

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
CH DE SAINTONGE - SAINTES

**DE L'ACCOMPAGNEMENT A LA RELATION DE CONFIANCE :
PRISE EN CHARGE INFIRMIERE DES PERSONNES EN
SITUATION DE PRECARITE**

Travail de fin d'études

UE 5.6 S6

Analyse de la Qualité

et

Traitement des données scientifiques et professionnelles

Écrit par : Karl MERON

Sous la direction de : Brigitte PETIOT

PROMOTION 2010 - 2014

ANNEE 2014

Note aux lecteurs : « *Ce travail est personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur* ».

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'intervention d'un grand nombre de
personnes.

Je souhaite ici les en remercier.

En premier lieu, je tiens à remercier ma famille, mes proches qui m'ont soutenu dans
l'écriture de ce travail, dans sa relecture, de leurs précieux conseils, et de leurs
encouragements ..

Je tiens également à remercier ma directrice de mémoire, pour ses conseils avisés,
l'orientation, et la confiance qu'elle m'a apporté.

Je remercie tout le personnel de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, et tout
particulièrement, Odile et Viviane.

Enfin, je remercie les professionnels qui ont pu prendre de leurs temps pour que ce
travail aboutisse ..

Sommaire

Introduction.....	1
Question de départ.....	2
I. Cadre Conceptuel.....	4
1. Concept de Précarité.....	4
2. Notion d'accompagnement, et celui qui est proposé à la PASS	7
3. Concept de Confiance.....	9
Problématique.....	11
II. Schéma de recherche et hypothèses	12
III. Analyse des entretiens.....	14
1. Analyse.....	14
2. Vérification des hypothèses.....	21
3. Limites de l'étude.....	22
Conclusion.....	24
Bibliographie.....	26
Annexe I Référentiel méthodologique.....	28
Annexe II Guide d'entretien.....	29
Annexe III Entretien avec l'infirmière A.....	31
Annexe III bis Entretien avec l'infirmière B.....	53

A l'occasion d'un stage en deuxième année de formation en Soins Infirmiers, j'ai passé six semaines dans un service d'urgence. Je voyais alors régulièrement l'infirmière de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), qui venait voir si des gens pouvaient avoir besoin de ses services : par exemple des étrangers pour des demandes d'Aide Médicale d'État (AME), des personnes Sans Domiciles Fixes (SDF) parfois sans couverture sociale, cherchant ou non un hébergement pour les accueillir.

Curieux, et souhaitant voir en quoi consistait son travail, je lui ai demandé s'il était possible que je passe quelques jours avec elle. En accord avec ma référente, Mme la cadre de santé, et cette infirmière, j'ai donc eu l'occasion de passer deux jours avec elle.

Le premier jour, elle a reçu quelques personnes en entretien dans son bureau, auxquels j'ai pu assister avec l'accord préalable de ces personnes. La seconde journée, nous nous sommes rendus en centre ville, pour assurer la permanence hebdomadaire à la Halte de jour. Là, l'infirmière discutait avec les travailleurs sociaux pour prendre des nouvelles des usagers, les personnes venaient la voir pour lui montrer une plaie, ou alors lui faire part de leurs difficultés quotidiennes (logements insalubres, problèmes d'addictions). Je me souviens entre autre d'un travailleur étranger, qui habitait une maison dans un village avoisinant. Celui-ci nous a alors fait part de ses difficultés pour accéder à des droits sociaux : il était arrivé seul de Moldavie deux ans plus tôt, sa famille étant restée là bas. Il ne parlait pas très bien le français, mais nous arrivions toutefois à le comprendre. Étant sur le territoire de façon clandestine, il avait énormément de difficultés pour accéder à des soins.

Bien que trop courte à mon goût, cette expérience a été très enrichissante : en ce qu'elle m'a permis de me rendre compte des difficultés de certains pour accéder aux soins, mais aussi des difficultés que l'infirmière peut connaître dans le cadre de la relation soignant / soignés. Elle m'a par ailleurs, conduit à observer une chose, le dénominateur commun de toutes ses rencontres (autant à la permanence hospitalière, qu'à la Halte de jour, en centre ville) : La précarité. Cela ressortait de manière flagrante.

Au delà de cette expérience pleine d'enseignements, mon travail trouve, en partie, sa source dans mes enseignements antérieurs (sciences économiques et sociales) qui m'ont sensibilisés sur l'inégalité sociale et l'exclusion

Enfin, la dernière source de mon travail, est une réflexion dans le cadre de l'Unité d'Enseignement 5.7 dite « Optionnelle », où j'ai traité du Rôle de l'Infirmier(e) au Samu Social. Ce travail a enrichi mon questionnement, par exemple mon interlocutrice¹ me parlait plus de « misère sociale » que de précarité pour parler de l'environnement social des usagers, elle mettait en avant « des soins souvent tardifs », et d'un rôle infirmier tourné vers l'instauration d'une relation de confiance, par exemple à travers le support du soin pour les soins d'hygiène. Autre chose qui ressortait régulièrement, les problèmes d'addictions (Alcool, Stupéfiants) et les troubles psychiques fréquents. Selon mon interlocutrice, en première ligne, elle note une élévation des troubles psychiques (« *je dirai qu'on est passé de peut être 30% voire 40% de pathologies psychiatriques à 70%² »*). Cette observation est à joindre à cette remarque de J.FURTOS allant dans le même sens : « *Parce qu'un contexte global, celui de la précarité, a des effets psychiques, à différencier d'une psychologisation ou d'une psychiatrisation du monde³ »*.

J'entrevois un biais possible de mon travail, les deux situations précédemment décrites n'ont pas été réalisées sur le même type de ville : la première situation fut observée dans un milieu plutôt rural, tandis que la seconde se passe dans une ville. Ainsi, est-il sûr que nous parlions de la même chose ? La précarité, revêt-elle différentes formes ?

Inspiré par mes expériences, mais aussi les discussions avec des professionnels et des amis travaillant dans le Social, j'en suis arrivé à ma question de départ de ce travail :

Comment instaurer une relation dans un contexte de précarité ?

Dans un premier temps, nous nous attacherons à définir la précarité, ses composantes, ses répercussions, et en quoi c'est un véritable enjeux de santé publique, mais aussi les conséquences de cette précarité en terme relationnel. J'introduirai, par la suite la notion d'accompagnement, j'expliquerai brièvement le cadre dans lequel mon étude s'inscrit : la

1 Entretien avec la Chef de service du Samu Social de Bordeaux (33), IDE

2 Ibid

3 FURTOS J., Le carnet PSY n°156, (Septembre Octobre 2011), « Les enjeux cliniques de la précarité », p29

PASS, l'accompagnement qui y est proposé. Enfin, nous concluons la partie théorique de ce travail par l'importante notion de confiance, dans les soins au sens large, mais plus précisément dans un contexte de précarité.

I. Cadre Conceptuel

1. Concept de Précarité

Comme nous l'avons vu en introduction la *précarité* est un phénomène variable, difficile à définir, et qui englobe des situations assez diverses.

A partir de la définition du LAROUSSE du terme « *Précaire : Qui n'offre aucune garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause⁴* », on peut déjà dire qu'il en résulte une incertitude sur l'avenir, une certaine instabilité.

Cette affirmation est vérifiée par cette autre définition, souvent reprise, proposée par J.WRESINSKI dans son rapport du Conseil Économique et Social en 1987 : « ***La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales, et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux⁵***. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible⁶. » Cette définition plus complète, me permet d'expliquer en partie cette incertitude, qui là est nommée « *insécurité* ». Dans notre société les sécurités dont il est question ici, sont « *le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins⁷* », mais aussi le lien social.

Par ailleurs, l'enchaînement que suggère cette définition, me pousse à juxtaposer la notion de *précarité* à celle de la *pauvreté*. Et c'est l'article de J.FURTOS précédemment cité qui éclaire très bien le lien entre ces deux notions : « *On peut vivre sans précarité dans une société pauvre et à l'inverse on peut vivre précaire en gagnant bien sa vie, par contre, ce qu'on*

4 LAROUSSE, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9caire/63295>, Consulté le 27/01/2014, à 16h01

5 Référence ici à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, (1948), Paris

6 Rapport WRESINSKI, « Grande pauvreté et Précarité économique et sociale », Journal Officiel, (28/02/1987), consulté le 28/01/2014 à 17h30

7 Observatoire Régional de Santé, <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/PrecaritePano2010.pdf>, Consulté le 225/01/2014 à 17h10

appelle « grande précarité » est effectivement synonyme de pauvreté, voire de misère⁸ ». Cela explique toute la complexité de définir le terme de *précarité*, puisque le concept de pauvreté se superpose également à celui de l'exclusion.

Mais au delà de cet enchaînement, cette définition de la *précarité* introduit une idée nouvelle, ce serait un processus - notion qui n'était pas présente dans la définition précédente - qui peut conduire à des situations de pauvreté, et d'exclusion. Et effectivement, comment évoquer la *précarité* sans ces possibles conséquences ?

J.FURTOS explique très bien ces conséquences : « *La précarité normale constitutive de l'être humain [...] qui aboutit rythmiquement à une détresse ordinaire qui en appelle à l'autre et qui fonde à la fois le lien, le plaisir du lien, et son ambivalence [...] Cette vulnérabilité essentielle de l'humain est toujours liée à la possibilité de sa non reconnaissance, c'est à dire l'exclusion*⁹. » Et plus loin d'y ajouter : « *Dans le contexte actuel [...] cette précarité normale se transforme volontiers en précarité exacerbée, susceptible d'entraîner une triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît* ».

En somme, la conséquence ultime de la *précarité* serait l'exclusion : la mise à la marge, c'est le cas des marginaux, et parfois même au ban (banc) de la société, les SDF. Par ailleurs, on voit bien à travers cet article que le problème principal des personnes en situation de *précarité* serait la difficulté de créer, ou de maintenir des liens.

C'est en 1998 que le législateur s'est emparé des problématiques soulevées par l'exclusion, avec la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion¹⁰ modifiant le Code de la Santé Publique: « *Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) [...], les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des **Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)***¹¹ ».

8 FURTOS J., Le carnet PSY n°156, (Septembre Octobre 2011), « Les enjeux cliniques de la précarité », p30

9 FURTOS J., Le carnet PSY n°156, (Septembre Octobre 2011), « Les enjeux cliniques de la précarité », p30

10 LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998, Article 76

11 Article L. 711-7-1 du Code de la Santé Publique

Autre conséquence de la *précarité*, que mon entretien au Samu Social avait déjà mis en évidence, et qui était nommé plus haut « *insécurité* », c'est l'accès aux soins.

Même si la santé n'est pas un déterminant de la *précarité*, on peut toutefois établir un lien entre la santé et la *précarité* : « *La santé, ce n'est pas seulement les soins. Vivre dans la pauvreté, c'est vivre dans les soucis. [...] De plus la pauvreté attaque la santé : le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude, ça use le corps et l'esprit*¹² ». Dans mon entretien avec Mme MELINE cette idée était déjà présente : « [...] *il faut savoir que les personnes que nous suivons viennent rarement nous consulter spontanément. Quand ils viennent c'est souvent en extrême urgence*¹³ ». Cela oblige les acteurs sanitaires (Infirmier(e)s des PASS, IDE du Samu Social, IDE des EMPP¹⁴, etc ..) en première ligne à gérer des situations plus difficiles, car l'action du temps et de l'environnement pas toujours très adapté à des plaies par exemple, peut conduire à des conséquences catastrophiques.

Par ailleurs, cela peut s'expliquer par le fait que la santé ne soit pas la priorité pour des personnes qui font face à des problématiques quotidiennes telles que : Qu'est ce que je vais manger aujourd'hui ? Que choisir entre faire manger les enfants ou faire soigner mes dents ? Que faire entre manger tous les jours ou se chauffer tout le mois ?

Dans une publication parue dans Sciences Humaines, qui s'interroge sur l'accès aux soins pour les plus démunis, trois facteurs pouvant expliquer ce phénomène sont pointés : « *Parallèlement aux obstacles financiers et réglementaires, on doit également mentionner des problèmes d'accessibilité des structures*¹⁵ ».

C'est un enjeu de santé publique d'ampleur importante, déjà en 1998 un rapport du Haut Comité de la Santé Publique pointait : « *Le phénomène de précarisation [...] est devenu aujourd'hui massif puisque l'on peut estimer qu'il touche 20 à 25 % de la population totale vivant en France*¹⁶ ». On voit bien avec ces chiffres que la *précarité* englobe plusieurs situations, elle se confond à la pauvreté, à la misère, tout comme à des situations de femmes seules avec enfants, de travailleurs pauvres ..

12 Colloque de l'OMS à Bruxelles, 1993

13 Entretien avec la Chef de service du Samu Social de Bordeaux (33), IDE

14 Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

15 PARIZOT.I, CHAUVIN.P, Revue Sciences Humaines, HS n°48 (Mars, Avril, Mai 2005), p97

16 Rapport du Haut Comité de la Santé Publique: « La progression de la *précarité* en France et ses effets sur la santé », (Février 1998)

Cependant, des avancées non négligeables ont été faites, notamment dans les dispositifs d'aides comme la CMU¹⁷ (Couverture Maladie Universelle) et l'Aide Médicale d'Etat (AME) dès 1999, et de l'ACS (Aide à la l'acquisition d'une Complémentaire Santé) en 2006.

Comme nous l'avons dit précédemment, la précarité est une notion difficile à définir, et qui revêt des situations bien différentes : « *populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologies mentales avérées ou non, à la rue ..*¹⁸ ». Toutefois, afin de ne pas me disperser dans ce travail, nous avons choisi de partir des cinq situations précaires définies par l'arrêté ministériel¹⁹ du 20 juillet 1992 : chômeurs, bénéficiaires du RMI, titulaires d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe, jeunes âgés de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle. Enfin je me positionnerai en tant que professionnel de santé , en tant qu'infirmier auprès de ces personnes en état de précarité : « *La connaissance du processus de précarisation et de ses répercussions sur la santé mentale et physique de la personne permettra aux infirmières des réseaux d'accès aux soins, au Samu Social de repérer les difficultés de vie des personnes en situation de précarité, d'en déduire leurs besoins, et de proposer des actions adaptées [..]*²⁰».

2. Notion d'accompagnement, et celui qui est proposé à la PASS

*L'accompagnement est un concept récent, début des années 60, « issu du champ lexical des soins palliatifs. [...] L'utilisation de ce concept dans des domaines d'activités variés comme la santé, le social, l'éducation augmente la difficulté à en cerner le sens [...] »*²¹.

17 Loi de Juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

18 Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

19 Arrêté du 20 Juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé, Consulté le 21/03/2014 à 9h15

20 GRAINGER.M, « Les Concepts en Sciences Infirmières », Édition MALLET CONSEIL, p223

21 MOTTAZ. A-M, « Les Concepts en Sciences Infirmières », Édition MALLET CONSEIL, p42

Prenons comme point de départ la définition donnée par P.VERSPIEREN : « *Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas* »²². Cette définition implique obligatoirement un rapport à l'autre, une relation. Cela fait écho à la question de départ de ce travail, qui est je le rappelle : comment instaurer une relation dans un contexte de précarité ?

« *Les pratiques d'accompagnement s'inscrivent dans un contexte de soins où les soignants sont en recherche de mise en lien, de continuité et d'humanisation des actes professionnels* »²³. Ce qui est d'autant plus difficile avec des personnes en situation de précarité, puisque comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la précarité pose le problème du lien²⁴.

D'autre part, *l'accompagnement* suppose une relation tournée vers l'instauration de la part du thérapeute d'une posture empathique, authentique, et de non jugement, favorable au développement d'une relation d'aide au sens de C.ROGERS.

