toujours faire en sorte que la personne adhère à ce qu'on lui propose, il faudrait qu'elle prenne bien son traitement, qu'elle mange mieux, qu'elle soit moins sédentaire, qu'elle boive moins d'alcool, qu'elle fume moins, mais ça c'est des injonctions. Il faut vraiment pour y arriver, c'est d'abord faire appel à d'autres professionnels pour faire adhérer comme tu dis le patient à ses traitements. On a souvent besoin d'autres professionnels. Et le gros problème c'est souvent de travailler en lien, en coordination avec tous les corps de professionnels pour pouvoir avancer et améliorer la santé des personnes.

## **C.2. Quels savoirs-faire et savoirs-être vous paraissent essentiels ?**

Alors... Eh bien... moi je me dis que le savoir-être se construit au fil du temps. Je pense qu'il faut beaucoup d'empathie, beaucoup de tendresse envers les gens, voilà, de les prendre comme ils sont. Voilà. Il faut savoir être simple. Il faut savoir à des moments avoir de l'humour, il faut savoir rire, être détendue, comme on peut être avec n'importe qui. Ça s'apprend au fil du temps. Je pense que quand j'étais jeune infirmière j'étais assez rigide, certainement... je ne faisais que ce qu'on me demandait, je n'allais pas plus loin dans le soin. Et puis la façon de faire du soin a aussi évolué. Le soin a énormément évolué, et je pense surtout dans le bon sens. Aussi, le savoir faire est avant tout relationnel. L'ouverture est essentielle. Il faut vraiment une relation de confiance. Le savoir-faire, comme les soins techniques sont importants mais l'enjeu n'est souvent pas là. Il faut aussi savoir se remettre en question, pour savoir comment soi-même on est.

## **C.3. Quels sont les freins ou les difficultés que vous rencontrez dans votre démarche d'accompagnement à l'adhésion aux soins ?**

La difficulté c'est que l'adhésion est quelque chose qui n'est pas tout le temps acquis. Des fois tu penses avoir bien avancé, et puis des fois tu te dis et bien tiens on a reculé d'un pas. Il faut savoir changer sa façon dont on avait appréhendé une situation et se dire qu'on s'est trompé ; que c'est peut-être pas la façon dont on doit s'y prendre avec ces personnes. Des fois ça marche très bien et puis des fois non ça ne marche pas, ou des fois la relation avec certaines personnes ne se fait pas très bien. Des fois c'est aussi à cause de l'équipe. Quand on doit se coordonner avec différents soignants c'est souvent le temps qui manque, le fait que la coordination ne soit pas très fluide, ou élaborée. C'est difficile de poser les choses, les objectifs en équipe, afin que chacun sache où l'on va. Le plus intéressant serait de faire ça avec la personne que l'on accompagne. Il faudrait que les choses soient posées, diagnostiquées et que l'on sache où on veut aller.

## **D) Le travail dans l'adversité ou la gestion de ses propres émotions**

### **D.1. Comment faites-vous pour ne pas vous blinder, pour ne pas ramener ces situations à la maison, ou pour lever les difficultés relationnelles qu'elles engendrent ?**

En me basant sur les situations qu'on a avec mon équipe, je pense que déjà il faut beaucoup échanger. Je pense que l'échange verbal est très important. Ça permet de prendre du recul sur ce qu'on vit, parce que des fois comme tu dis, t'as l'impression, tu te dis mais pour qui on me prend. Tu le ressens ça des fois et tu te dis « est-ce que c'est vraiment mon rôle de soignant ça » ?. Et là il faut prendre du recul et revoir avec les personnes pour mettre des limites. Mais comment les mettre les limites sans être non plus le soignant qui est hyper autoritaire, qui devient lui-même violent, maltraitant et cætera. Ça va vite la maltraitance. En tant que soignant on peut être très très maltraitant. Il suffit de ne pas parler, de faire les choses automatiquement ... ça va vite. Ça demande vraiment un gros investissement sur soi. Et je pense que ça a dû m'arriver d'être maltraitant. Des fois quand on est pas bien... enfin on est loin d'être parfait quoi...

### **D.2. La non-adhésion peut donner un sentiment de frustration, dans la mesure où le résultat du travail n'est à la hauteur de l'énergie fournit par le soignant. Que ressentez-vous dans le cas d'un échec et comment gérez-vous cela ?**

C'est vrai qu'on peut le sentir ce problème-là. On se dit avec l'équipe qu'à des moments il ne faut pas avoir des attentes qui soient démesurées. Voilà. Il faut avancer petit à petit. C'est que des petites choses en fait sur lesquelles il faut travailler. Et il faut arriver à les saisir ces petites choses. Il faut arriver à se dire que c'est peut être pas bien grand ce qui est arrivé aujourd'hui, mais c'est chouette quand même, et ça c'est fait quand même. Si on attend trop de ce qu'on fait, on est toujours insatisfait.

## **E) La parole est à vous**

### **E.1. Y aurait-il des éléments qui vous paraissent essentiels pour l'accompagnement à l'adhésion aux soins et que mes questions ne vous ont pas permis d'aborder ? Si oui pouvez-vous préciser ?**

Non je crois pas. Peut-être en y réfléchissant cette nuit, je me penserais à quelque chose. Mais là je ne crois pas.

**CORTI Roland**

**L'accompagnement infirmier des personnes en situation de précarité au prisme de l'adhésion aux soins**

***Énoncé de la question : Comment la profession infirmière accompagne les personnes en situation de précarité vers une meilleure adhésion aux soins***

***Résumé :*** L'adhésion aux soins des personnes en situation de précarité constitue une problématique des plus critiques à laquelle la profession infirmière est confrontée. Je montre dans ce travail que l'adhésion aux soins doit être perçue au travers du concept d'adhésion thérapeutique comme un processus dynamique au sein duquel les comportements des individus évoluent. Cependant ce concept doit être développé pour mieux appréhender la précarité. La clinique psycho-sociale est essentielle pour comprendre les conditions d'existence des personnes démunies et une approche interculturelle est indispensable pour les accompagner. Les pratiques infirmières sur le terrain manipulent au quotidien ces concepts, sans les avoir forcément identifiés au préalable. Il est désormais nécessaire de confronter la théorie et la pratique pour développer une approche conceptuelle de l'adhésion thérapeutique au plus près des besoins des personnes en situation de précarité.

***Mots-clés :*** Soins infirmiers / Adhésion thérapeutique / Précarité / Clinique psychosocial / Interculturalité

**Nursing support to persons in vulnerable situations viewed through the lens of health care adherence**

***Abstract:*** The health care adherence of persons in vulnerable situations is of major concern to the nursing practice. I showed in this study that health care adherence need to be perceived through the lens of the treatment adherence concept as a dynamic process in which individual behaviours evolve and fluctuate over time. However, this concept is not develop enough to substancially consider poor populations. Psychosocial research is essential to understand the living conditions of vulnerable persons while an intercultural approach is fundamental to support them. Nursing practices show a daily use of these concepts, whether they have been preliminarily identified or not. It is now necessary to confront theoretical and practical knowledge to develop a conceptual approach of treatment adherence as close as possible to vulnerable person needs.

***Key-words:*** Nursing practices / Treatment adherence/ Vulnerable populations/ Psychosocial clinic / Interculturality.