

IFSI PAUL BROUSSE

Promotion 2012-2015

Mémoire de fin d'étude- UE 5.6. S6- Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles.

Le rôle de l'infirmière dans la prise en charge éducative d'un patient en situation de précarité.

Rédigé par : KENFACK VOUFFO Calorine

Directeur de mémoire : Madame LALOT Audrey

Le 18 Décembre 2014

Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier ma directrice de mémoire, Madame Audrey LALOT, pour ses remarques aidantes et ses conseils qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie également les infirmières qui ont pris de leur temps pour les entretiens menés, qui ont servi à l'élaboration d'une partie de ce travail.

Un grand merci à mon époux et à mes deux filles pour leur compréhension et toutes les sacrifices faites durant ces trois années de formation.

Je remercie enfin ma famille au Cameroun, mes ami(e)s pour leur soutien tout au long de ma formation.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 3 |
| I. SITUATION D'APPEL | 4 |
| 1) Choix de la situation | 5 |
| 2) Questionnement et champs disciplinaires..... | 6 |
| a) Sciences humaines, sociales et droit | 6 |
| b) Sciences médicales et biologiques | 6 |
| c) Sciences et techniques infirmières, interventions | 6 |
| 3) Argumentation du choix du champ disciplinaire | 7 |
| II. CADRE DE REFERENCES THEORIQUES | 7 |
| 1) La précarité | 7 |
| a) Définition de la précarité..... | 7 |
| b) Les facteurs de la précarité..... | 9 |
| c) Les besoins d'une personne en situation de précarité | 9 |
| 2) Prise en charge de la personne en situation de précarité..... | 12 |
| a) La difficulté d'accéder aux soins | 12 |
| b) Prendre soin des personnes en situation de précarité | 13 |
| c) La relation de soin | 15 |
| d) Le rôle infirmier : Aider à la restauration de l'estime de soi | 16 |
| 3) L'éducation du patient en situation de précarité | 17 |
| a) Définition de l'éducation thérapeutique | 17 |
| b) Les étapes de l'éducation thérapeutique..... | 18 |
| c) Le rôle éducatif de l'infirmière | 19 |
| III. CADRE METHODOLOGIQUE..... | 20 |
| 1) L'outil d'enquête..... | 20 |
| 2) Présentation et analyse des résultats | 21 |

| | |
|--|----|
| 3) Les limites et les difficultés | 28 |
| IV. PROPOSITION DE L'HYPOTHESE DE RECHERCHE..... | 29 |
| CONCLUSION | 31 |
| BIBLIOGRAPHIE | 32 |
| ANNEXES | 34 |

INTRODUCTION

Ce travail de fin d'étude se situe dans le cadre de l'unité d'enseignement 5.6 semestre 6 : « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles ». Il s'inscrit dans la suite de la réflexion menée dans le travail préliminaire de note de recherche. Lors de mes stages en milieu hospitalier, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de prendre en charge les patients en situation de précarité. Personnellement, il n'a pas été toujours facile de les prodiguer les soins. Une situation de soin a retenu mon attention et les questionnements qui en découlent portent sur les difficultés de prise en charge de ces personnes. L'objectif d'y trouver des solutions appropriées pour une meilleure prise en charge m'a motivé à réaliser mon travail de recherche sur la prise en charge éducative des patients en situation de précarité.

Dans la suite de ce travail, je vais présenter, en premier lieu, la situation de soin qui est à l'origine de cette réflexion. Dans un second temps, les concepts sur lesquels a porté la recherche documentaire. Dans le cadre méthodologique, je vais présenter tout d'abord l'outil d'enquête qui a servi dans le recueil d'informations auprès des professionnels interrogés. Ensuite je vais présenter et analyser les résultats en les confrontant aux différentes idées retenues dans le cadre conceptuel. Dans la dernière partie suivra la problématique avec la formulation de la question de recherche.

I. SITUATION D'APPEL

Au cours d'un stage de deuxième année, j'ai été interpellée par une situation qui s'est déroulée pendant la troisième semaine de stage, en service d'oncologie générale. Monsieur B, âgé de 64 ans, sans domicile fixe, est hospitalisé depuis un mois après un épisode d'hyperthermie. Il est diabétique, diagnostiqué depuis trois ans. Atteint d'un cancer de la vessie suivi dans le service depuis un an.

Après notre tour de soins de midi avec l'infirmière diplômée d'État (IDE) qui m'encadrait, j'ai pris l'initiative d'aider l'aide soignante (AS) à distribuer les déjeuners aux patients. Ce matin là, elle était seule alors qu'habituellement il y avait deux AS dans l'unité. Dans le service, les trois repas quotidiens sont adaptés aux régimes des patients hospitalisés.

Lorsque l'AS a présenté son plateau repas à monsieur B, celui-ci lui a demandé ce qu'elle lui apportait encore comme « *merde* ». L'AS lui a présenté le contenu du plateau. Monsieur B lui a alors demandé « *Et ma compote ? Et le sucre pour le fromage blanc ?* ». L'AS a rappelé au patient qu'elle n'a pas le droit de lui donner des desserts sucrés. Monsieur B a alors rétorqué « *Et pourquoi ? Donc je n'ai pas le droit de manger ce qui me plaît ?* ». L'AS lui a suggéré de s'adresser à l'IDE. En entrant dans la chambre de monsieur B à ce moment là, je l'ai trouvé debout devant son lit, la poche de sa néphrostomie trainant par terre. Je lui ai rappelé que l'hémogluco-test réalisé une demi-heure plus tôt a révélé une hyperglycémie, qui risquait de s'aggraver avec la prise d'aliments sucrés, surtout qu'il a déjà refusé l'administration d'insuline recommandée par son protocole. Monsieur B a alors répondu fermement « *Je m'en doutais, ... je savais très bien que ça devait être la même chanson ; depuis que je suis revenu ici, c'est toujours le même refrain. En tout cas, je vais me tirer d'ici ; j'en ai marre qu'on me dicte ce que je dois manger, je n'ai jamais été diabétique. C'est depuis que je fréquente cet hôpital que vous me parlez du diabète. De toute façon, je vais déjà bien, je vais sortir d'ici et il n'y aura plus personne pour me dire ce que je dois manger ou ne pas manger* ».

J'ai été surprise et touchée par la réaction du patient. L'AS et moi, nous nous sommes regardées et impuissantes face à la situation. Un silence s'est installé pendant quelques secondes. L'AS, sans dire un mot, est sorti pour continuer le service chez les autres patients. Quelques secondes après, j'ai proposé à monsieur B si je pouvais l'aider à remonter sa poche de néphrostomie. Je me disais que cela permettrait de changer de sujet de conversation, de détendre l'atmosphère afin de pouvoir renégocier par la suite la prise du repas. Sans un mot,

monsieur B a pris son portefeuille posé sur la table de chevet et s'est dirigé vers la sortie sans me regarder. En sortant, il s'est exclamé « *Ce n'est pas de ça que j'ai besoin, je veux seulement manger ce que je veux, maintenant je veux qu'on me fiche la paix !* ». J'avais de la peine pour ce monsieur. Il devait sans doute souffrir du fait de ne plus pouvoir manger librement ce qui pouvait lui faire plaisir. Dans le poste de soins, j'ai expliqué à l'IDE ce qui s'est passé, elle m'a répondu qu'elle ira le voir une fois qu'il sera de retour dans sa chambre. Revenue une heure après pour enlever le plateau de monsieur B, je l'ai trouvé est assis dans son fauteuil, en train de boire du soda, des gâteaux posés sur son adaptable. Le plateau repas était resté intact. Je lui ai demandé son autorisation pour enlever son plateau, et il m'a répondu : « *Je vous ai déjà dit que je ne veux pas de ce plateau, vous pouvez le garder* ». Pointant ses gâteaux de la main droite, il me dit « *ça c'est ce que je mange chez moi, et ça me suffit* ». Impuissante et ennuyée, j'ai prévenu l'IDE. Elle m'a répondu que c'est un patient qui fait toujours comme il veut, que même les médecins le savent et qu'elle n'y peut rien et qu'elle ne va pas se battre avec les patients qui refuse de se faire aider. Elle m'a aussi fait comprendre que la diététicienne qui est déjà passée plusieurs fois pour ce patient, a constaté qu'il était de plus en plus réfractaire aux conseils en lien avec le régime non diabétique. Pendant la visite médicale du matin, j'ai appris que l'examen de contrôle a montré que le cancer continue d'évoluer.

1) Choix de la situation

Cette situation m'a interpellé et a suscité en moi plusieurs interrogations en lien avec le rôle de l'IDE dans la prise en charge des patients en situation de précarité, qui se montrent réfractaires aux soins. Car je me demande si sa situation sociale est une difficulté supplémentaire pour les soignants, lors de la prise en charge éducative.

Cette situation nécessite la mise en pratique de la compétence IDE mentionnée à l'article R. 4311-2 du code de santé publique qui dispose que « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade...Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* »

J'ai constaté lors de certains de mes stages que la prise en charge des personnes en situation de précarité était souvent complexe du fait de leur difficile adhésion aux soins éducatifs,

l'absence de droits à la sécurité sociale pour certains qui n'ont pas fait les démarches nécessaires, etc. Ce qui pourrait laisser penser à la particularité de prise en charge de cette population. D'où pour moi l'intérêt de mener une réflexion autour de cette thématique afin de déceler la meilleure attitude que l'IDE peut adopter devant un patient précaire.

La situation décrite plus haut a suscité plusieurs questions qui me conduisent à mener une recherche plus large autour de cette problématique.

2) Questionnement et champs disciplinaires

Face à cette situation, je me suis posée plusieurs questions que j'ai classé, par la suite, par champ disciplinaire. A travers mes lectures j'ai essayé de trouver des réponses à chaque question.

a) Sciences humaines, sociales et droit

- Quels types de difficultés rencontrent les personnes en situation de précarité dans le suivi de leur diabète ?
- Quels sont les facteurs pouvant motiver le patient, en précarité, à refuser ou à adhérer aux soins ?
- Confrontée au refus de soins, sur quels outils l'IDE peut-elle fonder sa prise en charge sans bafouer les droits du patient ?
- Dans quelle mesure l'image de soi de la personne en situation de précarité peut-elle avoir un impact sur sa prise en charge?

b) Sciences médicales et biologiques

- Quel est l'impact du caractère chronique de la maladie sur la prise en charge du patient en situation de précarité ?

c) Sciences et techniques infirmières, interventions

- Quelles attitudes l'infirmière doit-elle adopter face à un patient en refus de soins ?
- Quel peut être l'impact du refus de soins sur la suite de la prise en charge du patient et sur la relation soignant-soigné ?

- Dans quelle mesure l'éducation thérapeutique peut-elle contribuer à l'acceptation du soin?

3) Argumentation du choix du champ disciplinaire

Dans le cadre de mon travail de note de recherche, j'ai retenu de mes lectures que les personnes en situation de précarité ont une véritable difficulté, celle de se projeter dans l'avenir et de vivre avec une maladie chronique, qui nécessite un suivi rigoureux et régulier. On peut également noter chez ces patients une importante perte de l'estime de soi, de la confiance en autrui et en l'avenir. Pour le patient, avoir confiance en soi est donc primordial pour la réussite de sa prise en charge. J'ai choisi de poursuivre mon travail dans le champ disciplinaire 4 qui correspond aux « sciences et techniques infirmières, interventions », car il me semble judicieux d'approfondir la recherche afin de cerner les difficultés et les facilités que rencontre l'IDE dans la prise en charge des patients en situation de précarité. Je souhaite également savoir dans quelle mesure le rôle éducatif de l'infirmière peut contribuer à la restauration de l'estime de soi et puis à l'acceptation du soin. Car j'estime que la dimension éducative du soin infirmier est l'un des maillons qui ne saurait manquer dans une prise en charge efficace du patient. La réflexion menée tout au long de ce travail, m'amène à la question de départ suivante :

Quel est le rôle de l'infirmière dans la prise en charge éducative d'un patient en situation de précarité ?

De cette question se rattachent plusieurs concepts que je vais développer dans la partie suivante.

II. CADRE DE REFERENCES THEORIQUES

1) La précarité

a) Définition de la précarité

Il n'existe pas de réel consensus en ce qui concerne la définition du concept de précarité. Cependant, le dictionnaire Larousse 2014 définit la « précarité » comme « *Qui n'offre nulle*

garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remise en cause¹ ». Je peux retenir de cette définition la notion d'instabilité qui peut caractériser une personne précaire. Selon Joseph Wresinski, « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives² ». Le Haut Comité de la Santé Publique, quant à lui, la définit comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités³ ». Ces définitions du concept de précarité renvoient aux notions d'instabilité et d'insécurité qui peuvent empêcher la personne précaire de disposer de ses droits. La précarité renvoie à diverses situations qui vont de celle d'un jeune salarié, qui entre dans le monde du travail, de personnes travaillant à temps partiel, d'une personne étrangère en situation irrégulière, à celle des personnes en rupture de lien social. Cependant, cette diversité de situations rend d'autant plus difficile la détermination du nombre de personnes précaires. Ainsi, la Conférence de consensus sur les sans abri de 2007⁴, nous rappelle que, « quel que soit le terme utilisé « sans domicile fixe », « sans-abri », « grands exclus » ou « gens de rien » les personnes en situation de précarité forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables⁵ ». Cependant, Françoise Hamon-Mekki, estime « qu'en France, la précarité touche aujourd'hui, à des degrés différents, près de 7,9 millions de personnes⁶ ». D'autres auteurs proposent une classification de cette population. PESSÉL Mélanie et RAYMOND François, distinguent plusieurs groupes : les « précaires » qui sont des personnes à bas revenus, les « marginaux » qui sont des personnes errantes, sans adaptation à l'organisation sociale, et les « exclus », personnes désocialisées et en rupture de lien social. C'est sur ces deux dernières catégories que se basera ce travail de recherche.