L'accompagnement proposé par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé est défini dans le PRAPS Poitou-Charentes 2011-2016 : « *Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.[..] Les PASS ont un rôle essentiel en terme d'accueil, de repérage, d'orientation, et de prise en charge des patients en situation de précarité, [..] l'organisation de permanences délocalisées, [..] le développement de partenariat avec les praticiens de la ville (Ateliers Santé Villes) »*²⁵,

Afin d'illustrer ces propos, *l'accompagnement* comprend des entretiens pour effectuer une évaluation médico-sociale, mais aussi des *accompagnements* dans les démarches pour la régularisation des droits sociaux.

22 VERSPIEREN. P, « Face à celui qui meurs », Édition Temps et contretemps, Paris, (1984)

23 MOTTAZ. A-M, « Les Concepts en Sciences Infirmières », Édition MALLET CONSEIL, p43

24 FURTOS J., Le carnet PSY n°156, (Septembre Octobre 2011), « Les enjeux cliniques de la précarité », p30

25 Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), Poitou-Charentes 2011-2016, p25

Cela comprend également l'*accompagnement* physique des personnes vers les services d'urgences (assure le lien) et passer le relais à l'équipe soignante du service pour une prise en charge médicale. Toutefois, en fonction de l'organisation de la PASS, des soins peuvent être parfois directement prodigués dans ses locaux.

3. Concept de Confiance

La notion de *Confiance* comprend trois entités : la confiance en soi, la confiance en l'autre (Relation), la confiance en l'avenir.

Pour le LAROUSSE la *confiance* c'est : « 1- Assurance, courage qui vient de la conscience qu'on a de sa valeur, de sa chance 2- Sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose 3- Sentiment d'assurance, de sécurité qu'inspire au public la stabilité des affaires, de la situation politique²⁶ ». Mais c'est aussi une notion juridique : « 4-Appui donné au gouvernement par la majorité du parlement ».

Pour la sociologue L.ZUCKER²⁷, il existe trois types de *confiance* : « La *confiance intuitu personae*, accordée à la famille, aux proches et aux amis [...], intuitive ; La *confiance relationnelle* qui repose sur des échanges entre collègues ou amis afin de tisser des liens [...]; La *confiance institutionnelle* rattachée à une structure formelle²⁸ ».

Au delà de ces quelques définitions, il me paraît intéressant d'introduire la notion du temps dans le concept de *Confiance*. La *Confiance* est en perpétuel mouvement, tantôt elle se transforme en méfiance, tantôt elle se construit à partir d'une impression, d'un ressenti. Cette évolution se fait à mon sens sur l'échelle du temps : *la confiance* que j'ai aujourd'hui en toi ne sera pas la même que dans deux jours, une semaine, un mois ..

26 LAROUSSE, URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082> , consulté le 2/02/2014 à 21h15

27 Professeur en Sociologie à UCLA

28 ZUCKER. L, Production of Trust: Institutional Sources of Economic Structure, « Research in Organizational Behavior », (1986)

Cette idée apparaît dans un article de MICHON. F : « *Le professionnel de santé, et le patient doivent s'approprier, apprendre à se connaître et s'apprécier. Les contacts doivent donc être relativement fréquents et de qualité*²⁹ ».

En outre, cette évolution peut relever d'une impression, pas toujours objectivable, mais peut aussi dépendre d'un événement marquant modifiant le crédit que j'apporte à l'autre. Dans un article issue de la revue Soins, l'auteur met l'accent sur cette idée : « *Elle est difficilement évaluable, et n'est pas immuable. Il est d'ailleurs certainement plus aisé de la perdre que de la gagner*³⁰ ». Et plus loin d'y ajouter : « *La confiance se construit dès l'enfance [...] à travers des [...] aptitudes à communiquer et à écouter l'autre* ».

Enfin, selon le psychologue A. DULUC il existe « *Trois niveaux de leviers*³¹ » pour l'amélioration du climat de confiance. Les leviers dit « *Organisationnels : la reconnaissance, la participation de tous, la responsabilisation, la transparence* » ; les leviers « *Relationnels* » correspondants à l'amabilité : l'estime de l'autre, la coopération, la maturité, l'honnêteté, la valorisation, et le dynamisme pour avancer ensemble ; et enfin le troisième niveau : les leviers « *Personnels* » correspondants à la sympathie, la compétence professionnelle, la présence, mais aussi à la détermination personnelle et la conscience de soi pour se situer par rapport aux autres.

L'auteur de l'article résume : « *Les leviers Organisationnels correspondent certes à une façon de procéder et de travailler contribuant à huiler les rouages d'une organisation, mais ils sont indispensables pour que celle-ci soit structurée, pérenne, et tende vers une qualité de soins et de prise en charge optimale*³² ».

Pour J.FURTOS, dans son dossier « Les enjeux cliniques de la précarité », où il introduit « *Mais lorsqu'elle fonctionne assez bien, la précarité constitutive aboutit à une triple confiance : Confiance en l'autre qui est là quand on en a besoin, Confiance en soi-même qui a de la valeur, puisque l'autre s'en préoccupe lors des situations de détresse, et*

29 MICHON F., « La confiance, un levier de la qualité des soins », Revue Soins, (Oct 2013), n°779, p38

30 MICHON F., « La confiance, un levier de la qualité des soins », Revue Soins, (Oct 2013), n°779, p37

31 DULUC A., classification reprise dans la Revue Soins, (Oct 20013), n°779, p37,38

32 MICHON F., « La confiance, un levier de la qualité des soins », Revue Soins, (Oct 2013), n°779, p38

Confiance dans l'avenir [..]. L'ensemble donne Confiance dans le lien social qui porte la possibilité d'un avenir en société³³. » Bien évidemment s'il y a triple perte de confiance alors le précaire exacerbé devient vulnérable : « La précarité, c'est le vulnérabilité qui en appelle à l'autre, au social³⁴ ».

Ainsi, nous avons vu ce qu'est la *précarité*, que ce qu'elle comprend va bien au delà la pauvreté, et qu'elle engendre d'autres conséquences importantes. Comme la difficulté de créer du lien par exemple, pourtant le préalable essentiel à la relation à l'autre, donc aux soins. Ensuite, nous avons abordé la notion d'*accompagnement*, et nous avons expliqué celui proposé par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé. Enfin, nous avons vu l'importance de la confiance de manière générale, mais aussi la confiance dans un contexte de précarité.

A l'issue de cette recherche, la problématique apparaît :

En quoi la Confiance est-elle un vecteur de réussite des accompagnements auprès d'un public en situation de précarité ?

33 FURTOS J., Le carnet PSY n°156, (Septembre Octobre 2011), « Les enjeux cliniques de la précarité », p31

34 Ibid

II. Schéma de recherche et hypothèses

Pour le schéma de recherche présent dans le référentiel méthodologique du travail de recherche³⁵, je me situe sur le schéma deux. Ce schéma me paraît plus adapté à ce type de travail, il s'agit ici d'une étude qualitative portée, je le rappelle, sur l'articulation entre la qualité de l'accompagnement auprès des personnes en situation de précarité d'une part et la notion de confiance d'autre part.

La phase théorique préliminaire de ce travail est nourrie par de nombreuses publications variées (Livres, revues, article de recherches), rapports, lois. La synthèse de ces éléments, et le recul d'un travail initié il y a quelques mois maintenant, me permet d'élaborer dans un premier temps une hypothèse théorique :

L'instauration d'une relation tournée vers la confiance conduit à un accompagnement réussi ou de qualité

Celle-ci se décline dans les deux hypothèses opérationnelles suivantes :

Instaurer une relation de confiance nécessite du temps, et de la régularité dans les échanges

Une fois la confiance établie, l'accompagnement peut tendre vers une certaine qualité / ou réussite

Pour l'outil permettant de vérifier mes hypothèses³⁶, j'ai souhaité effectuer des entretiens avec deux professionnels de santé en exercice dans des Permanences d'Accès aux Soins de Santé, et ce dans des villes ayant des caractéristiques similaires. J'ai choisi de prendre comme modèle deux villes situées dans un milieu rural, de population quasi identique (entre vingt et vingt-cinq mille habitants chacune).

Le choix des entretiens semi-directifs m'a paru être le plus pertinent pour ce type d'étude, d'autant qu'ils permettent une certaine souplesse. Je pouvais tantôt laisser mon interlocuteur parler librement, tantôt le recadrer quand il s'écartait du cœur du sujet. Par ailleurs,

35 Annexe I : Référentiel méthodologique du travail de recherche

36 Annexe II : Guide d'entretien

l'interlocuteur pouvait directement m'interpeller pour préciser la question, et moi également. La retranscription des ces entretiens³⁷ me permet à présent d'introduire la seconde partie de cette étude.

³⁷ Annexe III et III bis : Entretiens avec les infirmière des PASS

III. Analyse des entretiens

1. Analyse

Pour garantir l'anonymat des personnes et des lieux, les noms ont été modifiés.

Afin d'analyser finement le contenu des entretiens, j'ai choisi de traiter les réponses en suivant chaque question une à une.

Dans l'entretien avec l'infirmière A, elle utilise les mots de « *pauvreté* », « *d'isolement* » pour définir la précarité. Elle précise d'ailleurs un type de précarité particulier : « *financière* », donc on peut supposer qu'il y en ait plusieurs ce qui va dans le sens de la première partie. Elle va plus loin dans ses explications puisque elle énonce « les conséquences » de cette précarité : « *quand on est pauvre on n'a pas de logement ou des difficultés à en avoir. On court après les aides, au niveau sanitaire on n'est mal pris en charge. [...] La précarité c'est aussi une mauvaise vision des choses aussi, on laisse traîner des choses parce qu'on n'a pas les moyens [...]. Des trucs cons qui pour nous nous paraissent logiques, mais pour eux non* ». Elle décrit un laissé « *aller administratif* », puis « *un milieu un petit peu particulier* » dont il est difficile de se sortir.

Elle met également en avant « *le volet psychiatrique de la précarité* » : « *ne serait-ce que la dépression nerveuse, elle est quasiment chez tous nos patients* ». Cela fait écho, à la remarque de J.FURTOS sur le contexte de précarité qui « *a des effets psychiques, à différencier d'une psychologisation ou d'une psychiatisation du monde*³⁸ ».

Pour l'infirmière B, la précarité est une notion « *vague parce qu'en fait ça peut être social, familial, et au niveau de la santé, enfin ça peut être vraiment très très global* ». Puis plus loin, elle ajoute : « *Même moi au bout de deux ans, j'arrive pas à faire le tour de ce que peut être la précarité [...] c'est tellement global* ». Cette remarque fait de nouveau référence à la citation du psychiatre J.FURTOS, où il parle de « *contexte global* » pour évoquer la précarité.

38 FURTOS J., Le carnet PSY n°156, (Septembre Octobre 2011), « Les enjeux cliniques de la précarité », p29

En outre, le fait que cette remarque soit reprise par deux infirmières différentes démontre que l'on parle bien de la même chose, et que cela appuie le cadre théorique que j'ai construit pour ce travail.

Cependant, la remarque de l'infirmière A ; sur la circulaire de mille neuf cent quatre vingt douze définissant les catégories de précaires : « *Les chômeurs de longue durée au mieux oui, mais après il y a les chômeurs qui ... n'y restent pas, et qui ne sont pas spécialement précaires* » ; est assez pertinente puisqu'en effet je trouve également que cela est légèrement excessif d'inclure tous les chômeurs dans la catégorie des précaires. Effectivement, au sens premier du terme, la précarité est définie comme une situation qui n'offre aucune garantie de stabilité, et c'est le cas des chômeurs, cependant, le chômage revêt des formes et des situations bien différentes.

Les deux infirmières que j'ai interrogées ont toutes les deux une expérience assez courte à la PASS, puisque l'une y est depuis deux ans : « *Même moi au bout de deux ans* », et l'autre « *en un an de mon expérience* ». Cela constitue une première limite à mon travail puisqu'en interrogeant que des infirmières nouvellement en poste, je ne peux pas avoir l'expertise que m'aurait apporté un ou une infirmier(e) plus expérimenté(e).

En ce qui concerne les populations qui viennent les voir, dans les deux cas elles décrivent la même chose, pour l'infirmière A « *La précarité c'est vraiment tous les jours ici, c'est tout le temps en continu* », et pour l'infirmière B c'est également « *tous les jours oui* ». Cette dernière ajoute lorsque je l'interroge, parmi les catégories issues de la circulaire de mille neuf cent quatre vingt douze, ceux qu'elle rencontre « *le plus souvent, je dirai peut être plus RSA* » .

Par ailleurs, une autre chose est frappante à la relecture des entretiens, les deux infirmières affirment toutes les deux que le public n'est pas tout à fait le même entre les permanences hospitalières et les permanences en ville, pour l'une : « *La population un peu plus jeune, moins de vingt-cinq ans* » lorsque la permanence se délocalise en ville, tandis que pour l'autre elle note que « *par contre à l'accueil de jour, c'est beaucoup de sans domiciles fixes, on rencontre beaucoup de monde qui ne viendront pas à la Permanence d'Accès aux Soins de*

Santé ». Les deux expliquent très bien ce phénomène, avec des PASS excentrées des centres ville, c'est le cas dans les deux exemples, la problématique du coût du transport est essentielle lorsque l'on travaille avec ces populations : « *déjà venir ici, dans ce local qui est excentré du centre ville [...] donc ça veut dire qu'il faut qu'ils fassent la manche, et que dans ce qu'ils ont gagné de leur manche pour vivre, il faut qu'ils prennent un euro pour venir, deux euros pour redescendre* ».

Cette question me permet deux choses : tout d'abord tester la fiabilité des réponses, puisque le crédit que j'apporte à quelqu'un qui est en contact tous les jours avec les populations précaires n'est pas le même que quelqu'un qui ne travaillerait que très rarement avec. Ici, les deux infirmières côtoient cette population tous les jours, elle ont donc une certaine expertise. Par ailleurs, cela me permet d'en déduire que le public n'est pas le même en fonction d'où est située la permanence, et donc que les populations précaires présentent différents aspects, différents visages, ce qui rend d'autant plus difficile d'en cerner les contours précis.

Comme l'avait déjà mis en évidence mon travail préparatoire, « *la problématique première [...] c'est d'acquérir la confiance des gens* ». Les infirmières l'expliquent toutes les deux à leur manière : « *on crée une certaine confiance, ils prennent l'habitude de nous voir en permanence, et là voilà y a un truc qui se passe [...]* » pour l'une, tandis que pour l'autre cela passe en partie par les soins : « *j'aime bien les faire, ça créer le contact, ça permet d'avoir un suivi aussi, les obliger un petit peu à revenir aussi et du coup de déclencher une relation de confiance ..* ».

On voit bien ici que les deux infirmières ne travaillent pas de la même façon, et que leurs organisations diffèrent : l'une fait les soins, l'autre non. L'une ne gère que l'administratif puisqu'elle est seule, tandis que la seconde bénéficie d'une assistante sociale à mi-temps ce qui lui permet de faire d'autres choses, et en particulier les soins. Et c'est très bien expliqué par la première infirmière interrogée (appelée ici Infirmière B): « *[...] les PASS fonctionnent comme on a envie de les faire fonctionner* ».

Pour revenir au thème de la confiance, l'infirmière A explique : « *Ils le disent tous c'est pas évident de se découvrir comme ça, de se mettre à poil devant des inconnus et d'expliquer tous les problèmes qu'on peut avoir [...] C'est très compliqué de dévoiler tout ça, et c'est avant tout la confiance qui le permet* ».

