

Relation de soins et grande précarité

Une approche autour du concept d'attachement

Thomas Locquet – Promotion 2007-2010 – IFSI Pitié-Salpêtrière

Travail de fin d'étude du Diplôme d'État de Soins infirmiers

Le présent document est un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI de la Pitié-Salpêtrière, et ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI.

Remerciements

Je tiens en tout premier lieu à remercier les infirmières et infirmiers qui ont pris de leur temps pour les entretiens menés dans le cadre de ce document, ainsi que les professionnels paramédicaux, médicaux et les travailleurs sociaux des services où j'ai eu l'occasion de prendre en charge des personnes en situation de grande précarité, et les bénévoles de la Délégation locale du quatrième arrondissement de la Croix-Rouge de Paris. Ils ont, toutes et tous, participé au cheminement qui a conduit à la rédaction de ce mémoire.

Merci à Monsieur Pascal Borel, formateur à l'IFSI de la Pitié-Salpêtrière, qui a guidé l'élaboration de ce travail et m'a évité bien des fourvoiements.

Merci également à Madame Servane Vinson, ancienne formatrice à l'IFSI de la Pitié-Salpêtrière, qui a bien voulu relire une version précoce de ma problématique, et dont les observations m'ont été précieuses.

Merci enfin à Céline, mon expert psychologue clinicienne, d'avoir vérifié que le cadre de référence ne contient pas d'aberration.

Sommaire

1/ Introduction	page 1
2/ Problématique	page 2
3/ Question de recherche	page 5
4/ Cadre de référence	page 6
4.1/ Grande précarité et système d'attachement	page 6
a/ La grande précarité, « <i>une pathologie du lien</i> »	page 6
b/ Théorie de l'attachement et problématique de la grande précarité	page 9
4.2/ Grande précarité et relation de soins	page 13
a/ Définition et approche générale de la relation de soins	page 13
b/ Difficulté de l'établissement d'une relation de soins chez les personnes en grande précarité	page 16
5/ Méthode de recueil de données	page 18
6/ Analyse et interprétation des entretiens	page 21
7/ Conclusion	page 33
Bibliographie	page 35
<i>Annexes</i>	
Grille d'entretien semi-directif	page 37
Entretien n° I	page 39
Entretien n° II	page 46
Entretien n° III	page 56
Entretien n° IV	page 63
Entretien n° V	page 70
Entretien n° VI	page 82

1/ Introduction

Au delà de la simple prise de conscience sociale, j'ai réellement abordé la problématique de la précarité par la rencontre d'un bénévole des équipes d'Action sociale de la Croix-Rouge, et par mon engagement régulier au sein des maraudes¹ de cette association durant la première année d'études en Soins infirmiers. J'ai d'autre part eu l'occasion lors de mes stages hospitaliers de prendre en charge des patients en situation de précarité. Les questionnements qui en ont découlé concernant les difficultés de prise en charge de ces patients m'ont amenés à orienter mes stages optionnels vers des structures d'accueil et de suivi de ces personnes (en deuxième année le service d'accueil Saint-Martin géré à Paris par l'Armée du Salut, et en troisième année l'équipe mobile psychiatrie-précarité² de l'hôpital Sainte-Anne), et à choisir le thème de la précarité pour le module optionnel de deuxième année. Ces expériences ne faisaient qu'approfondir mes interrogations. Orienter ce travail écrit de fin d'étude sur cette thématique était donc une évidence, qui m'a conduit d'impasses en impasses durant deux ans, jusqu'à trouver une façon de l'aborder que j'espère constructive dans le cadre de ma future profession.

Ce mémoire est donc parti d'un questionnement spontané sur l'articulation des notions de *précarité* et de *relation de soins*. La nature du lien entre les deux restait cependant obscure, et les différents travaux sociologiques consultés, essentiellement descriptifs, ne permettaient guère de mieux la comprendre. Une première piste vint de la lecture du livre de l'anthropologue et psychanalyste Patrick Declerk, *Les naufragés*³, dans lequel la grande précarité est définie comme une « *pathologie du lien* ». Cela ne faisait néanmoins que repousser l'interrogation, puisqu'il n'est pas a priori évident que la fragilité des liens sociaux dans une vie quotidienne difficile doive se traduire par une difficulté à s'inscrire dans une

1 Action qui consiste à aller à la rencontre des personnes en situation de précarité, généralement par le moyen de tournées pédestres ou motorisées dans l'espace public se déroulant selon un planning régulier, à assurer une veille sanitaire afin de repérer les personnes en danger, à leur apporter certains éléments facilitant leur vie à la rue (repas chaud, vêtements, duvets...), et à établir un lien sur le long terme dans une perspective de sortie de la précarité.

2 Service psychiatrique de secteur qui regroupe des médecins psychiatres, des infirmiers, des travailleurs sociaux, et qui a pour rôle essentiel de se projeter dans des structures partenaires intervenant dans le domaine de la précarité (centre d'accueil de jour, d'hébergement, maraudes institutionnelles...) et de repérer les personnes en souffrance psychique afin de les orienter vers le dispositif commun de soins psychiatriques. Nom officiel : Santé mentale et Exclusion sociale (SMES).

3 Cf. bibliographie.

relation centrée sur un objectif spécifique (tel que recevoir des soins) dans un environnement aussi cadré et normé que l'hôpital. La lumière vint d'un cours sur... l'autisme, au détour duquel l'intervenant signala à ses auditeurs que « *si vous ne créez pas d'abord un lien avec votre patient, vous ne pourrez jamais créer de relation* ». Ce médecin me renvoya vers la théorie de l'attachement, qui s'avéra être un élément explicatif très fort de nombreuses difficultés des personnes en situation de grande précarité.

La partie théorique de ce mémoire comprendra donc deux sous-parties : dans la première nous définirons la grande précarité et nous chercherons à mieux en cerner les problématiques du point de vue relationnel ; dans la seconde partie nous explorerons les conséquences d'une situation de grande précarité sur la mise en place et le maintien d'une relation de soin⁴.

2/ Problématique

Lors d'un stage de troisième année en soins infirmiers, j'ai été amené à accompagner un patient qui, suivi par une équipe mobile psychiatrie-précarité, devait être hospitalisé en service d'hépatologie pour un sevrage alcoolique. Ce patient âgé de quarante ans vivait en situation de grande instabilité sociale depuis une vingtaine d'années, avec des épisodes de stabilisation provisoire rompue par des accidents de vie. Suivi depuis plus d'un an par le service psychiatrie-précarité, il s'était distingué par une hétéro-agressivité apparente qui cachait un processus d'auto-agressivité s'exprimant par l'alcool et l'échec social, un fort sentiment d'auto-dépréciation, et une frustration qui s'exprimait là aussi sur un mode très agressif et revendicatif, avec un mode relationnel très auto-centré. Cependant ces attitudes étaient appréhendées par l'équipe de psychiatrie-précarité en tant que symptômes de la situation de précarité du patient.

4 Ces pages se basent principalement sur deux ouvrages, *Les naufragés* déjà mentionné, et *L'attachement, concepts et applications*¹, manuel coordonné par Nicole et Antoine Guedeney. Pour la relation de soins je me suis également basé sur *La relation soignant-soigné* d'Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf, et sur *La communication soignant-soigné* d'Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Nègre. Cf. bibliographie.

L'admission en cure de sevrage était investie par le patient, qui y plaçait des espoirs de changement de vie, tempérés par son auto-dépréciation constante. Les consultations de pré-admission lui avaient permis de bien comprendre les enjeux du traitement, il déclarait se sentir en confiance avec le chef de service. Le jour de l'admission le patient était accompagné par une infirmière du service psychiatrie-précarité et par moi-même, et l'accueil de l'équipe avait été tout à fait correct, dans la cordialité et la présentation du service et des soignants. Le patient recevait par la suite une visite quasi-quotidienne de son infirmière référente de psychiatrie, ou de ma part (j'effectuais seul certains actes d'accompagnement avec ce patient depuis trois semaines à la demande de son infirmière référente, dans le cadre de sa prise en charge globale). Tout semblait donc a priori devoir bien se passer.

Pour autant des problèmes relationnels sont rapidement apparus entre le patient et l'équipe soignante. Les difficultés du sevrage jouaient bien sûr un rôle, mais surtout l'ennui de l'hospitalisation qui laissait réapparaître les problématiques sous-jacentes, le patient ayant tendance à gérer son malaise par des « coups de gueule » et une agressivité qui pouvait faire craindre à l'équipe un passage à l'acte hétéro-agressif (en pratique son agressivité est surtout verbale, ou se dirige plutôt contre les objets). Au bout de quelques jours le service était classé entre « bons soignants » et ceux « à qui je ne parle plus », le chef de clinique faisant partie de cette dernière catégorie. Le ton bourru et revendicatif était d'évidence assez mal accepté par les soignants. L'annonce par le médecin d'un délai possible de quelques jours entre la fin du sevrage et l'admission en centre de post-cure fut accompagnée d'une explosion de colère de la part du patient, qui entraîna finalement une décision de fin d'hospitalisation anticipée au bout de la première semaine, et donc l'échec du sevrage. Contrairement aux échecs précédents le patient a, dès les jours suivants, repris une démarche en direction d'un nouveau projet de sevrage, ce qui indique que l'échec est dû à une inadaptation envers les contraintes et les demandes de l'environnement hospitalier plus qu'à un refus du sevrage en lui-même.

Cette situation était similaire à plusieurs autres observées lors de mes stages en santé publique ou en service d'hospitalisation, et les professionnels concernées insistaient systématiquement sur le caractère général de ce type de difficulté dans la prise en charge des patients en grande précarité⁵. Cela m'a fourni quelques motifs de questionnements, qui ne se

5 La notion de *grande précarité* sera explorée dans le cadre de référence.

sont pas apaisés par les échanges avec les infirmières du service de psychiatrie-précarité. Ces dernières mettaient en avant la difficulté fréquente de ces patients à se conformer à l'attitude qu'on attend d'eux au sein d'un service de santé, et celle des soignants à faire face aux sentiments que ces patients génèrent au sein des équipes.

La facette la plus apparente du problème était donc un échec de l'instauration de la relation de soins⁶. La prise en charge du patient, à court ou à long terme, ne peut en effet se faire sans la mise en place d'une relation particulière entre le soignant et le soigné, au sein de laquelle chaque partie adoptera – idéalement – un objectif commun (la guérison, la stabilisation d'un état, l'évitement d'une pathologie) et une « règle du jeu » où le soigné accordera sa confiance au soignant et s'engagera à une certaine compliance⁷ (aux traitements et examens, à l'organisation institutionnelle, aux conseils thérapeutiques et préventifs, aux désagréments de l'hospitalisation aussi), tandis que le soignant respectera certaines obligations professionnelles de respect, de bienveillance, de compétence, de rigueur. Cette relation idéale n'existe jamais réellement, mais la plupart des relations soignant-soigné respectent peu ou prou ce schéma asymétrique. Les patients en situation de précarité posent un problème au sein de l'hôpital dans la mesure où, généralement, ce sont des personnes qui cumulent un grand nombre de pathologies et de problèmes de santé, mais qui en même temps semblent les plus éloignées possible d'un schéma de compliance à l'égard des « règles » qui gèrent la vie à l'hôpital (et donc l'accès aux soins hospitaliers). Pour autant il ne saurait être question de rejeter ces patients. D'où de nombreuses interrogations sans réponses évidentes concernant la façon de les prendre en charge, et d'éviter l'incompréhension mutuelle entre un patient qui ne comprend pas toujours la raison d'être des règles hospitalières, et un soignant qui s'efforce souvent de concilier la rigueur nécessaire à la vie du service et la souplesse indispensable pour que le patient accepte de rester hospitalisé.

⁶ La notion de *relation de soins* sera également définie au sein du cadre de référence.

⁷ L'anglicisme *compliance* désigne dans le domaine des soins la « conformité à des règles », la « notion d'observance en pharmacothérapie » (article collectif – **Compliance** – fr.wikipedia.com, consulté le 12 avril 2009).

La problématique centrale n'est pas le comportement du patient – ce n'est pas à nous d'imposer notre manière d'être à quelqu'un qui s'est construit d'une certaine façon en fonction de ses contraintes de vie – mais la relation de soins entre un soignant (ou plus exactement une équipe soignante) et un soigné. L'instauration de cette relation est essentielle pour accomplir le but de la relation thérapeutique, qui est d'accompagner le patient vers un changement qui lui convienne, que ce soit dans le domaine somatique, social, ou psychologique. À partir de là, un équilibre pourra s'instaurer entre ce que peut respecter le patient, et ce que peut supporter un service d'hospitalisation qui n'est pas organisé autour de la prise en compte de telles difficultés (à la différence, par exemple, des services de psychiatrie ou d'accueil social). Mais pour construire cette relation il importe de comprendre comment la situation de précarité du patient bouscule les schémas habituels de l'interaction soignant-soigné.

3/ Question de recherche

La question sur laquelle je me centrerai est donc la suivante :

Quelles problématiques particulières pose la situation de précarité d'un patient admis en service d'hospitalisation dans l'instauration d'une relation de soins entre ce patient et l'infirmier ou l'infirmière qui le prend en charge ?

4/ Cadre de référence

4.1/ Grande précarité et système d'attachement

a/ La grande précarité, « *une pathologie du lien* »

Une première difficulté, lorsqu'on aborde la question de la précarité, est de la définir. Une définition souvent reprise est celle du Haut comité de la Santé publique (1998) qui la décrit comme la « *perte d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». Le Haut comité ajoute que « *la précarité est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.* » Définir ainsi la notion de précarité renvoie à des situations diverses, depuis la « galère » d'un jeune couple qui entre dans la vie active et n'est pas encore « installé » en passant par l'immigration clandestine, le travailleur pauvre... jusqu'à la désocialisation totale.

Ce mémoire traite donc plus précisément de la *grande précarité*, de ceux que Patrick Declerck appelle « les clochards » ou « les personnes en grande désocialisation », faute de terme mieux adapté. On les qualifie aussi de « sans domicile fixe » (SDF), de « sans-abri », d'« exclus », de « personnes désaffiliées », bien que ces termes s'appliquent mal à beaucoup de ces personnes, et peuvent du reste désigner la situation de personnes qui se trouvent hors de la grande précarité. J'utilise ici, malgré leur lourdeur, les expressions « grande précarité » et « personne en situation de grande précarité », « clochard » étant souvent perçu comme injurieux⁸. C'est leur situation qu'il m'intéressait de mieux comprendre, à ces personnes si difficiles à suivre au sens propre autant que thérapeutique.

⁸ Bien qu'il ait souvent été utilisé spontanément lors des entretiens, après accord réciproque des interlocuteurs sur l'absence de connotation péjorative du terme.

Mais qui sont-ils, ces grands précaires⁹ ? La pauvreté et l'exclusion sociale sont insuffisantes à rendre compte de leurs difficultés, bien qu'elles y jouent évidemment un grand rôle. Les personnes vivant des minimas sociaux en France sont environ six millions en 1999, alors que le nombre des personnes en grande précarité ne dépasse probablement pas la centaine de milliers. Et les améliorations économiques et sociales objectives proposées par les travailleurs sociaux sont très généralement mises en échecs par ces grands précaires, qui devraient logiquement s'en emparer si le problème était essentiellement de cet ordre. Declerck parle à ce sujet de « *réaction thérapeutique négative* », par laquelle « *toute amélioration de l'état se trouve être rapidement suivie d'une rechute souvent accompagnée d'une aggravation des symptômes* » ; c'est un phénomène que j'ai également souvent pu observer lors de mes expériences et stages dans le domaine, et qui revient fréquemment dans les discours des professionnels du secteur. D'autre part l'exclusion culturelle n'est pas non plus un facteur primordiale de la grande précarité, certains grands précaires, certes minoritaires, provenant de milieu culturellement favorisés, et étant eux-même d'un niveau culturel très correct. Le même genre de remarques peut être fait par exemple pour l'alcool (deux millions de personnes souffrant d'addiction à l'alcool en France) ou pour la prévalence des pathologies psychiatriques¹⁰ qui ne peuvent donc être tenus pour des facteurs essentiels de la grande précarité¹¹. En somme, « *en plus d'être le produit d'une pathologie sociale, économique et culturelle, la clochardisation est aussi, profondément, un symptôme psychopathologique* » et non pas « *un épiphénomène socio-économiques de pathologies psychiatriques (...) qui entraînent en retour des troubles psychiatriques secondaires* »¹².

9 Ce paragraphe se base sur Declerck P., 2003, pp. 286-287.

10 Selon une enquête de L'Observatoire du SamuSocial de Paris présentée le 15 décembre 2009, « *Près d'un tiers des personnes (32%) présente un trouble psychiatrique sévère. Une personne sur cinq (21%) présente un trouble de la personnalité ou du comportement et plus d'une personne sur dix (13%) un risque suicidaire moyen ou élevé. Les addictions (dépendance ou consommation régulière) concernent 29% des personnes, une sur cinq est dépendante à l'alcool et 16% consomment régulièrement du cannabis* ». Observatoire du SamuSocial de Paris – **La santé mentale chez les personnes sans logement en Île-de-France** – <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/journee-scientifique-de-l-observatoire-du-samusocial-de-paris-la-sante-mentale-chez-les-personnes-sans-logement-en-ile-de-france>, document du 15 décembre 2009, site consulté le 18 décembre 2009.