¹ www.larousse.fr consulté en Octobre 2014

² <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/precarite-pauvrete-et-exclusion.html>, consulté en Octobre 2014

³ Haut Comité de Santé Publique, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » Février 1998, page IX

⁴ Conférence de consensus. « Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ? », Paris, Novembre 2007 Page 2 (13 pages)

⁵ GIRARD, V., ESTECAHANDY, P., et al. « La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen » Novembre 2009, page 8 (231 pages)

⁶ HAMON-MEKKI, Françoise. « Pour une meilleure prise en charge de la précarité », Revue SOINS, n°755, Mai 2011, p29

Plusieurs facteurs peuvent favoriser le glissement d'une personne dans une situation de précarité.

b) Les facteurs de la précarité

Au cours de la vie d'une personne, celle-ci peut faire face à un événement ou à un enchaînement d'événements, qui la fragilisent, et la font basculer dans une situation de précarité. Ces facteurs peuvent être économiques, sociaux ou familiaux. Au niveau social, on peut noter entre autres un divorce, une rupture du lien familial, la situation d'une famille monoparentale, sans ressources suffisantes et stables, un jeune déscolarisé sans emploi, une personne en situation de handicap et une personne immigrée sans papier ou sans autorisation de travail. On peut noter au niveau économique, la perte de son emploi qui entraîne un chômage de longue durée, rendant plus difficile l'accessibilité à un nouvel emploi. L'entrée dans la précarité peut être plus ou moins brutale, mais il est à noter que la situation de précarité n'est pas une fatalité. Afin de pouvoir apporter une aide adaptée à ces personnes lors de l'exercice de mon rôle infirmier, il est important de cerner leurs besoins spécifiques.

c) Les besoins d'une personne en situation de précarité

La pyramide d'Abraham Maslow⁷ permet de classer les besoins de la personne humaine, y compris en situation de précarité en cinq catégories : Les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'estime, les besoins d'appartenance et les besoins de s'accomplir. Ces besoins sont hiérarchisés suivant le postulat : « *l'émergence d'un besoin nouveau chez un individu dépend de celui qui vient d'être immédiatement satisfait* ». Virginia Henderson, quant à elle, en considérant l'humain comme un tout complet, a recensé 14 besoins en relation avec les soins infirmiers. Elle estime qu'il a en lui toutes les ressources pour accéder à son indépendance afin de satisfaire à ses besoins. Selon elle, « *Quand un besoin demeure insatisfait, c'est que l'individu n'est pas complet* ».

Pour faciliter la perception des besoins des personnes en situation de précarité, je vais essayer d'établir une corrélation entre le modèle d'Abraham Maslow et de Virginia Henderson.

J'aurai pu développer uniquement les besoins qui interviennent dans le problème que pose ma situation de départ, mais j'ai choisi de faire une présentation plus large des problèmes, ce qui

⁷ Pyramide de Maslow. Consultable sur le site [http:// www.semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8](http://www.semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8)

me permettra de bien connaître la personne en situation de précarité, dans sa globalité. Ainsi, je suivrais l'ordre hiérarchique de la pyramide de Maslow.

❖ Les besoins physiologiques

Selon Catherine Faye⁸, la population que constituent les personnes en situation de précarité, vivant dans la rue, rencontre plusieurs problèmes de santé dont les plus récurrents sont d'ordre respiratoire. Elle mentionne « *des atteintes oto-rhino-laryngées, pulmonaires, des surinfections bronchiques, des toux,...* ». Ces pneumopathies communautaires seraient favorisées par l'exposition au froid. Certaines personnes sont de gros fumeur de tabac, qui est un facteur de risque de maladie cardio-respiratoires. Manger est une nécessité et en même temps indispensable à notre organisme pour son bon fonctionnement et le maintien de son intégrité. Catherine Faye, affirme que « *chez ces personnes on retrouve un risque élevé de malnutrition et de déshydratation parce qu'elles n'ont pas les moyens de s'acheter de la nourriture nécessaire*⁹ ». Il est sans ignorer qu'elles sont dans une situation qui ne les permet pas d'avoir les trois repas équilibrés quotidiens, recommandés pour une alimentation suffisante et nécessaire au bon fonctionnement de notre organisme. Selon cette même auteure « *les personnes âgées précaires sont exposées aux risques de maladies dont la nutrition est l'un des déterminants majeurs* ». C'est pour pallier à ces problèmes que plusieurs associations alimentaires, offrent des produits alimentaires à ces personnes démunies, pour leur permettre d'avoir un apport alimentaire de base, pour le maintien de leur santé.

Bien s'alimenter nécessite également d'avoir une bonne dentition. Il s'avère que chez ces personnes en difficulté, on rencontre une absence de recours aux soins bucco-dentaires, ce qui entraîne des difficultés de mastication des aliments solides.

A la tombé de la nuit, pour dormir, la plupart des personnes sans abri s'allonge sur le quai des trains, l'un des endroits où ils estiment être le moins exposés au froid. Mais le bruit des trains n'étant pas favorable au sommeil, ils ne peuvent dormir qu'après la fin du service à zéro heure et sont réveillés par la reprise du trafic au environ de 4 heures du matin. Cette situation associée à une forte alcoolisation favorise l'installation de l'insomnie chez ces personnes. La peur de se faire agresser ou voler pendant qu'ils dorment peut les contraindre à rester éveillés toute la nuit. Ce qui explique le fait qu'on voit certains sans abri allongés sur les quais pendant la journée. Le manque de sommeil entraîne chez eux une importante fatigue. Yann BENOIST évoque « *le rythme de vie qui implique des allers et retours quotidiens entre le*

⁸ Faye, Catherine. « Précarité et santé », Revue infirmière magazine, n°255, décembre 2009, page 5 (5-9)

⁹ Ibid

*centre de paris et les foyers d'hébergement*¹⁰ » qu'il juge fatiguant et aliénant. Les longues marches quotidiennes fragilisent les plantes des pieds et induisent une importante souffrance, entraînant une altération de la mobilité physique. Ce problème de mobilité est également causé par d'importantes plaies non traitées au niveau des membres inférieurs.

Le manque d'hygiène corporelle et vestimentaire est notoire au sein de cette population. Il est essentiellement dû aux difficultés à trouver un endroit où se laver. L'absence d'hygiène est favorable à l'apparition des affections dermatologiques, voire des surinfections cutanées. « *La gale et les poux font également partie de leur quotidien*¹¹ ». L'apparence est un élément important dans l'établissement des relations humaines. Mais l'apparence physique des personnes démunies est souvent très négligée, et les odeurs également dégagés sont souvent la cause de l'évitement et du rejet de ces derniers. Ils peuvent s'apercevoir au travers du regard des autres.

❖ **Les besoins de sécurité**

Les personnes en situation de précarité, vivant dans la rue sont souvent victime d'agressions verbale et physique. Régulièrement ils se font voler leur affaires personnels ; pour éviter ces vols, certains refusent de se rendre chez le médecin ou à l'hôpital pour une consultation et préfère rester sur place pour surveiller leurs affaires. Il leur arrive aussi parfois d'être victimes de viol, ce qui est très traumatisant.

❖ **Les besoins d'appartenance/ Besoins sociaux**

Se sentir appartenir à un groupe ou à une société est un élément fondamental dans l'équilibre et la stabilité de chaque personne. Les personnes en situation de précarité sont des gens qui ont connu une rupture soit familiale, affective ou professionnelle. Dans la rue ils ont souvent le sentiment d'avoir tout perdu et ne peuvent compter que sur eux-mêmes. Néanmoins, certains se mettent en petits groupes pour se soutenir mutuellement et se protéger contre les multiples agressions qu'ils subissent dans la rue.

❖ **Le Besoin d'estime**

Avoir une confiance en soi est primordial pour avancer dans la vie. Mais les personnes précaires ont du mal à avoir confiance en l'avenir et à la vie et ont souvent une image très

¹⁰ BENOIST, Yann. « Vivre dans la rue et se soigner », la revue Sciences Sociales et Santé, vol 26, n°3, Septembre 2008 p 23

¹¹ Ibid

détériorée d'eux même. On note une forte dépréciation d'eux même au travers de leurs propres propos. Ce qui peut bien expliquer la négligence vis-à-vis de leur apparence physique. Une des actions infirmières auprès de cette population consiste à les aider dans la restauration de la confiance en eux pour une « renarcissisation » de leur propre image (F. DIALLO, 2000)¹². Ce travail personnel que la personne en situation de précarité fait sur elle-même pourra être la clé qui ouvre la porte à l'acceptation des soins par cette dernière.

❖ **Les besoins de s'accomplir**

Ici il s'agit de la capacité d'une personne à avoir des activités, à s'impliquer dans son autoréalisation et conserver son estime de soi, de tenir un rôle au sein d'une société et de s'épanouir.

Comme nous le précise le postulat de Virginia Henderson « *quand un besoin demeure insatisfait, c'est que l'individu n'est pas complet, entier* ». L'étude des besoins faite ci-dessus m'a permis de comprendre la spécificité des besoins des personnes en situation de précarité. La prise en charge de ces personnes reléguées à la marge de la société, souvent démunies doit être globale et tenir compte des dimensions légale, biomédicale, sociale et psychologique.

2) Prise en charge de la personne en situation de précarité

a) La difficulté d'accéder aux soins

Selon les chiffres de la Fondation abbé Pierre, « *le nombre de personnes sans abri est en croissante augmentation depuis dix ans ... En fonction de leurs conditions de vie, de leurs expériences antérieures (personnelles ou familiales) de la maladie, de leurs insertions sociales, les personnes ne portent pas la même attention à leur santé, ne possèdent pas le même niveau de connaissance et d'information sur les maladies, [...], n'utilisent pas l'offre de soins de la même façon et n'ont pas les mêmes relations avec les professionnels de santé*¹³ ».

Le rapport des Médecins du Monde, note que, « *la santé n'est pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver. Souvent,*

¹² DIALLO, Fanta. « Être une personne ressource pour les exclus » Revue Soins, n° 650, 2000, Page 37

¹³ Fondation Abbé Pierre, campagne de novembre 2013. <http://www.emmaus-france.org>, consulté en Octobre 2014

les personnes sont amenées à consulter lorsque la douleur est intense ou que le problème de santé devient handicapant¹⁴»

Selon Vincent GIRARD, Pascale ESTECAHANDY et al, « *Le retard à consulter est le plus souvent mis sur le compte de facteurs liés aux personnes elles-mêmes : moindre souci porté à sa santé, moindre priorité accordée aux soins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux et vitaux urgents¹⁵* ». Ils déclarent que ce retard à consulter peut également s'expliquer du fait des attitudes des soignants eux-mêmes (vision stéréotypée), qui peuvent contribuer à éloigner les personnes en situation de précarité. Maryse BRESSON, Sociologue, trouve une autre cause à cette difficulté d'accès aux soins. Selon elle « *le forfait hospitalier est dissuasif, en l'absence de mutuelle, les bénéficiaires de couverture maladie universelle (CMU) sont refusés par certains médecins¹⁶* ». Une tranche de ces personnes démunies se trouve juste au-dessus du plafond et de ce fait ne peuvent pas accéder à la CMU-complémentaire. Pour Michèle GUIMELCHAIN-BONNET, psychologue, « *ils ont une représentation erronée ou une méconnaissance de leurs droits en matière de prise en charge des soins, méconnaissent les mesures telles que la CMU, l'aide médicale d'État (AME) ou l'allocation adulte handicapé (AAH)¹⁷* ». L'ensemble des obstacles à leur accès aux soins explique le fait qu'ils sont souvent pris en charge dans l'urgence.

b) Prendre soin des personnes en situation de précarité

Selon le dictionnaire Larousse, le « soin » est un acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un, ou les actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un. « Soigner » c'est « *s'occuper avec soin de quelque chose, être attentif à son bon état, procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'essayer de faire disparaître une maladie, de l'éliminer par des soins, ou des remèdes¹⁸* ».

En ce qui concerne le sens du mot « soin », Walter HESBEEN différencie « faire des soins » et « prendre soin ». Il pense que cette différence peut aider le soignant à inscrire son action

¹⁴ Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Octobre 2008

¹⁵ GIRARD, V., ESTECAHANDY, P., et al « La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen », Rapport d'étude, Novembre 2009

¹⁶ BRESSON, Maryse. « Précarité et besoins de santé », Revue de l'infirmière, n°125, Juillet-Août 2009, P 19 (18-20)

¹⁷ GUIMELCHAIN-BONNET Michèle. « Santé et précarité », revue Aide-soignante, n° 95, Mars 2008, p 14

¹⁸ www.larousse.fr, consulté en Octobre 2014

dans une orientation porteuse de sens et aidante pour la personne soignée. Il poursuit : « *Les sens qui seront donnés à la vie, à la santé et au soin seront déterminants car ils serviront de fondement de l'action des soignants* ». Ce qui veut dire que le soignant ne limitera pas le soin à son action technique. Selon ce même auteur, lorsque le soin est orthographié au singulier, il désigne « *l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui et pour lui* ». Selon lui, « *prendre soin* », c'est « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé*¹⁹ ». Ainsi le but du soignant est bien de venir en aide à un tiers, à un « *corps-sujet* » et non avoir tendance à orienter le soin principalement vers des actions objectives, centrées sur « *le corps-objet*²⁰ ».

Contribuer au bien être des personnes démunies ne passe t-il pas par une prise en charge médico-socio-psychologique ? Selon Maryse Bresson, « *elle vise à répondre à certains besoins comme la souffrance psychologique*²¹ ». La situation de ses personnes démunies les contraint souvent à s'exclure de la société avant même d'être exclus par la société. Cette mise en marge de la société, peut avoir pour conséquence les conduites addictives. Cette situation est souvent favorable à l'émergence d'une souffrance psychique, invalidante. Cette souffrance psychique se manifeste souvent par des fortes angoisses, une dépression et la difficulté de se projeter dans la vie, empêchant de ce fait leur réinsertion dans la société. C'est ainsi que Françoise Hamon-Mekki, parle de « *la corrélation souvent observée entre la situation de précarité, la présence des troubles psychologique et/ou d'addiction et une vulnérabilité plus importante face à la violence dont ces personnes sont victimes*²² ». La prise en charge de cette difficulté repose particulièrement sur la pratique de l'écoute et du soutien. Le soin est avant tout une relation à l'autre, et sa réalisation et son efficacité passerait par la mise en place d'une bonne relation de soin.

¹⁹ HESBEEN, Walter, « Prendre soin à l'hôpital. Inscire le soin infirmier dans une perspective soignante », Paris, Masson, 1997. 195 pages

²⁰ VLAEMYNCK, Françoise « relation soignant-soigné : Patient, objet ou sujet ? Revue de l'infirmière Magazine n° 264, Octobre 2010, pages 18-20

²¹ BRESSON, Maryse, « Précarité et besoins de santé », Revue de l'infirmière, n°125, Juillet-Août 2009, P 20 (18-20)

²² HAMON-MEKKI, Françoise. « Pour une meilleure prise en charge de la précarité », Revue SOINS, n°755, Mai 2011, p29

c) La relation de soin

BIOY Antoine et BOURGEOIS Françoise, définissent la relation de soin comme « *élément fondamental qui influence l'ensemble des échanges qui auront lieu lors du soin*²³ ».

Le soin est ainsi donc la raison d'être de cette relation. A mon sens la relation entre l'IDE et une personne précaire reste avant tout une relation particulière. Il me semble que de la qualité de soins, dépend la relation préalablement établie. A la base, la relation entre l'IDE et la personne en demande de soins est une relation asymétrique, au sein de laquelle le second suit les instructions données par la première. Le soignant risque de considérer la personne soignée comme « un objet de soins ». Selon Monique FORMARIER, « *Un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une « relation symétrique » et de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires*²⁴ ».