Une autre phrase éclaire très bien l'importance de la notion de confiance : « *c'est très très important de leur préciser que c'est anonyme et que ce qui se dit ici ne sort pas. Mais c'est toujours avec cette confiance .. parce que on ne discute pas s'il n'y a pas de confiance* ». Cette remarque fait référence à la confiance institutionnelle dont parle L.ZUCKER, évoquée dans la partie théorique.

En parallèle de la confiance, le thème de la méfiance est aussi présent dans le premier entretien : « *ils se sont fait avoir sur pleins de choses et du coup ils se méfient énormément* ». Ici, il y a bien une perte de confiance en autrui, ce qui rend d'autant plus difficile d'établir une relation. C'est pour cela que l'infirmière B. précise : « *entrer en communication avec ces gens là .. c'est tout sauf la santé* ».

Ce qui peut s'expliquer par deux éléments, le premier étant qu' « *ils sont très loin des soins, leur préoccupation c'est de manger* », et le second : « *ils voient l'hôpital comme quelque chose premièrement d'imposé, deuxièmement d'agressif, et trois de contraignant* ».

Le fait que la santé ne soit pas leur priorité est également mis en avant dans le premier entretien lorsqu'elle explique : « *Ils ont cet esprit où la démarche de soin n'est pas du tout, mais alors pas du tout leur préoccupation première* ». Et elle ajoute même : « *Ils viennent nous voir quand ils sont sur le carreau* », ce qui induit d'une part une prise en charge retardée, alors qu'on aurait pu travailler en amont pour prévenir certains risques ou certaines complications, mais également un coût plus élevé, avec des hospitalisations plus longues, et des soins plus onéreux.

Une autre problématique qu'avait soulevé mon travail préliminaire et que je retrouve dans les entretiens, non seulement créer des liens n'est pas chose aisée avec cette population, mais que de les maintenir l'est tout autant. Comme le souligne l'une d'elle « *la relation est intermittente* », « *des fois ils passent tous les jours [...], puis on ne les voit pas pendant deux mois* ». L'infirmière B explique même que « *créer des liens et assurer la continuité de ces*

liens c'est la majeure partie du travail ». Leurs déplacements multiples - « *c'est des gens qui naviguent beaucoup, donc on commence quelque chose et puis peut être qu'une semaine, ou quinze jours après ils vont partir deux mois par là* » - font que les choses mettent souvent plus de temps à se faire.

Enfin, le dernier élément sur l'établissement de la relation soignant/ soigné, cela dépend aussi d'où est-ce qu'ils en sont dans leurs « *parcours* », soit la personne arrive « *par les urgences, et elle a été amenée par les pompiers ou les forces de l'ordre, donc là déjà quand j'arrive .. c'est déjà pas facile* », ou alors « *les personnes qui sont [...] dans des structures, alors là ils ont déjà commencé leurs parcours, donc c'est eux qui viennent me parler, et là, le lien est beaucoup plus facile à faire* ».

Ensuite lorsque je demande à mes interlocutrices de m'expliquer la nature, ou les caractéristiques de la relation qu'elle établissent avec les patients les choses s'affinent.

Pour l'infirmière A, elle pose des mots précis sur cette relation si singulière : « *c'est une relation de confiance* ». Toutefois elle pose un cadre ensuite puisqu'elle explique que c'est « *une relation soignant/soigné aussi parce que je rappelle toujours que je suis infirmière [...] , on n'est pas des copains copines non plus !* ». Alors que pour la seconde infirmière c'est plus vague, « *exactement, je sais pas trop* », « *c'est une relation d'aide oui .. mais [...] en précisant que ce n'est pas de l'assistantat* ».

Elles expliquent que leur rôle est « *de leur redonner confiance en eux* » puisque « *tout est en échec* ». Plus loin cette même infirmière précise « *en fait c'est de les revaloriser par rapport à ce qu'ils sont capables de faire* ». La seconde explique que son rôle, le même que la précédente, « *c'est de les accompagner, de les guider dans les démarches* ». Tout comme sa collègue, elle précise d'ailleurs que l'accompagnement « *c'est pas de faire les choses à la place des gens* », et que cela vise à l'autonomie des personnes. En cela, elle s'inscrit dans la définition de l'accompagnement de VERSPIEREN préalablement citée dans la première partie de ce travail.

Un autre élément ressort lorsque l'on confronte les deux entretiens, lorsque l'une dit « *dans notre façon d'aborder les choses aussi c'est de .. c'est pas banaliser, mais c'est que ça fait partie de la personne, il est comme ça, il faut le prendre comme ça* », l'autre ajoute comme une réponse en écho : « *je ne suis pas la en tant que moralisateur* ». Ces propos montrent bien que même si elles n'utilisent pas les mêmes termes, elles voient leur rôle de la même manière : l'altruisme.

Par la suite lorsque je leur demande quels sont les éléments qui permettent d'arriver à une relation de confiance, plusieurs éléments que j'avais mis en évidence à l'issue de mes recherches resurgissent.

Le premier élément pour arriver à une relation de confiance et ce pour les deux infirmières interrogées c'est le temps : quand la première le verbalise par l'expression « *laisser le temps faire les choses* », la seconde quant à elle l'exprime par la phrase « *petit à petit* ».

Cependant, une chose est frappante à la relecture des entretiens, tandis que la première livre nombre de détails sur les éléments propices à l'instauration d'une relation de confiance, et je les développerai par la suite, la seconde quant à elle est peu prolixe sur le sujet.

Pour l'infirmière A, l'instauration d'une relation de confiance passe tout d'abord par les soins, c'est pour cela qu'elle « *tient* » à faire elle-même certains soins. « *Cela se fait [aussi] par un café [...] ça se passe progressivement* », on retrouve ici la notion de temporalité.

Un autre élément est mis en avant par cette infirmière, le respect des caractères de chacun, « *certains ne demandent qu'à parler, il y en a d'autres on sent qu'ils n'ont pas trop envie* », *il ne faut pas non plus « brusquer les patients »*. Toujours dans la même idée, elle développe sur son rôle qui est de « *ne pas être trop intrusif* », et qu' « *il ne faut pas être trop envahissant non plus* ». « *La patience* » est également nécessaire.

Un autre point est essentiel selon elle, la régularité des échanges : « *il vient nous voir tous les jours* ». Cela rejoint à nouveau les éléments de mon cadre conceptuel, avec les propos de F.MICHON : « *les contacts doivent donc être relativement fréquents et de qualité* ».

Par la suite, dans les entretiens j'interroge mes interlocutrices sur ce qu'est un accompagnement de qualité ou réussi.

Pour l'infirmière A, c'est « *au moins un, acquérir [la] confiance et deux [les] accompagner autant que possible* », mais elle précise aussi « *après un accompagnement réussi c'est pas forcément quelque chose qui va aboutir à l'autonomie* ». Tandis que pour la seconde infirmière, « *On va dire l'aboutissement du travail c'est quand la personne arrive à se prendre en charge toutes seule, [...] et qu'elle sortie complètement de la PASS* ».

Par la suite dans le premier entretien, en prenant appui sur un exemple issu de sa propre expérience, l'infirmière nuance : « *on a abouti à un truc approximatif, mais on a réussi* », « *mais c'est quand même un accompagnement réussi parce qu'il a voulu continuer son traitement ... il tient ses rendez-vous à peu près* ». De la même manière dans le second entretien, elle reprend cette idée: « *Par contre c'est pas négatif, parce que le fait qu'il soit venu vous voir, ou vous ait entendu, ça reste quelque chose* ».

Toujours pour l'infirmière A, un accompagnement de qualité c'est aussi « *de les suivre, garder le contact* ». C'est justement une des difficultés que rencontre régulièrement les professionnels en première ligne, c'est un élément que le cadre conceptuel avait déjà mis en avant.

Enfin, la dernière question de mon entretien portait sur les éléments nécessaires à un accompagnement réussi.

Pour les deux professionnelles que j'ai sollicité pour ce travail, la confiance est l'élément qui ressort prioritairement pour arriver à un accompagnement réussi. L'infirmière A verbalise de manière univoque que « *la confiance* » est le préalable indispensable pour un accompagnement réussi lorsque je lui pose la question. Cependant ce n'est pas le seul élément qu'elle met en avant mais j'y reviendrai dans un instant. La seconde infirmière explique de la même manière, que pour arriver à cette finalité il faut « *que la personne accepte la relation, la confiance* ».

Dans les autres éléments mis en avant par les infirmières, relevons notamment « *une certaine*

connaissance de tout le réseau social, des aides » pour les professionnels, et l'adhésion des personnes précaires « aux idées et au fait de se prendre en charge ».

2. Vérification des hypothèses

Concernant la première hypothèse opérationnelle qui était je le rappelle : **Instaurer une relation de confiance nécessite du temps, de la régularité dans les échanges**, puisque la précarité a pour conséquence d'une part la difficulté de créer des liens, et d'autre part la difficulté de les maintenir.

Pour les deux infirmières interrogées, le temps est un élément indispensable pour la relation de confiance : *« laisser le temps faire les choses », « petit à petit », « ça se passe progressivement »* . La régularité dans les échanges l'est également pour l'une d'entre elle : *« il vient nous voir tous les jours »*.

En somme, l'hypothèse opérationnelle une est validée dans sa globalité puisque je retrouve tous les éléments présent dans cette affirmation. Toutefois, d'autres éléments peuvent eux aussi être nécessaires, comme le respect des caractères et du rythme des patients, mais aussi la patience des professionnels de santé.

Pour ce qui concerne l'hypothèse opérationnelle deux, qui était je le rappelle également : **Une fois la confiance établie, l'accompagnement peut tendre vers une certaine qualité ou réussite**. La première partie avait mis en évidence que la confiance est l'élément central de cette relation, et que sans celle-ci l'accompagnement ne peut être pleinement réussi.

Pour les deux infirmières de l'étude, elles mettent toutes les deux en avant *« la confiance »* comme un vecteur de réussite des accompagnements auprès de ce public. Cependant, bien que

ce lien est clairement explicité par l'une d'entre elle, la seconde quand à elle met d'avantage l'accent sur l'adhésion de la personne « *aux idées et au fait de se prendre en charge* ».

Ainsi, cette seconde hypothèse est validée dans la mesure où pour les deux infirmières la confiance est un élément primordial pour arriver à un accompagnement réussi. J'ajouterai ici que ce n'est pour autant pas le seul élément qui conduit à la réussite de cette relation, qui nécessite également le consentement des personnes.

En somme, l'hypothèse théorique selon laquelle **l'instauration d'une relation tournée vers la confiance conduit à un accompagnement réussi** est validé. Cependant, si la confiance est bien nécessaire, elle n'est pas seule responsable de la réussite de l'accompagnement. D'autres éléments sont indispensables, en particulier la volonté des personne et leur adhésion « *au fait de se prendre en charge* ».

3. Limites de l'étude

La première limite de ce travail réside dans son ampleur. Mon échantillon test n'est pas assez important pour pouvoir en tirer des vérités universelles. A cette égard, je souhaitais faire un dernier entretien pour accentuer mon étude, mais la région ne dispose pas de permanences d'accès aux soins de santé dans tous les établissements publics de santé.

La seconde limite de ce travail est que j'ai choisi de réaliser mes entretiens dans des villes qui ont les mêmes caractéristiques. En effet, la précarité que l'on rencontre dans les zones rurales, comme c'est le cas dans cette étude, n'est pas tout à fait la même que dans des zones urbaines. Et je m'en suis rendu compte avec le travail que j'ai effectué pour l'unité d'enseignement optionnelle, sur le rôle de l'infirmière au Samu Social. Le thème de « la grande pauvreté » était beaucoup plus présent.

Enfin, le fait de n'avoir interrogé que des infirmières qui ne possède qu'une expérience

limitée, entre un an, et deux, constitue une limite de ce travail. En effet, ce travail se serait enrichi avec l'expérience d'une infirmière en poste depuis quelques années. Son analyse aurait peut être été différente.

En somme, nous avons dans un premier temps abordé le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit ce travail de recherche. J'ai développé les trois concepts qui articulent cette étude. La précarité, les différentes formes qu'elle revêt, ses conséquences, en quoi cela modifie la relation, et enfin en quoi c'est un enjeu de santé publique d'accompagner ces personnes.

Historiquement, les hôpitaux ont une double vocation, à la fois accueillir les pauvres et prodiguer des soins aux malades. Cela a été remis aux goûts du jour avec la création des permanences d'accès aux soins de santé en mille neuf cent quatre vingt dix huit. Celles-ci permettent comme le nom l'indique, de favoriser l'accès aux soins pour toute personne sur le territoire. C'est une problématique d'autant plus d'actualité que les conséquences de la crise économique que subit l'Europe et en particulier notre pays s'accroissent. L'accès aux soins est aujourd'hui plus que jamais un enjeu de santé publique.

Nous avons également vu les répercussions de nature relationnelles de la précarité, que la difficulté première réside dans l'établissement d'un lien, et de le maintenir. De ma maigre expérience à la PASS en stage, j'en ai déduit que la confiance était un élément indispensable pour la relation avec ce public là et ce fut l'objet de ma recherche.

Dans une seconde partie, j'ai présenté ma démarche de recherche, en présentant une hypothèse théorique, elle-même déclinée en deux hypothèses opérationnelles. J'ai également développé ici les outils que j'ai utilisés pour mon expérimentation, et les raisons de ce choix.

J'ai poursuivi par la recherche à proprement parlé, avec l'analyse des entretiens que j'ai effectués avec des infirmières exerçant actuellement dans des PASS. Quant à mes hypothèses de recherches, elles se sont avérées en accord avec leurs conclusions. Effectivement, la confiance est un élément essentiel pour qu'un accompagnement avec ce public soit réussi. Toutefois, une nuance est apportée puisque ce n'est pas le seul élément qui permet de tendre vers des accompagnements de qualité ou réussis, l'adhésion de la personne est également essentielle. En effet, la santé n'est pas pour certains une priorité, et c'est souvent le cas chez ce public selon les professionnelles interrogées.

Là encore, cela constitue un enjeu de santé publique important, en matière de coût de prise en charge. Il est beaucoup plus onéreux de prendre en charge les complications, autant sur le plan biologique que psychique. C'est à nouveau la première partie qui m'oriente sur ce sujet,

puisque la précarité a des répercussions sur la santé physique et psychique des personnes. Peut-être l'accent devrait être davantage mis sur la prévention et l'éducation à la santé.

Ce sont des problématiques globales auxquelles je serai confronté en tant que professionnel de santé, et ce quelque soit la voie que je prends. En effet, les perspectives actuelles en matière de santé tendent vers cela avec une logique de réduction des budgets, et d'efficacité dans les soins.

Bibliographie

➤ **Livres, revues, rapports lu:**

- FURTOS. J, Revue Le carnet PSY, n°156, « Les enjeux cliniques de la précarité », 2011
- PARIZOT.I , CHAUVIN.P, Revue Sciences Humaines, HS n°48 Mars, Avril, Mai 2005
- FORMARIER M., JOVIC.L, « Les concepts en sciences infirmières », Édition MALLET CONSEIL, 2ème édition, à St Just la Pendue (42), 2012
 - GRAINGER. M, Concept de Précarité, p 242
 - MOTTAZ. A-M, Concept d'Accompagnement, p 42

➤ **Livres, revues, rapports consultés :**

- VERSPIEREN. P, « Face à celui qui meurs », Édition Temps et Contretemps, Paris, 1984
- ZUCKER L., Research in Organizational Behavior, 1986. repris dans Revue Soins n°775, Oct 2013
- Rapport WRESINSKI, « Grande pauvreté et Précarité économique et sociale », Journal Officiel, Paris, 28/02/1987
- Rapport du Haut Comité de la Santé Publique: « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », 1998

➤ **Lois :**

- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adopté par les Nations Unis le 10 décembre 1948
- Article L. 711-7-1 du Code de la Santé Publique ,
URL: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm>
- Loi de Juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle ,
URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392&dateTexte=&categorieLien=id>
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie,
URL: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), Poitou-Charentes 2011-2016,

URL: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/PRS/20111216_PRAPS_Acces_a_la_Prevention_et_aux_Soins.pdf

- Observatoire Régional de Santé,

URL: <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/PrearitePano2010.pdf>

- Colloque de l'OMS de Bruxelles en 1993,

URL: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad121819.pdf>

- Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé.

URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000725332>

- Dictionnaire: LAROUSSE , URL: <http://www.larousse.fr>

- Annexe I : Référentiel Méthodologique du travail de recherche

- Annexe II : Guide d'entretien

- Annexe III : Entretien avec l'infirmière A

- Annexe III Bis : Entretien avec l'infirmière B

Annexe I



**Référentiel méthodologique
du travail de recherche de l'IFSI de Saintes**
(à mettre dans les annexes du mémoire)

Dans le cadre de son initiation à la démarche de recherche, l'étudiant a le choix entre 2 schémas possibles, **selon la nature du thème et l'objet de recherche.**

Il est attendu de l'étudiant d'argumenter **la pertinence** de son choix dans une partie de son travail de rédaction.

SCHEMA 1		SCHEMA 2	
THEME			
MOTIVATION [+/- SITUATION D'APPEL]			
QUESTION DE DEPART			
ENQUETE EXPLORATOIRE (utilisation des outils : questionnaire ? entretiens ? observation ?)+ LECTURES	→ANALYSE←		LECTURES
UNE HYPOTHESE THEORIQUE ensuite déclinée en DEUX HYPOTHESES OPERATIONNELLES			
			EXPERIMENTATION (utilisation des outils : questionnaire ? entretiens ? observation ?+ ANALYSE)
INTERET PROFESSIONNEL			

Annexe II Guide d'entretien

QUESTION	REPNSES POSSIBLES	INTERET
<p><u>Présentation du sujet d'étude : La relation Soignant/soigné dans un contexte de précarité</u> <u>Questions préliminaires : année du DE, expériences professionnelles</u></p>	<p>Référence à la pauvreté, à la misère. l'exclusion</p>	<p>Le thème étant vaste, il est nécessaire de faire un rappel au cadre théorique (Circulaire de 1992 défini 5 catégories de précaires : Chomeurs, RMI devenu RSA en 2009, Sdf, jeunes de 16/25ans exclu du milieu scolaire mais en insertion pro, Contrat emploi solidarité devenu CAE en 2005) afin de bien parler de la même chose</p>
<p><u>A quelle fréquence, êtes vous confrontée à cette population ?</u></p>	<p>Jamais, occasionnellement, quotidiennement</p>	<p>Vérifier le crédit des propos. La valeur d'un propos tenu par quelqu'un qui est tous les jours en contact avec ce public, n'est pas la même que des propos tenu par quelqu'un qui ne les cotoie jamais, ou rarement.</p>
<p><u>Quelles sont les problématiques relationnelles auxquelles vous êtes confrontée avec ce public ?</u></p>	<p>Difficulté de créer/ maintenir les liens Mise en confiance difficile, Méfiance Difficulté de suivi</p>	<p>Cœur de mon TFE, renvoi à la question de départ de ce travail</p>
<p><u>Comment définiriez vous la relation que vous essayez d'instaurer avec ce public ?</u></p>	<p>Relation d'aide, relation de confiance Soutient, accompagnement</p>	<p>Caractère de la relation Pour moi le cœur de la relation, c'est la confiance Est ce que c'est verbalisé en tant que tel par le professionnel de santé ?</p>
<p><u>Que faut-il selon vous pour instaurer une relation de confiance ?</u></p>	<p>Temps, régularité, authenticité, congruence, empathie</p>	<p>Vérification /Infirmation de l'Hypothèse opérationnelle 1 : Instaurer une relation de confiance nécessite du temps, de la régularité dans les échanges</p>

<p><u>A quoi correspond selon vous, un accompagnement de qualité (ou réussi) ?</u></p> <p><u>Selon vous, quels sont les éléments indispensables pour arriver à un accompagnement réussi / de qualité ?</u></p>	<p>Confiance, l'écoute, l'empathie</p>	<p>Introduire ma seconde hypothèses</p> <p>Vérification/ Infirmation de l'hypothèse opérationnelle 2 : Une fois la confiance établie, l'accompagnement peut tendre vers une certaine qualité (ou réussite)</p>
<p><u>Avez vous des remarques ? Des précisions à faire ?</u></p>		

Annexe III

Entretien avec l'infirmière A

- « **Voilà, donc on s'étaient déjà rencontrés à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers**

- Oui tout à fait

- **Vous étiez venue nous présenter la permanence d'accès aux soins**

- Et là il doit être bouclé quand le boulot ?

- **Mi-mai, le onze mai. Sachant que ma partie théorique est presque faite, j'entre dans la seconde phase du travail à savoir : rencontrer les professionnel(e)s pour confronter mes idées à la réalité du terrain.**
Je vous rappelle mon sujet : La relation soignant/ soigné dans un contexte de précarité. Durant mes études, j'ai eu l'occasion d'aller dans un service d'urgences, où j'avais pu passer deux jours à la permanence d'accès aux soins de santé. Elle m'avait expliqué le fonctionnement de cette permanence, .. je sais que ça diffère un peu ..

- Après oui, les permanences d'accès aux soins de santé fonctionnent un peu différemment selon l'hôpital. Normalement une permanence est obligatoire par hôpital, après le personnel qui y est employé dans ces services sont très différents, il y a des endroits où il n'y a pas d'infirmières que des assistantes sociales, des endroits où n'y a pas d'assistante sociale mais une infirmière, et ils font intervenir des médecins, à un autre endroit ils ont des psychologues en plus, dans les grosses grosses permanences d'accès aux soins de santé il peut même y avoir des dentistes détachés. Après le fonctionnement est très différent d'une permanence à l'autre, après la base reste la même c'est : l'accès aux soins de santé.

- **La finalité est la même, oui.**

Avant de commencer l'entretien à proprement parlé pouvez vous me résumer en quelques lignes votre parcours professionnel ?

- Mon parcours professionnel, alors absolument rien à voir avec le social. Moi je suis diplômée de mille neuf cent quatre vingt neuf, j'ai fait mon école à Paris, j'ai fait un an et demie à l'Institut Curie en cancérologie dans un service où on faisait beaucoup d'essais thérapeutiques, puisque de toute façon la cancéro .. déjà généralement les thérapeutiques de cancéro sont des essais mais là on faisait des essais très spécifiques de phase un, phase deux .. voilà, moralement c'était compliqué, difficile, surtout jeune diplômée d'état. Commencer par là c'est bien .. mais c'est un peu compliqué quand même. Donc après j'ai embrayé sur la réanimation néo-natale, qui n'avait strictement rien à voir, j'ai pris le problème à l'envers, en allant voir du côté de la naissance plutôt que de la mort, et ça j'ai fait ça pendant sept ans et demie. Ensuite, j'ai eu ma fille donc la j'ai fait une petite pause et puis puis j'ai fait, j'ai essayé de reprendre la réa néo-nat, ayant eu une fille c'est pas passé .. et donc du coup, il y avait le service d'urgence que se créait et là j'ai participé à toute la création du service d'urgence pédiatrique, et ça m'a pris un an et demie. Ensuite je suis partie pour des raisons de rapprochement de domicile, j'ai pris une disponibilité et là j'ai fait un petit peu de tout, je suis allée voir un peu à droite à gauche, j'ai été directrice adjointe de crèche, pas longtemps : trois mois (rires), c'était pas mon truc. Ensuite j'ai fait des remplacements en maternité, en salle de travail, faisant fonction de puéricultrice, etc, vu mes antécédents en réa néo-nat. Ensuite, j'ai pris un poste en réanimation adulte dans une clinique tout près de chez moi, là c'était vraiment pour des raisons personnelles. Je suis partie de là, je suis partie dans le sud, j'ai retrouvé un poste en réanimation adulte, aussi, dans une clinique où j'ai fait un an et puis j'ai atterri ici, au Centre Hospitalier. J'ai fait dans un premier temps deux ans en réa, un an et demie en néo-nat, la néo-nat j'ai été déçue parce que c'était pas de la réa .. c'était vraiment du soin classique et ça ne m'intéressait pas. Je suis allée aux urgences, pour revenir en réa, et il y a pile poil un an, au mois de mai, je commençais à saturer des soins techniques, à galoper dans tous les sens. Et puis s'est présenté le poste que j'occupe actuellement, où en fait j'assure un cinquante pour cent

à la PASS, et un cinquante pour cent sur le prélèvement multi organe (PMO). Ça se reparti dans la journée : le matin, prélèvement multi organe et de cornée, et l'après midi, la PASS. Je l'ai découvert .. enfin que je connaissais par l'intermédiaire des urgences, mais que je ne connaissais pas vraiment. J'avais jamais vraiment fait de social, la précarité oui un petit peu aux urgences mais ça n'a rien à voir, ici c'est vraiment que ça, que ça ! Voilà, l'un dans l'autre je me suis prise au jeu et c'est très bien.

- **Vous vous y retrouvez. Juste, j'ai vu que vous avez une salle de soins à côté. J'imagine donc qu'il y a quelques soins que vous prodiguez directement vous même ?**
- Ce sont des soins de bases qu'on assure, ce sont essentiellement des pansements, beaucoup de prises de sang, de la délivrance de traitements beaucoup aussi, après c'est aussi une salle d'examen pour le médecin puisqu'il examine aussi ses patients. C'est essentiellement pour ça, la vaccination aussi.
- **Je vous pose la question, parce que j'ai justement fait un entretien dans un autre établissement et il n'y avait pas de salle de soins comme celle-ci. Ça rejoint ce que nous disions en préambule sur les organisations qui diffèrent.**
- Si, moi ici j'y tiens en plus, je tiens à avoir un accès aux soins, ça veut dire que je ne veux pas les renvoyer ailleurs pour des trucs simples. J'aime bien les faire, ça créer le contact, ça permet d'avoir un suivi aussi, les obliger un petit peu à revenir aussi et du coup de déclencher une relation de confiance ..
- **C'est une porte d'entrée vers une relation de confiance ..**
- Oui c'est ça.

- **A présent je rentre dans le cœur de mon sujet : comment vous décririez la précarité telle que vous la rencontrez ?**

- Avant tout la pauvreté, avant toute chose. Financière, l'isolement aussi beaucoup .. Puis tout ce qui en découle, quand on est pauvre on n' a pas de logement ou des difficultés à en avoir, on court après les aides, au niveau sanitaire on est mal pris en charge, la précarité c'est aussi ça, une mauvaise prise en charge de sa santé, une mauvaise vision des choses aussi, on laisse traîner les choses parce qu'on n'a pas les moyens d'aller tout bêtement chez le dentiste ou d'aller chez l'ophtalmologue .. Des trucs cons qui pour nous nous paraissent logiques, évidentes, mais pour eux non. Tout ce qui s'en suit en fait, à partir du moment où on est pauvre, on est isolé, on ne se suit pas au niveau médical, on se laisse aller au niveau administratif aussi. C'est .. Et puis, on rentre aussi dans un milieu un petit peu particulier et du coup on a un peu de mal à s'en sortir après .. Et on est aussi là pour ça, pour leur montrer qu'il y a autre chose que ce milieu là. Voilà, je ne sais pas si je suis claire ?

- **Si, si, vous êtes claire.**
Le problème principal de mon sujet c'est que c'est un thème très large, la précarité, et du coup j'ai choisi .. enfin, dans la partie théorique je me suis attaché à définir les cinq grandes catégories de précaires. C'est une circulaire gouvernementale de mille neuf cent quatre vingt douze qui fait état de cela, et qui donc défini cinq catégories de précaires, donc les chômeurs, les gens qui bénéficient du revenu minimum d'insertion (RMI) devenu revenu solidarité active (RSA), les sans domiciles fixes, les jeunes entre seize et vingt cinq ans exclus du milieu scolaire mais en insertion professionnelle, et les personnes bénéficiaires d'un contrat emploi solidarité devenu contrat d'accompagnement pour l'emploi (CAE) depuis deux mille neuf.

- Je suis à peu près d'accord sauf au niveau des chômeurs, ou les chômeurs de longues durée au mieux oui, mais après il y a des chômeurs qui .. n'y restent pas, qui ne sont pas spécialement précaires.

- **Vous ajouteriez donc ..**

- Chômeurs oui, mais à ce moment là, de longue durée ou vraiment chez un jeune de dix sept ans qui n'a pas de formation.. enfin, à dix huit ans sans formation ça n'existe pas, mais englober tous les chômeurs, dans une situation de précarité ça me paraît un peu ..

- **Oui je comprends votre position. A quelle fréquence vous diriez que vous êtes confrontée justement à la précarité ?**

- Tous les jours. C'est le fondement de la permanence d'accès aux soins de santé, la précarité. On n'a pas de gens qui sont .. bien dans la vie, qui sont .. non c'est tous les jours. C'est le principe de la permanence. Les gens qui ont tous leurs papiers, qui ont des sous, qui ont un logement qui leur convient, ne viennent pas à la permanence d'accès aux soins.

- **Oui, c'est sur ..**

- Ils vont dans les services classiques quand ils doivent se soigner. Et ils ne viennent pas du tout. La précarité c'est vraiment tous les jours ici, c'est tout le temps en continu. Je suis sûre que toutes les personnes qui sont là sont précaires. (Il y a des bruits dans le hall d'entrée de la permanence)

- **Du coup, j'imagine que la précarité que vous rencontrez ici, n'est pas la même que dans des grandes villes .. ? Les problématiques ne sont pas forcément les mêmes ..**

- Je n'ai pas d'expériences dans une grande ville .. mais c'est vrai qu'en milieu rural c'est certainement plus compliqué d'être précaire que dans des grandes villes. Après je dis cà, mais je n'ai pas d'expérience en grandes villes. Mais c'est vrai que chercher un travail ici, quand on n'a pas de voiture ..

- **C'est compliqué**

- Il faut s'accrocher quand même ! Chercher un logement à la campagne quand on a pas de voiture, encore une fois, c'est difficile. En plus, les logements sociaux ne sont pas extensibles. Il y a, ça c'est comme les grandes villes, des marchands de sommeil. Ca c'est évident il y en a de plus en plus.

- **Même ici ?**

- Ah oui, oui ! Et on en découvre tous les jours.

- **Ben, voyez je ne m'imaginai pas ça du tout.**

- Si, si, si, on a plusieurs cas comme ça. Ils sont complètement exploités, dans des logements insalubres au possible, en payant cinq, six cents euros par mois. Avec des promesses des propriétaires : « mais si, je vais tout réparer » et qui derrière ne font jamais rien, et qui profitent du système, et qui ne se privent absolument pas. Je crois de plus en plus ici .. Enfin, en tout cas, en un an de mon expérience ça se développe de plus en plus. Et en même temps, les gens n'ont pas trop de choix non plus .. C'est l'hiver, il fait froid dehors, il pleut .. donc les gens prennent ce qu'ils ont. En sachant aussi qu'il y a une population d'immigrés qui arrive régulièrement, par vague, soit de Centre Afrique comme on a en ce moment, soit des pays de l'est, comme il y a eu récemment aussi. Pays de l'est, ça va de l'Ukraine, la Russie, la Roumanie, la Pologne, tous ces pays, et qui arrive par vague dans les grandes villes côtières. Et comme ils savent qu'à un certain moment la ville délivrait des aides aux immigrés des pays de l'est, du coup ils reviennent ici. Maintenant la ville ne délivre plus rien du tout, ils ont coupés les vannes. Ben du coup, les services sociaux récupèrent ces personnes là. Et donc, quand ils trouvent une chambre, un logement, quelque chose, ils prennent mais après ça les met un peu dans une position délicate, parce que payer six cent euros pour une chambre merdique, qui n'est pas forcément déclarée donc pas de caisse allocations

familiales, pas d'allocations pour le logement .. rien, donc forcément ça les met ..