11 Declerck P., 2003, p. 288.

12 Declerck P., 2003, p. 287. Et un peu plus loin l'auteur précise : « *La clochardisation ne peut se réduire à un seul type de causes. Il s'agit d'un processus à l'étiologie multifactorielle où se conjuguent, en général, les effets croisés des exclusions économiques, sociales, familiales et culturelles, ainsi que des facteurs de pathologies individuelles le plus souvent psychiatriques (alcoolisme et polytoxicomanies, personnalités pathologiques, psychoses), eux-même majorés dans leurs manifestations par la vie à la rue. Il peut aussi arriver bien évidemment, çà et là, qu'un facteur isolé bouscule cette multiple étiologie en la*

Ainsi, dans une lecture psychanalytique de plus de quinze ans d'observations en tant qu'anthropologue des personnes en grande précarité sur Paris, Declerck remarque que « *dans le champ [de la grande précarité], les soignés (...) se présentent comme s'ils étaient condamnés à répéter ad nauseam des passages à l'acte auto-destructeurs. Ces passages à l'acte, ruptures brutales auto et hétéro agressives des liens, sont sensiblement les mêmes, qu'il s'agisse de liens thérapeutiques, familiaux, amoureux ou amicaux. La grande désocialisation est, avant tout, une pathologie du lien. Du lien à soi-même, comme du lien aux autres et au monde.*¹³ » Declerck décrit ainsi un *syndrome de désocialisation*, « *ensemble de comportements et de mécanismes psychiques par lesquels le sujet se détourne du réel et de ses vicissitudes pour chercher une satisfaction, ou a minima un apaisement, dans un aménagement du pire [un aménagement de son état de précarité, d'exclusion] (...). Versant psychopathologique de l'exclusion sociale (...) ses manifestations se rencontrent peu ou prou dans l'éventail des populations exclues (...). Avec les clochards, qui sont à une des extrémités du continuum de l'exclusion, les phénomènes de désocialisation en arrivent à dominer tout le tableau clinique (...). Il s'agit de rendre tout projet impossible, le sujet n'y organise rien de moins que sa propre désertification* »¹⁴. Ce processus peut aller jusqu'à l'indifférence au corps, en dehors même de tout trouble psychiatrique susceptible d'induire une dissociation : « *Dans les cas les plus graves, la désertification du sujet exilé au cœur de lui-même, coupé du sens de son passé, et sans avenir, s'accompagne souvent d'une chosification du corps. Celle-ci se manifeste par une indifférence à la douleur et par une tendance à ignorer (...) l'urgence de pathologies somatiques parfois gravissimes* »¹⁵.

surdéterminant. » (id., pp. 288-289).

13 Declerck P., 2003, p. 365. C'est nous qui mettons en gras.

14 Declerck P., 2003, p. 293-294.

15 Declerck P., 2003, p. 306, 308.

Declerck note par ailleurs certaines constantes dans l'histoire des personnes en grande précarité : dysfonctionnements précoces dans l'enfance¹⁶, accumulation de traumatismes physiques et psychiques, alcoolisme-tabagisme¹⁷. Il signale aussi l'existence d'un phénomène d'auto-exclusion, « *la puissance mortifère de l'exclusion [étant] telle qu'elle s'intériorise au cœur même de certains sujets qui deviennent, alors, leurs propres bourreaux en recréant inconsciemment les conditions toujours renouvelées de leur propre exclusion* »¹⁸. Pour terminer cette très rapide description des personnes en grande précarité, « *le dénuement et la souffrance liés à la vie dans la rue ont, sur les sujets, des conséquences psychiques importantes. Ces souffrances psychiques et physiques conduiraient, en particulier, les sans abri à souffrir d'angoisses et de dépressions. D'où leurs recours toxicomaniaques fréquents à des produits psychotropes anxiolytiques, tel, entre autres, l'alcool* »¹⁹.

b/ Théorie de l'attachement et problématique de la grande précarité

J'ai choisi pour traiter de la relation de soins avec les personnes en grande précarité d'étudier les notions de la *théorie de l'attachement*, courant de recherche majeur en psychologie depuis une soixantaine d'années. Cette théorie s'attache à décrire les effets affectifs des relations interpersonnelles²⁰. Ses résultats sont reconnus et connaissent des ramifications dans les questions de l'alliance thérapeutique et de l'incapacité chez l'adulte à établir des liens d'attachement, qui sont comme nous l'avons vu des problématiques centrales chez les personnes en grande précarité. Son étude est en lien avec les enseignements donnés en Institut en soins infirmiers, puisque la notion d'attachement qu'elle développe est

16 « *Les clochards (...) disent avoir toujours posé problème à leur entourage (...). Les relations maternelles (...) semblent avoir été gravement perturbées. Les mères sont généralement décrites comme froides, absentes, malades, rejetantes, débordées, alcooliques, sexuellement légères. Énurésie, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation et asthme apparaissent fréquemment dans le récit des souvenirs d'enfance. La scolarité, très rapidement, s'est révélée problématique.* » Declerck P., 2003, p. 301.

17 Declerck P., 2003, p. 301-304.

18 Declerck P., 2003, p. 289.

19 Declerck P., 2003, p. 287.

20 Et de ce fait s'articule bien avec les notions psychanalytiques de transfert/contre-transfert qui interviennent aussi dans la relation de soins, mais à un niveau plus intrapsychique.

comparable à celle de *capacité à la relation* décrite par Winnicott, et « *les concepts de maternage sensible, de Holding et de Handling, l'importance donnée à l'expérience précoce dans la psychopathologie du développement sont cohérents avec la théorie de l'attachement* »²¹.

Apparue principalement à la suite de la Seconde Guerre mondiale, dans le sillage des effets des séparations durables chez les jeunes enfants qu'elle a occasionnée, la théorie de l'attachement s'est développée à partir du souhait de certains psychanalystes d'avant guerre de mieux prendre en compte les effets affectifs des interactions précoces de l'enfant avec son environnement. Les premiers travaux portent sur les effets de l'institutionnalisation des jeunes enfants sur leur développement affectif, sur l'environnement familial de jeunes voleurs, ou sur celui des séparations précoces chez les très jeunes enfants lors du Blitz de Londres. L'étude que John Bowlby mène en 1948 à la demande de l'Organisation mondiale de la santé sur les enfants sans famille met l'accent sur « *l'abondance des faits étayant les effets de la carence de soins maternels, qui donne lieu ultérieurement à des relations affectives superficielles, à une absence de concentration intellectuelle, à une inaccessibilité à l'autre* »²², et est à l'origine d'un débat intense autour de ces notions et de nombreuses recherches conduisant à préciser et conforter les concepts autour de la notion d'attachement, concepts que nous allons à présent décrire brièvement.

Le *système d'attachement* se définit comme ce qui maintient la proximité dans l'espace ainsi que le sentiment de sécurité, son corollaire interne. « *Tout ce qui favorise la proximité, en donnant un sentiment de sécurité, [de bien-être et de confort], appartient au comportement d'attachement* »²³. Il s'agit d'une notion ancrée dans les relations interpersonnelles, observable « *depuis le berceau jusqu'à la tombe* »²⁴. L'enfant présente de façon innée des *comportements d'attachements* auxquels la mère va répondre, favorisant ainsi l'attachement réciproque de la mère à l'enfant.

21 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 39.

22 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 7.

23 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 13.

24 Bowlby, 1988.

La mère est ainsi, en général, la première *figure d'attachement* de l'enfant, mais par la suite « sera susceptible de devenir une figure d'attachement toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée [avec le bébé, puis l'enfant, l'adolescent et l'adulte] et durable, et qui répondra favorablement à ses signaux et à ses approches. Il existe donc plusieurs figures d'attachement qui seront hiérarchisées »²⁵. Les premiers attachements stables de l'enfant ont ainsi un rôle primordial puisque l'un d'entre eux deviendra très tôt la *figure d'attachement privilégiée*²⁶, à partir duquel se construiront toutes les autres au cours de la vie. « À partir des échanges avec son entourage familial, [l'enfant] développe des modèles de relations qui, une fois mis en place, l'aident à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches ; ces modèles lui permettent d'anticiper les réactions d'autrui. De ce fait, ils influencent son comportement dans ses rapports avec ses figures d'attachement »²⁷. Ces modèles mentaux que l'enfant se construit sont appelés *Modèles internes opérants*, l'enfant formant simultanément un modèle de soi et un modèle d'autrui : le modèle de soi correspond à une image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé, alors que le modèle d'autrui renvoie à sa perception des autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins. Ces modèles commencent à se mettre en place vers le milieu de la première année de vie²⁸, plus précisément à l'âge de 6-8 mois²⁹.

Il existe ainsi, tout au long du développement de l'enfant puis lors de la vie adulte, un système d'attachement permanent et stable, dont la traduction en comportements d'attachement (et en comportements relationnels qui en découlent) dépend du contexte, de l'âge, du niveau de développement³⁰. La composante émotionnelle du système d'attachement est appelée *lien d'attachement* ; ce lien est dirigé du plus faible vers celui qui protège³¹. Les concepts de la théorie de l'attachement amènent ainsi à la notion de *base de sécurité*, qui

25 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 15.

26 « *Le petit se tourne de manière préférentielle vers des figures discriminées pour chercher des apports, du confort, du soutien et de la protection en même temps qu'apparaissent l'angoisse vis-à-vis de l'étranger et la protestation en cas de séparation, deux indices de l'existence d'un attachement préférentiel* » (Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 15).

27 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 25.

28 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 26.

29 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 67.

30 Il n'y a pas d'équivalence entre le système d'attachement et l'étaillage basée sur les pulsions, qui agit à un niveau plus intrapsychique, moins relationnel (Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 16).

31 Le sentiment qu'à la mère ou toute autre personne qui donne le soin d'être attaché au petit dont elle s'occupe n'est pas considéré comme un attachement proprement dit, mais comme un lien qui fait partie du prendre-soin (système de *caregiving*).

« signifie la confiance dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible, et ceci quel que soit l'âge de l'individu en cas de besoin »³². Ils « se centrent sur ces notions clés : quelles représentations mentales l'être humain a-t-il constituées, tout au long de la vie, comment les figures importantes autour de lui se comportent dans les relations proches en cas de besoin, comment lui-même se perçoit comme suscitant l'attention et l'aide et le réconfort de la part des autres en cas de détresse. La théorie de l'attachement s'intéresse à ce qui influence le bien-être émotionnel et les interactions sociales du sujet lorsqu'il est dans un contexte de stress, d'alarme et, de manière générale, d'émotions négatives »³³.

Cet exposé superficiel de la théorie de l'attachement nous aide à comprendre le rapprochement entre la « *pathologie du lien* » décrite par Patrick Declerck et les problématiques de la grande précarité. Cette dernière, nous l'avons vu, se caractérise en effet selon les observations de l'anthropologue par une rupture des liens de la personne avec son environnement social mais aussi avec son passé ; il note également des dysfonctionnements fréquents dans l'enfance. De même, les sociologues et les travailleurs sociaux repèrent généralement chez les personnes en précarité un éloignement dès l'enfance de la famille, que ce soit un mode de socialisation précoce dans la rue ou bien un départ vers une famille d'accueil ou une pension, des fugues prolongées... Avec toutes les précautions nécessaires du fait des limites de ce mémoire, il semble cohérent de penser que les difficultés des personnes en grande précarité sont au moins en partie liées d'une façon ou d'une autre à un défaut dans la mise en place du système d'attachement. Ceci allié au paragraphe exposant le concept de base de sécurité rend particulièrement fertile le choix de la théorie de l'attachement comme outil conceptuel pour explorer les difficultés de l'établissement d'une relation de soins dans le cadre de la grande précarité, problématique qui nous intéresse dans le cadre des soins infirmiers ; nous développerons cette idée dans la seconde partie.

32 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 19.

33 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 21.

4.2/ Grande précarité et relation de soins

La relation de soin est un concept largement traité, et de nombreux modèles existent pour la définir, la décrire, et aider le soignant à créer les conditions de son émergence. Je me contenterai ici d'une approche de cette notion afin de montrer que, au delà des « méthodes » et des bonnes pratiques, le lien affectif est au cœur de cette relation particulière. J'explorerai ensuite les conséquences de cet primauté du lien en ce qui concerne la relation de soins avec des personnes en grande précarité.

a/ Définition et approche générale de la relation de soins

La *relation de soins* peut se définir comme une « *relation dont le lien relationnel est celui du soin, élément fondamental qui influence l'ensemble des échanges qui auront lieu dans la relation* »³⁴. S'il s'agit donc d'une relation qui a le soin pour raison d'être, cela ne signifie pas pour autant qu'elle s'y réduit et qu'il serait possible d'adopter une attitude purement technicienne : il s'agit plus fondamentalement de « *l'ensemble des conditions psychologiques qui vont influencer le contact qui s'établira entre le soignant et son patient* ». La perception qu'a le patient de la compétence technique des soignants et la confiance qu'il leur accorde fait partie de ces conditions, de la même façon que les phénomènes de transfert et contre-transfert, les qualités de communication, d'empathie, d'écoute du soignant, et la mise en place d'une relation d'aide soutenante (notions que nous définissons un peu plus loin). Articuler une bonne connaissance des phénomènes psychologiques en jeu et une attitude d'ouverture à l'autre et à soi-même est donc essentiel pour le soignant car, ainsi que le note A. Bioy, il « *est seul face à la souffrance du patient. (...) La non-compréhension de la situation et l'absence d'élaboration peuvent le conduire à commettre des maladresses, à se protéger en niant cette souffrance, ce qui revient à abandonner le patient, ou, au contraire, à se laisser aller à un excès de sensibilité en étant touché de façon personnelle et exagérée, source d'épuisement professionnel, toutes situations dominées par l'affectivité* »³⁵. Les techniques de « soin

34 Bioy A., Bourgeois F., Nègre I., 2003.

35 Bioy A., Bourgeois F., Nègre I., 2003, p. 6.

relationnel », qui se basent sur le « faire quelque chose », ne doivent bien entendu pas prendre le pas sur l'ouverture à l'histoire et aux demandes de l'autre, et sur la simple présence ; pour autant il est essentiel de disposer d'outils et de concepts qui aident à prendre du recul par rapport aux situations et à ne pas s'y « noyer ».

Les notions qui gravitent autour de la relation de soins sont largement décrites ; nous les rappellerons brièvement ici afin d'insister sur le fait que toutes se développent en premier lieu à partir d'un *lien réciproque* entre le soignant et le patient :

- La *relation d'aide* « a pour objectif la compréhension de ce qui se passe pour l'autre, la découverte de la manière dont il éprouve la situation, la clarification progressive de son vécu » (Shorderet). Pour Carl Rogers il s'agit de la « mise en relation de deux individualités dont l'objectif concerne un mieux par le partage de compétences communes » ; cela signifie entendre les sentiments de l'autre et leur résonance sur soi, et aider à clarifier et à résoudre les difficultés des personnes que l'on rencontre dans une pratique soignante, afin d'aider le patient à se réinscrire dans une dynamique de vie, parfois indépendamment de sa situation médicale. La relation d'aide a donc un aspect opératoire, des méthodes de conduite d'entretien sont mis en œuvre dans un objectif précis, dans le cadre d'une logique « donnée-action-résultat » et d'amélioration de l'état de santé du patient. Pour autant cette notion n'emprunte pas qu'à des techniques opératoires, mais s'appuie sur la personnalité même du soignant : « Pour pouvoir parler de relation d'aide il faut aussi que le soignant se place dans l'écoute de la réponse, dans une disponibilité à l'autre et à ses expressions, à ses demandes et à ses besoins. (...) Seule la dimension personnelle/humaine permet de passer du statut d'ouvrier du soin à celui de professionnel de l'humain, qui fera preuve d'intuition humaine dans un cadre donné (...). Pratiquer la relation d'aide dans un contexte professionnel est faire œuvre, objectivement et avec sérieux, de données subjectives. »³⁶
- Les *attitudes de communication* : au-delà des techniques qui aident à débiter, prolonger et approfondir la communication, les attitudes de communication sont au sein de la relation d'aide les leviers thérapeutiques qui aident le patient à mieux progresser sur le chemin du soulagement, et le soignant à exercer sa profession avec une implication

36 Bioy A., Bourgeois F., Nègre I., 2003, p. 24.

humaine optimale sans pour autant se mettre en danger. Il s'agit par exemple de l'*empathie* (qui consiste selon Carl Rogers à « *comprendre le monde du patient comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de 'comme si'* » sous risque d'identification), de la *congruence* (expression réciproque des émotions du soignant et du soigné au sujet de la situation du patient, dans le cadre de la bonne distance professionnelle, facilitant l'évolution du patient dans un climat d'authenticité), de l'*acceptation* (qui « *est, en pratique soignante, plus importante que la compréhension d'une situation ou de la personnalité du patient* » ; elle permet au patient d'aborder sereinement ses doutes et ses angoisses, aide à la restauration de l'estime de soi, et évite les attitudes de jugement, qui empêchent le patient de se responsabiliser et « *ferment les portes au changement* »³⁷). Ces attitudes permettent au soignant de faire un usage efficace des émotions exprimées de part et d'autre ; elles mettent aussi soignant et soigné à l'abri de tout débordement dans l'utilisation qui peut en être faite, par exemple le chantage (« si vous continuez je pars ») ou le dénigrement (« arrêtez de parler, vous n'êtes plus un enfant »). Elles sont donc facilitantes de l'instauration de l'*alliance thérapeutique* (cf. ci-dessous).

- Le *transfert*, notion tirée de la théorie psychanalytique, est le processus par lequel le patient reporte sur le soignant un sentiment qu'il éprouve ou qu'il a éprouvé pour une autre personne. Le *contre-transfert* est le processus par lequel un soignant reporte sur son patient une attitude ou un sentiment, qu'ils soient conscients ou non.³⁸

Toutes ces notions confortent l'idée que la relation de soins n'est pas qu'un ensemble de techniques, mais repose fondamentalement sur un élément affectif, qu'on l'appelle « expression réciproque des émotions », « relation et échanges humains », ou encore « mise en relation de deux individualités ». Toute la difficulté pour le soignant consiste alors à mettre en place (sans outrepasser le cadre thérapeutique) les conditions d'un développement optimal de ce lien affectif avec un patient en grande précarité dont, nous l'avons vu, le système d'attachement est défaillant.