Au travers des regards des autres, les personnes en situation de précarité se sentent un peu rejetés. La peur de la relation interpersonnelle, peut les contraindre à se replier sur eux. Lors des soins, l'élaboration d'une relation efficace avec le patient pris en charge, peut favoriser son adhésion. En effet, les personnes en situation de précarité sont sujettes à des négligences, voire abandons ou refus de soins. L'écoute s'avère nécessaire, elle peut permettre au soignant de déceler les peurs, les difficultés et la motivation de la personne à se soigner. Comme le souligne PHANUEL Dominique, « *la relation efficace dans les soins dépend, énormément, de la qualité des informations données au patient, de l'écoute active et de l'attitude empathique des soignants*²⁵ ». Il traduit ainsi la place de l'écoute et du soutien psychologique lors de la relation de soins avec les personnes en situation de fragilité et l'adaptation de notre prise en charge face à ces personnes qui ont perdu toute confiance en eux et en autrui. Il révèle ici le rôle que l'IDE doit jouer dans la prise en charge de ces personnes dans le besoin et en souffrance.

²³ BIOY, Antoine et BOURGEOIS Françoise. « Communication soignant-soigné : repères et pratiques ». -Bréal, 2003, 240p

²⁴ FORMARIER, Monique. « La relation de soin, concepts et finalités » Recherche en soins infirmiers, n°89, Juin 2007

²⁵ PHANUEL, Dominique. « La relation pour instaurer la confiance dans les soins », Revue SOINS, n° 779, Octobre 2013, Page 30 (30-31)

d) Le rôle infirmier : Aider à la restauration de l'estime de soi

Michèle GUIMELCHAIN-BONNET, définit l'estime de soi comme « *la connaissance intime de soi-même*²⁶ ». Elle poursuit en disant « *Avoir une bonne image de soi, c'est avoir suffisamment intériorisé un sentiment de sécurité qui nous permettra d'avancer sans doute...vis-à-vis de soi même...Avoir confiance en soi est primordial*²⁷ ». Contrairement, les personnes en situation de précarité, manquent d'assurance en eux, de confiance en eux et en la vie. Elles se sentent souvent coupables de leur situation et peu à peu vont se négliger, ainsi leur image va se détériorer. La perte de l'estime de soi se traduit souvent par la négligence de leur apparence physique et les propos dévalorisants qu'elles tiennent à leur égard. André SYLVESTRE, psychologue, estime que « *l'enjeu, afin d'aider ces personnes en difficulté, serait d'accompagner la souffrance en recréant de la confiance par la mise en place d'un système de réseaux* ». Il poursuit en disant : « *chacun, dans la pratique de son métier, doit œuvrer pour fabriquer une relation de confiance et un lien social pour ainsi faire face à un avenir par nature ignoré*²⁸ ». Il relève ainsi l'importance d'un travail pluridisciplinaire lors de leur prise en charge. Michèle GUIMELCHAIN-BONNET, quant à lui, pense que « *les batailles de soins faites vis à vis d'une personne en précarité sont vaines, si un travail de réhabilitation de la confiance en elle-même et en autrui n'est pas fait en préalable aux soins*²⁹ ». Il nous montre ainsi la place de la relation soignant-soigné dans la démarche de prise en charge de la personne démunie en perte de confiance et d'estime de soi. Je peux donc comprendre que la prise en charge éducative, efficace, de ces personnes passe aussi par la réhabilitation, de la confiance en eux et en autrui et peut être de l'estime de soi.

Fanta Diallo, déclare que « *toute la difficulté du travail infirmier réside dans la renarcissisation de leur image corporelle*³⁰ ». Nous pouvons alors imaginer que le travail sur la restauration de l'estime de soi chez la personne en précarité reste primordial dans sa prise en charge. L'une des missions de l'IDE vise à les aider dans le travail qu'elles doivent faire sur elles-mêmes afin de rétablir une image valorisante d'elles. L'IDE dans sa pratique doit adopter une attitude qui respecte la dignité de la personne précaire, qui l'aide à retrouver la

²⁶ Michèle, GUIMELCHAIN-BONNET. « L'image de soi de la personne en situation de précarité », Revue aide-soignante, n°95, Mars 2008, p18

²⁷ Ibid, page 17

²⁸ SYLVESTRE, André. « Les conséquences psychologique de la précarité », Revue SOINS, n°755, Mai 2011 p52 (50-52)

²⁹ Michèle, GUIMELCHAIN-BONNET. « Santé et précarité », Revue aide soignante, Mars 2008, page 17

³⁰ Fanta Diallo, « Être une personne ressource pour les exclus » Revue Soins, n° 650, 2000, Page 37

confiance en soi et qui contribue à restaurer son estime de soi. Ceci en vue de tisser un lien favorable à la mise en œuvre d'une démarche éducative du patient.

3) L'éducation du patient en situation de précarité

La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) du 21 juillet 2009, en son article 84, inscrit l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins du patient. « *Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie*³¹ ». Nombre de personnes en situation de précarité et vivant dans la rue sont porteurs de maladies infectieuses et chroniques, nécessitant des soins quotidiens. Il ressort de ma recherche, que, le plus souvent, ils ne recourent aux soins que quand la maladie devient handicapante. Notre rôle en tant qu'IDE, auprès d'elles, consiste aussi à les éduquer. Ce qui permet d'éviter l'apparition des complications irréversibles ou mortelles, et le recours aux urgences.

a) Définition de l'éducation thérapeutique

LACROIX A. et ASSAL JP, distingue « *l'éducation pour la santé, qui concerne la population générale et l'ETP, qui ne peut être donnée que par des professionnels des soins*³² ». L'organisation mondiale de la santé (OMS en 1998), définit l'éducation thérapeutique du patient comme « *l'aide apportée aux patients et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie. C'est un processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents professionnels. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient* ». Il ressort de cette définition que la collaboration qui doit exister entre l'IDE et le patient pour la réussite de cette prise en charge éducative. Le patient de ce fait doit être au centre du soin et être acteur de sa prise en charge. Le soignant de part sa fonction joue également un rôle important dans cette prise en charge

³¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf, consulté en Novembre 2014

³² LACROIX, Anne et ASSAL, Jean-Philippe. « Éducation thérapeutique des patients », 3ème édition, Maloine, 2011, 220 Pages

éducative du patient. Le but étant de l'aider à acquérir des savoirs et compétences afin d'être autonome et d'améliorer sa qualité de vie.

b) Les étapes de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est basée sur un programme, élaboré en quatre étapes. Selon les enseignements reçus en cours dans le cadre de l'UE : 4.6 du semestre 3, les différentes sont les suivantes :

❖ Élaborer un diagnostic éducatif

C'est la première étape de la démarche éducative ; il permet d'identifier les besoins éducatifs du patient ainsi que les compétences d'auto-soins et d'adaptation psychosociale, nécessaires pour mieux vivre la maladie. Cette étape permet la connaissance du patient : ses besoins et aussi ses attentes. Elle permet également de formuler avec le patient les objectifs de son projet de soins.

❖ Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique

Le programme personnalisé, permet d'organiser, coordonner et de planifier dans le temps le parcours de soins des patients. Il permet de formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet.

❖ Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique

Il définit les actions concrètes à mettre en œuvre. L'objectif est de planifier les séances d'éducation, selon les besoins et les préférences du patient.

❖ L'évaluation de l'éducation thérapeutique

Il s'agit d'évaluer les progrès du patient. Le but de l'évaluation concerne trois domaines :

- Ce qu'a compris le patient de son éducation
- Ce qu'il sait faire (les gestes à reproduire)
- Comment il vit sa maladie (les attitudes et les comportements adoptés)

Le rôle infirmier s'avère très important dans la démarche éducative du patient. Ce rôle est clairement énoncé dans les principaux textes relatifs à l'exercice de la profession infirmière tels que : Les articles R.4311-1 et R.4311-5 du code de santé publique.

c) Le rôle éducatif de l'infirmière

Face à cette population, l'IDE exerce son rôle dans toutes les dimensions du soin. Son rôle ne se limite pas uniquement aux soins qui relèvent de son rôle prescrit. La dimension éducative qui fait partie de son rôle propre à une place primordiale dans la prise en charge des personnes démunies. Elle leur porte de l'attention, de l'écoute, des informations et de l'accompagnement dans leur prise en charge ; tout en adaptant ses actions à leur situation personnelle. L'idée étant de les rendre acteurs de leur propre situation et de leur vie. Odile GASLONDE, affirme que « *cette prise en charge est d'autant plus difficile que les personnes démunies ont vécu dans les conditions précaires, voire excluantes, ont un rapport particulier avec le temps, au corps, une santé souvent très dégradée, un lien social délité, une non demande et un lien étroit avec l'alcool qui occupe une place considérable dans leur vie*³³ ». Cette situation présente une réelle difficulté dans la prise en charge infirmière, car génère les troubles d'ordre psychique et relationnel, rendant la coopération du patient souvent difficile. En temps normal, la création d'un lien durable peut conduire au désir de se soigner et de se laisser aider.

Une éducation de ces personnes démunies ne peut être amorcée que si elles ont retrouvé de la confiance en eux et aux professionnels de santé. L'éducation doit donc être adaptée aux besoins spécifiques des personnes en précarité. La démarche d'éducation est basée sur l'aspect médical, social pour favoriser sa réinsertion sociale. Sur le plan médical, l'IDE met en place des entretiens individuels et motivationnels. Éduque la personne tout en lui permettant de retrouver son autonomie à gérer son traitement et d'être observant. Elle l'accompagne autour de l'hygiène corporelle et alimentaire. Elle travaille ensemble avec la personne sur l'acceptation de vivre avec sa maladie et définir également avec elle les projets en lien avec le suivi de sa pathologie, car grand nombre sont dans le déni de leur propre situation de santé et sociale. Elle les informe sur le système de soin, les dispositifs d'aide et les structures de prise en charge. Cet accompagnement est axé sur l'aide à l'autonomie et sur la valorisation de ces efforts. Sur le plan social, l'éducation repose sur le travail de l'image corporelle, ayant pour objectif la valorisation de l'estime de soi. Il vise également à travailler sur le regard des autres, l'expression de ses sentiments, de son ressenti et l'expression de sa souffrance. La finalité est de permettre à la personne de réapprendre à avoir confiance en soi, de retrouver

³³ Odile GASLONDE, « Rôle infirmier au Samu social de Paris » Revue Savoirs et soins infirmiers » 60-540-N-10

son estime de soi, de se sentir responsable de sa vie et d'être acteur dans sa recherche d'une meilleure qualité de vie.

A travers les multiples lectures, j'ai essayé d'explorer les termes clés retenus de ma question de départ afin de m'orienter vers des pistes de réflexion pertinentes. Les entretiens exploratoires à réaliser vont me permettre d'une part de confronter les informations recueillies au travers des documentations, de vérifier la pertinence de ma question de départ et d'autre part d'identifier dans le récit des professionnels d'autres pistes à explorer.

III. CADRE METHODOLOGIQUE

1) L'outil d'enquête

J'ai choisi de réaliser trois entretiens semi-directifs, de 30 minutes environ, auprès de trois infirmiers exerçant dans trois structures différentes. L'une des IDE est spécialisée en éducation thérapeutique, elle exerce dans une polyclinique qui prend en charge des personnes atteintes de diabète, de VIH, lymphome etc. Les deux autres IDE exercent dans deux structures médico-sociales distinctes. La première se situe en plein centre de Paris et l'autre dans la banlieue parisienne. Le choix des lieux me permettra de voir si la pratique du rôle éducatif infirmier ou les problèmes rencontrés dans cette prise en charge varient suivant les zones géographiques. En ce qui concerne le choix des professionnels enquêtés, il s'est fait en fonction de l'expérience professionnelle (L'infirmière n° 1 est diplômée depuis 31 ans et travaille depuis 8 ans auprès des personnes en précarité. L'infirmière n° 2 est diplômée depuis 31 ans, elle est spécialisée en éducation thérapeutique. L'infirmière n°3 est diplômée depuis 4 ans et travaille depuis son diplôme dans un Lit Halte Soins Santé). Ce qui me permettra de savoir si leur prise en charge change en fonction de l'expérience professionnelle, auprès des personnes en précarité. L'entretien individuel semi-directif a été réalisé à partir d'un guide d'entretien³⁴ comportant des questions ouvertes, en lien avec ma question de départ. Ces questions servent de trame à l'entretien et laissent la possibilité de reformulation, de relance et d'approfondissement. Le choix de cet outil permet de laisser la possibilité aux professionnels d'élargir leurs réponses. Ce qui m'a permis d'avoir des informations conséquentes à analyser.

³⁴ Annexe 1

2) Présentation et analyse des résultats

La durée moyenne des entretiens était de trente minutes environ. Les dates et les horaires des entretiens ont été fixés à l'avance, par téléphone, suivant la disponibilité des infirmières. Le premier entretien s'est déroulé dans la salle de détente du service et les deux autres dans un bureau.

En ce qui concerne la question : Qu'est ce qui définit selon vous la précarité ?

Infirmière n°1, pense que c'est le fait de vivre à la rue, ce sont des personnes qui ont du mal à respecter les consignes, à respecter les règles même pour leur corps, des règles d'hygiène, qui ont perdu des repères.

Infirmière n°2, définit la précarité par la notion de condition de vie et familiale déplorable et le revenu insuffisant. Elle pense qu'on peut aussi avoir un logement mais avec des conditions familiales et une hygiène de vie déplorable. Elle rajoute que la précarité c'est l'ensemble des éléments qui font que la personne a du mal à se gérer dans les actes quotidiens. Elle estime que les précaires, ce sont des gens qui sont en équilibre fragile.

Infirmière n°3 pense que c'est une personne qui manque de moyen financier, et qui du coup a des conséquences sur le logement, la nourriture, sur les études. Elle rajoute que ce sont des personnes qui ont vécu dans la rue, dans les squats ou des étrangers qui sont arrivés en France. Elle pense que les personnes en précarité, en général, ont perdu l'estime de soi et se dévalorisent.

Les trois professionnelles définissent la précarité par un manque de revenu financier qui ressort comme élément caractéristique de la précarité. La troisième rajoute que ce revenu insuffisant va avoir des conséquences négatives sur les autres aspects de la vie de la personne et créer une certaine fragilité. Deux IDE insistent sur la vie dans la rue, l'IDE n°2 évoque également cet élément de définition, mais relève une nuance. Elle pense que la précarité ne se définit pas uniquement par l'absence de logement. Elle estime que si une personne a à sa disposition un logement, les conditions familiales et une bonne hygiène de vie doivent être aussi réunies pour que cette personne ne soit pas dans une situation de précarité. Une partie de sa définition se rapproche de celle retenue dans mon cadre conceptuel, qui mentionne la notion d'instabilité, et de l'incapacité à assumer ses responsabilités quotidiennes.