- **Forcement, ça ne les aide pas.**
- Donc ouais, en milieu rural c'est pas .. je pense que la précarité n'est pas abordée de la même façon que dans des grandes villes. C'est pas pareil. En même temps, je pense qu'il y a d'autres difficultés qu'ils n'ont pas ici. Je pense que ça ne doit pas être simple ni d'un côté, ni de l'autre.
- **En fait, je vous pose cette question, parce que je ne suis pas sûr que la précarité que l'on rencontre dans les grandes villes est la même que dans un milieu rural**
- C'est à dire ?
- **Par exemple, je me rappelle à la permanence où j'ai effectué mon stage, il y avait beaucoup de gens qui avaient un domicile, mais pas forcément très salubre. Il n'y avait pas tant que ça de sans domiciles fixes ..**
- Des sans domiciles fixes ici on en a quelques uns. Ils sont assez sauvages entre guillemets. On a quelques fixes qui viennent nous voir quand vraiment .. ils ne savent plus où aller, ou plus quoi faire. Mais bon .. je pense qu'on voit pas .. parce qu'on fait des permanences le mardi après midi, on fait des permanences à l'accueil de jour et au café « sol », le café solidaire. Le café solidaire il y a beaucoup de gens précaires mais qui sont logés, très peu de sans domiciles fixes. Ils viennent car il y a le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) à coté et que c'est leur adresse postale. Par contre à l'accueil de jour, c'est beaucoup de sans domiciles fixes, on rencontre beaucoup de monde qui ne viendront pas à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé. C'est pour ça, des sans domiciles fixes on en a à la PASS, mais pas tant que ça par rapport à ce que l'on peut voir à l'accueil de jour. Parce qu'ils sont vraiment exclus complètement, vraiment à part .. et déjà venir ici, dans ce local qui est excentré du centre ville c'est très compliqué. On peut se dire, ouais mais y a le bus .. oui mais le

bus il coûte un euro, donc ça veut dire qu'il faut qu'ils fassent la manche, et que dans ce qu'ils ont gagné de leur manche pour vivre, il faut qu'ils prennent un euro pour venir, deux euros pour redescendre. Sur leur budget c'est pas possible. Et en plus, ils ont cet esprit où la démarche de soin n'est pas du tout, mais alors pas du tout leur préoccupation première. Ils viennent nous voir quand ils sont sur le carreau.

– **Oui, c'est pas vraiment leur priorité .. j'imagine**

– Enfin, moi après mon boulot justement à l'accueil de jour, c'est de les sensibiliser un peu à ça, et de les tauper en leur disant, oui mais attention si ça continue cela va s'aggraver .. et là il va falloir faire les choses dans l'urgence, etc. Sandrine c'est pareil, elle son boulot c'est de leur dire attendez si vous avez pas vos papiers, il se passe quoi si vous arrivez à l'hôpital, vous allez tout payer .. les factures vont arriver. C'est un peu notre travail à l'accueil de jour, c'est de les sensibiliser à tout ça, et de les amener à l'accès aux soins, toujours. A la fois, au niveau administratif, parce qu'il ne faut pas oublier ce volet là qui est très important aussi, et à la fois le volet soins purs.

– **Les aides administratives, du coup c'est votre collègue qui s'en charge ?**

– C'est Sandrine, qui est assistante sociale, qui elle pareil .. elle assure un cinquante pour cent l'après midi ici, et un cinquante pour cent le matin dans le service social sur l'hôpital. Et en fait on se complète, on est .. c'est très bien de travailler ensemble parce que .. à mon avis une assistante sociale sans infirmière dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé c'est pas gérable.

– **Et puis, ce double regard sur les situations, aussi que je trouve assez pertinent ..**

– Et puis, ça nous permet de porter les dossiers à deux, et pas toute seule parce que c'est aussi un petit peu lourd ..

- **J'imagine .. Quelles sont justement les problématiques, en terme relationnel, que vous rencontrez ici avec ce public là ?**

- La problématique première et la première rencontre c'est d'acquérir la confiance des gens. Ils se méfient parce qu'ils ont déjà beaucoup beaucoup bourlingué, ils se sont fait avoir sur pleins de choses et du coup ils se méfient énormément. Et c'est très visible, quand je suis arrivée ici à la Permanence, il y avait .. donc il y avait Catherine, ma prédécesseuse, qui elle était en place sur le secteur social, c'était une infirmière, mais qui travaillait ici depuis des années, elle avait fait l'Unité de Consultation Sanitaire Ambulatoire (UCSA) à la prison, donc elle connaissait beaucoup ce milieu là ici, donc les gens avaient confiance en elle .. Et puis elle est partie à la retraite, et il y a eu deux autres infirmières qui sont passées à la Permanence, qui ont essayé de s'investir mais qui ne voulaient pas rester ici, donc elle se sont investie mais de façon .. voilà limitée. L'activité de la Permanence d'accès aux soins a baissé, et je suis arrivée l'activité avait chuté, et il a fallut que je reconquiert la confiance, et maintenant ça y est, et on a une activité qui a bien redémarré, donc avant tout c'est acquérir la confiance des gens. Parce que c'est des gens .. en plus c'est compliqué d'expliquer toutes ces difficultés, tous ces problèmes, ils le disent tous c'est pas évident de se découvrir comme ça, de se mettre à poil devant des inconnus et d'expliquer tous les problèmes qu'on peut avoir, à la fois financiers, à la fois sur le plan de la santé, de la famille, des enfants .. enfin y a pleins de choses ... C'est très compliqué de dévoiler tout ça, et c'est avant tout la confiance qui le permet.

- **D'accord. Et comment vous définiriez la relation que vous essayez d'entretenir avec vos usagers ?**

- C'est une relation de confiance .. une relation soignant/ soigné aussi parce que je rappelle toujours que je suis infirmière, Sandrine rappelle régulièrement qu'elle est assistante sociale, on n'est pas des copains copines non plus ! Il faut bien distinguer parce que ça pourrait dériver comme ça. On essaye toujours quand même de garder une certaine distance. Donc cette relation là, oui c'est une relation de confiance, mais

en même temps une relation qui reste officielle entre guillemets encore une fois, parce que les gens qui passent ici ne sont rentrés nulle part au niveau administratif de l'hôpital. Sur l'hôpital toutes les consultations sont entrées sur ordinateur, donc il y a toujours une trace des consultations, des entrées, des interventions, des séjours, etc .. mais ici il n'y a pas de traces. L'administration ne sait pas qui vient ici. Donc ça aussi c'est important dans la relation de confiance c'est que tout reste confidentiel, ça ne sort pas de ces murs.

– **L'anonymat est garanti ..**

- L'anonymat est garanti oui. Nous on connaît leurs dossiers etc .. mais il n'est pas question d'aller débiller ça à l'extérieur, et même l'hôpital en lui même ne sait pas qui vient ici. L'administration ne sait pas qui passe ici. Parce qu'entre autre régulièrement dans les précaires il y a aussi les gens qui sortent de prison, qui ont encore des dossiers en cours avec la justice, et qui ne tiennent pas spécialement à se faire remarquer. Donc là, c'est très très important de leur préciser que c'est anonyme et que ce qui se dit ici ne sort pas. Mais c'est toujours avec cette confiance .. parce que on ne discute pas s'il n'y a pas de confiance. Cela se fait avec un café, et puis après petit à petit .. il ne faut pas non plus plus passer pour un inspecteur de police et les blinder de questions, ça se passe progressivement. La relation c'est aussi quelque chose .. qui est intermittent, c'est à dire qu'ils vont venir, des fois ils passent tous les jours de la semaine, puis on ne les voit pas pendant deux mois, et on les revoit. Là en l'occurrence, on a une personne comme ça, un grand dépressif qui s'est fait avoir par une nénette .. ukrainienne, je crois, qui l'a utilisé pour venir en France sur internet, mariage blanc, tout ça, bref et ce monsieur vit dans un garage sans électricité, sans eau, sans rien du tout, et ça fait plusieurs mois .. Et c'est un mec qu'on voit vraiment .. Là ça fait une semaine qu'il est revenu, ça faisait deux mois on se demandait s'il était encore vivant, avant on l'avait revu pendant deux semaines .. donc c'est vraiment un travail de longue haleine, mais si on arrive à avoir cette relation de confiance quand ils ont vraiment besoin et qu'ils sont vraiment au bout, ah oui merde y a la Permanence d'Accès aux Soins de Santé et ils y retournent.

- **Vous êtes bien identifié comme personne ressource. Et justement, vous m'en parliez, qu'est ce qu'il faut selon vous pour acquérir cette relation de confiance ? Ça passe par le café, par les soins ..**
- Ne pas être trop intru .. il faut laisser faire les choses, il faut les laisser eux faire les choses, les guider mais ne pas imposer non plus. On les guide .. à ben ouais vous avez pas vos papiers c'est dommage mais on pourrait peut être faire ci, ça, est ce que vous êtes d'accord ? Voilà c'est .. attends reedit moi exactement ta question.
- **Qu'est ce qu'il faut selon vous pour arriver à une relation de confiance ?**
- Oui c'est ça, il faut être patient (rires). Être très patient, laisser le temps faire les choses, et ne pas brusquer surtout les patients, et s'adapter à chaque personne. Chaque personne est différente et il faut s'adapter à chaque fois. Voilà, et puis il ne faut pas être trop .. enfin il y a des gens qui ne demandent qu'à discuter, y en a d'autres où on sent qu'ils n'ont pas trop envie de parler tout de suite .. on laisse faire puis petit à petit. Mais ça, ça se fait .. il n'y a pas de recette miracle, ça se fait naturellement entre nous, c'est .. Voilà, il n'y a pas vraiment de recette. Mais le temps, la patience .. il ne faut pas vouloir tout, tout de suite sinon on va se planter c'est sur.
- **C'est compliqué justement ..**
- C'est compliqué .. que se soit au niveau papiers, des fois pour nous ramener un simple justificatif de domicile ça prend trois semaines .. Mais ils reviennent, c'est ça qu'il faut se dire.
- **Oui, il faut penser positivement ..**
- Mais c'est pour tout, je parle de ça mais après ça va aussi jusqu'au sevrages où on prend rendez vous trois mois avant, pour un sevrage d'alcool par exemple. Comme aujourd'hui, j'avais rendez vous avec une patiente, ça fait trois mois que le rendez vous

est pris on avait rendez vous ce matin et puis elle n'est pas venue, donc voilà il ne faut pas se décourager même si on a très envie de se décourager, parce que je l'ai eu au téléphone pas plus tard qu'hier et elle m'a dit « oui, oui, je viens », mais non, et ça ça fait parti du jeu.

- **Justement la difficulté pour les personnes précaires, enfin ce qui est mis en évidence par ma première partie c'est que créer et maintenir le lien avec les personnes en situation de précarité c'est ..**

- C'est très compliqué, sans s'imposer pour autant. Là je pense que je vais l'appeler cette après midi mais il ne faut pas être trop envahissant non plus .. Il faut savoir garder aussi une certaine distance parce qu'ils n'ont pas forcément envie qu'on soit sur leur dos sans arrêts. Même s'ils font des démarches .. même si .. On ne ferait, y a des patients classiques qui n'ont pas de difficultés à appeler régulièrement .. enfin bon, je n'aurais pas eu le même comportement. C'est aussi savoir se mettre en retrait .. et les suivre d'un œil comme ça ..

- **Et puis ne pas imposer ..**

- De toute façon, le but ici c'est pas de faire les choses à la place des gens, c'est de les accompagner, de les guider dans les démarches, de les accompagner, on peut passer des coups de fils et tout, mais dès que c'est possible on essaye de les lâcher. Le but c'est qu'ils fassent eux mêmes leurs démarches, tout seul. C'est ça le but du jeu, c'est pas de faire à leur place, mais ça on est très vigilantes avec Sandrine de ne pas faire à leur place non plus. Au départ si, on a des choses qu'on est obligés de faire, parce que prendre un simple rendez-vous pour le dentiste, prendre le téléphone et faire le numéro, c'est pas possible pour eux .. c'est impossible, ça paraît bizarre mais c'est difficile pour eux. Ils ont quelqu'un à coté d'eux qu'ils ne connaissent pas, un inconnu .. Il faut prendre rendez-vous donc il faut marquer des choses c'est pas évident non plus. Donc les premiers rendez vous on va les prendre, puis après au fur et à mesure ils prennent confiance donc ils vont le faire eux même .. c'est voilà ..

- **Ça rejoint ce que vous disiez tout à l'heure ..**
- Le but, c'est de les rendre autonomes, c'est de leur faire prendre conscience que les soins de santé c'est important, et de les amener à ça le plus proprement possible.
- **Bon, vous avez répondu en partie à ma question suivante, mais je vais quand même .. A quoi correspond selon vous un accompagnement de qualité ou réussi ?**
- Un accompagnement réussi ..
- **Les critères ? S'il y en a ..**
- C'est de les suivre, garder une continuité, et surtout d'obtenir .. Après un accompagnement réussi, c'est pas forcément quelque chose qui va aboutir à une autonomie de la personne. Si ça c'est bien, quand on a réussi à remettre la personne sur les rails, à leur trouver un logement, à ce qu'ils aient la Couverture Maladie Universelle (CMU), qu'ils arrivent à avoir leurs dentiers, leurs lunettes, je prends des choses de base .. voilà, ça oui, c'est un accompagnement réussi. Mais un accompagnement réussi pour moi, je pense à un cas, c'est une personne qui est logé dans une caravane sur un terrain social, qui a eu la tuberculose, et la tuberculose c'est pas un traitement de trois jours .. c'est un traitement sur neuf mois, avec une durée d'hospitalisation, avec des examens avant .. Au lieu de prendre neuf mois, ça m'en a pris douze, mais j'ai réussi, même si actuellement je sais qu'il ne prend pas son traitement comme il devrait le prendre, mais c'est quand même un accompagnement réussi, parce qu'il à voulu continuer son traitement .. il tient ses rendez vous à peu près même s'il y a régulièrement des loupés parce qu'il est bourré, et qu'il oublie ses rendez-vous. Mais c'est quand même un accompagnement réussi, parce qu'on arrive quand même à le traiter. Même si c'est pas parfait ..
- **Oui, même si c'est pas parfait, même si ça prend plus de temps, vous y arrivez ..**

- Ça nous prend plus de temps, mais c'est accompagnement réussi dans le sens où on a réussi à le traiter, et à la prendre en charge et il est a jour dans tout du coup. Après, son logement en caravane ça c'est volontaire pour lui, donc on va pas travailler quoique ce soit de ce côté là. Voilà, après du côté médical on a réussi à le faire, même si ça a été très compliqué, on a abouti à un truc approximatif mais quand même réussi. On peut pas parler de réussite dans le sens où il est parti du service après quinze jours d'hospitalisation en engueulant tout le monde et en ne mettant pas son poing dans la figure d'une aide-soignante mais pas loin, donc ça cc'est pas réussi mais ... il est quand même resté quinze jours à l'hôpital et pour un sdf c'est super dur.
- **C'est sur, c'est pas évident de travailler avec cette population ..**
- Mais oui, un accompagnement réussi voilà c'est pas forcément le tirer de ses problèmes mais c'est au moins un : acquérir sa confiance et deux : l'accompagner autant que possible dans tout, plus ou moins bien, mais c'est pas pour autant que c'est pas réussi quand même. Là, on a un monsieur qui fume derrière, il est dans un espèce de truc .. mais c'est réussi dans le sens ou il vient nous voir tous les jours, il a confiance en nous et quand ça va pas il vient nous voir.. et même si on n'arrive pas à lui faire comprendre qu'il faut qu'il réfléchisse autrement. C'est quand même quelque part réussi parce qu'on sait qu'il est là, et on sait que si il a un problème grave il viendra nous voir.
- **Il vous a identifié comme ressource ?**
- Et ça, on a réussi, à côté de ça on n'a pas tout mais on a au moins ça.
- **Oui, il faut se contenter ..**
- De ce qu'on peut avoir ! On peut pas toujours obtenir des résultats à cent pour cent, c'est très rare. Dans tous ceux que je connais depuis un an, il n'y a que un couple qui a

réussi vraiment à s'en tirer, a se réinsérer et pourtant après des années de rue. Un couple qui est logé avec l'aide de toutes les associations du coin, mais ils sont logés, elle elle est en cours de réinsertion, elle à passé le concours d'aide soignante et .. tout est reparti.