37 Bioy A., Bourgeois F., Nègre I., 2003, p. 33.

38 *Dictionnaire de la réadaptation* sur le serveur de l'Université de médecine de Rennes, <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/>, consulté le 10 novembre 2009.

b/ Difficulté de l'établissement d'une relation de soins chez les personnes en grande précarité

Bien que les applications thérapeutiques de la théorie de l'attachement se soient surtout développées dans le domaine de la psychothérapie, ses concepts peuvent être appliquées à la relation de soins hospitalière, de la même façon que les notions de transfert et de contre-transfert sont passées d'un domaine à l'autre. La notion d'*alliance thérapeutique* est ainsi cohérente avec celle de relation de soins : « *Il s'agit des processus de "co-construction" et "d'être avec", entre le patient [et le soignant]. L'alliance thérapeutique comprend l'accord sur les objectifs du traitement, sur les moyens pour y aboutir, et un lien positif entre les partenaires. C'est cette dimension de la relation [de soins] qui permet de continuer le traitement, quelles que soient les difficultés que rencontre le patient* »³⁹.

Dans le cadre des soins infirmiers, au-delà de favoriser « *l'accord sur les objectifs et les moyens du traitement* », le soignant aura pour objectif d'identifier les difficultés du patient à établir un lien d'attachement adapté avec l'équipe soignante, par suite de modèles internes défailants ou inadaptés, et s'appliquera à adapter la relation de soins aux besoins et possibilités du patient dans ce domaine. Le but étant que le patient reconnaisse en l'équipe soignante une base de sécurité.

Le contexte de soins serait dans la plupart des cas « *à même d'activer le système d'attachement, dans la mesure où il place le sujet en situation de vulnérabilité face à un professionnel censé l'aider et représentant "une figure plus sage et plus forte"* »⁴⁰, le comportement de demande de soins dérivant normalement du comportement d'attachement établi durant l'enfance. Établir une relation de soins pourra en revanche s'avérer difficile avec certains patients dépourvus de base de sécurité à leur entrée à l'hôpital du fait du défaut de figure d'attachement.

39 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 223.

40 Bowlby, 1977, cité par Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 221.

Or, nous l'avons vu, les patients en grande précarité présentent fréquemment un tel défaut dans la mise en place des figures d'attachement. La difficulté provient alors de ce qu'il existe pour toute personne une tendance à percevoir les événements à travers le filtre de ceux qu'elle a déjà connus. Le modèle interne opérant « *reste alors imperméable aux expériences qui vont à l'encontre du système de représentations établi et résiste au changement. (...) Cette étanchéité des différentes représentations conflictuelles explique pourquoi certaines personnes parviennent difficilement à s'adapter à un environnement relationnel nouveau, quand les expériences qu'elles ont vécues les ont amenées à se construire un modèle de relation d'un autre type* »⁴¹.

Le soignant peut néanmoins s'appuyer sur les figures d'attachement pré-existant chez le patient pour faciliter l'établissement de la relation de soins, même lorsque ces figures d'attachement sont défaillantes. Le soignant est alors perçu comme « *un compagnon (au sens d'accompagner), qui peut supporter des émotions intenses et douloureuses, et témoigner activement et constamment d'une empathie attentive. On a confiance en lui ; il est disponible, fiable, et le fait de faire l'expérience de cette stabilité et de cette fiabilité est en soi thérapeutique* »⁴². Cette remarque est sans doute importante pour appréhender le comportement de ces personnes en grande précarité qui, hospitalisées, bousculent le cadre habituel : en dehors des cas où une pathologie psychiatrique est diagnostiquée et où il serait indiqué d'établir un cadre thérapeutique, une mise à mal des règles de fonctionnement de l'hôpital est-elle le signe d'un refus d'adaptation ou un test de la « fiabilité » du soutien thérapeutique de la part d'un patient qui ressent toute relation comme fondamentalement insécurisante ? En ce cas, comment allier la volonté de ne pas exclure de l'hôpital un patient qui a besoin de soins avec la nécessité d'assurer au service un mode de fonctionnement correct ? Et de quelle façon aider le plus efficacement possible un patient en grande précarité à prendre sa place au sein d'une relation de soins profitable pour lui, à partir de ses ressources affectives propres ?

41 Guedeney N., Guedeney A., 2006, pp. 28-29.

42 Guedeney N., Guedeney A., 2006, p. 223.

5/ Méthode de recueil de données

La prise en charge des patients en grande précarité ne peut donc faire l'économie d'une réflexion sur leurs difficultés particulières à s'inscrire au sein d'une relation. Mon questionnement de départ portant sur la problématique de l'établissement de cette relation dans le cadre d'une hospitalisation plus que sur la reconstruction du système d'attachement, il m'a semblé intéressant de conduire cette réflexion avec des infirmières et des infirmiers travaillant dans des services qui ne disposent pas du temps long nécessaire à cette reconstruction. Je n'ai donc pas contacté les services de psychiatrie, de gériatrie, ni bien sûr les services d'accueil et d'accompagnement des personnes en précarité. De même je n'ai pas sollicité les services d'urgences ou de réanimation, dans lesquelles la relation de soins est parfois impossible ou n'a souvent pas le temps de s'instaurer dans un moyen terme. Je me suis donc centré sur les services d'hospitalisation, ceux que les soignants appellent traditionnellement « salle », en privilégiant des services qui correspondent à des pathologies courantes chez les personnes en grande précarité, tels que pneumologie, infectiologie, diabétologie...

La partie théorique contient beaucoup d'hypothèses concernant la grande précarité sur lesquelles il était intéressant de recueillir les observations des soignants afin de vérifier la pertinence de mon questionnement de départ : la pauvreté des liens sociaux, la difficulté à établir une relation de soins stable et à maintenir la continuité des soins. Il était bien sûr nécessaire de vérifier que les définitions que mes interlocuteurs donnent de la grande précarité et de la relation de soins étaient compatibles avec celles que j'ai adoptées dans ce mémoire. Ce qui m'intéressait le plus, néanmoins, était de recueillir l'avis des infirmières et infirmiers sur les modes de prise en charge possibles dans ce type de service pour faciliter l'instauration d'une relation de soins. Le choix de l'entretien comme outil de recueil de données s'imposait de lui-même⁴³.

⁴³ La grille d'entretien résultant de ces objectifs est donnée en annexe.

La grille d'analyse des entretiens suit un plan différent de celui de la grille d'entretien. En effet, si cette dernière suit un ordre « du général vers le particulier » qui permet à mes interlocuteurs d'entrer progressivement dans le sujet, il me semblait cohérent de baser le plan de l'analyse sur celui de la partie théorique, afin de faciliter les rapprochements. De plus, au fil des relances et du développement de la réflexion des soignants, les entretiens n'ont pas toujours exactement suivi le plan de la grille d'entretien, ce qui justifie de regrouper plus largement les notions abordées. Les questions ont volontairement été posées de façon très ouvertes, ce travail étant largement exploratoire. Compte tenu du faible nombre des entretiens recueillis (six), l'analyse a été purement qualitative.

La grille d'analyse adoptée est donc la suivante (les variables à repérer sont indiquées entre crochets, les questions correspondantes de la grille d'entretien entre parenthèses) :

- Précarité :

- Les **différentes définitions possibles de la précarité** données par les interlocuteurs (non exclusives les unes des autres) : économique, sociale, psychologique, relationnelle ou familiale, basée sur l'état de santé, ... [variable : chaque définition possible] (questions 2.1., 2.3.).

- Analyse croisée avec le **repérage de la différence qualitative** entre l'état de précarité en tant que difficulté socio-économique et l'état de précarité en tant que difficulté à tisser les liens sociaux (grande précarité), et la perception des **difficultés spécifiques d'un patient en grande précarité à maintenir des liens sociaux** [variable : difficultés spécifiques éventuelles perçues par les soignants au sein de leur service] (2.2, 2.4).

- Relation de soins

- J'ai d'abord interrogé mes interlocuteurs sur **la délimitation et la définition de la notion de relation de soins** dans un cadre général [variable : définitions données par les soignants] ; les soignants y ont souvent rattaché directement **l'attitude attendue de la part du soignant dans le cas général** [variable : les

attitudes attendues] (1.1, 1.3). Réciproquement nous avons abordé **l'attitude attendue de la part du patient** [variable : les attitudes attendues] (1.2.)

- La perception ou non d'un **lien entre une situation de grande précarité et la difficulté à s'inscrire dans une relation de soins** [variable : nature du lien, si décrit par le soignant] (2.4.). La **réaction du soignant et du service en général en cas de difficultés liées à la situation de grande précarité d'un patient** [variable : les différents types d'action entreprises afin de répondre à ses difficultés] (2.5., 3.1.). Les **suggestions** de l'infirmière ou de l'infirmier pour faciliter l'instauration de la relation de soins avec une personne en grande précarité [variable : les différentes suggestions proposées par les soignants] (3.2.)

Par ailleurs des **données générales sur l'expérience professionnelle du soignant** ont été recueillies (4.).

6/ Analyse et interprétation des entretiens

Le cours de notre exploration théorique nous a précédemment conduit à décliner notre question de recherche assez abstraite en quelques interrogations plus concrètes. Nous ne prétendons pas ici apporter de réponse à des problématiques aussi complexes, qui font intervenir bien d'autres facteurs que ceux abordés dans ce mémoire. En revanche il nous est possible de vérifier que notre axe de réflexion n'est pas incompatible avec ce que les professionnels de santé observent en service, ni avec leurs propres questionnements. Il s'agirait là d'un premier indice pour juger de la pertinence de notre approche de la prise en charge d'un patient en grande précarité.

Six entretiens ont donc été conduits en octobre 2009, auprès d'infirmières et d'infirmiers de quatre services de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière : deux services traitant les maladies infectieuses et tropicales (deux entretiens dans chaque service), un service de diabétologie (un entretien), et un service d'hépatogastro-entérologie (un entretien). Les soignants rencontrés étaient en majorité de jeunes diplômés puisque les années d'obtention du diplôme d'État en soins infirmiers sont : 2004, 2007, 1998, 2003, 2006 et 2008, soit une moyenne d'exercice professionnelle d'environ quatre ans et demi. Quatre sont des infirmières, deux des infirmiers. Une infirmière d'infectiologie a auparavant travaillé quatre ans en service de médecine interne où elle a côtoyé de nombreux patients en situation de grande précarité ; elle a également consacré son travail écrit de fin d'étude en soins infirmiers aux personnes en précarité hébergées en Centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS). Les cinq autres soignants n'ont pas eu l'occasion auparavant de conduire un travail approfondi sur la grande précarité ni de pratiquer dans une structure spécifiquement dédiée à cette problématique ; cependant tous prennent en charge couramment des patients en situations de précarité. Les entretiens ont été conduits au sein des services, en général dans une pièce fermée et calme (sauf dans un cas où l'entretien a été interrompu à plusieurs reprises), sur rendez-vous (les soignants ayant tous eu la gentillesse de réserver un temps pour l'entretien dans leur planification de soins, quitte lorsque nécessaire à confier certains soins à leurs collègues). Ils ont été enregistrés après accord du soignant, et ont duré en moyenne 25 minutes environ.

Les entretiens ont été numérotés en chiffres romains de I à VI. Les réponses aux questions sont repérées en chiffres arabes. L'indication « IV.3 », par exemple, se réfère à la troisième réponse du quatrième entretien. Les entretiens sont repris in extenso en annexe.

6.1/ La précarité

Les observations des soignants concernant la précarité sont-elles cohérentes avec les définitions que nous en avons données dans la partie théorique ? La première question que j'ai posée pour le vérifier est celle de la **définition de la précarité en général**. Mes interlocuteurs ont globalement abordé trois dimensions de la précarité. En premier lieu viennent les problématiques socio-économiques : « *le manque de moyens financiers... Les gens en précarité souvent c'est ceux qui vivent dans la rue ou sont hébergés ou qui vivent dans des centres* » (I.7), « *quelqu'un qui n'a pas les moyens de pouvoir subvenir à ses propres besoins. Socialement il n'a pas de couverture sociale, pas de sécu, pas de mutuelle, il a du mal à joindre les deux bouts pour se payer son loyer, pour se payer à bouffer* » (II.5), « *un patient qui a des problèmes sociaux, c'est-à-dire qu'il arrive à l'hôpital, et ce qui le préoccupe davantage c'est les problèmes d'argent par rapport à son travail, pour financer l'hospitalisation* » (III.6), « *des gens qui au niveau social sont exclus de la société, de part le manque d'un emploi ou le manque d'un logement* » (IV.5), « *des gens qui (...) n'ont plus (...) de travail, qui n'ont plus de domicile* » (V.6), « *un niveau social défavorable* » (VI.5). Ensuite les difficultés psychologiques et d'addiction : « *il y a de la dépression, il y a des problèmes d'alcool, enfin si c'est vrai qu'il y a beaucoup de problèmes psy liés à la précarité quand même* » (I.11), « *souvent ils ont une dépendance à l'alcool, aux drogues* » (III.7), « *on a eu des patients qui se sont retrouvés dans des situations hyper précaires, parce que mentalement ils avaient un gros problème et ils n'ont pas su gérer tout ce qui leur arrivait dans leur vie (...) souvent un trouble psychiatrique* » (IV.5, IV.6), « *un niveau psychologique perturbé aussi* » (VI.5). Enfin la question du lien social est abordée : « *l'isolement social, enfin l'isolement familial* » (I.7), « *des personnes (...) qui ont des antécédents familiaux qui sont un peu compliqués, difficiles, que les parents ou les enfants ne veulent pas voir parce qu'ils ont des soucis avec eux* » (II.7), « *quelqu'un qui a voulu se mettre en dehors de la société* »

(II.18), « *entouré de sa famille et de ses amis ou seul* » (III.6), « *un manque de sociabilité* » (IV.5), « *plus d'intégration au sein de la société* » (V.6), « *ont eu une difficulté face à la famille, un divorce, un décès, beaucoup de chose mais souvent la famille, si elle est présente... il y a une distance qui s'instaure... ils l'abandonnent...* » (VI.6). Les dimensions socio-économiques et du lien social sont donc évoquées par tous les soignants, tandis que les problématiques psychologiques et d'addiction sont finalement moins présentes malgré leur forte prévalence chez les personnes en grande précarité, peut-être parce qu'elles sont perçues comme étant en grande partie une conséquence plus qu'une cause de la vie en grande précarité : un « *cercle vicieux* » de la précarité et de l'alcool (I.12), « *des troubles associés* » (III.7). Les différentes branches des définitions de la précarité que nous avons abordé dans la partie théorique sont donc bien présentes dans le discours de mes interlocuteurs.

Nous notons par la même occasion que la plupart d'entre eux **repèrent la grande précarité en tant qu'état de difficultés spécifiques du maintien du lien social**, même si la question du caractère primaire ou secondaire de ces difficultés est assez peu abordée, et plutôt en faveur d'une distension des liens sociaux consécutive à la vie en grande précarité : « *c'est le fait de vivre à la rue depuis des années, ils ont complètement oublié ce que c'était que de vivre en société* » (I.8), « *c'est vrai que dans l'ensemble avec les plus âgés on a un peu plus de mal* » (II.9), « *il y a une différence* » au niveau des liens sociaux entre la précarité et la grande précarité (IV.11,12), « *il y a quand même une différence dans la mesure où en terme d'intégration, vie sociale, la personne qui est en très grande précarité est beaucoup plus exclue* » (V.8), « *ce sont des gens qui se présentent aussi avec un faciès particulier, on sent à leur expression du visage une rupture sociale. Il y a une perte du contact qui est parfois flagrante (...) un visage fermé (...) par exemple le regard, quand on leur parle le regard n'est pas sur nous. Ils ont un regard qui est dans le vide, et souvent même quand ils parlent c'est peut-être avec un petit peu de gêne, un petit peu de recul, parce que peut-être que dans la rue le regard des autres n'est pas facile* » (V.10,11), « *certains ont des difficultés à établir une communication, car ils sont très renfermés, (...) quelqu'un qui a l'habitude de vivre tout seul, qui a l'habitude de ne pas se confier, qui a peur d'être jugé, qui a peur de ce qu'il va dire... forcément ça va être difficile* » (VI.13,14). **Les soignants décrivent ainsi des patients peu**

entourés : les visites « *en général ce sont des copains de la rue. J'ai rarement vu de la famille, rarement vu. (...) très peu de visites de la part des familles, des proches* » (II.18), « *Souvent très très peu [de visites]. Des fois il y a des amis qui viennent rendre visite, c'est plutôt rare en fait. Ils sont généralement assez seuls* » (III.14), « *des amis ou de vagues connaissances mais... pas de famille* » (IV.19), « *peu d'environnement autour au niveau familial* » (V.10), « *jamais vu* » de visite d'amis ou de la famille (VI.11). La rupture des liens familiaux est parfois perçue comme secondaire à l'entrée dans la précarité (VI.7).

La perception de la précarité par les soignants que j'ai rencontré est donc globalement compatible avec notre cadre de référence, même s'ils ne partagent pas forcément la vision du dysfonctionnement du lien d'attachement comme primaire dans la grande précarité. Ceci permet de nous assurer qu'il n'y a pas eu d'ambiguïté sur les concepts liés à la précarité au cours des entretiens.

6.2/ La relation de soins

Concernant la **définition de la relation de soins et l'attitude adaptée du soignant**, certains termes reviennent fréquemment : « *confiance* » (I.1, V.1, VI.1,4), « *échange* » ou « *communication* » (II.1, III.1,5, IV.1, V.1, VI.1), « *écoute* » (I.6, III.1, IV.1,4, V.4, VI.1,2,4), « *présence* » ou « *disponibilité* » (II.4, III.5, V.4,5, VI.1,4), « *respect* » (I.1, III.1). Certains soignants abordent des points plus particuliers, tels que l'importance d'être efficace dans les soins techniques (I.1, II.4, V.1) et rassurant pour le patient (II.2), de respecter les rôles respectifs de soignant et de soigné (III.2,3), de ne pas être dans le jugement (VI.4). Aucun n'aborde la relation de soins sous l'angle des techniques de relation d'aide ou de communication. La conclusion de notre développement sur la relation de soins, selon laquelle « *la relation de soins n'est pas qu'un ensemble de techniques mais repose fondamentalement sur un élément affectif* » s'en trouve renforcée : « *Il y a le côté technique, mais oui la relation de soins c'est surtout le relationnel* » (V.1).