Je constate qu'il ya une similitude avec certains éléments développés dans mon cadre conceptuel. Comme la perte de l'estime de soi et la dévalorisation qui est caractéristique de la

précarité. Cet élément est signalé par deux IDE sur les trois interrogées. Il ressort alors de ces réponses que : la situation de précarité peut avoir des causes multiples. Elle est à l'origine de l'absence d'un élément fondamental, qui va affecter plusieurs autres aspects de la vie de la personne, fragilisant ainsi sa condition de vie. D'après leur récit, je comprends que cette situation peut être destructrice, qu'elle peut aussi les affecter psychiquement. Une des IDE relève une notion nouvelle, celle de la perte des repères avec un sentiment d'abandon se manifestant par un repli sur soi, une perte des motivations à s'en sortir, légitimant les attitudes agressives et destructrices avec la naissance d'un sentiment de dépréciation à leur égard.

Quelles sont selon vous, les particularités dans la prise en charge éducative des personnes en situation de précarité ?

Infirmière n°1 déclare que l'une des particularités se traduit par le fait que, se soigner n'est pas leur priorité et il est difficile pour eux de changer leurs habitudes.

Infirmière n°2 pense que c'est le fait que, les patients arrivent le plus souvent en situation d'urgence. Ce sont des gens qui ont du mal à suivre un programme d'ETP, ils ne voient pas l'intérêt de l'ETP, ce sont des patients qu'on a du mal à fidéliser.

Infirmière n°3 estime que la particularité est liée au fait que, prendre soin de leur santé n'est pas leur priorité. L'autre particularité sont les problèmes cognitifs qu'on peut avoir, liés à l'alcool, à toxicomanie, aux pathologies psychiatriques associées.

Deux IDE sur trois pensent que la particularité dans leur prise en charge éducative est le fait que, se soigner n'est pas une priorité chez les personnes en situation de précarité. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils portent plus d'intérêt à la satisfaction de leurs besoins immédiats comme manger et trouver un endroit où dormir. La troisième met l'accent sur la prise en charge qui se fait le plus souvent dans l'urgence et leur difficulté à suivre une ETP. Ces éléments de réponse concordent également avec les idées développées dans mon cadre de référence. En effet, selon « Médecins du Monde » (Op cit), « *la santé n'est pas leur première préoccupation* ». Je comprends que ces personnes ne prennent pas l'initiative de demander les soins quand elles en ont besoin. Ce non recours aux soins peut s'expliquer par le déni de la pathologie ou par le fait qu'elles endurent les souffrances liées à la pathologie. Dans leurs récits, les professionnelles parlent aussi de l'alcoolisation et de la toxicomanie. On peut en déduire que le pouvoir anesthésiant de ces substances peut aussi masquer les douleurs induites par la maladie, ce qui retardera la demande de soins. Une IDE relève une nouvelle donnée que je n'ai pas abordée dans mon cadre de références théorique. Il s'agit de la difficulté du

soignant à les fidéliser. Ce qui peut supposer qu'une fois les symptômes aigus soulagés, ils ne s'intéressent plus à la suite de la prise en charge. Ce qui démontre la difficulté de les suivre sur un long terme et l'importance de la mise en œuvre d'un programme d'éducation le plus tôt possible, afin de les sensibiliser sur l'intérêt d'un suivi régulier et sur d'éventuelles complications, pour des personnes atteintes de pathologies graves ou chroniques.

Qu'elle est la spécificité du rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'une personne en situation de précarité ?

Infirmière n°1 déclare que le rôle infirmier, c'est l'accueillir, faire attention à son état de détresse, négocier pour faire respecter les règles du service et accepter le soin. Elle rajoute que c'est avoir aussi beaucoup de patience et être à son écoute.

Infirmière n°2 pense que c'est l'établissement de la relation de confiance, pour aider ces personnes dans leur besoin de reconstruction. Car elle estime qu'ils ont besoin de faire confiance. Selon elle, l'IDE doit avoir une attitude d'écoute et d'empathie, les accompagner sans jugement et être tolérante. Le rôle de l'IDE va être également d'orienter les patients, entre autres vers les associations, les réseaux et l'assistante sociale.

Infirmière n°3 dit que c'est évaluer la capacité de la personne à comprendre, évaluer ses connaissances et sa volonté à suivre le programme éducatif au travers des entretiens formels ou informels.

En ce qui concerne le rôle de l'IDE, deux professionnelles parlent de l'écoute et de la patience. Une sur les trois insiste sur l'importance de l'établissement d'une relation de confiance à l'accueil du patient, sur la tolérance et l'aptitude du soignant à les accompagner sans jugement de valeur. Cette partie de la réponse rejoint le point de vue de Vincent GIRARD et Pascale ESTECAHANDY qui ont déclaré que « *les attitudes des soignants peuvent contribuer à éloigner les personnes en situation de précarité* ». Je comprends que, face à cette population qui a perdu confiance en autrui, il est primordial pour les soignants d'adopter, dès l'accueil du patient, une attitude qui lui donne envie de rester, qui lui permet également de se sentir respecté et écouté. Cette attitude de l'IDE peut aider la personne à se sentir comme toute personne en demande de soins, responsable, capable de décider pour lui-même et non comme un sujet à qui on impose tout. Bien sûr que dans un service de santé le patient a des consignes à respecter, mais tout devrait se faire sans donner l'impression au patient que le soignant décide et le patient exécute. Respecter leur choix peut aussi leur donner le sentiment d'exister. La troisième insiste plutôt sur l'évaluation de la capacité de

compréhension et l'évaluation de la volonté du patient à suivre un programme d'éducation. Je pense aussi que la recherche de la fidélisation des patients relevée dans cet entretien passe également par le respect que les professionnels veulent avoir envers ces patients. Se sentir écouté, considéré peut être favorable à la fidélisation du patient et à son adhésion au programme d'éducation.

Une des professionnelles pense que, l'IDE doit rechercher à connaître le patient et ses besoins pour établir un diagnostic éducatif et adapter les actes d'éducation. Cette idée concorde avec les éléments de mon cadre conceptuel qui traite des besoins des personnes en situation de précarité. Selon cette IDE, la relation établie avec le patient est importante pour l'éducation thérapeutique. Elle estime que tous les conseils donnés, les accompagnements et les orientations faites dépendront de ce qu'on aurait mis dans le diagnostic éducatif. Ce qui suppose que la connaissance du patient est indispensable pour la réussite de l'ETP. Cette identification des besoins du patient permet alors d'apporter des solutions adaptées, qui peuvent aller des conseils à une orientation vers d'autres professionnels ou vers des structures spécialisées dans la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Rencontrez-vous des difficultés lors du soin éducatif? Si oui lesquelles ?

Infirmière n°1 trouve que les principales difficultés sont : L'acceptation des soins techniques, des consultations, des soins d'hygiène et l'agressivité. Elle rajoute que les moyens à mettre en place pour y faire face sont la négociation et l'écoute.

Infirmière n°2, selon elle, c'est l'inobservance thérapeutique, la difficulté à les fidéliser afin de mettre en place un programme d'éducation thérapeutique, elle estime que c'est pour cette raison que l'établissement d'une relation de confiance est nécessaire. Elle parle ensuite des addictions qui peuvent s'interférer. Elle évoque aussi le fait qu'ils ont perdu les codes de la société à cause de leur condition de vie. Elle mentionne aussi l'absence d'interaction, entre les services de prise en charge et les structures d'aide.

Infirmière n°3 pense que les difficultés résident au niveau des priorités de la personne, les addictions, les éventuels problèmes psychiatriques, les problèmes culturels et le manque de temps pour les soignants. Elle évoque ensuite la difficulté de sensibiliser les patients au sujet de la santé et de les fidéliser. Face à ce problème elle essaye aussi de travailler avec des équipes spécialisées.

Les principales difficultés soulevées dans les entretiens sont : le refus des soins, l'agressivité, la difficulté de les fidéliser, les problèmes d'addiction et psychiatrique associés à leur mauvaise condition de vie, l'hygiène de vie incompatible avec la prise régulière des traitements et le manque de temps. Face à ces problèmes l'IDE n°1 procède à la répétition des explications données, et à la négociation. La deuxième met plutôt l'accent sur la mise en place d'une relation de confiance. La troisième quant à elle se tourne vers les professionnels spécialisés. Pour ce qui est de la difficulté à fidéliser les patients, l'IDE doit avoir une attitude d'écoute et être patiente. Il est important de leur laisser le temps de se décider. Face à un problème de santé, la priorité pour le soignant est d'agir tout de suite afin d'éviter une aggravation de la situation ou l'apparition des complications irréversibles. Mais le patient quant à lui n'a pas la même notion de la priorité. D'où notre rôle de bien leur expliquer les tenants et les aboutissants de la situation afin qu'ils puissent prendre une décision favorable à une prise en charge efficace. Face à un refus soins, l'une des IDE pense que le soignant devrait respecter la volonté du patient, mais lui faire comprendre qu'il reste à son écoute et qu'il peut revenir quand il le souhaite.

Une IDE évoque le manque d'interaction entre les services de soins et les structures d'aide. Je comprends l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire de ces patients, mais qui n'est pas toujours facile à mettre en place, alors qu'elle permet une prise en charge plus efficace des personnes en situation de précarité.

Qu'est ce que vous mettez en place pour faciliter l'instauration de la relation de soin, lors de l'éducation du patient?

Infirmière n°1 dit que l'instauration de la relation de soin durable passe par la négociation, l'explication sur le soin proposé afin qu'ils ne le perçoivent pas comme un ordre. « *S'il n y a pas de bonne relation, on ne peut rien obtenir d'eux* » dit-elle.

Infirmière n°2 pense qu'il faut avoir un discours, un vocabulaire simple, compréhensif et une posture qui leur donne confiance. L'éducation thérapeutique demande l'établissement d'une relation qui donne envie au patient de revenir. Le soignant doit être à l'écoute, être patient, et respecter la volonté du patient, même si elle va à l'encontre de ses propres valeurs.

Infirmière n°3 dit qu'il faut déjà établir une bonne relation de confiance avant d'entamer une éducation. Elle pense que la connaissance du patient aide à la mise en place d'une bonne relation de soins. Il faut aussi avoir une attitude qui favorise l'instauration de la relation de confiance. Être à son écoute pour bien connaître la personne et mieux appréhender la situation

du patient. Elle recommande, dans une communication, de toujours se mettre à la même échelle et non dans la position de celui qui apprend à l'autre.

Les trois personnes rencontrées sont unanimes sur l'importance de l'établissement d'une bonne relation, qui doit précéder la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique. Cela passe par l'écoute et le respect de la volonté du patient. Deux IDE pensent que le soignant devrait garder une posture favorable à l'instauration d'une relation de confiance, comme par exemple avoir une relation symétrique où le patient ne se sentira pas dans une situation de dominé. Cette réponse se rapproche de l'idée traitée plus haut à travers la pensée de Monique FORMARIER pour qui « *le soignant doit chercher à établir une relation égalitaire avec le patient* ». L'une d'elles insiste sur le discours du soignant face à ces personnes. Je comprends qu'il ne suffit pas de leur donner des explications, mais d'avoir aussi un langage et un vocabulaire qui facilite la compréhension. La troisième pense que la connaissance du patient est également importante dans l'établissement de la relation. Ce qui permet de comprendre que la connaissance de la personne nous aide à l'aborder plus délicatement afin de faciliter la relation de soin.

En quoi l'infirmière contribue-t-elle à la restauration de l'estime de soi de la personne en situation de précarité?

Infirmière n°1 dit que l'IDE doit lui expliquer doucement l'importance de prendre soin de soi sans la juger. Elle doit les aider à prendre conscience qu'ils ont un corps et qu'ils doivent en prendre soin. Elle pense que le fait de leur offrir un lit et à manger leur permet de porter leur intérêt sur autre chose, ce qui leur permet de penser à plus tard. Le regard, l'écoute et l'attention qu'on leur porte chemine en eux et leur permet de prendre conscience qu'ils existent.

Infirmière n°2 pense que, avant l'ETP il ya une relation qui s'établit normalement. C'est un moment où il va pouvoir parler de lui-même, ce qui va lui permettre de dire qu'on s'intéresse à lui, qu'il est important aux yeux de l'autre. Elle déclare que cela peut les aider à avoir une meilleure estime d'eux même. L'IDE leur donne des conseils qui peuvent les aider à se prendre en main.

Infirmière n°3 trouve que, l'IDE de part son rôle, peut aider la personne à retrouver l'estime de soi en lui apportant toute considération possible. En s'adaptant à la personne, elle lui fait prendre conscience qu'elle est une personne humaine. Elle pense que, quand la personne se

voit comme responsable de sa santé et non comme un objet de soin, cela favorise l'estime de soi.

Deux des IDE insistent sur l'attitude du soignant envers les patients, le regard et l'attention qu'on peut leur porter et sur son aide relative à leur prise de conscience. Je peux retenir de cette réponse, l'effet de l'image qu'on peut leur renvoyer à travers le regard que les autres portent sur eux. Ce qui peut signifier que, pour se sentir respecté, ils ont besoin que la société les regarde et les considère comme des personnes humaines avec une dignité. L'une d'elle rajoute que la satisfaction de leurs besoins primaires les aide à porter leur intérêt à de nouvelles choses comme se soucier de leur avenir. Dans la partie théorique de ce travail, A. Maslow nous dit que « *l'émergence d'un besoin nouveau chez un individu dépend de celui qui vient d'être immédiatement satisfait* ».

Les actions mises en œuvre par les professionnels sont des conseils, les explications, l'instauration d'une communication avec les personnes en situation de précarité, en leur laissant la liberté de parler d'eux même. C'est cet ensemble qui peut déclencher en eux le sentiment d'exister, et la volonté de prendre soin de leur propre corps. La première IDE insiste sur le fait que, les soignants doivent agir sans juger la personne. Ce qui démontre également le caractère délicat de la tâche de l'IDE. Il en est de même pour l'IDE n°2 qui mentionne dans l'entretien qu'elle évite d'aborder la question de l'apparence physique, elle dit craindre que le patient le prenne comme un jugement.

En quoi l'estime de soi peut-il avoir un impact sur la suite de la prise en charge d'un patient ?

Infirmière n°1 pense que retrouver l'estime de soi, peut faciliter l'adhésion aux soins et à l'éducation. Elle rajoute que c'est un travail collectif qui se fait avec le patient et pour le patient.