- **Je rebondis, j'imagine que vous ne travaillez pas seule, et du coup, quel est votre réseau ?**

- C'est effectivement un travail en réseau, il y a un réseau d'urgence ici composé du Centre Communal d'Action Social (CCAS), il y a beaucoup beaucoup d'associations, tout ce qui est Restos du cœur, le plus connu, le Secours Catholique, le Secours Populaire et après des associations qui sont moins connues comme EpiSol, l'épicerie solidaire et une grosse association Tremplin dix-sept qui gère le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), qui gère les addictologies .. Eux font un gros travail, ils gèrent aussi les femmes victimes de violences conjugales, ils accueillent aussi en urgence les femmes qui quittent leur domicile pour des faits de violence, ils les logent et ils les suivent. Voilà ça ce sont les principaux, et on se réunit approximativement tous les deux mois, on fait une réunion de ce qu'on appelle le réseau d'urgence où on fait un petit point de ce qu'on a pu faire en deux mois, de ce qu'on a vu, de ce qu'on a pu remarquer, de temps en temps on parle de certains cas qui nous inquiètent. Dans le réseau d'urgence, il y a également la Police Municipale qui elle est en contact énormément avec les gens précaires, qui les connaît sous un autre volet, mais qui les connaît quand même aussi bien que nous, et qui ont une action à jouer donc ils font partie du réseau d'urgence.

- **D'accord ! Donc ça biaise du coup les relations que vous essayez d'entretenir avec ..**

- Non, ça ne biaise pas puisque c'est aussi une aide pour nous. C'est aussi bien d'avoir une vision de la part de la police, qui est censée aussi .. Non ça complète, vraiment. Et eux ne sont pas forcément dans la démarche de répression, ils sont aussi là dans une

démarche d'aide, ils laissent des squats se faire, ils sont au courant, ils viennent régulièrement, ils suivent les gens, ils les connaissent .. non, non, c'est .. ils essayent aussi de reloger les gens quand ça se passe mal, ils sont pas non plus complètement dans la répression, il font d'autres choses. Il y a deux policiers qui sont là a toutes les réunion du réseau de l'urgence. C'est important aussi d'avoir ce volet là, de toute façon on sait très bien qu'ils ne sont pas tous clean entre guillemets non plus.

– **Oui j'imagine que beaucoup sont dans les conduites addictives ?**

– C'est très courant et c'est aussi .. ça fait partie de la relation que l'on peut avoir .. c'est de ne pas s'arrêter à tout ça ! .. Comment vous dire .. c'est de ne pas en faire tout un pataquès. Ils sont drogués, ils sont comme ça, c'est une maladie il faut se faire suivre, l'alcool c'est la même chose, on va pas en faire tout un pataquès .. on va les soigner si il faut, si ils sont en demande de soins on va le faire. On sait aussi que l'on reçoit aussi certains dealers, on ne peut pas se permettre de les mettre à l'écart, .. ils sont aussi en difficulté et ça aussi ça fait partie de nos patients. Dans notre façon d'aborder les choses aussi c'est de .. c'est pas banaliser, mais c'est que ça fait partie de la personne, il est comme ça, il faut le prendre comme ça. Bon il y a des fois où .. on essaye de les remettre à leur place quand ils essayent de sortir leur petite armurerie, on leur dit non vous rangez ça et non on veut pas voir ça à la PASS

– **J'ai vu qu'il y avait un mot sur la porte d'entrée ..**

– Oui. Il y a un moment quand ils nous montrent ce qu'ils ont dans leurs sac à dos et que ça fait partie des armes blanches ou pas d'ailleurs, on leur dit ça on ne peut pas le voir ici, donc dehors ! Voilà, c'est la seule chose .. c'est pour nous aussi ! Mais c'est arrivé ..

– **Ça me surprend, pas tant que ça, mais on est quand même dans une ville plutôt tranquille ..**

– Mais on imagine pas tout ce qu'on peut voir. Moi la première, j'ai été surprise de tout

ce qui se passait ici.

- **Juste, pour ce que l'on parlait tout à l'heure, vous avez répondu en partie mais je souhaiterais que vous me le reformuliez à nouveau, selon vous donc, qu'est ce qui est indispensable pour arriver à un accompagnement de qualité ?**

- Ben oui, la patience, la confiance et puis .. avoir quand même une certaine connaissance parce que quand on débute dans un travail comme celui-là il faut quand même acquérir le plus rapidement possible une certaine connaissance de tout le réseau social, des aides que l'on peut avoir, ce qui n'est pas du tout dans notre formation d'infirmière. Donc ça il faut vite se plonger dans les bouquins, vite se renseigner auprès de l'assistante sociale pour être à peu près, je dis bien à peu près parce que je suis pas encore tout à fait à l'aise avec tout, mais vite comprendre comment ça fonctionne pour pouvoir les aider au maximum. Bon ça ne fait pas du tout partie de notre formation, en même temps c'est pas notre boulot non plus quelque part .. la plupart du temps, tout ce qui est du côté social, tout ce qui est administratif, tout ce qui est de l'associatif, on ne s'en occupe pas vraiment, mais là, à la PASS il faut un minimum de connaissances. Savoir comment fonctionne le RSA, comment fonctionne la CMU (Couverture Maladie Universelle) tout simplement parce que pour nous c'est important, un patient qui est à la CMU ou pas à la CMU on ne va pas faire la même chose. Quand on sait que le patient va tout payer, on ne va pas faire la même chose (rires), c'est pas la même démarche. Ce qu'on a également beaucoup, c'est les AME (Aide Médicale d'État) ça c'est un gros pourcentage ici, là aussi il faut vite savoir comment ça fonctionne, ce qu'il faut fournir, ce qui faut avoir .. ou pas, etc ..

- **Est ce que qu'il y a autre chose que je n'ai pas abordé et que vous auriez voulu ajouter ?**

- Non, je dirais que dans la précarité ce dont on n'a pas du tout parlé c'est le volet psychiatrique, qui est super important aussi et qui ici est très très très compliqué, je pèse mes mots, parce qu'on a de grosses difficultés à travailler avec les service de

psychiatrie. La limite entre la précarité et la psychiatrie c'est très très compliqué ..

- **Justement, j'ai fait un travail dans le cadre d'une unité d'enseignement optionnelle de travailler sur le rôle de l'infirmier au Samu Social, et donc mon interlocutrice était dans une grande ville, et elle me disait qu'elle rencontrait de plus en plus de problèmes psychiatriques et je comprends pas pourquoi ici le lien ne se fait pas ?**
- C'est médico-dépendant. On a des psychiatres qui estiment que l'on ne peut pas être mentalement déficient, enfin avoir des problèmes psychiatriques quand on est sdf (sans domicile fixe) ou toxico, ou alcoolo ou tout ce que tu veux, voilà c'est tout c'est aussi simple que ça. Ils prennent le problème à l'envers ..
- **Oui c'est ..**
- Mais on a beaucoup de mal, mais là on est en train de débloquer la situation, mais ça prend beaucoup (insistante) de temps, là il y a eu deux ou trois trucs, je pense qu'ils vont finir par comprendre et prendre contact avec nous. Mais c'est très médico-dépendant ! De toute façon avec le Dr A, Dr. B, et Dr C [*noms imaginaires pour garantir l'anonymat*] c'est très compliqué de travailler avec eux parce qu'ils sont récalcitrants à tout, avec une psychologie très compliquée .. mais nous on aurait vraiment besoin de travailler avec eux parce que la psychiatrie pour nous c'est compliqué, justement parce qu'à la PASS on a toujours dit qu'on ne traitait pas les cas psychiatriques, mais en même temps (soupirs) c'est pas simple. Parce que ne serait-ce que la dépression nerveuse elle est quasiment chez tous nos patients.
- **En même temps, les conditions de vie font que ..**
- Font que ça les mène à la dépression. Après les psychiatres ils s'engouffrent la dedans y a pas de problèmes, et du coup ne traitent pas la dépression. Ils nous disent : « Bon ben, traitez déjà le problème de santé ou de domicile puis après on verra .. » oui mais

non, il faut le faire les deux à la fois sinon ça ne marche pas.

- **C'est surprenant parce que justement, dans la grande ville que j'ai citée précédemment, il y a une Équipe Mobile Psychiatrie-Précarité (EMPP), et du coup, je trouve que ça prend tout son sens parce que le public précaire présente des troubles psychiatriques, à différente échelle ..**

- Oui tout à fait, mais on a nous aussi des patients suivi par la psychiatrie, on les a régulièrement à coté [Note : Les locaux de la permanence sont à coté de l'hôpital de jour psychiatrique], qui reviennent régulièrement nous voir parce qu'ils nous connaissent, puis on leur offre un café donc ça reste dans un coin de leur tête, mais quand ils sont en crise ils viennent nous voir aussi parce qu'ils ont confiance et là on a des gros gros soucis, parce qu'on n'arrive pas à avoir un lien direct entre ici et la psychiatrie, il faut systématiquement passer par les urgences, sachant qu'aux urgences les problèmes psychiatriques ne sont pas prioritaires. Donc ça veut dire qu'il y a cinq heures d'attente, un patient psychiatrique en pleine crise ne va pas attendre quatre, cinq heures, il va se barrer donc si nous on ne fait pas le forcing à coté, ça ne passe pas. La psychiatrie et la PASS ici c'est très compliqué, c'est un sujet (souffle) .. Et donc, du coup en tant qu'infirmière il faut avoir des bases de psychiatrie pour ne pas envenimer les choses .. Ce que je n'avais pas du tout au départ, parce qu'en réanimation .. la psychiatrie .. (sourire).

- **C'est l'avantage de se former tout au long de son parcours ..**

- Oui mais il faut en avoir aussi la volonté de le faire, de vouloir s'impliquer dans cette branche là de notre profession. J'ai des anciens collègues qui me disent « Jamais je n'irai dans cette filière là ! Ça ne m'intéresse pas, je m'en fous » ..

- **Pourtant je trouve que c'est assez représentatif, justement des établissements publics, parce que dans la notion d'Hôpital Public il y a cette notion d'accueillir les pauvres ..**

- Mais alors ça c'est pareil .. c'est tout un travail qu'on a commencé aussi avec mes collègues, parce que on a aussi, j'ai oublié de vous le préciser nous avons un médecin deux fois pas semaine et qui a aussi son rôle à jouer, et la PASS avait été délaissée au niveau de l'hôpital, c'est à dire que lorsque l'on va parler de la PASS en Unité I [*nom fictif pour garantir l'anonymat*], mais j'aurais pu dire d'autre services, on nous regarde avec des grands yeux et on nous dit : « Mais qui vous êtes ? »

- **Ça c'est une problématique que je rencontre dans pas mal de PASS ..**

- Donc, en ce moment on travaille la dessus, la reconnaissance de la PASS à l'hôpital. On a déjà réussi à bien s'intégrer avec la maternité, parce qu'on a pas mal de problèmes par rapport à ça, les suivis de grossesses. Les urgences ça vient aussi, les consultations dentaires c'est bon on est bien identifié, voilà et ça c'est notre boulot en ce moment, et on doit faire une réunion de cadre prochainement pour voir tous les cadres et leur rappeler qu'on existe, ce qu'on fait, ce qu'on ne fait pas, pour essayer de travailler avec eux.

- **Oui parce qu'à la base, les hôpitaux dispensaient des soins, mais accueillait aussi les indigents ..**
 - Ah mais oui, mais ça c'est un petit peu perdu de vue, parce que à la maternité par exemple on a eu des difficultés avec certains obstétriciens, qui m'ont envoyé littéralement bouler parce que j'arrivais en urgence avec des femmes qui étaient à terme, qui allaient accoucher, qui n'avaient pas de prise en charge, et nia nia, qu'ils n'étaient pas là pour ça .. ben si vous êtes là pour ça, vous êtes dans un hôpital public. Mais ça c'est pas dans la tête de tous les médecins. Vraiment on se confronte, venant du médical ou du paramédical parfois on est surpris.

- **J'entends, je suis assez loin de ces idées là, mais ..**

- Parce que toi, tu es dans ce truc là, et que t'es sensible à ça mais tout le monde ne l'est pas.
- **Oui, oui j'entends bien**
- Mais c'est bien justement de faire un travail la dessus ..
- **Puis c'était une volonté de ma part de faire un sujet à la frontière du paramédical et du social, parce que c'est mon histoire de vie aussi qui est comme ça, des parents dans le milieu, donc c'est des problématiques auxquelles j'ai été sensibilisé rapidement. Et puis, voilà ce sont des choses qui m'intéressent, pas forcément dans l'immédiat, mais dans l'avenir c'est des choses qui peuvent m'intéresser par exemple. Voilà je suis assez sensible à ça, c'est ma fibre sociale qui parle (rires) ..**
- C'est bien ! Il ne faut pas la perdre en cours de route. Parce qu'après quand on est diplômé et qu'on est dans les services on se fait prendre par tout le coté technique, le coté soin et on oublie qu'au milieu il y a un patient, avec son histoire, et ça il faut surtout pas l'oublier, surtout pas (en chuchotant). C'est ce que je dis aux élèves, aux jeunes DE (Diplômé d'État) surtout ne pas oublier qu'au milieu de tout ça il y a un patient avec son histoire, avec ses problèmes et qu'il ne faut pas les oublier. La technique c'est bien, mais à coté il y a un patient.
- **Et puis simplement traiter le problème sans tenir compte de l'environnement autour ..**
- C'est pas toujours facile, je dis pas le contraire, parce que des fois on n'a pas le choix. C'est bien de le garder dans un petit coin de sa tête.
- **Avez vous une dernière chose à rajouter ?**

- Pas spécialement, si j'ai répondu à toutes vos questions .. je suis disponible éventuellement pour relire.