Pour ce qui est des **attitudes des patients dans la relation de soins**, mes interlocuteurs ont surtout insisté sur celles qui lui nuisent : l'« *agressivité* » (I.21, II.3, III.4, VI.3), l'« *enfermement sur soi-même* », le « *repli* » ou le « *mutisme* » (IV.2, V.2, VI.3), le manque de coopération, la « *méfiance* », « *l'opposition aux soins* » (I.3, II.3, V.2), le « *déni* » ou les « *mécanismes de défense* » (II.3, IV.2), la critique systématique « *quand les résultats ne sont pas immédiats* » (I.4), la barrière du langage (IV.2), l'anxiété par rapport à un monde hospitalier inconnu (V.2). Les soignants insistent donc plus particulièrement sur l'agressivité, le repli sur soi et le manque de coopération de la part du patient comme facteurs négatifs dans la relation de soins. Ceci ne nous étonnera pas : nous avons vu en effet qu'une relation de soins efficace se développe sur la confiance, le contact, l'échange entre le soignant et le soigné.

Le discours des soignants se révèle donc cohérent avec notre exposé sur la relation de soins dans le cadre général ; nous pouvons ainsi nous appuyer sur notre cadre théorique pour interpréter leurs réponses concernant **la relation de soins dans le cadre de la grande précarité**. Une interrogation essentielle est en effet de savoir si les personnes en grande précarité présente bien des difficultés spécifiques au regard de la relation de soins. En relisant le chapitre correspondant du cadre théorique, nous pouvons décliner cette question en deux grands thèmes : **d'une part la difficulté à établir une alliance thérapeutique avec un patient en grande précarité et à construire un lien adapté avec l'équipe soignante** (c'est-à-dire à percevoir les soignants comme soutenant et disponibles, comme des accompagnants fiables en qui on peut avoir confiance), ce qui inclut la notion de continuité des soins puisque nous l'avons défini comme la « *dimension de la relation [de soins] qui permet de continuer le traitement, quelles que soient les difficultés que rencontre le patient* » ; **d'autre part le manque de capacité d'adaptation à un environnement relationnel nouveau, en l'occurrence l'hôpital, et la mise à mal des règles hospitalières**. Ces deux aspects se retrouvent en effet dans les réponses des infirmières et infirmiers, mais de façon fortement intriquée, ce qui confirme une articulation profonde de ces deux problématiques. Nous pouvons ainsi citer certaines réponses qui abordent principalement le thème de l'alliance thérapeutique et de la continuité des soins : « *Oui, fréquemment [les gens quittent le service]* ».

Ils fuguent » (IV.14), « c'est vrai que souvent il y a pas tellement de suivi, ils reviennent ici parce qu'ils leur ré-arrive un soucis, donc ils passent par les urgences et hop ils reviennent chez nous » (IV.25). D'autres réponses concernent essentiellement la difficulté à accepter un cadre hospitalier dont les modes de fonctionnement ne sont pas les mêmes que celles de la grande précarité : « C'est le fait de vivre à la rue depuis des années, ils ont complètement oublié ce que c'était que de vivre en société » (I.8), « c'est le fait qu'on leur donne un cadre, une direction à suivre. S'ils n'ont pas décidé, ils ne le feront pas » (II.16), « Ça peut se passer mieux avec une personne en particulier sur le plan relationnel, mais finalement [le patient en grande précarité] ne respecte pas plus le règlement pour ça » (III.18), « toute la journée entre les médecins, les gens aussi un peu cultivés qui passent, donc ça oui je pense qu'ils sont un peu perdus... parce que ça leur parle pas et c'est la première fois qu'ils se retrouvent ici... (...) il y en a (...) pour le coup à qui ça parle pas du tout et qui s'en moque quoi, complètement, et il y en a même qui partent » (IV.13), « On a eu un patient dernièrement, que j'ai reçu, un patient SDF (...) il n'est resté que trois jours, parce qu'il n'acceptait pas les règles qu'on lui fixait » (VI.18). Et ces deux points sont donc souvent abordés de façon indissociable : « très souvent ils ne supportent pas le fait d'être hospitalisés, le fait d'être enfermés, qu'il y ait des conditions, voilà souvent les gens précaires ils s'en vont avant que le traitement soit terminé » (I.7), « c'est hyper difficile de prendre en charge des gens précaires ici, par rapport au comportement » (I.9), « Il y en a, ils viennent, ils se font soigner, ils repartent, et puis ça changera pas, ils vont reprendre leurs habitudes, et puis ils reviendront pour un autre soucis. Et puis il y en a où c'est plus compliqué déjà l'hospitalisation en elle-même. Et puis dans tous les cas ils ressortiront, et puis ça sera la même chose » (II.14), « quand c'est associé aux drogues, à la toxicomanie, c'est beaucoup plus difficile parce que ils ont le syndrome de manque, ils sont pas du tout complaisants aux soins, ils sont en manque donc ils essaient de fuguer » (III.8) (selon ce soignant les difficultés sont donc liée aux troubles associés, pas à la précarité en elle-même, cf. III.8,9). L'hypothèse que les personnes en grande précarité présentent des difficultés particulières à s'inscrire dans une relation de soins semble donc se confirmer.

Nous nous étions au passage posé la question de l'origine de cette difficulté à respecter un cadre hospitalier ; les réponses recueillies ne permettent pas de faire la part des choses

entre adaptation problématique à un nouvel environnement et mise à l'épreuve de la fiabilité du soutien thérapeutique, cependant l'une des infirmières considère que « *les gens qui ont une vie précaire, très difficile, c'est un peu leur seul moyen de se faire respecter et d'exister en fait, c'est d'être dans la revendication. [C'est aussi un moyen] de se sentir aussi important que les autres patients* » (I.5).

Plusieurs soignants mettent en avant la différence radicale des expériences de vie du soignant et du patient en grande précarité : « *c'est vraiment un autre monde* » (I.9), « *c'est vrai qu'il y a des membres du personnel qui ne comprennent pas que les gens en situation de précarité, qui ont en général des problèmes psy associés, réagissent pas comme nous* » (I.21), « *nous on arrive avec notre expérience de soignants, eux ils ont leur expérience antérieure* » (II.21). Ceci peut probablement intervenir dans la difficulté à établir une relation de soins (rappelons par exemple que l'empathie, qui soutient la mise en place de la communication soignant-soigné, suppose selon Carl Rogers de « *comprendre le monde du patient comme s'il était le vôtre* »).

Enfin nous ne pouvons dresser un tableau exclusivement ténébreux des relations de soins dans le cadre de la grande précarité, la plupart des soignants interrogés faisant part d'expériences indéniablement positives : « *Il y a une relation de confiance qui s'instaure quand le patient va mieux, quand il se rend compte qu'on le prend en charge* » (I.14), « *souvent ça se passe bien quand même* » (I.19), « *il y en a qui sont très reconnaissants d'avoir une place au chaud, trois repas par jour* » (III.8), « *Oh oui, généralement ils nous reconnaissent [en cas de retour dans le service] ! Ça nous fait plaisir de les revoir, entre guillemets, et puis il y a une relation de confiance (...) qui s'installe beaucoup plus rapidement* » (III.10), « *il y en a qui adhèrent complètement, qui font confiance en fait, et du coup qui sont faciles à soigner, enfin qu'on arrive à guérir* » (IV.13), « *Pour d'autre, bien au contraire, ils ont un réel plaisir à vivre avec des gens, et ils aiment l'attitude que nous avons en leur apportant du soutien* » (VI.13).

Avec la question de la **réaction du soignant et du service en général en cas de difficultés liées à la situation de grande précarité d'un patient**, nous quittons la simple

vérification de nos hypothèses théoriques pour aborder un domaine beaucoup plus exploratoire. Les réponses des soignants se déclinent ici en quatre thèmes. Premièrement **l'importance d'impliquer l'ensemble de l'équipe dans la prise en charge des patients en grande précarité et dans la réflexion autour des difficultés rencontrées**, en incluant les professionnels médicaux, paramédicaux et les travailleurs sociaux : « *ils sont assez bien pris en charge [dans le service] les patients [pour les] problèmes de santé comme de précarité. On a une bonne assistante sociale* » (I.14,15), « *socialement je ne m'y aventure pas trop tout seul, je le fais par le biais de l'assistante sociale* » (II.17), « *une fois par semaine on se réunit, on a un staff pluridisciplinaire, tout le monde y est convient, aussi bien assistante sociale que kiné ou diététicienne, et les médecins forcément. Donc le cas est épluché, donc quand c'est une personne qui est socialement [en situation difficile] on partage entre soignants, ça peut être l'aide-soignant qui parle un peu de son ressenti...* » (II.19), « *on travaille en collaboration étroite avec l'assistante sociale. On essaie de régler chaque problème de prise en charge avant leur sortie* » (III.11), « *déjà on fait intervenir l'assistante sociale, parce que finalement (...) d'améliorer leur situation sociale (...) ça peut aussi les aider un peu à adhérer (...) aux soins... Après il y a les médecins, enfin toute l'équipe, aide-soignants, infirmières* » (IV.23), « *nous parlons ensemble de la prise en charge établit par chacun des membres de l'équipe, aide-soignants, infirmiers, médecins, tout le monde... afin de voir laquelle est la mieux perçue par le patient. (...) pas forcément que l'assistante sociale* » (VI.25,26). Mes interlocuteurs abordent souvent également **l'importance de la négociation avec le patient en cas de difficulté** : « *on essaie de négocier avec le patient, le médecin en général il va le voir, il lui ré-explique l'intérêt du traitement, en fait il y a une sorte de (...) marché... Parce que les gens précaires c'est vrai qu'ils sont bien à l'hôpital, parce qu'ils retournent dans la rue après (...) Donc c'est vrai qu'on ré-explique un peu tout ça, qu'ici ils sont soignés...* » (I.20), « *Alors on y va pas à pas, enfin j'essaie d'y aller pas à pas* » (II.17), « *pour le refus de traitement on peut toujours prendre le temps de bien expliquer, de peser le pour et le contre, avec le médecin, de comprendre pourquoi [le patient] refuse, quelles sont ses raisons* » (III.17) ; en cas de rupture des liens familiaux il est seulement envisageable d'essayer d'aider le patient à prendre conscience de sa propre demande, et de faciliter le rapprochement entre les membres de la famille une fois que cette demande a émergée (V.15-19) ; en cas de non respect du règlement du service ou d'agressivité

il est possible de recadrer par le dialogue pour repartir sur de nouvelles bases (« *seconde chance* ») (VI.20,21) ; dans tous les cas, de la part d'un soignant, présenter une réaction agressive en retour de celle du patient « *c'est vrai que c'est pas du tout l'attitude à avoir vis-à-vis d'un patient qui vit dans la rue* » (I.24). La **priorité donnée à la poursuite du traitement par rapport à l'objectif de réinsertion** sociale est assez souvent évoquée : « *ce qui compte c'est l'adhésion du patient au traitement* » (I.23), « *Mon but c'est [que le patient] soit hospitalisé pour le guérir. (...) Donc pour moi c'est d'abord la guérison par leur hospitalisation, et après la réinsertion sociale. La guérison ça peut être très dure, il y en a qui refusent, mais après socialement là c'est un travail de fond...* » (II.17), « *en aucun cas nous ne forçons les patients à communiquer avec nous. Nous préférons ne pas trop les brusquer afin qu'ils terminent leurs traitements !* » (VI.13). Enfin la nécessaire **articulation avec les structures extérieures** n'est pas oubliée : « *quand ils sortent de l'hospitalisation on essaie de leur trouver un lit au SamuSocial⁴⁴ pour pas qu'ils retournent dans la rue directement* » (III.11), « *nous dans le service on peut contacter Emmaüs pour laver le linge* » (III.12). Mais il n'y a finalement presque rien de spécifique à la prise en charge d'un patient en grande précarité dans ces actions menées au sein des services : les soignants répondent à une question spécifique (la nécessité d'articuler la prise en charge d'un patient en grande précarité et les contraintes d'un service hospitalier) avec les outils généraux dont ils disposent.

Seul l'infirmier de l'entretien V développe un mode de prise en charge plus particulier, qui justifie que nous reprenions plus largement ses propos : « *dans la relation de soins on se rend compte que quand on est disponible auprès de ces patients là souvent on voit l'ouverture au niveau du visage, parce qu'on s'est intéressé à eux, on leur a reconnu une place dans la société. Ce sont des gens qui sont pas habitués non plus à ce qu'on les appelle « Monsieur Untel ou Madame Untel » et c'est vrai qu'on leur redonne une place, ils ont encore un sentiment d'existence, parce que c'est vrai que souvent certains patients ont des propos parfois assez durs quand à leur propre vie, et c'est vrai que le fait de leur redonner ce sentiment d'appartenance au sein de la société, on peut engager une relation de soins assez intéressante. Et leur faciliter l'expression c'est très important parce que ça leur permet aussi de se libérer, parce que il y a tellement peu de communication quand ils sont dans un état de*

44 Pour des motifs juridiques de raison sociale par rapport au SAMU originel, SamuSocial s'écrit sans espace.

grande précarité... Voilà, c'est quelque chose d'essentiel. » (V.10), « Le service infectieux, c'est un service où l'on côtoie beaucoup de gens en exclusion, en marginalité, du coup c'est à nous de mettre tout en œuvre pour justement créer lors de leur hospitalisation une relation de soins telle qu'on voudrait qu'on la mette en place pour nous à leur place. C'est se mettre à leur place, c'est-à-dire l'empathie. (...) [Ce dont manquent les personnes en grande précarité] c'est de l'attention et de la présence. (...) [Faire en sorte] que la personne ait encore ce sentiment de pouvoir décider elle-même, et bien ça lui redonne aussi un sentiment d'appartenance. Parce qu'on lui prête attention, et on répond à sa demande. (...) en terme de comportement, [les patients concernés] vont être moins renfermés... alors ils vont peut-être pas forcément plus discuter, mais on va sentir moins de repli sur soi. Ça c'est sûr » (V.29,30). Ce que ce soignant expérimente dans sa pratique, c'est finalement de démontrer à son patient sa disponibilité, son écoute, la qualité de sa présence, de « témoigner activement et constamment d'une empathie attentive », et de tenter intuitivement d'aider le patient à se reconstruire une base de sécurité. Il aurait probablement été très intéressant de mener une observation de terrain auprès de cet infirmier.

Nous terminons cette analyse des entretiens par les **suggestions des soignants rencontrés pour améliorer la prise en charge des personnes en grande précarité**. Sur ce point, il est difficile de dégager des réponses un quelconque consensus. La première infirmière pointe un manque de réflexion sur le sujet au sein de son équipe et ne développe pas de proposition personnelle (I.23,24). Mon deuxième interlocuteur insiste sur le respect du choix de vie du patient, et déplore la saturation des structures d'hébergement et d'accueil destinées aux personnes en grande précarité, ainsi que le peu d'occupations qui leur est proposées (II.17). Le troisième entretien aborde l'impossibilité d'améliorer la situation objective d'une personne si elle ne présente pas de demande en ce sens (III.12,13), et propose un partenariat avec des structures extérieures en cas de problème de dépendance, mais n'entrevoit pas de réelle amélioration potentielle (III.17). De même que le soignant du quatrième entretien qui note qu'au-delà des possibilités dont les patients disposent auprès des structures sociales extra-hospitalières ou des consultations psychologiques, peu de choses peuvent être proposées sans qu'au départ une réelle volonté se soit fait jour chez le patient

(IV.24,27). Le cinquième soignant développe une réflexion intéressante sur la possibilité de mettre en place des infirmiers référents au sein des services pour le suivi des personnes en grande précarité : *« ça serait intéressant parce que ça permettrait un suivi beaucoup plus important, notamment dans l'évolution de l'état de santé mais aussi dans l'évolution de l'intégration sociale... Le fait qu'on devienne référent de telle personne, on peut s'inscrire dans une dynamique professionnelle. C'est-à-dire peut-être travailler en collaboration avec l'assistante sociale pour mettre des projets en place, et puis d'intégrer aussi le reste de l'équipe dans ces projets. (...) c'est vrai que ça permettrait un engagement plus important au niveau du suivi. Une certaine continuité. (...) mais le problème c'est qu'on a des horaires variables, donc est-ce qu'en terme de continuité ça permettrait un bon suivi, un bon maintien de cette relation de soins, je ne sais pas... (...) Que le patient ait toujours aussi des repères, (...) c'est important. Et en plus ces personnes qui sont en grande marginalité ont besoin de repères, (...) déjà rien que des repères temporo-spatiaux c'est quelque chose qui n'existe même plus pour eux, il n'y a plus de notion de temps, de lieux, d'espace, et... Donc voilà, et c'est vrai que, oui, il y aurait un référent sur tel temps de travail, déjà ça permet de reconstituer une organisation de journée, ce qui peut être intéressant. Et puis la présence qu'on peut lui apporter »* (V.22,23,26,27) ; dans la même logique cet infirmier évoque la possibilité que les travailleurs sociaux référents des personnes en grande précarité leur rende visite pendant leur hospitalisation (V.24,25), et déplore que le travail en partenariat avec les associations soit rendu difficile du fait qu'elles sont elles-mêmes très sollicitées (V.31). Enfin ma dernière interlocutrice refuse toute prise en charge spécifique des patients en grande précarité qui pourrait les faire *« se sentir différents des autres patients »* (VI.27). Si nous essayons néanmoins de synthétiser ces apports, il se dégage l'importance de prendre en compte avant tout la demande du patient, et tout au plus d'aider à son émergence sans brusquer les choses ; l'utilité du travail en partenariat avec des structures spécialisées extra-hospitalières, malgré leur manque de moyens au regard des besoins ; et la possibilité d'améliorer la continuité de la prise en charge et de l'approfondir par la mise en place de référents, extérieurs ou internes au service.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette analyse ? Les entretiens semblent justifier les concepts que nous avons adoptés au sein du cadre de référence théorique. Ainsi, la notion de grande précarité, et l'existence de problématiques spécifiques au niveau de l'établissement et du maintien des liens sociaux et de la relation de soins, se trouvent confortées, apportant ainsi une réponse à notre question de recherche. D'autre part l'hypothèse de la primauté de l'élément affectif aussi bien dans la relation de soins que dans les problématiques rencontrées par les personnes en grande précarité n'est pas invalidée par les données recueillies.