Infirmière n°2 affirme qu'une fois qu'on a retrouvé l'estime de soi, on a envie de se prendre en main, on a envie de nouveau à avoir des projets. Elle poursuit : « *Sans estime de soi, on n'adhère pas à l'éducation thérapeutique* ». Elle se demande : « *Comment adhérer à l'ETP quand on ne s'aime pas ?* ». Selon elle, on ne peut pas réussir l'éducation du patient s'il n'a pas retrouvé un minimum d'estime de soi. La prise en charge de ces personnes doit commencer par la recherche de la restauration de l'estime de soi. Même si l'estime de soi ne peut pas être complètement rétablie. Elle peut être un facteur favorisant l'observance thérapeutique. Selon elle, la prise de conscience peut motiver à accepter l'ETP et à se soigner.

Infirmière n°3 déclare que, la restauration de l'estime de soi, peut avoir un impact positif sur l'éducation thérapeutique du patient en situation de précarité. Il va prendre conscience de l'intérêt d'avoir une bonne santé et va prendre soin de lui car il se considère en tant qu'être humain. Elle estime que l'éducation du patient doit être précédée par un travail sur l'estime de soi.

Les trois IDE s'accordent et pensent que la restauration de l'estime de soi peut favoriser, l'observance, l'adhésion aux soins et à l'ETP du patient en situation de précarité. Ce qui suppose que toute personne ne peut éprouver l'envie de prendre soin d'elle que si elle s'estime et se sent considérée par les autres. Une IDE dit que la restauration de l'estime de soi est un travail collectif. Ce qui peut sous entendre que le professionnel doit assurer cette tâche avec la personne concernée. On peut supposer également que sa volonté à prendre soin d'elle est indispensable dans la réussite de cette action. Ce qui montre la difficulté que peut avoir les soignants à mener cette tâche. Dans la première partie du travail Fanta DIALLO parle aussi de « *la difficulté du travail de l'IDE en ce qui concerne la renarcissisation de l'image corporelle des patients en situation de précarité* ». Deux d'entre elles accordent une place fondamentale à l'estime de soi dans la réussite de la prise en charge infirmière. Elles démontrent un travail par étape qui doit se faire lors de cette prise en charge et relèvent la corrélation entre réussite de L'ETP et la restauration de l'estime de soi, qui selon elles, est une étape qui devrait précéder l'ETP.

3) Les limites et les difficultés

Nous avons été interrompues, par leurs collègues, à deux reprises lors des deux premiers entretiens et une fois lors du troisième entretien. L'infirmière n° 3, sollicitée par sa collègue a dû arrêter l'entretien pour aller l'aider. Elle est revenue au bout de dix minutes environs et l'entretien a repris son coup normal.

L'une des IDE semblait très passionnée par son métier. J'ai senti qu'elle était très contente de me recevoir et de me parler de son travail, de son expérience et de ses projets en lien avec la prise en charge des personnes sans domicile fixe. Ce qui fait qu'elle s'éloignait assez souvent des questions posées. Grâce à mes questions de relance j'ai pu recadrer l'entretien pour qu'il reste centré sur ma problématique. J'avais noté les différents aspects de son travail qu'elle voulait aborder et qui pour ma part faisaient partir de la culture générale et c'est à la fin de l'entretien que nous sommes revenu dessus.

Une autre limite est que le faible nombre de professionnels enquêtés (03) ne permet pas de généraliser les résultats, même si un grand nombre d'éléments recueillis concordent avec les idées des auteurs retenues dans mon cadre de références théoriques.

IV. PROPOSITION DE L'HYPOTHESE DE RECHERCHE

Dans la partie exploratoire de ce travail, l'entretien mené auprès des professionnels de terrain a été une étape cruciale pour vérifier la pertinence de mon questionnement. Au fil de ce travail exploratoire, je souhaitais savoir d'une part le rôle spécifique que joue l'IDE dans la prise en charge éducative d'une personne en situation de précarité et d'autre part si elle rencontre des difficultés lors de cette prise en charge. Je constate que s'occuper des personnes en situation de précarité nécessite un certain savoir être. Il ressort de ce travail que la qualité du premier contact est très importante pour la suite de la prise en charge. Dès cet accueil, l'IDE devrait adopter une attitude favorable à l'établissement d'une relation de confiance, qui est un élément primordial dans la prise en charge, car travailler auprès de cette population requiert à l'IDE, d'avoir un bon sens relationnel. Elle devrait ainsi se montrer respectueuse, être à l'écoute de ces personnes en état de détresse et respecter aussi leurs choix et surtout être tolérante et patiente. Dans l'exercice de son rôle éducatif, l'IDE procède à l'identification des besoins de la personne afin d'établir le diagnostic éducatif, étape déterminante dans la réussite du programme d'ETP. Ensuite évalue les connaissances du patient et sa volonté à suivre ce programme d'ETP.

Je relève à travers ce travail, divers obstacles à la bonne marche de l'ETP des patients en situation de précarité. Il s'agit en premier du refus de soins des patients. Le plus souvent, ils ont du mal à accepter les soins qui leur sont proposés et se montrent souvent agressifs en vers les soignants. A cette première difficulté s'ajoute une forte alcoolisation, la toxicomanie et les pathologies psychiatriques associées qui compliquent le travail de l'IDE auprès de cette population. En second lieu, on note l'inobservance thérapeutique et la difficulté des infirmières à les fidéliser. Ce qui traduit la complexité d'un suivi sur le long terme. Or l'ETP du patient diffère d'une éducation ponctuelle et se fait nécessairement sur une certaine durée. Ensuite je remarque l'absence d'interaction, entre les services de prise en charge et les structures extérieurs, pour un relais de prise en charge après la phase aigüe. Je constate à ce niveau toute l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire de ces patients en difficulté.

En dernier lieu, on peut relever la perte de l'estime de soi, qui leur est caractéristique et renforce leur manque d'intérêt pour préserver leur santé. Il ressort de ce travail exploratoire, que la réussite de l'ETP repose, dans une certaine mesure sur la renarcissisation de la personne en situation de précarité. Les professionnels insistent sur le travail de restauration de l'estime de soi qui doit précéder l'ETP. On suppose que retrouver l'estime de soi permet à la personne en précarité de retrouver l'envie de se reprendre en main ou de prendre soin de sa santé. Ce travail de restauration de l'estime de soi reste tout de même une tâche assez compliquée pour nous soignants, mais s'avère nécessaire dans la réussite de notre prise en charge éducative auprès des personnes en situation de précarité. Je souhaite poursuivre cet aspect dans de futurs travaux de recherche. Ce qui m'amène à la question de recherche suivante : **Pour réussir l'éducation thérapeutique d'un patient en situation de précarité, quel rôle infirmier dans la restauration de son estime de soi ?**

CONCLUSION

J'ai choisi d'effectuer mon travail de fin d'étude sur la prise en charge des patients en situation de grande précarité. Lors de mes stages, j'ai été souvent confrontée à des situations de refus de soins des personnes qui vivent dans la rue et en rupture de lien social. Ces situations ont suscité en moi un questionnement en lien avec l'exercice des soins infirmiers auprès de ces patients. D'où l'intérêt pour moi de mener une réflexion autour de cette thématique afin de déceler d'une part si la situation de grande précarité est une difficulté supplémentaire pour l'infirmière et d'autre part les attitudes que peut adopter l'IDE face à un patient désocialisé. Je ne suis questionnée sur le rôle infirmier dans le cadre d'une prise en charge éducative. A la suite de mes recherches documentaires, j'ai réalisé un entretien semi-directif auprès de trois professionnelles de terrain et j'ai pu constater que, l'IDE, à travers l'établissement de la relation de confiance, l'accueil, l'attention et le respect, peut aider ces personnes dans le besoin de reconstruction de lien social à prendre conscience de l'intérêt de s'occuper de leur santé et à retrouver l'estime de soi. Traverser cette phase, peut leur donner l'envie de se projeter et de suivre normalement leur programme d'éducation thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGE :

HESBEEN, Walter. « Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante », Paris, Masson, 1997. 195 pages

LACROIX, Anne et ASSAL, Jean-Philippe. « Éducation thérapeutique des patients », 3^{ème} édition, Maloine, 2011, 220 Pages.

ARTICLES

SYLVESTRE, André. « Les conséquences psychologique de la précarité », Revue SOINS, n°755, Mai 2011, pages 50 à 52.

BENOIST, Yann. « vivre dans la rue et se soigner », la revue Sciences Sociales et Santé, vol 26, n°3, Septembre 2008 page 23.

BIOY, Antoine et BOURGEOIS, Françoise. « Communication soignant-soigné : repères et pratiques ».-Bréal, 2003, 240 pages.

DIALLO, Fanta. « Être une personne ressource pour les exclus » Revue Soins, n° 650, 2000, Page 37.

FAYE, Catherine. « Précarité et santé », Revue infirmière magazine, n°255, décembre 2009, page 5 à 9.

HAMON-MEKKI, Françoise. « Pour une meilleure prise en charge de la précarité », Revue SOINS, n°755, Mai 2011, page 29.

BRESSON, Maryse. « Précarité et besoins de santé », Revue de l'infirmière, n°125, Juillet-Août 2009, Pages 18 à 20.

GUIMELCHAIN-BONNET, Michèle. « Santé et précarité », revue Aide-soignante, n° 95, Mars 2008, page 14.

GUIMELCHAIN-BONNET, Michèle, « L'image de soi de la personne en situation de précarité », Revue aide-soignante, n°95, Mars 2008 p 17 à p18.

FORMARIER, Monique. « La relation de soin, concepts et finalités » Recherche en soins infirmiers, n°89, Juin 2007.

PHANUEL, Dominique. « La relation pour instaurer la confiance dans les soins », Revue SOINS, n° 779, Octobre 2013, Page 30 à 31.

VLAEMYNCK, Françoise. « Relation soignant-soigné : Patient, objet ou sujet ? Revue de l'infirmière Magazine n° 264, Octobre 2010, pages 18 à 20.

SITES WEB

www.larousse.fr consulté en Octobre 2014.

<http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/precarite-pauvrete-et-exclusion.html>, consulté en Octobre 2014.

http://www.semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8 : Pyramide de Maslow, consulté en Octobre 2014.

<http://www.emmaus-france.org>: Fondation Abbé Pierre, campagne de novembre 2013. Consulté en Octobre 2014.

AUTRES :

- Rapport 1998 du Haut Comité de Santé Publique : « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* ». Février 1998. Page IX.

Compte rendu de la Conférence de consensus, Paris, 2007 : « Les personnes sans domicile : comment les définir, les dénombrer, les décrire ? ». Novembre 2007. 13 pages.

Médecins du Monde. « Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France » Octobre 2008

GIRARD, Vincent, ESTECAHANDY, Pascale et al. « La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen », Rapport d'étude, Novembre 2009. 231 pages

Définition contenue dans l'avis adopté par le Conseil économique et social français les 10 et 11 février 1987, sur la base du rapport "Grande pauvreté et précarité économique et sociale" présenté par Joseph Wresinski.

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Retranscription des entretiens

Annexe III : Les sigles

ANNEXE I: Guide d'entretien

- 1- Depuis combien de temps êtes- vous diplômé ?
 - Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ?

- 2- Qu'est ce qui définit selon vous la précarité ?

Quelles sont selon vous, les particularités dans la prise en charge des personnes en précarité ?

- 3- Qu'elle est la spécificité du rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'une personne en situation de précarité.
 - Rencontrez-vous des difficultés lors du soin éducatif? si oui lesquelles ? comment faites- vous face ?
 - Trouvez-vous des facilités lors de cette prise en charge éducative ?

- 4- Qu'est ce qui est mis en place pour faciliter l'instauration de la relation de soin durable, lors de l'éducation du patient?

- 5- En quoi l'infirmière contribue-t-elle à la restauration de l'estime de soi de la personne en situation de précarité?
 - En quoi l'estime de soi peut-il avoir un impact sur la suite de la prise en charge d'un patient ?
 - Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique?

ANNEXE II : Retranscription d'entretiens

| | |
|--|--|
| Infirmière n°1 | |
| Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? | 31 ans |
| Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ? | 8 ans |
| Qu'est ce qui définit selon vous la précarité ? | C'est la vie à la rue, même disons quelques mois. La personne qui a du mal à respecter les consignes, à respecter les règles même pour son corps, des règles d'hygiène, qui s'occupe mal, qui a perdu des repères je dirai. Un sentiment d'abandon se manifestant par un repli au loin, une perte des motivations à s'en sortir, légitimant les attitudes agressives et destructrices. Ce sont des personnes qui n'ont plus une estime de soi. |
| Quelles sont selon vous, les particularités dans la prise en charge des personnes en précarité ? | se soigner n'est pas leur priorité. La douche est importante pour nous, par exemple entre euh..., le patient il te dit, j'ai mon courrier à aller chercher, mon papier à aller chercher, il ya une consultation cardio, le patient choisi le papier à aller chercher, alors qu'il pourrait y aller après ça consultation. Mais pour lui dans l'instant présent, c'est le papier à aller chercher. Donc ils sont en perte de repère. De même il arrive que le patient soit souillé, le vêtement est sale, ça c'est important, vous devez vous changer, mais il ne voit pas d'intérêt, parce qu'ils ont pris l'habitude d'être comme ça, et quand ils arrivent chez nous, ils ne voient plus la différence entre ici et l'extérieur. Il y'a l'agressivité aussi, parce qu'à l'extérieur il faut qu'ils se défendent, donc ils mettent un certain temps avant de mettre en place travailler ça, ont leur dire ici, il ya des règles, il faut les respecter. |
| Qu'elle est la spécificité du rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'une personne en situation de précarité. | Le rôle infirmier, c'est l'accueil, prise en charge de la personne, faire attention à son état de détresse, ça demande beaucoup de négociation, parce que la personne est un peu perdue, il respecte difficilement les règles, on a le problème de l'alcoolisation, pour les soins il faut beaucoup négocier pour le faire, ils ne donnent pas la priorité aux soins, pour nous c'est important les soins d'hygiène, pour eux c'est pas le plus important, c'est vrai que pour vivre dans la rue, on suppose qu'il faut aussi oublier le corps pour pouvoir accepter cette détresse, ils ont la détresse psychologique, le plus souvent ils sont en détresse, ils ont la détresse psychologique. Tout ce qui est soins, examens, ça passe |