- **Vous avez répondu, et puis je vous donnerai des nouvelles de mon travail, mais en tout cas, ça à été un plaisir. Je vous remercie. »**

Annexe III bis Entretien avec l'infirmière B

- « Je fais un sujet en lien avec la précarité (...) Alors...Déjà ..
- Et en fait le grand thème c'est quoi alors ?
- **Le grand thème c'est « l'accompagnement dans le cadre de la précarité »**
- D'accord
- **L'accompagnement en fait des personnes en situation de précarité, voilà, donc mes motivations, enfin voilà je vous les dis brièvement : j'ai passé quelques temps aux urgences puis à la PASS donc j'ai vu un peu le fonctionnement, voilà, ensuite euh ensuite pardon, c'est une motivation enfin c'est quelque chose qui me tient à cœur parce que dans mes études j'étais en section éco et j'ai été particulièrement sensibilisé à ce problème là et enfin la dernière source de motivation de mon travail c'est, j'ai fait une UE optionnelle cette année sur le rôle de l'infirmier au Samu social. Voilà**
- D'accord. Et au niveau du Samu social vous y êtes allé ?
- **Au Samu social j'y suis pas allé en stage, j'ai pas eu l'occasion d'y aller en stage ce qui est dommage..**
- Ça vous intéressez ?
- **Ça pourrait m'intéresser ouais, après pour le moment je ne suis pas forcément dans cette optique là mais c'est quelque chose qui peut m'intéresser à l'avenir ...**

- Par la suite mmh
- **Voilà, alors juste une petite question comme ça d'introduction, ça fait combien de temps que vous exercez en tant qu'infirmière ?**
- En tant qu'infirmière, euh, ça fait vingt deux ans.
- **D'accord**
- Sauf que là moi je suis, enfin j'étais IBODE.. Et que j'étais..Infirmière de bloc Opératoire
- **Oui oui je vois**
- Voilà pendant plus de vingt ans et là ça fait deux ans que je suis sur le poste ici.
- **D'accord ..**
- En reclassement
- **D'accord, et donc votre parcours ? Vous avez fait de la chir, enfin vous avez été au bloc j'imagine, enfin ..**
- Ben pendant plus de vingt ans
- **Que du bloc ?**
- Oui que du bloc
- **D'accord, et du coup enfin, c'est...C'est peut-être indiscret, vous me dites si ça l'est mais pourquoi ce revirement ?**

- Parce que c'était le seul poste aménagé de l'hôpital (*rires*) Voilà y avait pas de motivations particulières de ma part si c'est la question.
- **D'accord. Alors juste, parce que du coup depuis ça a changé [*Changement d'hôpital, nouveaux locaux ..*], comment vous vous organisez ? Actuellement la PASS comment elle fonctionne ?**
- Alors, on a gardé les mêmes principes puisque donc Christine était toute seule sur le poste.
Donc on a gardé le même fonctionnement c'est-à-dire qu'il y a toujours des permanences extérieures et après on peut être appelé dans les services.
- **Ok**
- Donc elle je pense qu'elle fonctionnait comme ça aussi sauf qu'en plus elle devait travailler sur les urgences non ? A l'époque où vous êtes venu
- **Elle y travaillait...Quand il y avait quelqu'un par exemple aux urgences qui avait besoin d'une ouverture de droits c'est elle qui s'en occupait, mais elle faisait aussi quelques soins ..**
- Voilà donc ça moi je le fais toujours par contre je ne fais plus aucun soins techniques
- **D'accord, c'était ma question ...**
- Alors qu'elle s'il y avait besoin elle prenait la personne en charge et elle pouvait lui faire le bilan sanguin et voilà donc ça moi je ne le fais pas du tout
- **Vous faites pas du tout, même ici dans les locaux enfin ...vous le faites pas**

- Moi je le fais pas, par contre il est orienté aux urgences et la personne a le bilan sanguin, le bilan radio, elle a tout ce qu'il faut, c'est-à-dire que moi je m'occupe uniquement de tout ce qui est administratif on va dire.
- **D'accord**
- Voilà mais c'est parce que mon poste fait que ça reste administratif.
- **D'accord, oui puis du coup y a des PASS qui fonctionnent différemment ..**
- Tout à fait
- **Je sais que par exemple à la PASS où je vais faire un autre entretien, il y a par exemple une douche possible dans les locaux, après elle fait des petits soins mais pas non plus des gros soins et ils sont rebasculés vers les urgences au cas où ..**
- Voilà et là par contre si y a besoin d'un pansement ou quelque chose comme ça, ça je peux le faire .Sauf que là j'ai .. autant dans l'ancien hôpital j'avais ce qu'il fallait pour... mais là ..
- **Oui, c'est pas possible** *[les locaux juxta les Urgences, par l'extérieur il faut sonner pour se faire ouvrir la porte d'un premier sas, puis l'infirmière vient ouvrir une seconde porte sécurisée qui ouvre sur le couloir de la permanence]*
- Les urgences étant juste à côté, c'est quand même beaucoup plus simple et ...
- **Oui c'est sûr**
- Disons que c'est plus simple de le faire là-bas .. Donc après on a toujours les permanences extérieures, je sais pas si vous voulez en parler plus tard ou ..

- **Non non, on peut en parler maintenant**
- Donc permanences extérieures: il y a toujours deux demi journées à la halte de jour, voilà, il y a la permanence au CARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues), les échanges de seringues le vendredi soir, ça ça existait déjà
- **Oui**
- Moi j'avais mis en place l'année dernière une permanence aux Restos du cœur, mais en fait les locaux s'y prêtaient pas du tout donc ça a pas fonctionné très bien et on a mis en place cette année permanence avec les éduc de rue
- **D'accord**
- La population un peu plus jeune moins de 25 ans on va dire ..
- **Du coup, je vais vous poser tout de suite la question essentielle, enfin essentielle, le cœur de mon sujet, comment vous définiriez justement la précarité ?**
- La précarité c'est très vague parce qu'en fait ça peut être et social, familial et au niveau de la santé enfin ça peut être vraiment très très global ..
- **D'accord**
- Donc même moi au bout de deux ans, j'arrive pas à faire le tour de ce que peut être la précarité, parce que toute les fois qu'il y a une personne qui arrive c'est tellement global que j'ai du mal à dire ben il en situation précaire par rapport à la santé ou non, y a tellement de choses derrière que ..
- **Oui ..**

- C'est très difficile de définir vraiment une cause on va dire, pour moi, mais par rapport à ce que je vois ici .. c'est une petite ville donc la population n'est peut-être pas pareil déjà même par rapport à l'autre ville où vous ferez un autre entretien, qui est un peu plus grande et puis complètement différente du chef lieu du département. Donc ..
- **Et est ce que, alors, est ce que .. je vais la formuler d'une autre façon, est ce que vous diriez que vous êtes confrontée justement à des situations de précarité ? quelles qu'elles soient ?**
- Ah ben oui
- **Tous les jours ? C'est votre quotidien**
- Tous les jours oui.
- **Parce qu'en fait du coup c'est un, comme vous l'avez dit, c'est un sujet tellement vaste et du coup, dans ma partie théorique de mon travail je suis parti d'un arrêté ministériel de mille neuf cent quatre vingt douze qui définit cinq catégories de précaires donc à savoir les chômeurs ..**
- Et ça vous avez l'article ?
- **Ben c'est une circulaire de quatre vingt douze, ça je peux vous envoyer le lien ..**
- Oui parce que moi, je suis toujours à l'affût d'informations du coup
- **D'accord**
- J'aime bien justement avoir des élèves et .. ça me donne pleins d'infos !

- **Et du coup vous recevez des élèves ?**
- Alors l'année dernière, enfin l'année dernière non, deux mille douze oui, deux mille treize y avait eu le déménagement donc ça a été très compliqué donc, et en plus j'ai changé quatre fois de cadre donc en fait ça a été très compliqué. Et là, ça y est on a remis ça en place donc j'ai des élèves qui viennent à partir de la semaine prochaine, donc on a pu remettre en place mais bon ça a été, deux mille treize a été très compliqué .
- **Oui j'imagine .. avec le changement d'hôpital ..**
- Oui et surtout que l'hôpital maintenant, est à l'extérieur de la ville donc pour la population précaire c'est très très compliqué. Sachant que les gens n'ont pas d'argent pour prendre le bus ..
- **Oui ça c'est une problématique très importante ..**
- Oui c'est ... ils leur faut une demi heure .. trois quart d'heure pour venir de chez eux à ici ..
- **D'où la permanence en ville ?**
- Voilà tout à fait.
- **Donc, je reviens à ma circulaire, excusez moi. Donc circulaire de quatre vingt douze définit cinq catégories de précaires : les chômeurs, les personnes en RMI maintenant RSA , les SDF, les jeunes exclus du milieu scolaire mais en réinsertion professionnelle et enfin dernière catégorie les contrats emploi solidarité devenus contrats d'accompagnement à l'emploi, voilà.**

- Alors vous voulez savoir quelle catégorie j'ai le plus?
- **Oui, quels sont ceux que vous rencontrez le plus souvent ?**
- Euh .. le plus souvent .. le plus souvent, le plus souvent, je dirai peut être plus RSA, après je suis en plein rapport d'activités, donc je suis en train de faire les statistiques donc vous arrivez trop tôt (*rires*). Donc je dirai quand même .. Ben tiens j'ai les chiffres, vingt-cinq pour cent au niveau du RSA, vingt et un au niveau au niveau de Pôle Emploi et, trente six pour cent sans activité sans aucun revenu
- **Donc c'est quand même la majorité de votre travail ..**
Alors justement, rentrons dans le cœur de mon travail: quelles sont pour vous les problématiques relationnelles avec ce public là ? Particulièrement ..
- La première chose, c'est qu'ils sont très loin des soins, leur préoccupation principale c'est de manger, d'avoir des liens avec d'autre personne, au niveau social. Et alors la santé vient mais alors .. après tout , et même ils l'oublie complètement. Donc le soucis, c'est que cette population là quand ils sont amenés par les pompiers, ou les forces de l'ordre, parce que c'est quand même, pas une majorité, mais ça arrive quand même, ils voient l'hôpital comme quelque chose premièrement d'imposé, deuxièmement d'agressif, et trois de contraignant. Ils ont cette vision là, et donc moi en permanence j'ai jamais de blouse blanche, j'ai jamais de .. on va dire de costume infirmière, parce que ça met le frein tout de suite, et y a pas de communication possible. Donc déjà, l'entrée on va dire .. entrer en communication avec ces gens là .. c'est tout sauf la santé (*rires*). On crée du lien, on crée une certaine confiance, ils prennent l'habitude de nous voir en permanence, et là voilà y a un truc qui se passe et on peut glisser l'info, et on peut .. des fois ça peut prendre huit mois pour qu'ils acceptent de venir avoir une consultation, alors qu'ils souffrent, qu'ils ont mal ..
- **C'est effectivement le problème ..**

- Oui, c'est vraiment cette population là et je pense que c'est .. par contre là, au niveau de toutes les PASS à mon avis c'est pareil.
- **Déjà, quand j'ai fait un entretien au Samu Social, dans le cadre de mon UE optionnelle, c'est ce qu'elle m'expliquait et que c'était très compliqué d'arriver à créer du lien ..**
- C'est pour ça qu'en faite par rapport, je fais toujours la passerelle entre infirmière de bloc puisque .. toute ma carrière je l'ai faite en bloc, où les gens viennent se faire soigner, mais où entre guillemets ils viennent d'eux mêmes, ils sont contents, ils connaissent et à l'inverse quand vous parlez avec quelqu'un qui a mal, qui a un énorme abcès, ben voilà il faut venir : « Olala, surtout pas », pour moi ça été vraiment très compliqué c'est deux visions là. Bon maintenant, petit à petit on y vient, mais c'est vrai que le fait qu'on me dise sur une permanence CARUD donc .. Vous savez ce que c'est le CARUD ?
- **Non, ..**
- C'est les échanges de seringues pour les toxico ..
- **Ce que vous m'avez dit en introduction ..**
- Donc voilà, qu'on me dise : « Oh ben toi pour moi t'es pareil que les flics, parce que je te mets dans le même panier. Quand je vais à l'hôpital, on m'oblige à me soigner, on m'oblige à faire ça, mais moi je veux pas ! », à là ça remet en cause le statut de l'infirmière en elle même. Donc c'est là que je me suis dit qu'il fallait travailler différemment .. et par contre Christine, elle, avait une formation psy, elle était infirmière de psychiatrie .. à notre époque, parce qu'on à peu près le même âge, on avait vraiment, c'était vraiment différencié, infirmière générale, et infirmière psy. Maintenant vous avez un cursus commun, donc moi n'ayant jamais eu de formation

psy, c'était très compliqué pour moi au départ. Maintenant ça va, mais créer ce lien, c'est une chose qu'on n'a pas, même dans les autres services .. La façon de se positionner en tant que soignant c'est ça surtout qui a été le plus dur moi moi.

– **D'accord, donc là vous m'avez parlé de ce qui vous pose le plus de problème, vous personnellement, mais plus généralement ce qui vous pose le plus de problème ? Comment justement créer du lien avec ces personnes là ?**

– Après ça dépend aussi d'eux, de la personne. On va dire du moment où la personne en est dans son parcours, c'est à dire soit elle vient par les urgences, et elle à été amenée par les pompiers ou les forces de l'ordre, donc là déjà quand j'arrive .. c'est déjà pas facile, il y a déjà une certaine distance et par rapport à cette personne, il faut que je lui fasse entendre que je ne suis pas, ni en tant que médecin en lui disant il faut qu'elle fasse ci, ni en tant .. je ne suis pas là en tant que moralisateur, ce n'est pas mon rôle, moi mon rôle c'est de l'aider. Je lui donne les infos .. des petites brochures, des choses comme ça, et je lui dis « Quand vous êtes prêt, venez me voir. Si vous avez envie on en parle, et on peut faire un bout de chemin ensemble ». C'est complètement différent, après il y a les personnes qui sont accueillies ou dans des structures , alors là ils ont déjà commencé leurs parcours, donc c'est eux qui viennent me parler, et là, le lien est beaucoup plus facile à faire. Par contre c'est pas dit, que les personnes veuillent se faire soigner. On a encore un grand chemin à faire par rapport à ça.

– **Par exemple, quand vous allez à la permanence en ville, ce lien là est plus facile ? J'imagine que les gens vous ont bien identifié ..**

– Tout à fait ..

– **Ils viennent spontanément ? Comment ça se passe ?**

– Forcement, parce que dans la rue le bouche à oreille fonctionne très bien, ça va très vite. Au bout de quinze jours que j'étais à mon poste, personne ne me connaissait mais

quand j'allais quelque part : « Oui mais toi, t'es l'infirmière de la PASS ». Voilà, le bouche à oreille marche très bien, donc après au niveau de l'identification, ça aide .. Si on arrive pas avec nos gros sabots, ça passe très bien !

- *(Rires)* **C'est sur .. Comment vous définiriez la relation que vous essayez de mettre en place avec ces personnes là ?**

- Euh, le but, le but de la relation

- **Non,, les caractéristiques ? Comment vous vous la définiriez ? Comment vous décririez la relation que vous essayez d'instaurer avec eux ?**

- ..

- **Tout à l'heure, vous avez dit un mot : la confiance ..**
- Ben oui en fait c'est de leur redonner confiance, c'est à dire en eux, savoir qu'ils sont capables de se prendre en charge, et d'arriver aux soins. Puisque ce sont des gens, qui souvent n'ont plus confiance en eux, tout est en échec, tout ce qu'ils veulent bien mettre en œuvre ou en action, ils le mettent plus ou moins en échec, puisqu'ils sont déjà en échec eux même et qu'intérieurement ils sont pas bien .. Donc dire que c'est eux qui prennent la décision de venir, en fait c'est de les revaloriser par rapport à ce qu'ils sont capable de faire.