Cependant notre hypothèse centrale, qui est que le dysfonctionnement du système d'attachement est primordial dans la grande précarité et que l'établissement d'une relation de soins avec un patient en grande précarité nécessite de prendre ce fait en compte, ne peut bien entendu pas être valablement vérifiée par un travail aussi succinct que celui-ci. Le nombre d'entretiens effectués est très faible et ne permet aucune analyse quantitative. Je me suis de plus aperçu en les analysant que ma façon de les conduire est très perfectible, puisque de nombreux points intéressants n'ont pas toujours été approfondis autant qu'ils auraient dû l'être ; à cet égard il semble finalement important, pour mener une enquête, de recueillir en premier lieu une série d'entretiens préliminaires, dont l'analyse permettra d'affiner la grille d'entretien définitive. L'absence d'observation sur le terrain de la prise en charge des patients en grande précarité par les soignants est dommageable en ce qu'elle empêche de confronter le discours des soignants avec leur pratique effective (qui peut, éventuellement, aller au-delà de ce qu'ils en perçoivent consciemment). Et bien entendu recueillir le ressenti des patients eux-mêmes sur le mode de prise en charge serait indispensable, mais ce projet s'est révélé irréalisable dans le cadre de ce travail du fait du très long temps de présence nécessaire auprès de ces personnes pour s'assurer de dépasser le discours manifeste et parfois « plaqué » sur les attentes de l'interlocuteur⁴⁵.

45 Voir par exemple Declerck P., 2003, pp.30-31, et les analyses des entretiens qu'il effectue au fil de cet ouvrage.

7/ Conclusion

Si ce mémoire a pu aboutir à certaines conclusions, c'est en posant la notion de grande précarité, et en confirmant l'existence de problématiques spécifiques à cette grande précarité par rapport à l'établissement d'une relation de soins. Cela permet déjà au sein d'un service hospitalier de mieux cerner les difficultés potentielles d'un patient concerné, et peut donner des pistes de réflexion aux soignants pour élaborer une prise en charge adaptée.

En revanche les trois questions d'ordre pratique qui concernent cette prise en charge et sur lesquelles s'achève le cadre de référence restent ouvertes : Quelle signification donner au non-respect par un patient en grande précarité des règles de fonctionnement d'un service hospitalier ? Comment y réagir pour assurer la non rupture de la prise en charge ? Comment aider un patient en grande précarité à s'inscrire dans une relation de soins avec les soignants qui assurent cette prise en charge ?

Il faudrait de même un travail d'une toute autre ampleur pour valider l'hypothèse que les difficultés d'inscription des personnes en grande précarité dans les relations de soins prennent leur source dans celles à établir des liens d'attachement. Une telle validation serait d'un grand intérêt au niveau de la prise en charge des personnes concernées, et par exemple donnerait un poids particulier aux réflexions contenues dans le cinquième entretien, aussi bien sur le mode de présence auprès du patient que sur la mise en place de soignants référents. Il est intéressant de noter que les réflexions actuelles sur la prise en charge des personnes en grande précarité vont en ce sens. Ainsi Patrick Declerck propose la mise en place d'*espaces transitionnels de soins* qui pourraient sur le long terme être investis et mis à l'épreuve par le grand précaire, afin qu'il puisse s'y appuyer pour reconstruire très progressivement des liens d'attachement stables⁴⁶. C'est aussi le sens de projets récents tels que ceux de l'association Les enfants du canal, qui met en place des hébergements dont les caractéristiques sont les suivantes : « *mise en place d'un coordinateur médiateur (référent unique) qui intervient dans la rue et accompagne la personne jusqu'à la phase de stabilisation au sein d'une structure adaptée ;*

⁴⁶ Declerck P., 2003, pp. 361 et suivantes. Le directeur du centre d'accueil Saint-Martin où j'ai effectué un stage de Santé publique évaluait la durée nécessaire moyenne à cette stabilisation à une dizaine d'années.

participation active des usagers ; chambres individuelles, en accès libre, considérées comme un espace privatif ; accueil de personnes accompagnées de leurs animaux domestiques ; pas de notion de contrat, offrir le temps nécessaire à la personne pour se reconstruire »⁴⁷.

Appliquer de tels principes au milieu hospitalier n'est sans doute pas évident. Néanmoins, je suis heureux d'avoir pu par ce mémoire dégager des éléments de réflexion sur un thème qui me questionne depuis quelques années, et dans lequel je souhaite m'investir professionnellement à l'avenir. Rencontrer mes futur(e)s confrères et consœurs et approfondir un tel sujet avec eux fut par ailleurs une expérience passionnante et professionnellement enrichissante.

⁴⁷ Association Les enfants du canal – **Appel à projet** – consulté à l'adresse http://lesenfantsducanal.fr/spip.php?page=pageActualitesDetails&id_article=65 le 11 décembre 2009.

Bibliographie

Le cadre de référence théorique de ce mémoire s'appuie principalement sur les ouvrages suivants :

DECLERCK Patrick – **Les naufragés, Avec les clochards de Paris** – éditions Plon, collection Terre humaine / Poche, Paris, 2001, 458 pages.

BIOY A., BOURGEOIS F., NÈGRE I. – **Communication soignant-soigné, Repères et pratiques** – éditions Bréal, Rosny, 2003, 143 pages.

GUEDENEY Nicole, GUEDENEY Antoine – **L'attachement, Concepts et applications** – éditions Masson, collection Les âges de la vie, Paris, 2006, 228 pages.

Les références suivantes ont également été utilisées :

BOWLBY John – **A secure base : clinical implications of the attachment theory** – éditions Routledge, Londres, 1988.

Dictionnaire de la réadaptation sur le serveur de l'Université de médecine de Rennes, <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/>, consulté le 10 novembre 2009.

Observatoire du SamuSocial de Paris – **La santé mentale chez les personnes sans logement en Île-de-France** – <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/journee-scientifique-de-l-observatoire-du-samusocial-de-paris-la-sante-mentale-chez-les-personnes-sans-logement-en-ile-de-france>, document du 15 décembre 2009, site consulté le 18 décembre 2009.

Parmi les références consultées pour ce travail :

AUTÈS Michel – **L'exclusion : définir pour en finir** – éditions Dunod, Paris, 2004, 174 pages.

BOISSONNAT-PELSY Huguette – **Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné** – revue Laennec – volume 54, n°2, avril-juin 2006, pp. 18-30.

CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle – **Santé et recours aux soins des populations vulnérables** – éditions INSERM, Paris, 2005, 325 pages.

GASSE Gaëlle, SEGUEN Valérie – **L'infirmière face à la santé des sans-abri** – revue Soins – n°650, novembre 2000, pp. 53-55.

GUILLOU Jacques, MOREAU DE BELLAING Louis – **Figures de l'exclusion, Parcours de SDF** – éditions L'Harmattan, Paris, 2004, 263 pages.

GUIMELCHAIN BONNET Michèle – **La précarité** – revue L'aide soignante – n°95, mars 2008, pp.11-20.

Annexe / Grille d'entretien semi-directif

La relation de soins

- 1.1. Sur quoi selon vous se construit la relation de soins, et qu'est-ce qui fonde son importance ?
- 1.2. Quelles attitudes de la part d'un patient facilitent ou rendent plus difficile, selon vous, l'établissement de cette relation de soins ? En quoi / Comment ça se passe ?
- 1.3. Quelles attitudes de la part des soignants sont, à votre avis, attendues par les patients ?

La relation d'élle avec un patient en grande précarité

- 2.1. Pour vous, qu'est-ce qui caractérise la précarité ?
- 2.2. Quelle distinction faite-vous entre la précarité en générale et la grande précarité ?
- 2.3. Avez-vous déjà eu des patients en situation de grande précarité ? En quoi étaient-ils en grande précarité ?
- 2.4. Présentaient-ils des difficultés à s'inscrire dans une relation de soins ? Lesquelles ? Pourquoi, à votre avis ? (si difficulté) Ces difficultés ont-elles empêchées totalement ou partiellement l'instauration d'une relation de soins ? Cela a-t-il eu une conséquence sur la prise en charge ? De quelle façon ?
- 2.5. (si difficulté) Comment avez-vous réagit à ces difficultés ?

La réponse collective à la prise en charge d'un patient en grande précarité

3.1. Ces situations ont-elles causées des difficultés au sein du service (organisation des soins, dissensions au sein de l'équipe, ...) ? En a-t-il été question au cours des staffs, transmissions, réunions d'équipes ? Quelles réponses collectives y ont été apportées ?

3.2. Pensez-vous qu'il serait possible de mettre en place une prise en charge plus adaptée pour ces patients en grande précarité, pour faciliter l'instauration d'une relation de soins au sein de votre service ? Comment ? Que faudrait-il ?

4. À quelle date avez-vous obtenu votre DE ? Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

Annexe / Entretien n° I

18 octobre 2009
Maladies infectieuses et tropicales
Diplômée en 2004

> *Sur quoi se construit, selon-vous, la relation de soins ?*

1/ Sur la confiance mutuelle, sur le fait qu'on apporte des soins et qu'on règle un problème de santé. Oui, sur une relation de confiance, et sur le fait que ça donne des résultats, les soins qu'on apporte à un patient. Sur le respect mutuel, aussi.

> *C'est quelque chose sans laquelle les soins ne peuvent pas se développer ?*

2/ Oui.

> *Quelles attitudes, de la part d'un patient, facilitent ou rendent plus difficile justement l'établissement de cette relation de soins ?*

3/ La coopération, en fait. La nécessaire coopération du patient. Et c'est vrai qu'on ne l'a pas toujours.

> *Pouvez-vous me donner des exemples d'attitudes du patient qui rendent difficile cette relation ?*

4/ Des fois c'est la critique systématique de ce qu'on fait. Quand les résultats ne sont pas immédiats, la température qui ne diminue pas assez rapidement, ou une fatigue que le patient ressent, du coup il ne se sent pas aller mieux, donc c'est vrai que... Bon là on a l'exemple d'une patiente comme ça qui est tout le temps fatiguée, et qui conteste un peu ce qu'on fait, en

fait elle considère qu'on sait pas travailler, par exemple si on rate une perfusion c'est qu'on sait pas perfuser, des choses comme ça quoi.

> Et d'après votre expérience ce sont des gens qui ont vraiment une attente importante, ou il y a des problèmes sous-jacents à cette attitude ?

5/ Oui, souvent par exemple les gens qui ont une vie précaire, très difficile, c'est un peu leur seul moyen de se faire respecter et d'exister en fait, c'est d'être dans la revendication. Et de se sentir aussi important que les autres patients.

> Inversement, quelle attitude de la part des soignants, à votre avis, est attendue de la part des patients ?

6/ Une attitude d'écoute, de respect de ce qu'ils demandent, de ce qu'ils disent...

> Qu'est-ce qui pour vous caractérise la précarité ?

7/ Déjà le manque de moyens financiers... Les gens en précarité souvent c'est ceux qui vivent dans la rue ou sont hébergés ou qui vivent dans des centres, enfin on en reçoit beaucoup nous, dans des centres d'hébergements. Ça... En fait c'est l'isolement social, enfin l'isolement familial... Plus, souvent, ce qui va avec c'est le manque d'information par rapport aux maladies, par rapport aux traitements... En fait ils sont très difficiles à prendre en charge les gens en grande précarité, parce que très souvent ils ne supportent pas le fait d'être hospitalisés, le fait d'être enfermés, qu'il y ait des conditions, voilà souvent les gens précaires ils s'en vont avant que le traitement soit terminé, on en a eu pas mal comme ça de patients.

> Et ça s'explique comment à votre avis cette difficulté à supporter des cadres, à supporter une continuité des soins...

8/ C'est le fait de vivre à la rue depuis des années, ils ont complètement oublié ce que c'était que de vivre en société.

> *Cela pose des problèmes spécifiques dans la prise en charge ?*

9/ C'est vrai que c'est hyper difficile de prendre en charge des gens précaires ici, par rapport au comportement, tout ça... Et puis au début ils arrivent, ils sont crados, tout ça, donc on a des mesures de protection... Enfin c'est vraiment un autre monde...

> *Ça arrive que le même patient revienne à plusieurs reprises dans le service ?*

10/ Oui... Ou alors par exemple dernièrement on a eu un patient, on n'avait pas de nom de famille, déjà, donc on l'a hospitalisé « Monsieur X ». En fait c'est un psychotique. Il est rentré pour... il a fait un arrêt cardiaque dans la rue, et puis après je sais plus... Enfin bon, il devait rester un peu chez nous, il devait avoir un holter ECG, et en fait il a refusé, il est parti, il a préféré... il est sorti contre avis médical. Et c'est vrai que c'était dur de le voir partir dans la rue, c'était le moment où il commençait à faire froid, il n'avait pas de chaussettes dans les chaussures, patient psychotique sans traitement... Lui hyper désocialisé depuis pas mal de temps je pense, en plus avec une maladie psy...

> *Mais tous les patients en précarité que vous voyez n'ont pas de problématiques psychotiques ?*

11/ Ah non, non, enfin il y a de la dépression, il y a des problèmes d'alcool, enfin si c'est vrai qu'il y a beaucoup de problèmes psy liés à la précarité quand même.

> *Mais pas forcément une cause de la précarité ?*

12/ C'est pas la cause, oui, c'est après je pense qu'ils se mettent à boire, et puis après ils font des crises d'épilepsie, enfin c'est un peu le cercle vicieux.

> Les patients restent combien de temps dans le service en moyenne ?

13/ Des fois une semaine, des fois trois mois. Justement pour les gens en grande précarité on doit trouver une place, ça dépend quoi.

> Et est-ce que vous voyez une évolution au cours de l'hospitalisation au niveau de l'établissement des liens, de la relation de soins ?

14/ Oui. Il y a une relation de confiance qui s'instaure quand le patient va mieux, quand il se rend compte qu'on le prend en charge, qu'il est vu par une assistante sociale qui essaie de trouver des solutions... En plus la prise en charge ici est quand même assez top en fait, ils sont assez bien pris en charge les patients.

> Pour leur problème de précarité ?

15/ Oui, pour tout, problèmes de santé comme de précarité. On a une bonne assistante sociale.

> Donc des patients qui avaient des difficultés à s'insérer dans un lien thérapeutique au début de leur hospitalisation peuvent au bout d'un moment trouver une place dans cette relation ?

16/ Oui. J'ai un contre-exemple d'un patient, un jeune, un roumain, qui était entré pour tuberculose et en fait il est resté super longtemps parce que... Lui ce qu'il voulait c'était rentrer en Roumanie, il était en France pour travailler, il n'a pas trouvé de travail et en plus il s'est choppé la tuberculose. Donc c'est six mois de traitements la tuberculose, donc lui ce qu'il voulait s'était rentrer en Roumanie, mais nous on ne pouvait pas, s'il rentrait en Roumanie il n'aurait plus pris son traitement., il ne l'aurait pas eu pour six mois. Donc en fait on a trouvé une solution, on l'a envoyé en sanatorium. Et lui en fait, ce patient, il ne m'a jamais parlé, alors que je m'en suis occupé super souvent et tout ça, et je ne suis jamais entré en relation avec lui.

> *Il parlait français ?*

17/ Je pense qu'il comprenait quelques trucs, il pouvait au moins dire bonjour, merci, enfin il nous entend, tu connais au moins ces mots là quand tu vas dans un pays. Et on n'est jamais entré dans une relation. Sauf avec une collègue avec laquelle ça passait mieux. Mais avec tous les autres collègues, en fait il ne nous parlait pas quand on entrait dans sa chambre, il ne nous regardait pas quand on prenait ses constantes, et tout. Donc du coup ça refroidit vachement et... je ne sais pas comment te dire... ça déçoit en fait, parce que on le prenait bien en charge, il avait un traitement, on lui a trouvé une solution à sa sortie, tout quoi...

> *Il n'y avait pas de retour...*

18/ Oui. Vraiment aucun retour... Moi j'avais même plus envie d'aller dans sa chambre. Il était là au 10... j'avais jamais envie d'aller dans sa chambre.

> *Et ça c'est un contre-exemple...*

19/ Oui, enfin c'est vrai que... Oui, parce que souvent ça se passe bien quand même.

> *Au niveau de la réponse du service, est-ce que ces situations de difficulté à s'inscrire dans une relation de soins de la part du patient, ou même la précarité en elle-même, est-ce que ça cause des difficultés particulières au sein du service ? Vous avez évoqué le fait qu'on n'a plus envie d'aller voir un patient, mais plus généralement, quelqu'un qui veut partir alors que sa prise en charge n'est pas terminée... Est-ce qu'il y a une réponse de service, est-ce qu'il y a des attitudes différentes selon les soignants... ?*

20/ En fait on essaie de négocier avec le patient, le médecin en général il va le voir, il lui ré-explique l'intérêt du traitement, en fait il y a une sorte de... c'est un peu comme si on faisait une sorte de marché... Parce que les gens précaires c'est vrai qu'ils sont bien à l'hôpital, parce qu'ils retournent dans la rue après, c'est vrai que quand ils s'en vont de chez nous ils se

retrouvent dans la rue, dans le froid, tout ça... Donc c'est vrai qu'on ré-explique un peu tout ça, qu'ici ils sont soignés...