| | |
|---|---|
| <p>Qu'est ce qui explique ce comportement ?</p> | <p>après. C'est pour cette raison qu'il faut beaucoup de patience, beaucoup d'écoute. par rapport à la médecine par exemple, parce que j'ai travaillé en médecine, on dit au patient, monsieur X venez fait vos soins, le patient vient, or ici il faut quatre à six fois pour que le patient viennent. On le fait sans arrêt, il faut aller le chercher partout. En médecin, on par dans leur chambre ils sont là, ici ils ne restent pas dans leur chambre. Ici sans arrêt négociation, sans arrêt. Il faut être patient, il faut lui accorder du temps, sans arrêt lui redire et patienter. On doit recommencer, redire les mêmes choses. Ça demande beaucoup de temps et ce temps il faut leur accorder, si on veut quelque chose, il faut, sinon ils n'auront jamais leur soins, ni leurs médicaments. On y va il refus, on le laisse on revient, parce que à ce moment là, il n'est pas décidé.</p> <p>Pour lui c'est peut être une façon de montrer qu'il existe, parce que si ont lui dit quelque chose il coopère euuh, je pense que pour lui c'est une façon de monter qu'il existe. Que malgré la précarité, il existe euuh, pour nous heinh, on voit les choses comme ça. Après quand ils sont habitués, au bout d'une semaine c'est différent, il répond spontanément sans être agressif, au début il y a beaucoup qui sont retissent, parce que la confiance ne s'est pas encore instaurée, il faut ce climat de confiance, et avoir l'impression que ce qu'on fait c'est pour leur bien être. Je pense qu'ils ont besoin de ça pour bien coopérer. Souvent je leur dit ça : le soin c'est la coopération, nous avons besoin d'eux, sans eux on ne peut rien faire, mais eux ils ont besoin de nous. Il faut de la coopération.</p> |
| <p>Rencontrez-vous des difficultés lors de la prise en charge éducative?</p> <p>si oui lesquelles ?</p> | <p>les principales difficultés c'est l'acceptation du soin, des consultations, les soins d'hygiène. Les patients pensent qu'ils viennent ici pour se reposer. En fait ont les dit qu'ils viennent aussi pour les soins, mais ils ne retiennent que le repos, parce que au moment présent ils sont fatigués, et le seul lit qu'ils se sont battu pour l'obtenir, ils ne pensent qu'à ça et ne regarde pas autour.</p> <p>l'éducation thérapeutique, nous on a les patients diabétiques, ils vont d'abord en diabéto, ils obtiennent l'ETP en diabéto et nous ici on fait un rappel, c'est vrai ils ne respectent pas les règles, on fait le rappel, leur connaissances, s'ils ne respectent pas le régime, on prépare une consultation avec l'accord l'hôpital avec la diététicienne, pour adapter son repas, son régime, on propose toujours des choses, mais s'ils ont des problèmes, on voit le spécialiste avant. Ils peuvent être hospitalisés en cardio si c'est un problème cardio, mais quand ils</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Comment faites- vous face ?</p> | <p>reviennent, on surveille la prise des traitements, on leur réexplique des choses sur le régime, pourquoi ils prennent ça, pourquoi ils ne doivent pas faire ça etc. donc après le spécialiste, on reprend, on poursuit, mais le régime c'est très dure de l'appliquer chez nous car ils ont toujours des réserves, par peur de marquer. Ce qui fait qu'ils ne respectent pas toujours les régimes.</p> <p>C'est la négociation, beaucoup d'écoute, c'est vrai qu'ici ils sont entourés, parce que dans notre service, il y a une psychologue, un psychiatre qui les voient. Quand ont a du mal à obtenir quelque chose, ont passe par eux, car il y a beaucoup qui ont des problèmes psychologique aussi. Il y a aussi l'assistante sociale qui voit avec eux pour les démarches, les papiers, la CMU, l'AME.</p> |
| <p>Trouvez-vous des facilités lors de cette prise en charge éducative ?</p> | <p>Dans le métier de l'infirmier, je ne parlerai pas de facilité, il faut toujours négocier et avoir beaucoup de patience. Parce que dans le service de médecine, le patient il vient il sait qu'il est malade, il vient voir le docteur, mais nous ici, les patients sont amenés par le car de la VAPSA, ils ne sont pas bien, les AS proposent de le montrer au médecin, parce que le patient passe toujours par la consultation médicale et c'est le médecin qui décide s'il a besoin de soins ou pas. Donc ce n'est pas tout à faire la même chose. La démarche n'est pas faite par eux, ils ne disent pas je vais aller voir le médecin.</p> |
| <p>Qu'est ce qui est mis en place pour faciliter l'instauration de la relation de soin?</p> <p>En quoi la bonne relation est importante dans la PEC ?</p> | <p>Comme j'ai dit, c'est déjà la négociation, beaucoup de euh.... mais il faut toujours recommencer, ils ont la consultation cardio, ils ont refusé, mais ont reprend le rendez-vous. On leur réexplique que c'est important, que c'est le médecin qui a demandé, que c'est parce qu'ils ont un problème, que la situation peut s'aggraver, parce qu'ils sont là ils doivent en profiter, c'est beaucoup de négociation.</p> <p>Je dirai que la relation de soin a une place centrale dans la prise en charge éducatif du patient. Parce que s'il n y a pas de bonne relation, on ne peut rien obtenir d'eux. Dans leur prise en charge il faut le relationnel, il faut de la confiance.</p> |
| <p>Les attitudes à adopter pouvant favoriser l'adhésion du patient à la démarche éducative ?</p> | <p>Écoute, respect, patience et tolérance</p> |
| <p>En quoi l'infirmière contribue-t-elle à la restauration de l'estime de soi de la personne en situation de précarité?</p> | <p>Notre regard sur eux ça peut les aider, on les regarde comme des humains. Je vais prendre l'exemple de l'hygiène corporelle, au début ils sont réticents, parce que justement ils ont perdu cette notion d'être propre, parce qu'à la rue ils ne peuvent pas se changer tous les jours, à la rue ce qui est prioritaire ce n'est pas se changer, c'est</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Est-ce qu'il vous arrive d'aborder la question de l'apparence avec eux ?</p> | <p>manger, dormir au chaud je dirai. Une fois qu'il arrive chez nous, comme le repas et le lit ils ont, donc nous s'ils ont besoin de soins corporels, comme je vous dis, tout les jours ont y va, ont leur explique sans le juger, c'est important, parfois ils refusent dans un premier temps et peu après, tout doucement, ils arrivent à comprendre que c'est important, car ils voient les autres aussi. Quand ont est entouré de personnes autres différentes, ils voient bien que les autres qui avant étaient comme eux qui se changent et qui se lavent, ça les motive. Je pense que c'est un travail collectif. On voit qu'au bout d'un certain temps ils acceptent, ils viennent nous demander des vêtements propres. Donc avoir des vêtements sales ça les dérange, donc ils ont là conscience qu'ils ont un corps et ce corps là doit être pris en charge. Et puis ont leur dit c'est important pour vous, il faut vous changer, il faut faire des soins, regardez vous avez des plaies. C'est ce travail qu'on fait avec eux qui leur permet de restaurer leur estime. Aussi parce qu'ils ne sont plus dans l'urgence de il faut que je mange, il faut que je dorme. Comme ils ont ça il faut qu'ils reportent leur intérêt sur autre chose. Et en reportant leur intérêt sur autre chose ça leur permet de repenser à plus tard. Il ya l'assistante sociale qui peut retravailler avec eux. Forcément, ils sont conscients qu'ils peuvent être autre chose qu'une personne qui dort dans la rue. Quand il est dans le métro, personne ne le regarde, mais quand il arrive ici, on lui dit bonjour monsieur, comment aller vous. En leur disant bonjour monsieur, ça chemine en eux, ils existent, ils sont là quoi !!</p> |
| <p>En quoi l'estime de soi peut-il avoir un impact sur la suite de la prise en charge d'un patient ?</p> | <p>Je pense que quand ils retrouvent l'estime de soi, ça peut faciliter l'adhésion aux soins et à l'éducation. Parce que au bout d'un certain temps, on voit bien qu'ils viennent un peu facilement faire des soins, comme je vous dit, ils ont des vêtements sales, ils demandent les vêtements, ils sont moins réfractaires, ils acceptent les choses. Notre regard sur eux ça peut les aider, on les regarde comme des humains, comme vous et moi, une fois qu'ils sont dans le service, ils sont des patients parmi d'autre, on ne fait pas de différence, pas de distinction.</p> |
| <p>Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique?</p> | <p>Les conditions ne sont pas requises, ils ne pensent qu'à boire, ils sont dans un état d'ébriété, et ne pensent pas à faire des soins, aux yeux des copains, prendre le traitement ça ne se fait pas. A l'extérieur les soins ne sont pas une priorité. Ils ne pensent qu'à se battre pour vivre, pour survivre, ne vont pas voir le médecin. Le plus souvent ils n'ont pas de papier pour aller à la pharmacie chercher le médicament.</p> |

| | |
|---|---|
| Infirmière n°2 | |
| <p>Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?</p> <p>Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ?</p> | <p>31 ans</p> <p>Depuis deux ans</p> |
| <p>Qu'est ce qui définit selon vous la précarité ?</p> | <p>Pour définir la précarité, vous avez déjà les conditions de vie, le revenu insuffisant, les conditions familiales, on peut avoir un logement mais les conditions familiales, l'hygiène de vie déplorable, ne pas avoir des conditions normales de vie. La précarité c'est l'ensemble des éléments qui font que la personne a du mal à se gérer dans les actes quotidiens, parce qu'il ya un problème financier, familiale etc. les précaires ce sont des gens qui sont en équilibre fragile à cause de différents facteurs.</p> |
| <p>Quelles sont selon vous, les particularités dans la prise en charge des personnes en précarité ?</p> | <p>Nous avons des patients en précarité qui arrivent par les urgences. Ils ne viennent pas parce qu'ils veulent adhérer à un programme d'ETP. Ce sont des gens qui ont du mal à aller prendre une consultation avec le médecin, ils arrivent en situation d'urgence. Ou ce sont des gens à qui on a dit vous avez une consultation de précarité. Ce sont des gens qui ont du mal à suivre un programme d'ETP. Il y en a qui y arrivent, mais ce n'est pas la majorité. Quelque fois ils ne voient pas l'intérêt de l'ETP. Même si on leur explique les conditions de vie, la vie de dehors, le fait qu'ils ont du mal à se déplacer, on a du mal à les fidéliser.</p> |
| <p>Qu'elle est la spécificité du rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'une personne en situation de précarité.</p> | <p>La spécificité du rôle IDE est la relation, parce que pour les personnes qui sont dans la rue, ils ont besoin de se reconstruire, ont besoin de faire confiance, donc c'est à nous de développer une relation de confiance, d'écoute d'empathie, un peu plus que les autres pour qu'ils arrivent à se reconstruire, d'avoir les projets pour après s'en sortir. Quand vous lisez les articles sur les personnes précaires, vous vous apercevez que les gens qui ne se considèrent plus comme nous on peut se considérer. C'est-à-dire que nous, on a le schéma de notre corps et de notre famille etc. il faut recréer le lien social, ce sont des gens qui sont soit seuls, ce sont des gens qui ont peur parce qu'ils vivent dans la rue, qui doivent se défendre pour garder leur bout de plastique, ou leur chien ou éventuellement un traitement.</p> <p>La relation doit être spécifique dans le sens où, vous avez un diagnostic éducatif, mais chez la personne précaire est d'autant plus important que, il ne faut pas leur raconter n'importe quoi, quand vous avez des gens qui sont</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>diabétiques, vous leur dites c'est trois repas par jour pour être équilibré, prenez bien vos comprimés, beuh, les précaires il faut d'abord demander s'ils mangent, cela vous semble évident, mais non, on peut avoir un précaire qui mange une fois par jour, donc après ça sera à nous d'adapter notre éducation. On se dit bon on les envoyer à droite à gauche dans les associations pour manger etc. mais ils ont l'habitude de vivre tout seul que, ils ne vont pas suivre ce qu'on va leur dire, puis ils sont soumis à beaucoup d'autres addictions, il ya des problèmes psy, soit parce qu'ils avaient d'autres problèmes avant, soit parce que la rue les a rendu, un peu marginal. Il y a des problèmes d'alimentation, d'argent, il y a tout ces problèmes là. Il faut en fait développer une relation d'écoute, de tolérance aussi, savoir que nous ont mange trois fois par jour, on fait et là, mais eux non. Après c'est à nous de poser un tout petit peu avec eux, le diagnostique éducatif, voie exactement les conditions de vie, sinon notre éducation sera vouée à l'échec. Ils n'ont pas forcément accès à l'éducation, parce qu'ils viennent souvent en situation d'urgence, ils ne vont pas bien, ils ont trop mal, après il faut les fidéliser. Notre rôle va être aussi tout ce qui existe, les associations les réseaux, on va les orienter entre autres vers l'assistante sociale, qui elle va essayer de débrouiller leur histoire et obtenir les aides d'urgence (hébergement, ticket de métro pour se déplacer, les droits où ils ont un repas chauds par jours). Dans la situation de précarité il y a trois intervenants majeurs : le médecin, assistante sociale. Un patient qui vient ici qui est précaire, on l'envoie systématiquement vers l'assistante sociale. Parce qu'il aura besoin de médicaments, il faudra qu'il aille en pharmacie, il ya des papiers à remplir, ils ont des bons spécifiques. Et puis tout le réseau d'association, de structure qui peuvent leur venir en aide on va essayer de leur orienter. Mais après c'est à eux, car l'éducation thérapeutique, c'est quand même la volonté du patient, ont dit pas aux gens vous allez faire ça. Déjà les gens qui ne sont pas précaires disent que je fais ce que je veux et les gens précaires qui n'ont plus de lien social, ils vont retourner dans leur bout de carton et puis c'est tout. Vraiment la relation elle est importante pour l'éducation thérapeutique, encore plus à ce niveau là. Tout ce qu'on va dire après, tout les conseils qu'on donne après, toutes les orientations, accompagnement qu'on va donner au patient va dépendre de ce qu'on aurait mis dans le diagnostique éducatif. Si on ne connaît pas son patient, on sait qu'il mange une fois sur deux, dans nos actes d'ETP, on ne va pas leur expliquer la même chose. Le problème par</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| | <p>exemple, pour le patient diabétique précaire est qu'il ya le problème d'alcoolisme qui joue sur la glycémie, il ya le problème de l'alimentation qui n'est pas régulière. Si c'est un patient sous insuline qu'est ce qu'on fait ? S'il n'est pas capable de gérer une insuline pour au moins baisser sa glycémie, s'il ne mange pas régulièrement est ce qu'on va lui donner une insuline rapide, s'il ne mange pas tout le temps est ce qu'on lui donne une lente, on va lui expliquer la différence, il faudrait qu'il parte d'ici en ayant bien compris.</p> <p>Surtout écoute, tolérance, confiance mais si le patient dit j'en ai rien à faire etc. si le patient part il faut lui laisser toujours la porte ouverte. Lui dire que vous pouvez revenir, parce que quand ils ont très mal, ils reviennent, cela permet aussi de revenir sans passer par les urgences.</p> <p>L'étape la plus importante dans l'ETP du patient est le diagnostic éducatif, la connaissance du patient.</p> <p>Je reviens aux précaires, par de jugement. Quand il vient s'il sent mauvais et qu'il est un peu abîmé, surtout pas de jugement.</p> |
| <p>Rencontrez-vous des difficultés lors de la prise en charge éducative?</p> <p>si oui lesquelles ?</p> | <p>Alors, la difficulté est qu'on a du mal à les fidéliser. Parce qu'il faut revenir régulièrement. L'ETP suppose qu'on voit le patient plusieurs fois, au moins 4 ou 5 fois, en comptant le diagnostic éducatif, donc il faut les fidéliser, les fidéliser ce n'est pas évident, c'est pour ça que moi je pense personnellement que c'est la relation de confiance, parce qu'ils ont besoin de parler, de rencontrer leur histoire. Quelle que soit leur histoire et pour se reconstruire c'est pareil. Pour ceux qui arrive à se reconstruire. C'est de leur fidéliser, le principal problème c'est ça. Ensuite c'est l'alimentation, qu'on soit diabétique VIH, quand on a une alimentation irrégulière, ce n'est pas facile pour le traitement et tout ça, d'où l'inobservance du traitement. Aussi toutes les addictions qui peuvent avoir à côté, ça s'interfère, l'alcool, la drogue, etc. C'est aussi le problème du vol du matériel, en matière de diabétologie, quand on surveille sa glycémie ou s'injecter de l'insuline, on a besoin de matériel, mais comme ils vivent dans la rue, avec la agression et les vols, on a du mal à leur faire conserver leur appareil. On les envoie à la pharmacie chercher l'appareil, pour les médicaments c'est pareil, ceux qui n'ont pas de carte, qui n'ont pas de CMU. Et après ils peuvent revenir parce qu'ils ont besoin de médicaments et tout ça, ils ne reviennent pas tous, quelque fois l'assistante sociale leur permet d'avoir AME, la CMU, et puis, mais ils sont en dehors de la société que, euh, ils perdent facilement les papiers, ou ne vont pas s'en servir. Ils n'ont plus de codes qu'on a, à cause de leur condition de vie.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Comment faites- vous face ?</p> | <p>Ce qu'on met en place pour les aider ?</p> <p>On est quand même limité dans le sens où on travaille sur place, qu'on ne se déplace pas, après on peut faire appelle à des organisations qui vont au devant de ces personnes là, il y a des associations, il y a le Samu social aussi, mais ça suppose qu'on soit en interaction avec eux, on sait qu'ils existent, qu'ils font un travail formidable. On a pas forcément des interactions, c'est-à-dire moi en tant que IDE, avec le médecin, j'ai le patient, je ne vais pas transmettre forcément au Samu social, parce que le Samu est du 75 et le patient va dormir sous un pont dans 94, c'est un peu difficile, rien n'est centralisé, donc par exemple le Samu tombe sur un patient, on pourrait dire tient il y a un logiciel où il y a les données du patient, dans la mesure où on l'a déjà vu une fois, qu'ils savent quels sont ses problèmes, qu'il a entamé une ETP, qu'il savent qu'elles sont les choses qui ont été faites, ça n'existe pas encore, mais par contre à nous de faire une liste de savoir où est ce qu'ils gravitent, de les orienter, mais après ils y vont ou pas. On leur donne la possibilité, il ya l'assistante sociale qui va les orienter aussi qui leur dire vous pouvez aller manger ou dormir là-bas.</p> <p>Le problème c'est de fidéliser, si vous voyer un patient une fois, ce n'est pas l'ETP. Ça peut être une éducation pour leur donner des conseils, lui apprendre à utiliser son appareil et etc. mais ça ne sera pas une éducation thérapeutique avec un objectif, des actions et de l'évaluation thérapeutique.</p> <p>Même si notre éducation ne marche pas, à partir du moment où on instaure une relation avec ces gens, on leur redonne du lien social, et je trouve que c'est très important. Et pour nous parce que ce sont des gens qui sont à la rue, c'est toujours triste de vivre normalement avec des personnes qui souffrent comme ça, en même temps pour eux, parce que c'est un moment où ils vont s'exprimer, où on leur donne les clés pour les accompagner. Ça ne va pas résoudre tous leurs problèmes, mais au moins certains problèmes. Quand ils ont mal aux pieds et qu'ils doivent avoir des pansements, qu'ils savent que dans la rue ça ne va jamais s'arranger, il faut savoir que après c'est l'amputation, et l'amputation pour un SDF c'est difficile parce qu'ils ont besoin de leur pied pour marcher. On ne va pas utiliser la menace, on ne va pas utiliser les mêmes arguments avec eux, sachant qu'il y a parfois une neuropathie, avec des problèmes d'alcoolisme et de drogue, donc on peut avoir aussi les problèmes artérites, donc ils peuvent avoir des complications beaucoup plus vite que les autres.</p> |
| <p>Trouvez-vous des facilités lors</p> | <p>Je dirais que c'est plus difficile parce que justement on ne</p> |