- **Vous êtes dans une relation .. une relation d'aide, on pourrait dire ça comme ça ?**

- Oui .. aide, pas assistanat c'est bien différent.C'est à dire faut que ce soit .. faut que ça viennent d'eux. Si je voulais vraiment être dans une relation d'aide, après je sais pas les relations d'aide dans ce que vous dites vous, ça comprend pas l'assistanat. Moi ce que je vois, c'est si je vais aux urgences par exemple ou dans un service peu importe, les gens ne sont pas demandeurs, c'est l'infirmière ou le médecin qui a demandé à ce que

je passe les voir. Je vais pas arriver en disant je vais vous faire votre dossier de CMU, non, c'est je leur donne les infos, c'est eux qui doivent venir, c'est à eux de faire la démarche, c'est pas moi qui vais .. Vous voyez ce que je veux dire ? Il faut qu'ils reprennent justement la confiance, et après .. Mais y a des gens que j'avais vu il y a deux ans, et qui viennent seulement maintenant.

- **Ah oui, c'est aussi long que ça, enfin j'imagine que c'est pas toujours le cas ..**

- Ca reste long quand même, y a des gens qui commencent un dossier avec moi, pour avoir les soins gratuit et .. Ils commencent le dossier avec moi, et puis je ne les revois pas pendant, des fois quatre, cinq, six mois. L'autre fois ça faisait deux ans (*Rire*), mais là on recommence tout à zéro, par contre il m'avait ramené tous ses papiers, donc en dix minute la CMU était faite. ...

- **Oui, la difficulté avec cette population là, c'est que créer du lien c'est déjà compliqué, mais alors le maintenir c'est encore plus compliqué ..**

- C'est pas facile ! C'est pas facile, surtout si .. comme je travaille beaucoup avec la halte de jour, c'est des gens qui naviguent beaucoup, donc on commence quelque chose et puis peut être qu'une semaine, ou quinze jours après ils vont partir deux mois par là, ou ils repartent par ci, les beaux jours arrivent donc alors là ça tourne. .. Donc euh, vous commencez quelque chose en janvier, vous le finissez en septembre.

- **Et pour vous justement, c'est pas compliqué de gérer ça ?**

- Non, parce que ça fait partie du métier, je veux dire c'est ..

- **Oui mais quelque part, ça pourrait être gênant, frustrant. Après vous ne pouvez pas les forcer non plus mais c'est ..**

- C'est pour ça, moi je veux dire après chacun aborde son poste comme il a envie de l'aborder, les PASS fonctionnent comme on a envie de les faire fonctionner, donc où on va vers les gens, et on leur fait tout, c'est à dire tout est nickel, bien .. enfin peut être parce que des fois ils amènent pas le dernier papier pour dire c'est pas fini, donc c'est encore moi qui ai la maîtrise de ce que je veux faire ou pas. Y a ça aussi, si vous amenez tout, et que vous faite tout, et bien à un moment donné il peut dire aussi : « Ben là non, j'ai pas envie donc je te donnerai pas ma carte d'identité par exemple, je ne vous donnerai pas la photocopie pour faire la CMU ». Tout est possible ! (*Sourire*) Toutes les situations sont envisageables. Donc, après, moi j'ai décidé de fonctionner comme ça parce que je trouve ça beaucoup plus valorisant pour la personne, après c'est .. et puis après en situation d'urgence il y a toujours la possibilité de faire une prise en charge en urgence qui se fait, c'est toujours faisable je veux dire. Plus, .. moi j'insiste sur le fait que c'est beaucoup plus confortable d'être dans un parcours de soin classique, que d'être sans arrêt dans l'urgence et puis .. ça fait son chemin, des fois ça met longtemps .. Donc ça c'est pour ça, la relation d'aide oui, mais pas assistanat, moi j'y tiens (*Rires*).
- **Alors, si ça n'est pas une relation d'aide, au sens assistanat, comment avec vos propres mots vous définiriez la relation que vous essayer de mettre en place ici ? J'y reviens, je suis désolé.**
- Mmm fff, exactement, je sais pas trop. Une définition .. Non, c'est leurs donner confiance en eux pour qu'ils reviennent dans le parcours de soin classique. Après vous allez faire la synthèse quand vous allez entendre, vous allez dire finalement c'est peut être ça.
- **Justement, qu'est ce qu'il faut selon vous pour instaurer un climat de confiance ?**
- Ca revient à ce que je viens de vous dire, c'est à dire que petit à petit il faut qu'ils reprennent leur vie en main, alors on leur demande beaucoup de choses mais pourquoi pas justement commencer par la santé.

- **Oui, mais je rebondis sur ce que vous disiez tout à l'heure, effectivement ils sont loin de cette priorité là ! Enfin, c'est pas leur préoccupation première ..**

- Donc c'est là où vous savez si vous avez une relation de confiance ou pas, parce que quand vous pensez que la personne y a eu une accroche, et que c'est bien passé, si elle vous dit j'ai des problèmes de santé, je veux me faire soigner, vous dites ben là j'ai gagné. .. Parce que c'est très rare que ces personnes soient vraiment toutes seules, et qu'ils n'aient que la PASS en référence. Souvent ils ont le CCAS, ou la halte de jour, et le CHRS, vraiment des structures d'accueil on va dire, donc il y a beaucoup de gens qui gravitent autour d'eux. Donc il y a plus ou moins des démarches mises en place, après nous on essaye de .. on est très en lien avec tous ces partenaires. J'ai un très grand partenariat donc ça c'est vachement sympa, parce qu'on avance beaucoup plus vite, et pour les personnes c'est mieux aussi parce qu'ils savent très bien qu'on est tous en relation. Parce que c'est des gens qui jouent beaucoup aussi c'est normal, ils disent blanc à l'un, vert à l'autre, après quand ils sont au courant qu'on est tous en relation et que .. et on avance beaucoup mieux, et puis ben nous entre professionnels on arrive à se dire, ben tient la il y a peut être une priorité, et on va axer sur cette priorité là. Qu'on est tous à peu près le même discours et que ..

- **Oui de la cohérence dans ..**

- Dans la prise en charge dans la globalité de la personne. C'était pas ça ? (*Rires*)

- **Non pourquoi ? J'avais imaginé des réponses, c'est pas forcément les vôtres, mais justement pour ça que ..**

- C'est ce qui est intéressant.

- **Ben oui, et c'est pour ça que je viens là et que je vous rencontre. Tant mieux, heureusement ça bouge aussi mes pensées. Après voilà, sur le fond je suis assez**

- d'accord avec ce que vous me dites, je pense que c'est assez ..**
- Et vous ? Vous n'avez pas fait d'autre stage dans une autre PASS ?
 - **Non**
 - Et vous alors, c'était quoi vos ..
 - **Alors moi, j'ai pas passé énormément de temps, j'ai passé deux jours ..**
 - Non, mais vous avez votre expérience aussi.
 - **J'ai passé deux jours, donc la première journée on a reçu pas mal de personnes en entretien, voilà pour des ouvertures de droits, .. voilà et ensuite, j'ai passé une autre journée à la halte de jour, où c'était très enrichissant, parce que des gens qui venaient spontanément vers justement, Christine, et lui parlaient de leur difficultés .. pas forcément la santé, mais ..**
 - Non
 - **Mais échanger, dire là par exemple j'ai tel ou tel soucis, mais peu importe, pas forcément en lien avec la santé.**
 - Tout à fait
 - **Et ça rejoint ce que vous disiez tout à l'heure, pas forcément attaquer d'entrée sur la santé, parce que ça biaise d'entrée la relation.**
 - Tout à fait.

- **Voilà pour mon expérience à la PASS. Reprenons, qu'est ce que pour vous un accompagnement de qualité et un accompagnement réussi ?**

- En fait, l'aboutissement .. j'allais reprendre la relation d'aide mais bon ca ne me plais pas trop (*Rires*), c'est pour ça que j'essayais de trouver autre chose .. enfin bon, on va dire l'aboutissement du travail c'est quand la personne arrive à se prendre en charge toute seule, et qu'elle sorte complètement du système de la PASS et qu'on ne la voit plus. Mais dans le bon coté des choses, c'est à dire parce qu'elle a sa couverture sociale, et qu'elle va chez son médecin de ville, en prenant des rendez-vous, parce que ça aussi c'est très très compliqué, la pharmacie de ville, enfin voilà quand elle arrive à gérer sa santé, qu'au niveau hygiène, et puis hygiène alimentaire pas que hygiène .. et qu'elle a compris l'intérêt on va dire, parce qu'ils connaissent tous, je veux dire vous leur parlez d'un petit truc au niveau de l'hygiène ou de l'équilibre alimentaire, ils vous sortent les phrases nickelles qu'ils ont entendu à la télé machin, y en a pas un qui le fait mais alors ils sont vraiment au point. Après quand ils arrivent à mettre en application ça, voilà vous vous dites que l'accompagnement a été réussi, et que le boulot a été bien fait, d'un coté et de l'autre.

- **.. Oui parce qu'il n'y a pas que vous qui faite ..**

- Ben c'est pas moi qui fait les choses. Je fais rien, je suis juste là, c'est ce que je leur dit, je fais rien, le boulot c'est vous qui le faite. Moi je suis là pour l'info, les renseignements mais après le reste, la façon de voir sa vie, puisque c'est une remise en cause aussi de la situation où ils sont pour évoluer vers autre chose, c'est eux, c'est pas moi. Donc euh ...

- **Je rebondis, excusez moi, si relation d'aide ne vous plaît pas, ce serait une relation de confiance ?**

- Ben je cherche depuis tout à l'heure ce que je peux mettre à la place, parce qu'en fait je ne me suis jamais posée la question par rapport à cette relation là, puisque moi entre

guillemets c'est purement professionnel, je veux dire, donc .. je sais pas trop quel mot je pourrais mettre à la place ..

– **D'accord**

– C'est une relation .. je sais pas ! On peut pas dire thérapeutique non plus, professionnelle je sais pas, ça fait partie d'une relation d'aide bien sur, mais ..

– **Pas au sens assistanat !**

– C'est ça

– **Pardon, je vous ai interrompu, vous alliez dire quelque chose ?**

– Je sais plus, c'est pas grave (*Rires*) C'est pas important.

– **Et, selon vous qu'est ce qui est indispensable pour arriver à un accompagnement réussi ou de qualité ?**

– Ce qui est indispensable c'est que la personne accepte la relation, de confiance. Tout dépend de la personne, nous on est là en tant que soignant on a des objectifs, on sait très bien qu'on a notre poste là et qu'il faudrait qu'on tende vers .. Seulement dans le social, on ne peut que tendre vers .. on n'a pas d'objectifs, on peut pas vraiment dire que, et ben on prend ces personnes en charge par exemple, comme dans un service, et qu'on prend la personne en charge là, et puis on sait que quand elle va sortir, je sais pas, son diabète est équilibré, elle a compris comment faire les dextro, les trucs .. Non dans le social on peut pas. C'est pour ça que si la personne n'adhère pas aux idées et au fait de se prendre en charge, ça devient très très compliqué. Après les gens, ils sont de bonne volonté, vous allez tous les voir, ils disent « Ah, oui oui, c'est une bonne idée, mais non, oui il faut que je me fasse soigner », mais ça en reste là souvent. Donc

si on n'a pas d'adhésion de la personne sur .. c'est pas la peine ! Par contre c'est pas négatif, parce que le fait qu'il soit venu vous voir, ou vous ait entendu, ça reste quelque chose. Chez un sdf là qui est venu, () je sais pas en quinze jours il est venu bien trois fois par jour, une fois par les pompiers, une fois par les gendarmes, une fois par la police municipale enfin bon bref .. je suis allée le voir tous les jours et puis il me dit : « Mais, vous faites quoi comme travail ? Parce ce que vous venez me voir tous les jours .. », je lui dis voilà, moi je viens, je vous apporte les infos, je vous donne les renseignements, la si vous avez le temps je peux vous recevoir, et on peut en parler. Eh ben, le vendredi, juste avant que je débauche, il m'a fait appeler, j'y suis allée, et voilà on a mis des choses en place. Il était très volontaire sur le moment, (*Rires*) mais y a eu, il s'est quand même rappelé qu'il y avait quelqu'un qui pouvait peut être le dépanner, ce qui fait qu'on a fait le truc en urgence, on a pu voir .. enfin il est sorti avec une ordonnance, j'ai pu lui avoir les médocs. Enfin voilà, il s'est dit « Ah » .. Depuis je l'ai pas revu ..

- **Comme quoi, ça fait quand même son petit bout de chemin ..**

- Et si ça se trouve .. c'est vrai que certaines fois il y a des gens qui me demandent parce qu'ils savent que je travaille là, je ne les ai jamais vu y en a mais le bouche à oreille marche pas mal, en disant ben des fois si tu as un problème tu peux .. Ça voilà, mais il faut que la personne vraiment, adhère au truc parce qu'autrement ..

- **Oui sinon c'est pas possible ..**

- On peut pas, après par rapport .. la question c'était quoi exactement ?

- **La question c'était : selon vous quelles sont les éléments indispensable à un accompagnement réussi ?**

- Voilà, donc on ne peut pas avoir un accompagnement réussi ou de qualité si on n'a pas l'adhésion de la personne. Et sur, on va dire, on va pas dire de l'accompagnement au

long court parce que ça ne peut pas être .. mais sur un certain temps. Mais ils sont tous de bonne volonté, tous, moi j'ai jamais vu quelqu'un qui me dit : « Ah ben non, moi je veux pas .. », sur le moment ils sont vraiment sincères, après ..

- **C'est ça justement, c'est la difficulté que vous énonciez dès le début, la création et le maintien du lien avec ces personnes là, c'est quelque chose de très compliqué ..**

- C'est la majeure partie du travail en fait. Créer des liens et assurer la continuité de ses liens c'est la majeure partie du travail, pour faire qu'au niveau des urgences il n'y ait pas de gens qui arrivent quinze fois par semaine amenés par Pierre, Paul, ou Jacques .. Après c'est des gens qui peuvent venir me voir, « Olala ça va pas du tout, qu'est ce que je peux faire .. », et ça c'est des gens que je peux orienter, que je peux aider. Donc si ça se trouve cette personne là .. [Interruption par un appel] Et euh, .. Oui donc c'est pour éviter justement au niveau des urgences qu'il y ait trop de passages de ces personnes là qui sont connues, reconnues et qu'au niveau des urgences ça crée un petit peu d'irritation on va dire de tout le monde ..

- **D'accord. ... Avant de conclure, est ce que vous auriez quelque chose à ajouter ? Des éléments dont on n'a pas parlé, et qui vous paraîtraient opportun de signaler ?**

- Non pas spécialement, ça ne me vient pas là en tout cas. (*Réfléchit*)

- **Du coup, juste une dernière petite chose, je reviens sur ma question ..**

- Non mais il faut revenir parce que des fois on a des trucs qui ..

- **Sur les caractéristiques de la relation, je reste sur ma faim parce que relation d'aide ça ne vous convient qu'à moitié (*Elle acquiesce*) ..**

- On peut tabler sur une relation d'aide. C'est une relation d'aide oui .. mais en précisant, moi je mettrais un petit ..

- **En précisant que c'est pas de l'assistanat ..**

- Pas non plus de l'assistanat, dans moi ce que je veux faire au niveau de mon poste après chaque personne fait différemment. En plus, c'est un petit peu difficile ici puisque je suis seule donc quand on est plusieurs on n'a pas le même regard ce qui permet d'évoluer, de changer, de dire « Ah ben non, la tu te plantes carrément », et donc .. c'est pour ça que j'ai essayé de me dire, moi je me cantonne à ça, et puis après j'adapte en fonction de la situation, mais en principe je reste sur cette position là.

- **D'accord. .. Bien écoutez, si vous n'avez pas d'autres remarques à faire ..**

- Non, moi je ne vois pas, après si vous avez une question qui vous vient, pas de soucis moi je suis disponible. ..

- **Bien, je vous remercie en tout cas de m'avoir accordé un peu de temps.**

- Je vous en prie. »