> Est-ce que vous avez constaté, au vu de votre expérience, qu'il y a des attitudes qui facilitent ou au contraire repoussent l'instauration d'une relation de soins ? De la part du patient ou du soignant ?

21/ C'est l'agressivité en fait... J'ai vu des patients agressifs, il faut vraiment ne pas leur parler sur le même ton quand ils sont agressifs, il faut leur parler calmement, et en général ça se calme... Mais c'est vrai que l'agressivité, enfin c'est de l'agressivité verbale hein... ça nuit à la relation soignant-soigné. L'agressivité aussi de la part du personnel, c'est vrai qu'il y a des membres du personnel qui ne comprennent pas que les gens en situation de précarité, qui ont en général des problèmes psy associés, réagissent pas comme nous. Voilà, il peut y avoir de l'agressivité de part et d'autre... Le non-respect, c'est vrai que ça arrive que les gens en précarité ne soient quand même pas respectueux, ils parlent mal. Et puis non-respect aussi des locaux par exemple, si c'est un vrai chantier dans la chambre, c'est crade... Ça arrive.

> Est-ce que c'est arrivé au contraire qu'il y ait des phénomènes d'adhésion, de soignants ou de patients qui essayaient d'être trop proches, qui avaient du mal à trouver une bonne distance dans la relation ?

22/ Non, pas trop, non. Enfin ça m'est arrivé il y a longtemps en fait, avant j'étais en médecine interne, on en avait plein aussi des SDF, et c'est vrai que ce qui était dur c'est quand il retournait dans la rue... Je me souviens d'un patient qui avait une colostomie, il vivait dans la rue, enfin c'est hyper difficile quoi. Des trucs comme ça. Donc là c'est vrai qu'on est touché, ça ne laisse pas indifférent. Mais c'est pas quand même... Enfin j'étais quand même pas en sympathie mais c'est vrai que... voilà c'est différent... oui c'est des situations qui sont assez touchantes...

> Donc vous m'avez dit qu'il y a une bonne prise en charge de ces patients dans ce service. Vous pensez qu'il serait possible de faire encore mieux, est-ce qu'il y aurait des choses à améliorer...

23/ C'est vrai qu'on n'en discute pas en équipe, du coup on les prends en charge comme des patients lambda, sauf qu'en général c'est plus compliqué... C'est vrai que ça arrive qu'on soit en échec, là récemment on a un patient qui avait une infection urinaire et qui avait des problèmes d'alcool, et en fait il n'a pas voulu rester, donc du coup c'est vrai qu'on a été en échec encore et on ne s'est pas du tout interrogé là dessus. Parce que on fait un métier difficile, on est quand même très occupé, donc du coup on se dit « on n'a pas son adhésion, il ne veut pas être soigné », donc on l'a laissé sortir sans trop se poser de questions. C'est vrai que ce qui compte c'est l'adhésion du patient au traitement.

> Donc lorsque le patient est un petit peu opposant, il y a une tendance quand même à le laisser gérer seul sa situation, on ne va pas... C'est difficile d'accepter les incartades ou l'agressivité du patient, et on va peut-être plus facilement le laisser partir si vraiment ça devient impossible au niveau du fonctionnement du service...

24/ Oui, c'est vrai que là c'était ça... En fait je me souviens de ce patient là, il avait été agressif envers l'aide-soignante, mais bon l'aide-soignante en fait, elle lui a tout de suite dit brutalement je pense d'aller à la douche, que ça sentait mauvais dans sa chambre, et c'est vrai que c'est pas du tout l'attitude à avoir vis-à-vis d'un patient qui vit dans la rue. Donc du coup il a été agressif avec elle, et moi après je suis allé dans la chambre et je me disais « ça va être pareil », et en fait ça s'est bien passé. Et puis finalement le patient il voulait plus... En cours de journée il a discuté avec le médecin, il voulait plus de ses examens, il a voulu sortir. Mais bon il devait être en manque d'alcool aussi. Voilà. Mais bon on ne s'est pas interrogé en tout cas sur cette situation là au sein du service.

Annexe / Entretien n° II

18 octobre 2009
Maladies infectieuses et tropicales
Diplômé en 2007

> *Sur quoi se fonde la relation de soins, pour vous, et quelle est son importance ?*

1/ La relation de soins... Pour moi c'est une confiance interactive entre le soignant et le soigné... C'est ce qui est le plus important, qu'il y ait un échange entre les deux personnes. Ça s'établit sur la confiance entre les deux personnes, le soignant et le soigné.

> *Et c'est bien sûr indispensable...*

2/ Oui, parce que si on veut que le travail soit de qualité, si on veut qu'il y ait quelque chose, un échange, et puis par la suite si on veut que le patient soit observant au niveau de son traitement, compliant lors des soins, et tout ça, et bien il faut qu'il soit confiant, il faut qu'on puisse leur expliquer ce qu'on leur fait, ce qu'on leur donne, et qu'ils se sentent à l'aise. Qu'ils n'aient pas peur de ce qui va arriver. Pour la plupart on leur donne des traitements qu'ils n'ont pas l'habitude de prendre, l'hospitalisation c'est un environnement dont ils n'ont pas forcément l'habitude, donc il faut les mettre le plus à l'aise possible. Et ça passe déjà par une confiance, réciproque.

> *Quelle attitude de la part d'un patient facilite ou rend plus difficile l'établissement de cette relation ?*

3/ Ça dépend de chacun, il y en a qui nous mettent plus une barrière, qui n'ont pas confiance, donc ils vont pas trop nous faciliter la tâche. Il y en a aussi qui sont dans le déni de la maladie. Donc on sent dès le départ que ça ne va pas être facile, il y en a qui vont être agressifs... On a tout types de patients, donc on a des patients violents aussi.

> *Et inversement, d'après votre expérience, de la part du soignant quelles attitudes sont attendues par les patients ?*

4/ Ce sera perçu différemment par chaque patient... Quelqu'un de sympathique, qui puisse parler, échanger, quelqu'un qui soit à l'écoute, qui puisse écouter un petit peu leurs problèmes, leurs maux. Quelqu'un qui soit à l'aise lors des soins, ça ça se ressent ne serait-ce que pour une prise de sang. Donc à l'aise lors des soins, à l'écoute, à l'aise pour les traitements... Il y a des patients aussi qui n'aiment pas trop qu'on rentre dans leur vie personnelle, quand on est un peu trop intrusif, qu'on passe trop la barrière, cette espèce de sphère personnelle individuelle, ils n'aiment pas trop. Après c'est le travail, voilà on essaie de percevoir un peu notre patient. Donc voilà c'est ça, des attitudes d'écoute, d'empathie et non pas de sympathie, une certaine aisance, et quelqu'un qui soit présent... Quand ils nous appellent il faut qu'on soit là, c'est sûr que si la première fois qu'ils sonnent on met trois quarts d'heures à venir dans leur chambre ils vont se dire, bon... C'est pas pour autant qu'il faut qu'on soit là toutes les cinq minutes, après ça dépend des comportements, mais il y a des choses à cadrer, on leur explique bien quoi... Les rassurer, c'est ça aussi, pouvoir les rassurer.

> *Qu'est-ce qui pour vous caractérise la précarité ?*

5/ Pour moi c'est quelqu'un qui n'a pas les moyens de pouvoir subvenir à ses propres besoins. Socialement il n'a pas de couverture sociale, pas de sécu, pas de mutuelle, il a du mal à joindre les deux bouts pour se payer son loyer, pour se payer à bouffer, c'est un tout je pense.

> *Donc c'est économique ?*

6/ Économique, social, oui. Quelqu'un qui est divorcé, quelqu'un à qui on a retiré ses gosses, voilà il est un peu mis de côté, « ah non toi tu es quelqu'un qui a des soucis dans ta vie, tes parents sont décédés, ou tes parents sont alcooliques, tes enfants se droguent, toi tu te drogues », tu vas être stigmatisé, on va te mettre un peu dans des cases, malheureusement c'est un peu comme ça dans la vie de tous les jours. On ne te considère pas comme une

personne normale si tu ne fais pas les choses bien, si tu ne réagis pas comme il faut par rapport à ce qui t'arrive.

> Mais le fait d'avoir des problèmes personnels ça n'oblige pas à ce que les liens se distendent ou cessent, par exemple avec les parents, la famille...

7/ Ah si... Quand on a des personnes qui viennent là, qui sont hospitalisées, qui ont des antécédents familiaux qui sont un peu compliqués, difficiles, que les parents ou les enfants ne veulent pas voir parce qu'ils ont des soucis avec eux... ça ajoute une certaine difficulté dans leur vie personnelle, et dans leur hospitalisation. C'est déjà pas marrant d'être hospitalisé, mais si en plus tu n'as pas de visite, tu n'as aucune famille... Alors tu as des associations, c'est bien, mais ça remplace jamais une famille. Quand tu es en froid avec quelqu'un avec qui tu es proche, c'est dur, parce que c'est dans ces moments là que tu en as le plus besoin, d'être entouré. Ça nous arrive souvent ça.

> Est-ce que vous faites une différence entre la précarité et la grande précarité, les personnes qu'on appelle les clochards, les SDF...

8/ Il y a plusieurs stades de précarité. Tu peux être en début de précarité... il y en a qui travaillent et qui sont en précarité, parce qu'ils ont un smic et un ou deux gosses... la précarité, pour moi ça regroupe les personnes qui sont en situation précaire, quand tu es obligé de demander des aides à chaque fois, pour moi c'est des personnes qui sont déjà dans le besoin, en situation précaire.

> Ces personnes en précarité, plus simplement en galère, mais vraiment les personnes clochardisées... avez-vous remarqué, d'expérience, qu'elles ont des difficultés spécifiques à s'inscrire dans des relations de soins, par rapport aux autres patients ?

9/ Ça dépend de leur stade de précarité, et ça dépend des personnes. A l'extrême les... les clochards, les SDF, les sans-abris... Après il y a des SDF qui travaillent, qui ont un métier,

mais qui tous les soirs dorment sous un pont... Mais un sans-abri qui est dehors depuis des années, c'est plus dur pour lui de s'inscrire dans une relation de soins que quelqu'un qui est plus jeune, du moins je pense. Mais il y a des jeunes sans-abri qui peuvent être dans le même cas, j'ai vu des jeunes qui... Quelqu'un qui est plus vieux, après, soit parce qu'il a toujours vécu comme ça, il a eu l'habitude, et que dans sa vision des choses on va le soigner, on va le nettoyer un peu et puis il va repartir... Bon il y en a dans le lot qui veulent s'en sortir aussi... Mais c'est toujours du cas par cas. On a beau être vieux, on a beau être jeune... mais c'est vrai que dans l'ensemble avec les plus âgés on a un peu plus de mal. On sait que eux on va leur faire quelque chose et puis ils vont repartir et puis voilà, on les retrouvera après et ils n'auront pas changé de situation. On aura beau leur trouver un foyer, un lieu d'accueil, ça va aller pour deux-trois nuits et puis après ils vont repartir.

> *Quand vous dites « les plus âgés », ça veut dire quoi ?*

10/ A partir de 40-50 ans, il y a même parfois plus vieux... Après... Ils se complaisent un peu dans leur truc, ils se complaisent... Ils ont leurs camarades, ils ont leurs petites habitudes...

> *Vous pensez que c'est sécurisant pour eux ?*

11/ Bien sûr. Tout à fait. Tu changes de... de lieu d'habitation par exemple, c'est angoissant, tu te coupes de tes habitudes de vie, de tes relations de voisinage... C'est un peu pareil, ils ont des habitudes de vie, depuis longtemps, une sphère qu'ils connaissent bien...

[coupure de l'enregistrement quelques minutes]

> *Dans leur mode relationnel, en dehors de la compliance aux soins, est-ce que vous avez senti des difficultés à supporter un cadre hospitalier, plus d'agressivité ou de distanciation, un mode de relation particulier...*

12/ Oui, il y en a qui refusent, ça peut être un pansement ou même un médicament, il y en a qui refusent tout simplement. Un examen, ici on prélève souvent par exemple, donc quand on leur dit « on va encore vous faire une prise de sang »... Il y en a qui n'acceptent même pas la perfusion, donc là c'est dur, parfois on n'a que des antibiotiques en intraveineux, on peut pas les passer autrement... Donc voilà, refus de soins, on se retrouve dans une impasse. Alors après c'est négociation avec le médecin, mais parfois ça marche pas. Quand c'est intrusif, même le soin lui-même, certains ne veulent pas.

> *Quand c'est intrusif...*

13/ Oui voilà, quand c'est une perfusion, voilà ça va leur faire mal, il y en a ils ne veulent pas du tout.

> *Vous avez remarqué qu'il y a des soins qui sont plus difficilement acceptés que d'autres ?*

14/ Oui, tout ces soins là, perfusions, prises de sang... Les médicaments en général ils les prennent, après c'est pareil, les médicaments, on essaie de s'assurer qu'ils les prennent bien devant nous, certains les mettent de côté. Mais ça ils savent que ça ne fait pas mal. Mais après c'est très variable selon les patients. Il y en a, ils viennent, ils se font soigner, ils repartent, et puis ça changera pas, ils vont reprendre leurs habitudes, et puis ils reviendront pour un autre soucis. Et puis il y en a où c'est plus compliqué déjà l'hospitalisation en elle-même. Et puis dans tous les cas ils ressortiront, et puis ça sera la même chose. Je sais pas si c'est le passé du soigné, du patient, qu'il a une vie plus difficile, est-ce que c'est le fait qu'il est depuis longtemps dans la rue, qu'il est en dehors de cette société et qu'il veut vraiment pas se mettre dedans. Il sait qu'on va l'hospitaliser et qu'on va faire ce qu'il faut pour le placer dans un centre d'accueil pour essayer de le réinsérer socialement... c'est un peu le principe mais bon il y en a qui n'acceptent pas... Moi je n'ai jamais vu quelqu'un... Si j'en ai vu un, j'en ai vu un une fois, quelqu'un qui était déjà cortiqué à la base, quelqu'un qui avait bac+5 je crois, bon ben voilà il habitait aux États-Unis, et il est venu ici, je crois qu'il avait un enfant, mais bon il est arrivé là, il n'avait plus de boulot, plus rien, sans domicile, ben il vivait dans la rue, et il

savait qu'en sortant d'ici, il avait déjà donné ses C.V., il avait vraiment fait ce qu'il fallait pour essayer de se réinsérer. Alors qu'il habitait à l'étranger depuis 25-30 ans. Mais il avait tout fait pour essayer de se réinsérer, avec l'aide de l'assistante sociale.

> *Et ça faisait longtemps qu'il était en précarité ?*

15/ Quelque mois... C'est peut-être pour ça aussi. Il est passé d'un stade où il avait une vie confortable, il est revenu en France pour voir son enfant mais problème de divorce certainement et il n'a pas pu le voir, et bon il a été hospitalisé entretemps. C'est peut-être aussi je pense cette courte durée qui a fait que c'était plus simple aussi. Six mois je crois... Mais quelqu'un qui est dans la rue depuis 15-20 ans... tu vas lui dire du jour au lendemain « bon ben voilà demain il faut que tu ailles au boulot, que tu trouves un appart », enfin bon... Non, ça ne leur convient pas du tout. C'est ce sentiment de liberté personnelle aussi, la rue pour eux c'est ce qu'il y a de mieux...

> *Difficulté à résister à la frustration...*

16/ Oui, c'est le fait qu'on leur donne un cadre, une direction à suivre. S'ils n'ont pas décidé, ils ne le feront pas. C'est comme si tu disais à un alcoolique « arrête de boire ».

> *Vous parliez tout au début de l'entretien d'une confiance réciproque dans la relation de soins. C'est un peu comme s'ils n'arrivaient pas à avoir suffisamment confiance pour se dire que « si je respecte ce cadre ça ira mieux pour moi »...*

17/ Alors on y va pas à pas, enfin j'essaie d'y aller pas à pas. Déjà je lui parle par rapport à son hospitalisation, l'intérêt de prendre son traitement, pour le guérir de ce qu'il a. Après socialement je ne m'y aventure pas trop tout seul, je le fais par le biais de l'assistante sociale. Mon but c'est qu'il soit hospitalisé pour le guérir. Après socialement, quand ça va déjà mieux, c'est sûr on essaie de voir. Alors c'est des échanges qu'on a quand on va le voir, on essaie de savoir un peu comment il vivait, et puis tu en arrives à la question, « est-ce que vous voudriez

changer un peu votre mode de vie ? ». Et puis il y en a qui vont te dire tout de suite « non, c'est trop la galère, chercher du boulot on n'en a pas », il y en a qui n'ont pas de diplômes alors « oui mais c'est perdu d'avance », « vous vous rendez compte un loyer à Paris c'est même pas la peine, vous voulez que je m'expatrie à la campagne ou en banlieue, j'ai mes repères ici, moi je suis d'ici », enfin tu vois c'est tout ce chamboulement, tout ce que tu peux leur proposer qui risque de les perturber. Et puis les centres d'accueil, ça dure qu'un temps ces trucs là, ils les gardent pas à vie. Et la journée ils sont dehors, ils ont rien à faire, quand tu n'as rien à faire et bien tu replonges, ils finissent par ne plus revenir dans leur centre. Beaucoup de sans-abris sont dans l'alcool aussi, ça fait des ravages, et c'est la meilleure compagnie pour un sans-abri, ça leur permet d'oublier tous leurs soucis. Donc pour moi c'est d'abord la guérison par leur hospitalisation, et après la réinsertion sociale. La guérison ça peut être très dure, il y en a qui refusent, mais après socialement là c'est un travail de fond...

> Vous disiez tout à l'heure [pendant la coupure de l'enregistrement] qu'ils ont très peu de visites, ne serait-ce que des amis qu'ils ont dans la rue...