| | |
|---|--|
| <p>de cette prise en charge éducative ?</p> | <p>les voit pas régulièrement. Dans l'ETP il faut que les deux parties soient d'accord. Évidemment, le soignant est d'accord parce que c'est son travail, mais le patient s'il n'est pas d'accord, on sait qu'il a des problèmes, on leur donne les clés pour résoudre, pour les aider, mais s'il ne veut pas il faut à un moment lui laisser le temps, il y a des gens qui vont dire non et après ils ne vont revenir sur ce qu'ils ont dit, vont faire leur vie avec les conséquences que ça peut avoir. Il y a des gens qui vont dire non mais qui vont revenir parce qu'ils parlent avec vous, ils savent que vous comprenez leur problème, et peut-être qu'un jour ils vont prendre la décision. Nous, notre intérêt, ce qu'on veut c'est qu'ils prennent la décision tout de suite, parce qu'ils sont malade etc. Mais eux ça peut être différent.</p> <p>Il y a le temps du soignant, il veut que les choses aillent vite qu'ils prennent leur comprimés etc. qu'ils aillent mieux rapidement. Mais il y a le temps du patient. Le patient qui va dire ma santé peut attendre un peu, j'ai d'autres problèmes, ma survie ! trouver un endroit pour dormir, être en sécurité etc. après il faut apprendre nous à être plus patient et laisser le temps au patient.</p> <p>Dans le cas du patient VIH qui a des CD4, les défenses immunitaires effondrées, une charge virale élevée, donc ce patient ne va pas bien. L'intérêt c'est de lui donner un traitement très rapidement, mais il faut que le patient adhère et il peut mettre du temps à adhérer. Nous dans notre formation médicale, on va dire, plus on s'y prend tôt, c'est ce qu'on veut faire passer, mais si lui il dit non, on y peut rien. Peut-être qu'il va prendre du temps. Mais à un moment il peut revenir. Il peut se dire peut-être j'irai mieux, mais il faut lui laisser le temps.</p> |
| <p>Qu'est ce qui est mis en place pour faciliter l'instauration de la relation de soin?</p> | <p>Je pense qu'il faut avoir un discours, une posture qui lui donne confiance. Une posture par exemple se mettre à côté de lui. Souvent j'enlève ma blouse et je me mets à côté de lui et on va regarder ensemble les documents ou on va faire des dessins. Et dans la façon de parler aussi, attention au terme technique, parce que comme on est dans la paramédicale on va parler de glycémie, lui il ne sait pas ce que c'est que la glycémie. On va leur dire la quantité de sucre dans le sang. Et là je ne parle pas des gens qui ne parlent pas français. Il faut utiliser un langage assez simple. Il faut une relation de confiance, une relation qui donne envie au patient de revenir. Si on lui dit des choses trop compliquées, ça ne va pas l'aider. Si la personne ne veut pas entendre parler de l'éducation, on va le laisser parler. Ce sont des gens qui ont beaucoup de choses à raconter. Rien que ça, ça peut permettre d'avoir une accroche du patient, ça peut lui donner envie de revenir. Sachant qu'on</p> |

| | |
|--|---|
| | ne doit pas menacer, on ne doit pas être intolérant, on doit respecter sa volonté même si ça va à l'encontre de ce qu'on a appris. Tout passe par la relation. |
| Les attitudes à adopter pouvant favoriser l'adhésion du patient à la démarche éducative ? | Il faut avoir un discours, une posture qui lui donne confiance. Être patient, à l'écoute et respecter sa volonté. Lui laisser le temps de se décider. |
| En quoi l'infirmière contribue-t-elle à la restauration de l'estime de soi de la personne en situation de précarité? | <p>Avant l'ETP il ya une relation qui s'instaure normalement et surtout on va parler du patient. Il va pouvoir parler de lui-même, et déjà ça, ça va lui permettre de dire : on s'intéresse à moi. Ce sont des gens, à partir du moment où vous commencé à parler avec eux, ils ont énormément de choses à raconter et ils sont contents de parler d'eux. Et là je pense que ça peut les aider à avoir une meilleure estime de soi. C'est sûr qu'on va leur donner les clés, on va essayer de leur donner les conseils etc. Ça va peut être les aider, parce que vivre dans la rue quotidiennement, même si ç a fait 20 ans, qu'on a l'habitude, il y a un moment où on en a marre, on a envie de se poser. A partir du moment où il y a un petit échange qui se fasse, on dit mais tien on s'intéresse à moi, on me laisse parler, on parle de mes problèmes de ma vie. Ce sont des gens qui sont souvent seul, qui essayent de se regrouper mais ne vont pas avoir une discussion, ce sont souvent les discussions de soulard, quand on a un problème d'alcool on ne raconte pas sa vie.</p> <p>En parlant avec eux, ils se disent, je discute avec quelqu'un, elle m'ouvre sa porte, je parle de moi, donc j'ai de l'importance. Dons ça permet à certaines personnes de se réconcilier avec les autres. De toutes les façons avec les gens qui ne sont pas précaires, il ya un problème, au début quand on ne se connaît pas il y a une certaine réticence. C'est important d'avoir une histoire riche d'événements, d'éléments qui vont nous aider à accompagner la personne dans l'ETP. L'estime de soi, je ne dis pas qu'elle va être complètement rétablie chez eux parce que ce qu'ils vivent est très dur. Ils se disent avec l'infirmière on discute, on leur demande comment vous vous sentez, qu'est ce que vous aimeriez ? Et dans ce cas là ils se sentent un peu mieux, même si après ils retournent dans la rue.</p> |
| Est-ce qu'il vous arrive d'aborder la question de l'apparence avec eux ? | <p>Non, la question de l'hygiène, dans la rue ils sont un peu déprimés, en plus il y a les problèmes de la drogue, l'alcool et tout. Mais ils savent avec l'aide de l'assistance sociale, les endroits où ils peuvent aller prendre une douche. Je peux leur dire dès que vous pouvez vous laver vous brossez les dents etc. mais si j'aborde le sujet maladroitement, ils vont dire elle me juge. Je peux leur donner les conseils qui les aident à se prendre en main, s'ils acceptent, amis il faut que ces conseils soient compatibles avec leur mode de vie.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Sinon après on n'est pas crédible. Je ne juge pas, déjà les regards des gens dans la rue ne doivent pas être terribles.</p> |
| <p>En quoi l'estime de soi peut-il avoir un impact sur la suite de la prise en charge d'un patient ?</p> | <p>L'estime de soi, bien sûr peut avoir un impact positif sur la prise en charge. Une fois qu'on a retrouvé l'estime de soi, on a envie de prendre en main. Surtout si ça coïncide avec la possibilité d'un boulot ou d'une possibilité de se loger au chaud, on a envie de nouveau à avoir des projets. Parce que leur projet c'est quoi ? le projet immédiat c'est de survivre, de trouver à manger, d'avoir où dormir, voilà. Après l'estime de soi, ça va être les envies d'autres choses. Quand on ne s'aime pas, on a envie de rien faire, on se laisse aller. C'est vrai qu'ils ont perdu l'estime de soi.</p> <p>Sans estime de soi, on n'adhère pas à l'éducation thérapeutique. Comment on peut adhérer quand on ne s'aime pas ? On ne peut pas réussir l'éducation du patient s'il n'a pas retrouvé l'estime de soi. La prise en charge de ces personnes doit commencer par la recherche de la restauration de l'estime de soi. Même si l'estime de soi ne peut pas être complètement rétablie.</p> <p>Quand on ne s'aime pas, on ne fait pas les choses, on a pas envie et on a pas de projet.</p> |
| <p>Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique?</p> | <p>Il y a l'estime de soi, il y a l'absence de projet, ça peut être un type qui est dans rue, à partir du moment où il commence à avoir autre chose que leur propre survie immédiat, je pense que ça peut être un facteur pour être observant. Par exemple ceux qui ont des problèmes de pied, ils peuvent prendre conscience qu'un jour, si il ne se soigne pas correctement, ils risquent de perdre leur pied et vivre dans la rue sans son pied, c'est terrible. Dans la prise de conscience ça peut motiver à accepter l'ETP et à se soigner.</p> |