18/ Alors il y en a qui en ont malgré tout. Mais en général ce sont des copains de la rue. J'ai rarement vu de la famille, rarement vu. Quelqu'un qui a voulu se mettre en dehors de la société... souvent à la suite d'un échec sentimentale ou d'un divorce, d'un échec professionnel, ils plongent... ils plongent dedans... Ils se mettent vraiment en dehors de tout... Soit de l'autre côté la famille ne veut pas de contact avec le père, parce que voilà il a plongé et il ne veut pas changer, soit c'est le père qui ne veut plus les voir... Donc non, très peu de visites de la part des familles, des proches, c'est vrai... c'est plutôt des copains, des amis...

> Ces difficultés liées aux personnes en précarité, dans la relation de soins, posent-elles des soucis au sein des équipes... Est-ce que vous en parlez entre vous, essayez d'avoir une réponse d'équipe... Est-ce que vous avez le sentiment qu'il y a une prise en charge qui pourrait être améliorée, ou alors ça provoque des tiraillements dans l'équipe...

19/ Chaque patient est un cas à part. Une fois par semaine on se réunit, on a un staff pluridisciplinaire, tout le monde y est convient, aussi bien assistante sociale que kiné ou diététicienne, et les médecins forcément. Donc le cas est épluché, donc quand c'est une personne qui est socialement... parce qu'on en a beaucoup ici, beaucoup qui n'ont pas de couverture sociale, pas forcément des sans-abri non plus... Donc là on partage entre soignants, ça peut être l'aide-soignant qui parle un peu de son ressenti... Il y en a qui on du mal, oui, les soignants parfois ont du mal, « voilà moi je ne peux plus, je ne peux plus avec lui parce qu'il est toujours dans le refus, je peux rien faire, je vais proposer un truc il veut pas », ou alors il y en a ils vont dire « j'ai pas l'impression d'avancer avec lui, il met des barrières tout le temps ». Donc c'est aussi pouvoir partager ces choses là, et... on essaie toujours de trouver une solution, on voit... après ce n'est pas forcément évident, parce que le fonctionnement de l'équipe fait que ça tourne beaucoup, heureusement, mais le fonctionnement fait que... quelque fois on se retrouve avec le même patient, on peut pas trop le changer, ou alors on peut en parler à notre collègue qui peut aller le voir pour nous. Après, pour son devenir à ce patient là, parfois on peut jeter l'éponge, on craque, on ne s'en remet qu'à l'assistante sociale, on se dit « bon qu'est-ce qu'on fait, on va trouver quelque chose » en sachant pertinemment que... voilà... il replongera... Tant que ça ne vient pas du patient, tu peux lui raconter les plus belles paroles du monde, les plus belles formules, les plus belles phrases, si le patient n'a pas compris, enfin s'il ne veut pas, il pourra jamais... Alors c'est pas faute d'essayer, mais tu peux être dans l'écoute, tu peux être là tout le temps, disponible, des fois ça marche pas...

> *Vous disiez « si le patient n'a pas compris », pour vous c'est vraiment de l'ordre de l'incompréhension de la part du patient... c'est vraiment à ce niveau là, plus que d'une volonté ?*

20/ Non, je ne sais pas si c'est une incompréhension... Il y en a ils ont saisi, mais ils ne veulent pas. Il y en a ils savent pertinemment, je pense qu'ils doivent comprendre, mais ça ne les intéresse pas, ça ne les intéresse pas, voilà... Tu vas leur dire « est-ce que ça te dirait d'avoir un boulot, d'avoir un logement, de te réinsérer un peu socialement », il dit « non, moi ça m'intéresse pas, moi je suis bien où je suis ». Parce qu'en fin de compte s'il n'avait pas eu

son problème il ne serait pas venu dans le service, et on lui casserait pas les pieds à lui dire « est-ce que ça te dirais de te réinsérer dans la vie ? », « ben non ça m'intéresse pas, j'étais bien où j'étais, j'avais ma petite chopine de vinasse, j'étais avec mes copains, j'ai un peu froid le soir mais bon je vais à mon foyer, voilà... si y'avait pas eu ce soucis là je ne serais jamais venu ». Tu peux leur dire, tu peux leur faire comprendre l'intérêt, mais ça les intéresse pas... ou ça les intéresse plus. Il y en a qui ont été des gens comme toi et moi, qui ont eu une situation sociale, qui ont eu un boulot, qui ont eu une famille, et puis du jour au lendemain ça a clashé, et puis voilà ils ont plongé, et puis ils se retrouvent là, et puis ils n'ont pas envie de revivre ça, ça a été tellement dur pour eux cet échec qu'ils ne veulent plus le revivre... C'est pour ça aussi qu'on trouve beaucoup de sans-abri qui plongent dans l'alcool... il n'y a pas besoin d'être sans-abri hein pour boire de l'alcool, mais voilà... Mais ces gens-là, ça ne les intéresse plus... Enfin c'est le sentiment que j'ai...

> *Il y a cette idée qu'il y a la peur de revivre quelque chose de douloureux...*

21/ Tout à fait. C'est certainement ça, ils veulent fuir le problème, il ne veulent plus l'affronter. Ça a été tellement dur. Peut-être qu'ils ont voulu l'affronter, et puis ils ont vu qu'ils ont tout perdu et qu'ils n'ont plus rien à y gagner, et que... Et bien ils se complaisent dans leur vie maintenant, ils sont dans leur bulle, ils ont leur petite sphère à eux, ils sont dans leur bulle, ils ont leur petits copains, ils sont leur habitude, leur petit pont, leur place, enfin leur coin où dormir, ils ont ce sentiment de liberté qu'ils n'avaient pas avant, dans des conditions précaires déplorables, mais ils ont cette liberté... Y'a plus personne pour leur dire « faut faire ci, faut faire ça »... Et rien que ça, ils se raccrochent à ça en fait, et pour c'est ce qu'il y a de mieux, enfin c'est ce qu'ils pensent avoir de mieux... et pour leur faire comprendre l'inverse... Mais après, voilà, nous on arrive avec notre expérience de soignants, eux ils ont leur expérience antérieure, enfin quelque fois il y en a eu qui ont eu toutes les misères du monde, ils ont perdu leur femme, leurs gosses, un accident tragique, ou alors ils ont divorcé, un enfant est décédé, ou alors le mec n'a jamais eu d'enfant mais sa femme est décédée, lui a perdu son boulot... et puis la famille... Donc voilà, qu'est-ce que tu veux qu'il essaie de se réinsérer, il a tout perdu...

C'est super dur, c'est super dur... Déjà c'est super dur d'arrêter de boire, alors quelqu'un qui en plus a tout ses problèmes là de précarité, de refus de la société, c'est super dur...

> Et comme vous disiez, quand il n'y a plus aucun lien, pour les reconstruire...

22/ C'est difficile de se rattacher à quelque chose, oui. Quand quelque chose ne va pas, tu essaies de te raccrocher à quelque chose où tu es bien. Et eux, qu'est-ce qui est bien, et bien c'est leur petit cocon, c'est... Ils se raccrochent à l'alcool, ils se raccrochent à leurs amis, qui ne sont pas forcément fréquentables parce qu'ils sont un peu aussi dans la même situation...

> Est-ce que vous avez l'impression que les gens qui sont bien insérés, qui ont une famille, qui ont beaucoup de liens relationnels, ont plus de facilité à s'insérer dans une relation de soins ?

23/ Bien sûr, bien sûr. Les qualités sociales du patient, ce sont des qualités qui nous aident beaucoup, et qui facilitent le boulot avec le patient... Si tu es tout le temps dans la méfiance, à mettre des barrières... A moins que le patient soit super compliant et qu'il fasse abstraction de tout ça, mais enfin en général ça n'aide pas...

Annexe / Entretien n° III

19 octobre 2009

Diplômée depuis 1998,

8 ans en Médecine interne, 3 ans en Diabétologie

> *D'après vous, sur quoi se construit la relation de soins, et qu'est-ce qui fonde son importance ?*

1/ Le patient et le soignant ont l'un et l'autre leur propre fonction, et à partir là la relation est posée. Après, énormément de choses entrent en jeu... la communication, le respect, l'écoute...

> *Quand vous parlez des fonctions du soignant et du soigné, à quoi cela correspond-il ? C'est quelque chose qui préexiste, par exemple le soigné aurait une idée avant même d'entrer à l'hôpital de comment il doit se comporter en tant que soigné...*

2/ Je pense que chaque patient se fait une idée de ce qu'est un patient, et ils rentrent très rapidement dans le rôle à partir du moment où ils arrivent à l'hôpital. Ils se conditionnent en tant que patient, ils prennent leur place, pour la plupart. Alors ce n'est pas toujours le même rôle en fonction de l'image qu'ils ont du patient, mais un patient quand il arrive généralement il va se mettre en pyjama de l'hôpital sans qu'on lui ait rien demandé, parce que pour lui c'est comme ça, systématiquement il va se coucher dans le lit parce que pour lui le patient est couché dans le lit. Et il identifie directement le rôle de l'infirmière, du médecin, en tant que... en tant que plein de choses...

> *Il y a des gens qui n'ont pas cette identification des rôles ?*

3/ Elle est différente d'un patient à un autre, mais elle est toujours présente. Tout le monde a une certaine conception du patient et se met dans ce rôle à partir du moment où il est hospitalisé.

> Quelles attitudes, d'après votre expérience, de la part d'un patient facilitent ou au contraire rendent plus difficile l'établissement d'une relation de soins ?

4/ Il y a des patients très très complaisants, et pour d'autres il peut y avoir plein de choses qui compliquent la relation, par exemple l'agressivité, qui sont généralement liées à l'angoisse, au fait d'être mal informé de ce qu'il se passe... C'est souvent l'agressivité en fait qui paralyse les relations. Après il y a beaucoup d'attitudes, en fait c'est un peu au cas par cas. Il y a les patients qui connaissent très bien leur pathologie et qui ont du mal à entendre un avis extérieur, parce qu'ils ont l'impression de mieux savoir que le soignant, des fois c'est le cas mais des fois non...

> Et inversement, de la part des soignants, quelles attitudes à votre avis sont attendu de la part des patients ?

5/ Le patient attend quelqu'un d'ouvert, de compréhensif, d'empathique, qui communique beaucoup... c'est un gros soucis je trouve pour les patients la communication, souvent ils ne sont pas suffisamment informés de leur pathologie, de leur traitement, des examens, donc ça souvent ça parasite. Après... du temps et de l'attention, de la considération, être vu comme humain et pas seulement en tant que patient. Enfin, je pense qu'ils attendent énormément de choses du soignant.

> Pour vous, qu'est-ce qui caractérise la précarité ?

6/ Pour moi, c'est un patient qui a des problèmes sociaux, c'est-à-dire qu'il arrive à l'hôpital, et ce qui le préoccupe davantage c'est les problèmes d'argent par rapport à son travail, pour financer l'hospitalisation, financer le fait d'être hospitalisé, de ne plus travailler, comment il

va nourrir sa famille, ou quand il sort et qu'il n'a pas de logement où est-ce qu'il va aller s'il est encore en convalescence... Après il y a toutes les choses plus objectives, comme est-ce qu'il a la sécurité sociale, est-ce qu'il a une mutuelle, est-ce qu'il a des papiers, est-ce qu'il a un logement, est-ce qu'il a un travail, est-ce qu'il est entouré aussi de sa famille et de ses amis ou est-ce qu'il est seul, est-ce qu'il vient de loin, est-ce qu'il est immigré, plein de choses...

> Vous faites une différence entre précarité et grande précarité ? Les sans-abri, les SDF... D'après votre expérience des personnes qui passent dans le service, je sais qu'il y a un certain nombre de personnes en grande précarité, est-ce qu'il y a des traits saillants dans leur situation ?

7/ Oui, il y a vraiment quelque chose de particulier. C'est un peu des généralités, mais les personnes sans abri généralement ont des troubles associés. C'est-à-dire que souvent ils ont une dépendance à l'alcool, aux drogues, souvent il y a une rupture de soins, c'est souvent eux qui fuguent, ils ne supportent pas le fait d'être hospitalisé trop longtemps. Souvent c'est eux qui vont suivre le plus mal leur traitement parce qu'ils savent qu'ils vont retourner dans la rue et que... c'est un peu le cercle vicieux... Donc il y a une différence, oui.

> Est-ce que ces personnes en grandes précarité ont des difficultés spécifiques à s'inscrire dans une relation de soins, ou au contraire s'y inscrivent bien ?

8/ Alors il y en a qui sont très reconnaissants d'avoir une place au chaud, trois repas par jour, ça il y en a comme ça. Il y en a d'autres, quand c'est associé aux drogues, à la toxicomanie, c'est beaucoup plus difficile parce que ils ont le syndrome de manque, ils sont pas du tout complaisants aux soins, ils sont en manque donc ils essaient de fuguer, ou de s'évader quelques heures dans le parc pour aller boire ou se droguer en cachette. Donc là, oui, la relation est beaucoup plus difficile parce qu'ils ne rentrent pas du tout dans le règlement déjà, ils ne respectent pas les horaires des repas, ils rentrent à minuit un peu menaçants pour le personnel de soins qui craint un peu pour sa sécurité quand quelqu'un rentre alcoolisé à minuit... Après quand il n'y a pas de drogue associée il n'y a pas de différence. Mais bon,

généralement ce sont des gens qui... oui, il y a de l'alcool ou des drogues associés... Ou bien qui ne parlent pas très bien le français donc on a du mal à communiquer, on a pas mal de gens comme ça avec qui la communication est très difficile parce qu'ils parlent quasiment pas français, ils vivent dans la rue, donc c'est assez difficile de créer une relation. Après quelqu'un qui vit dans la rue, qui n'a pas de problème de dépendance, qui parle bien le français, etc., c'est un patient comme un autre.

> D'accord, donc pour vous la précarité en elle-même, à part les pathologies et toxicomanies associées, n'est pas un facteur particulier de difficulté dans...

9/ Dans la relation ? Non, pas du tout.

> Au niveau de la continuité des soins, je pense qu'ils vous arrive de voir revenir des patients qui sont déjà passé dans le service [acquiescement], ça se passe comment avec les personnes en grande précarité ? Vous arrivez à avoir une certaine continuité, ou...

10/ Oh oui, généralement ils nous reconnaissent ! Ça nous fait plaisir de les revoir, entre guillemets, et puis il y a une relation de confiance qui est déjà... comme ils connaissent les locaux et qu'ils reconnaissent les équipes, qui s'installe beaucoup plus rapidement.

> Mmmh... Après j'avais des questions sur les éventuelles difficultés liées à la prise en charge d'équipe des personnes en grande précarité, mais puisque vous me dites qu'il n'y a pas de difficultés spécifiques à la précarité...

11/ Après ce sont des difficultés sociales, où là il y a toute une prise en charge sociale. On a une assistante sociale ici qui fait très bien son travail. Et nous à l'entrée, quand on accueille un patient précaire ou pas, n'importe quel patient, on essaie toujours de dépister les problèmes sociaux, c'est à dire qu'on demande systématiquement où ils vivent, leur adresse, on voit tout de suite s'ils n'en ont pas, et puis savoir s'ils ont une sécurité sociale, s'ils ont une mutuelle, s'ils sont pris en charge à 100%, s'ils ont une CMU, etc. Et après on travaille en collaboration

étroite avec l'assistante sociale. On essaie de régler chaque problème de prise en charge avant leur sortie. Et quand ils sortent de l'hospitalisation on essaie de leur trouver un lit au SamuSocial pour pas qu'ils retournent dans la rue directement. Donc ça c'est plus le travail social.

> Les patients concernés par ce travail social s'en saisissent en général ?

12/ Quand ils sont vraiment dans la rue, il y en a beaucoup qui refusent, qui ne veulent finalement pas tellement accepter d'aide, pour différentes raisons... Il y en a qui acceptent, ils sont très contents d'avoir un lit au SamuSocial pour quelques jours après l'hospitalisation, le temps que ça aille mieux. Sinon nous dans le service on peut contacter Emmaüs pour laver le linge, on a aussi un petit vestiaire de linge en plus, et on peut leur donner des vêtements propres avant qu'ils sortent.

> Vous évoquiez le fait que certains patients en grande précarité refusent une prise en charge sociale, pour différentes raisons. Vous avez une idée de ces raisons, ils vous en font part... ?

13/ Ils n'en parlent pas trop, c'est plus des raisons... Je pense que c'est des raisons de rupture avec la société... Et des raisons de dépendances aussi, qui font que finalement c'est pas le bon moment, ils n'ont pas forcément envie de s'en sortir à ce moment là, ils ont accepté leur situation... C'est difficile à dire, pour quelles raisons on ne veut pas se faire aider...

> Est-ce que les patients en grande précarité, par rapport aux autres patients, reçoivent des visites...

14/ Souvent très peu. Oui, souvent ils sont brouillés avec leur famille, ou bien leur famille habite loin. Souvent très très peu. Des fois il y a des amis qui viennent rendre visite, c'est plutôt rare en fait. Ils sont généralement assez seuls. Ils retrouvent leurs amis avec qui ils vivent dans la rue en sortant. Des fois on essaie un peu de rapprocher les familles, quand c'est un patient qui a une pathologie grave par exemple comme un cancer, on essaie de voir s'ils ne

s'opposent pas trop à ce qu'on contacte la famille, qu'on leur explique un peu la situation dans laquelle le proche est....

> *Ça se passe comment...*

15/ C'est pas des miracles. Généralement quand il y a une brouille depuis des années, où chacun a pris sa vie de son côté...

> *Ils en parlent en quels termes, des relations avec leurs familles ?*

16/ Oh, ils sont souvent assez peu bavards sur le sujet. En disant qu'ils n'ont pas de famille alors qu'ils en ont, ou qu'ils en ont mais qu'ils sont loin, ou qu'ils sont brouillés, et puis ça s'arrête là... Ils n'évoquent jamais vraiment les problèmes, en tout cas avec moi non...