| | |
|---|---|
| Infirmière n°3 | |
| <p>Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?</p> <p>Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ?</p> | <p>Diplômée depuis 2011 et commencé à travailler en janvier 2011</p> <p>A l'école j'ai fait un module optionnel sur la précarité, il ya les gens du Samu social qui sont venus nous parler de la précarité et de ce type de structure, j'ai demandé à faire un stage préprofessionnel, j'ai beaucoup aimé cette structure. Ce n'est pas mon choix de venir tout de suit ici, on m'a proposé le poste et j'en ai profité. Donc c'est mon premier poste et ça fait quatre ans que je travaille ici.</p> |
| <p>Qu'est ce qui définit selon vous la précarité ?</p> | <p>La précarité, pour moi, c'est le manque de moyen financier, et qui du coup a des conséquences sur le logement, la nourriture, sur les études. Une personne en précarité, en général, elles ont perdu l'estime de soi, sont complètement dévalorisées</p> <p>J'en profite pour vous parler de notre structure. Ici nous accueillons des personnes en situation de précarité qui sont surtout des personnes SDF. Parce qu'une personne en situation de précarité ne veut pas dire forcément SDF. Dans les personnes SDF peut être des personnes qui ont vécu dans la rue, dans les squats ou qui ont vécu dans les appartements en précarité et avec une rupture d'appartement, ou des étrangers qui sont arrivés en France directement à l'hôpital ou qui étaient chez de la famille ou des amis et qui se sont retrouvées à l'hôpital. Ici, à accueil des patients après un passage à l'hôpital ou dans d'autres structures. La demande est faite au Samu social qui nous transfère la demande et notre maison valide ou non la demande en fonction de la situation sociale, que la personne soit SDF et le critère médical que la personne ait une pathologie aigüe, donc qu'il ait besoin des soins infirmiers, qui va de la prise de traitement, les pansements, la surveillance de la santé, euh, nos missions sont très larges. C'était juste pour vous situer dans le contexte de cette structure.</p> |
| <p>Quelles sont selon vous, les particularités dans la prise en charge des personnes en précarité ?</p> | <p>Pour la spécificité de la prise en charge, le problème est qu'on a des patients avec des profils très différents. Ils sont tous dans la précarité, mais avec différents profils. La particularité au niveau des personnes qui vont avoir pas ou peu de moyens financiers, des RSA des allocations handicapées etc. Du coup peu de moyens financiers, va avoir des conséquences sur certains soins où il a besoin de payer des traitements qui ne sont pas remboursés. On a de la chance d'avoir en France un système de santé qui permet l'accès aux soins pour tous. Par contre il nous est arrivé d'avoir des patients à qui les hôpitaux refusent des soins</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Pour vous au niveau infirmier qu'elle est la spécificité de cette prise en charge ?</p> | <p>parce qu'ils n'ont pas de sécurité social, ils vont décider que le soin n'est pas urgent et on va attendre qu'il ait la sécu. Si la personne n'est pas en précarité, il ne peut pas avoir ce souci.</p> <p>Comme tous les patients, on va faire une évaluation de ses connaissances, de ses capacités cognitives, quelles sont les capacités de compréhension de la maladie ? Savoir qu'est ce qu'il connaît déjà, quel est le travail qu'on va faire avec lui ? Qu'est ce qu'il est capable d'apprendre ? Et c'est vrai qu'avec les personnes en situation de précarité, on a un travail qui est plus difficile, parce que ce n'est pas leur priorité. Leur priorité c'est le logement, c'est très difficile pour eux d'imaginer de prendre soin de leur santé alors que leur priorité c'est de trouver à manger, de trouver un logement, c'est de faire la manche pour avoir de l'argent. On leur demande de venir à telle heure pour prendre leurs médicaments, mais leur priorité c'est d'être à tel endroit à telle heure pour faire de la manche. Mais on ne peut pas aller contre ça, on va essayer de négocier avec eux, on est toujours en perpétuelle négociation des soins, pour les faire adhérer. Il faut aussi pour chaque personne établir une relation de confiance, c'est vrai aussi pour les autres patients, mais encore plus pour les patients en situation de précarité.</p> <p>(interruption : une collègue qui entre et lui parle)</p> <p>La particularité c'est vraiment ces priorités qui ne sont pas les même, le problème de santé qui n'est pas leur priorité pour eux, et ensuite les problèmes cognitifs qu'on peut avoir, liés à l'alcool, à toxicomanie, aux pathologies psy associées,</p> |
| <p>Qu'elle est la spécificité du rôle infirmier dans la prise en charge éducative d'une personne en situation de précarité.</p> | <p>C'est déjà évaluer la capacité de la personne, euh, ce qu'elle connaît de la maladie, c'est évaluer si la personne est capable de comprendre, évaluer qu'elle le veut aussi apprendre. Tout ça va passer par des entretiens formels ou informels. C'est-à-dire, on va recevoir la personne et on va dire on parler de votre maladie, de vos médicaments, des examens, de tout ce qui englobe la maladie du patient. Soit ça va être entre deux portes. Pour donner des conseils, n'oublier de prendre vos traitements, ou lui préciser qu'il est à jeun. Donc l'éducation se fait tout le temps de façon formelle et informelle.</p> <p>En médecine l'éducation ne se fait pas de la même façon, ici les patients sont libres de sortir à tout moment et de revenir. Il y a des horaires où ils doivent être là pour les soins et les traitements. Ce sont les règles qu'on fixe, qui ne sont pas du tout respectées. Les patient ne pas être là à l'heure du traitement, on fait avec, de fois on ne les voit</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>jamais. Il faut faire en fonction de leurs humeurs, de leurs envies et de leurs disponibilités. Alors qu'à l'hôpital, le patient est dans sa chambre, on va le voir dans sa chambre il est disponible. Après il y a des difficultés du soin éducatif comme n'importe quel individu, mais on a des particularités en plus. On est une structure de soins d'urgence, l'éducation c'est si on le temps et surtout si on y arrive, c'est l'idéal. Ce n'est pas vraiment évident, on va faire le plus souvent passer du temps avec ce qui est pathologie chronique et que le patient a besoin de l'éducation thérapeutique, parce qu'il est diabétique ou VIH par exemple. Aussi des patient épileptique qui sont alcoolique, et s'est compliqué d'éduquer les épileptiques, ne pas rester dans le froid, l'arrêt d'alcool. C'est assez compliqué.</p> |
| <p>Rencontrez-vous des difficultés lors de la prise en charge éducative? si oui lesquelles ?</p> <p>Comment faites- vous face ?</p> | <p>Les difficultés ça va être les priorités de la personne, les addictions, le problème psychiatriques, les problèmes culturels, les problèmes de langue. Difficulté de langage de culture. Les problèmes liés à la structure c'est le manque de temps. L'éducation c'est du temps en plus dans notre travail qui va être la distribution des traitements, les soins, les suivis de rendez vous, les injections. Les entretiens formels on a du mal à trouver du temps.</p> <p>On est obligé de faire un tri des patients qui ont des maladies chronique et qui ont besoin d'une ETP. Pour certains sa va être plus de l'éducation à la santé (pensez à mettre vos bas contention avant de vous lever, ou vous nous attendez, on va vous aider), en fait au niveau des repas, l'alcool, la vaccination.</p> <p>On essaye aussi de travailler avec des équipes spécialisées dans les problèmes psychiatriques et d'addiction, parce que si la personne a des troubles, ne va pas être du tout à l'écoute, ça va être difficile de faire une éducation thérapeutique. Il faut d'accord commencer par une stabilisation de la situation.</p> <p>Pour les priorités, leur priorité est d'aller faire la manche, la santé est loin d'être leur priorité pour la plus part des patients. Après c'est à nous d'arriver à les sensibiliser, ce qui n'est pas forcément évident, il y en a qui accroche mais beaucoup qui n'accrochent pas. On quand même essayer de les fidéliser, on va recevoir les patients, on leur parle de leur maladie, s'ils accrochent temps mieux.</p> |
| <p>Trouvez-vous des facilités lors de cette prise en charge éducative ?</p> | <p>A la base on a beaucoup de difficultés. L'avantage ici par rapport aux autres qui sont très informés sur leur pathologie et les traitements avec internet. Ils font leur propre diagnostic. Mais ici, on a moins ce souci. Ici on leur donne des traitements, ils peuvent accepter ou pas, mais pas parce qu'ils sont plus informés.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Qu'est ce qui est mis en place pour faciliter l'instauration de la relation de soin lors de l'éducation?</p> | <p>Il faut déjà établir une bonne relation de confiance avant d'entamer une éducation. Les patients sont très méfiants en général, quand ils arrivent ici, ils viennent ici à reculons. Avec une relation de confiance, après ça se passe beaucoup mieux. On apprend à les connaître aussi, et ça aide pour qu'une vraie relation se mette en place. Ensuite on a le dossier patient qui permet de faire des transmissions et de faire passer le message à l'équipe, pour que toute l'équipe sache où on en est avec le patient et que chaque puisse continuer le travail.</p> <p>Actuellement on réfléchit sur un outil d'ETP qui peut être utilisé par toute l'équipe, parce que l'ETP regroupe énormément de choses, à savoir, les connaissances du patient, les connaissances de sa pathologie, des examens complémentaires et qui dit traitement dit effets secondaires, les consultations médicales, la maladie comment est ce qu'elle est maintenant, qu'est ce qu'elle peut devenir, les complications, l'ETP c'est énormément de compétences à acquérir.</p> |
| <p>Les attitudes à adopter pouvant favoriser l'adhésion du patient à la démarche éducative ?</p> | <p>Déjà l'écoute, c'est-à-dire écouter et analyser pour connaître bien la personne et la situation du patient. Il faut expliquer de façon simple et adaptée à la personne. Évaluer les connaissances du patient pour pouvoir s'adapter. Il faut aussi avoir une attitude qui favorise l'instauration de la relation de confiance. Il faut que le patient accroche, pourvoir les sensibiliser et les fidéliser, mais ça ce n'est pas évident. Il faut des outils adapter à la personne, avec des couleurs sur une grille pour matin midi et soir par exemple. Peut être en collant sur une grille ça va lui parler.</p> <p>Dans une communication toujours se mettre à la même échelle, on n'est pas là apprendre à l'autre, mais pour discuter, sur une échelle d'égale à égale il ya plus de chance ; montrer à la personne qu'on est là pour l'aider et non lui apprendre comme un maître. Il ne faut pas qu'ils nous voient comme la blouse blanche, comme quelque chose qui fait peur. Mais comme quelqu'un qui nous apporte des petits outils qui nous permet à prendre plaisir à prendre soin de soi, à prendre plaisir à connaître sa maladie, à découvrir. La maladie qui est bien connue va être plus facile à gérer, va être une facilité pour la suite, ça va éviter toutes les complications et les effets secondaires en général. Il faut que la personne comprenne que c'est pour améliorer ses conditions de vie plutôt que de l'embêter.</p> |
| <p>En quoi l'infirmière contribue-t-elle à la restauration de l'estime de soi de la personne en situation de précarité?</p> | <p>L'infirmière de part son rôle auprès d'eux, peut aider à retrouver l'estime de soi. Si un patient retourne dans la rue, il sait que c'est très important qu'il prenne bien soin de ses pieds par exemple s'il est diabétique. Dans l'estime de soi,</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>je pense que le contrôle de sa santé favorise l'estime de soi. C'est-à-dire je ne suis pas objet de soin, je suis moi avec ma maladie, je la connais, je la contrôle, je la gère. Du coup, on n'est plus un objet qu'on trimbale de service en service, on est maître de sa santé. je sais pourquoi je prends les traitements.</p> <p>C'est prendre la personne comme elle est, s'adapter à elle, c'est lui faire prendre conscience que c'est une personne humaine et que ce n'est pas un déchet dans la rue qui fait la manche, qui est complètement alcoolisé. C'est très important l'estime de soi pour une personne en précarité, parce qu'en général, elles ont tout perdu, sont complètement dévalorisées, c'est un très gros travail à mettre en place avant même l'éducation.</p> |
| <p>En quoi l'estime de soi peut-il avoir un impact sur la suite de la prise en charge d'un patient ?</p> | <p>Oui je pense que si on arrive à la restauration de l'estime de soi, ça peut avoir un impact positif sur la suite de la prise en charge et l'éducation thérapeutique de ces patients en situation de précarité. Donc, il va vouloir s'occuper de lui, il va prendre conscience de trouver l'intérêt d'avoir une bonne santé, de prendre soin de lui tout simplement et ça va passer par rien que se laver, rien que changer de vêtements. Il va falloir commencer par la base des fois. Ils vont avoir conscience de leur corps, de leur estime, et de se considérer en tant qu'être humain. Et ensuite l'idéal est qu'on accède à une réinsertion, que la personne réussisse à se réinsérer dans la société, qu'elle se sente capable, parce que le plus souvent ils ne se sentent même pas capables, ils pensent que leur place c'est la rue.</p> |
| <p>Quels sont selon vous, les facteurs ou les causes qui peuvent expliquer l'inobservance thérapeutique?</p> | <p>Ça va être la différence de priorité, la toxicomanie, l'alcool, les croyances, la culture. L'idéal serait qui arrive à sortir d'ici, c'est-à-dire où qu'ils aillent, qu'ils soient prêts à gérer leur santé. Si la personne retourne dans la rue, qu'on ait réussi à lui donner les informations et les ressources, c'est-à-dire qu'ils puissent penser à eux au mieux quel que soit l'endroit où ils soient. Qu'ils pensent à s'occuper d'eux, à regarder leurs pieds. Essayer de leur donner au minimum de petits réflexes, comment prendre soin d'eux, à aller à leurs rendez vous médicaux. Voilà sa va être un de nos but. Comment avec leur moyen ils peuvent réussir à s'ensortir.</p> |

Annexe III : Les sigles

AS : Aide soignante

IDE : Infirmière diplômée d'État

CMU : Couverture maladie universelle

AME : l'aide médicale d'État

AAH : l'allocation adultes handicapés

ETP: Education thérapeutique

Résumé du mémoire :

Ce travail de fin d'études porte sur la prise en charge des patients en situation de précarité. Le choix de cette thématique a été motivé par des situations assez récurrentes de refus de soins par des patients vivant dans la rue, rencontrées dans mes différents stages. Mon objectif était de rechercher les leviers sur lesquels le soignant pourrait s'appuyer pour une meilleure adhésion de ces patients à leur thérapie, et à leur prise en charge éducative. Dans le cadre conceptuel, la recherche documentaire faite autour des concepts de précarité, relation de soin et éducation thérapeutique et complétée par un entretien semi-directif auprès de trois professionnels de terrain ont montré plusieurs freins à la réussite de l'éducation thérapeutique chez ces patients en situation de précarité. Ils ont du mal à accepter certains soins proposés, et les infirmières ont une vraie difficulté à les fidéliser. Ce qui traduit la complexité d'un suivi au long cours. Il n'existe pas une réelle interaction entre les services de soins et les structures extérieures. En dernier lieu, on note la perte de l'estime de soi, qui renforce leur manque d'intérêt à suivre un programme d'éducation thérapeutique. La réflexion à ce sujet m'a conduit à la question de recherche suivante : Pour réussir l'éducation thérapeutique d'un patient en situation de précarité, quel rôle infirmier dans la restauration de son estime de soi ?

Mots clés : Précarité, adhésion aux soins, rôle infirmier, estime de soi et éducation thérapeutique.

Abstract:

The focus of this graduation thesis is to provide healthcare to financially disfavoured patients. The choice of the theme was motivated by the recurring situations of refusal of care by the patients living on the street or homeless that I encountered during my various internships. My main goal was to search for tools that the healthcare provider or the caregiver could rely on, for a better adherence and compliance of these disadvantaged patients to their therapy and their educational care. On the conceptual framework, the literature research done on precariousness concepts, the caring relationship and therapeutic education, and the semi-structured interviews with three experienced professionals revealed that several obstacles to the success of therapeutic education of these disfavoured patients in vulnerable situations. They find it difficult to accept some therapies offered to them, and it is really difficult for the nurses to improve their adherence to therapy and to ensure a long term monitoring. This reflects the complexity of a long term follow up. In addition, there is no real interaction between the health care services and the external structures or field. Finally, there is the loss of self-esteem, which reinforces their lack of interest in adhering to a therapeutic education program. Thinking about this topic led me to the following research question: for a therapeutic education to be successful with a disadvantaged patients living in precarious situation, what role the nurse has to play in the restoration or improvement of their self-esteem?

Key words: Precariousness, adhesion to care, nursing role, self-esteem and therapeutic education.