> *Dernière question, vous en avez déjà un peu parlé, d'après votre expérience serait-il possible de mettre en place une prise en charge spécifique, au niveau du service, pour faciliter l'instauration de la relation de soins avec ces personnes désocialisées ?*

17/ Alors nous on fait pas mal appel à ECIMUD⁴⁸ quand c'est des problèmes de dépendance qui parasitent un peu la relation, ils viennent adapter un traitement de substitution, sinon... c'est difficile... Non je ne vois pas trop en fait ce qui pourrait être changé... Pour le refus de traitement on peut toujours prendre le temps de bien expliquer, de peser le pour et le contre, avec le médecin, de comprendre pourquoi il refuse, quelles sont ses raisons, ça oui. Après, ceux qui ont du mal à accepter le fait de se soigner, c'est difficile... Après on peut toujours faire appel au psychologue, qui prend plus le temps d'approfondir avec le patient, mais il faut que l'hospitalisation dure quelques jours quand même, et puis généralement s'ils ne veulent pas se soigner ils ne veulent pas voir le psychologue... Donc c'est un peu difficile...

48 Équipes de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues, unités hospitalières transversales intervenant auprès de patients toxicomanes hospitalisés pour raison somatique.

> Ça arrive que les relations de soins, avec un patient qui a du mal à les mettre en place, s'établissent plus facilement avec un membre en particulier de l'équipe ?

18/ Ça peut se passer mieux avec une personne en particulier sur le plan relationnel, mais finalement il ne respecte pas plus le règlement pour ça... Après chacun a ses affinités, en tant que patient ou en tant que soignant, mais ça n'a pas une grande influence, je ne trouve pas. Mais chaque soignant a ses limites, et on a peut-être tendance à classer les patients en sous-groupes avec qui on va avoir plus ou moins de préjugés ou en tout cas de difficultés dans la prise en charge. Donc dans le cas de la précarité il va peut-être y avoir des soignants que ça dérange, que ça parasite dans leur relation avec le patient. Mais c'est des généralités, c'est vrai qu'il en faut... mais en effet je retrouve une difficulté du côté des patients à s'insérer dans une relation de soins, mais pas tous non plus. Au contraire, c'est vrai que c'est peut-être un peu plus rare, mais il y en a qui sont très reconnaissants en fait, du fait qu'on les soigne et qu'on s'occupe d'eux et qu'on les considère... et qui sont très très attachants par ce fait, qui disent oui à tout.

Annexe / Entretien n° IV

20 oct. 2009

Maladies infectieuses et tropicales

Diplômée en 2003

> *D'après votre expérience, sur quoi se construit la relation de soins, et en quoi est-elle importante dans la prise en charge du patient ?*

1/ Elle va se construire je pense sur la communication déjà, entre le soignant et le patient... pour moi c'est le plus important. Après sur l'écoute du soignant, sur le fait de faire verbaliser s'il y a des soucis... Enfin, c'est la communication de manière générale.

> *De la part du patient, quelles attitudes facilitent ou au contraire rendent plus difficile l'établissement de cette relation de soins ?*

2/ Déjà ça facilite si la personne est consciente, peut parler, parle français... Après c'est plus difficile si c'est quelqu'un de comateux ou qui a des troubles de la conscience, ou qui a un réel problème de... de mécanisme de défense, qui fait qu'il va être complètement dans le déni, ne pas se rendre compte de ce qu'il se passe, ou va être complètement renfermée sur elle-même.

> *« Renfermée sur elle-même », ça peut être uniquement les mécanismes de défense ?*

3/ Non, ça peut être une nature, un caractère de base...

> *À votre avis, quelles attitudes de la part des soignants sont attendues par les patients ?*

4/ Quelqu'un qui a une attitude ouverte, qui rassure, parce que quand on est hospitalisé c'est toujours un peu angoissant, on a peur... Et d'écoute, je pense, parce qu'il y a beaucoup de

personnes qui en profitent pour raconter un peu leur vie et leurs problèmes, se déverser un peu...

> *Pour vous, qu'est-ce qui caractérise la précarité ?*

5/ Déjà un manque de sociabilité, des gens qui au niveau social sont exclus de la société, de part le manque d'un emploi ou le manque d'un logement, ou pas forcément le manque mais vraiment être dans un habitat un peu insalubre, qui fait que quelques fois il y en a qui ne peuvent même pas se laver, même pas manger, parce qu'ils n'ont pas d'électricité ou pas d'eau chaude... Donc ça c'est au niveau matériel. Et après, au niveau social pas d'emploi, ce qui fait qu'ils n'ont pas de revenus... Je pense que c'est surtout ça. Après il y a l'aspect un peu... un peu moral, on a eu des patients qui se sont retrouvés dans des situations hyper précaires, parce que mentalement ils avaient un gros problème et ils n'ont pas su gérer tout ce qui leur arrivait dans leur vie.

> *« Mentalement », un trouble psychiatrique ?*

6/ Oui. Souvent un trouble psychiatrique. Alors que c'étaient des gens qui à la base étaient complètement... qui avaient de super appart, enfin au niveau matériel ils avaient de quoi vivre complètement normalement.

> *Quand vous parlez de troubles psychiatriques c'est uniquement des pathologies lourdes du style schizophrénie, dépression grave... ou ça peut être plus subtil ?*

7/ Ça peut être plus subtil. Parce que le patient auquel je pense, je sais plus ce qu'il avait exactement, mais je sais qu'il n'était pas schizophrène ni dépressif...

> *Vous voulez parler un peu de ce patient ? Ça c'était passé comment ?*

8/ C'était un monsieur qui était venu pour, je crois, un problème d'infection pulmonaire, et en fait de part sa maladie, et un problème psychiatrique latent, c'est quelqu'un qui s'est retrouvé à la rue, qui s'est éloigné de sa famille, plus ou moins volontairement mais en tout cas la famille l'a un peu abandonné, mais c'est quelqu'un qui avait des super appart rue de xxx, et du coup il a pas su gérer, je ne sais pas comment il s'est débrouillé, mais bref du coup il s'est retrouvé vraiment en situation précaire, puisqu'il est arrivé chez nous comme un SDF...

> *Il avait quel âge ?*

9/ Une soixantaine d'année.

> *Et son entrée dans la précarité, ça datait de quelques mois, quelques années...*

10/ C'était assez récent, peut-être depuis un an... C'était quand même plusieurs mois... Donc ça reste quand même relativement récent.

> *D'accord. Faites-vous une distinction entre la précarité en générale, que vous venez d'évoquer, et la grande précarité, c'est-à-dire les sans-abri, les gens qu'on appelle les SDF..*

11/ Oui il y a une différence. Parce qu'il y en a qui sont en situation précaire mais ce sont des gens qui peuvent entourés, qui ont une famille, qui ont peut-être un emploi mais très basique ou en tout cas qui leur rapportera très peu, et être dans un logement du coup assez insalubre mais qui auront quand même un toit. Comparé à la grande précarité, où là c'est des gens complètement... un peu marginaux et qui vont vivre dans la rue 24 heures sur 24...

> Vous sentez vraiment une différence par rapport à ces liens sociaux, qui peuvent être plus ou moins présents dans la précarité, beaucoup moins dans la grande précarité...

12/ Oui, il y a une différence, qui est visible.

> Les personnes en grande précarité, je sais que vous en voyez pas mal dans le service, est-ce que vous avez remarqué qu'ils ont des difficultés spécifiques à s'inscrire dans une relation de soins, par rapport aux autres patients ?

13/ En fait ça dépend. J'aurai du mal à généraliser... De manière générale je pense qu'ils se rendent moins compte de ce qui leur arrive, parce que... ben le milieu médical de l'hôpital, être en relation avec des gens... enfin c'est vrai, toute la journée entre les médecins, les gens aussi un peu cultivés qui passent, donc ça oui je pense qu'ils sont un peu perdus... parce que ça leur parle pas et c'est la première fois qu'ils se retrouvent ici... Mais qu'on leur parle, qu'on veut bien leur adresser la parole alors que d'habitude ils sont dans la rue et complètement dénigrés des autres personnes... Mais après ça pose pas forcément problème dans la prise en charge des soins, il y en a qui adhèrent complètement, qui font confiance en fait, et du coup qui sont faciles à soigner, enfin qu'on arrive à guérir. Et par contre il y en a d'autres qui... pour le coup à qui ça parle pas du tout et qui s'en moque quoi, complètement, et il y en a même qui partent. Ils préfèrent... je sais pas... peut-être qu'ils préfèrent finalement retourner à leur état...

> Ça arrive souvent ça, que les gens...

14/ Oui, fréquemment. Ils fuient.

> Et vous disiez qu'ils avaient parfois un petit peu de mal simplement par rapport au fait qu'on s'occupe d'eux, qu'on s'adresse à eux...

15/ Non, ils n'ont pas forcément de mal, mais je pense qu'ils n'ont pas l'habitude. Comme ils n'ont pas l'habitude, je pense que ça leur... ben ça se ressent, mais ça finalement c'est plus chez les personnes qui adhèrent aux soins, et qui se disent « ben finalement ici on s'occupe de

moi, pour une fois », et c'est aussi confortable, je pense, comparé à ce qu'ils vivent habituellement.

> *Et ils ont l'air un petit peu perdus malgré tout...*

16/ Perdus, oui, au niveau je pense pathologie, enfin au niveau vraiment de ce qui leur arrive, des soins en eux-même quand on doit les perfuser, enfin au niveau plus technique des soins.

> *Ça arrive que des personnes en grande précarité reçoivent des visites . Enfin bien sûr ça arrive, mais par rapport aux autres patients, est-ce rare ou...*

17/ Non, ça arrive. Parce que des fois il y en a qui ont... Et bien là on en a une qui est hospitalisée en ce moment, il, me semble qu'elle est dans la rue, en tout cas elle vit dans des foyers, et elle se fait aider de cette façon là, et elle a des amis qui viennent la voir, mais... eux pour le coup vagabondent un peu partout dans Paris, et qui viennent la voir.

> *Et de la famille ?*

18/ Non, pas de famille, mais elle a un contexte familial très difficile, elle n'est plus en contact avec eux.

> *Les personnes en grande précarité que vous voyez dans le service, vous voyez de la famille de temps en temps ?*

19/ Souvent non. Ça reste des amis ou de vagues connaissances mais... pas de famille.

> *D'une façon plus générale, avez-vous remarqué une relation entre la qualité de l'environnement familial et amical d'un patient, hors précarité, et sa facilité à s'inscrire dans une relation de soins ?*

20/ Non... Je ne sais pas si ça a une réelle influence en fait...

> *Donc finalement les patients en grande précarité dont vous avez pu vous occuper n'avaient pas de difficulté particulière à s'inscrire dans une relation de soins...*

21/ Non, pas forcément, ça dépend après, c'est vrai que c'est très au cas par cas, moitié-moitié...

> *Moitié-moitié...*

22/ Oui.

> *Et dans la moitié où ça se passe plus difficilement, qu'est-ce que vous avez pu mettre en place, individuellement et en équipe, pour accrocher la personne dans la relation de soins ?*

23/ Déjà on fait intervenir l'assistante sociale, parce que finalement le fait de la faire intervenir elle on leur permet... on leur ouvre une porte... d'améliorer leur situation sociale, donc ça en général ils sont quand même pas contre, donc ça ça peut aussi les aider un peu à adhérer à tout ce qu'on... aux soins... Après il y a les médecins, enfin toute l'équipe, aide-soignants, infirmières, puis on essaie de communiquer avec eux, les recadrer un peu quand il faut, leur faire prendre conscience de ce qui leur arrive. Mais... ça marche avec certains et ça marche pas avec d'autres !

> *D'après votre expérience, pour ces personnes en grande précarité, est-ce qu'il y aurait des actions spécifiques à mettre en œuvre pour faciliter l'inscription dans la relation de soins ? Parce que... je pense qu'il y a beaucoup de patients que vous revoyez plusieurs fois dans le*

service [acquiescement], est-ce qu'il y aurait quelque chose à faire pour les amener vers une continuité des soins plus grande et pas en pointillé comme ça...

24/ Je ne sais pas trop ce qu'on peut faire de plus que ce que nous on fait... Ça, je ne sais pas trop... Souvent ils sont en contact avec une assistante sociale, quand même, qui étudie leur dossier... On les met en lien même avec des foyers et des centres qui sont à l'extérieur... Ils ont même des rendez-vous pour revenir dans le service, sachant que pour eux tout sera pris en charge... Après je ne vois pas ce qu'on peut faire de plus que ça. Après je pense qu'il faut qu'il y ait une volonté de leur part, de se faire soigner, de continuer à venir et...

> Ils répondent aux rendez-vous que vous leur donnez ?

25/ Certains oui, mais c'est vrai que souvent il y a pas tellement de suivi, ils reviennent ici parce qu'ils leur ré-arrive un soucis, donc ils passent par les urgences et hop ils reviennent chez nous en fait... Ça c'est un peu le schéma classique.

> Lorsqu'ils reviennent ils vous reconnaissent, il y a une relation à long terme qui s'établit ?

26/ Oui, il y en a qui nous reconnaissent, oui, complètement. Ils sont... c'est un peu comme si ils reviennent chez eux, puis ils repartent après... voilà...

> Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voulez aborder sur ces sujets ?

27/ ... Oui, je peux parler du rôle de la psychologue, parfois il y a des psychologues qui viennent les voir, ça c'est important. Même si c'est temporaire et qu'ils vont la voir peut-être qu'une fois dans leur vie, ou qu'une fois par-ci par-là, c'est pas mal parce que c'est souvent des gens qui vivent des situations pas faciles...

Annexe / Entretien n°V

20 octobre 2009

Maladies infectieuses et métaboliques

Diplômé en 2006

> *Pour vous, sur quoi se construit la relation de soins, et quelle est son importance au niveau de la prise en charge des patients ?*

1/ Alors la relation de soins c'est ce qui va permettre la relation de confiance, ça c'est clair. À partir du moment où on rentre dans la chambre d'un patient on commence une relation de soins, c'est déjà l'image qu'on va donner auprès du patient de sa prise en charge, c'est-à-dire l'aspect relationnel. Donc la façon dont on va avoir un discours avec lui, la façon aussi de se soucier de ses besoins. Et aussi l'aspect technique fait partie de la relation de soins, dans la mesure où on a un rôle d'information, d'explication, et puis de gestes techniques à réaliser. La relation de soins, oui pour moi c'est déjà la relation de confiance. Il y a le côté technique, mais oui la relation de soins c'est surtout le relationnel.

> *Quelles attitudes de la part d'un patient, d'après votre expérience, facilitent ou au contraire rendent plus difficiles l'établissement de cette relation de soins ?*

2/ Ce qui est le plus difficile, c'est un patient qui peut être dans l'opposition de la réalisation de soins. On en rencontre assez souvent. L'opposition aux soins... Et les gens qui sont dans un repli sur soi, ça peut s'expliquer par des gens qui ont déjà un syndrome dépressif, des gens qui ont une anxiété par rapport au domaine hospitalier, et puis... Qu'est-ce qui peut rendre difficile... c'est parfois aussi les gens qui n'ont pas été habitués, c'est pour ça la précarité [*mon interlocuteur a jeté un coup d'œil à l'envers sur mon guide d'entretien*], il y a des gens qui n'ont pas été habitués à avoir de prise en charge hospitalière... donc ils sont dans l'inconnu... et qui ont besoin d'être rassurés par rapport à la démarche qu'on va avoir auprès d'eux. Parce que souvent... On a une patient là qui a eu très peu de passages je pense dans les services

hospitaliers, c'est vrai que c'est très très difficile en terme d'explication, les soins et cætera elle ne comprend pas toujours, et elle peut être du coup dans le refus de soins et voir parfois même dans l'insulte auprès du personnel.

> *Il y a vraiment une angoisse...*

3/ Il y a une angoisse, ça se sent, ça se respecte évidemment... Donc on est là en terme de soutien psychologique. Donc voilà c'est ça la relation de soins.

> *Être présent...*

4/ C'est la présence, l'écoute... C'est pas forcément apporter une réponse, c'est pas toujours facile à mettre en place, mais oui l'écoute et le soutien psychologique, le fait de rassurer.

> *Et inversement, d'après vous, quelle attitude de la part du soignant est attendue par le patient, toujours dans le cadre de l'instauration de cette relation de soins ?*

5/ La disponibilité. Ça s'est quelque chose de très important, parce que c'est vrai que de plus en plus c'est aussi l'avancement de la médecine, c'est qu'il faut être performant, on voit que les patients l'attendent, et le fait d'être disponible c'est... Au niveau technique c'est pas ça vraiment le gros soucis, c'est vraiment d'être présent physiquement, et ça c'est quelque chose qui prime dans une relation avec le patient. Ils ont besoin d'être écoutés, ils ont besoin qu'on sache aussi répondre aux besoins, ça on sent... certains savent l'exprimer, d'autres n'osent pas le demander, c'est pour ça aussi qu'il faut savoir observer, et savoir poser des questions, parce que souvent par rapport aux besoins on nous demande... par exemple ils ont besoins d'aide pour la toilette, s'ils sont douloureux qu'est-ce qu'on peut mettre en place, donc voilà, c'est une démarche. Donc c'est vrai que souvent il y a des patients on peut voir par leurs attitudes ou leur comportement qu'il y a quelque chose qui ne va pas, donc c'est à analyser par l'observation, et c'est vrai que c'est quelque chose d'essentiel. Donc la disponibilité, ça c'est sûr.

> Pour vous, qu'est-ce qui caractérise la précarité ?

6/ D'une manière générale... ce qui caractérise la précarité, c'est quelqu'un qui ne peut pas jouir complètement de la vie sociale, c'est-à-dire qui peut se retrouver dans une certaine forme d'exclusion, de marginalité. Mais on peut être dans une certaine forme de précarité sans pour autant être dans la marginalité. C'est-à-dire que on peut avoir deux types de populations dans ce qu'on entend par précarité, ce sont des gens qui sont d'une part dans le... qui n'ont plus déjà de travail, qui n'ont plus de domicile, qui n'ont plus d'intégration au sein de la société. Et on peut avoir des gens qui sont dans une autre forme de précarité, c'est-à-dire qu'ils ont un travail... mais qui n'arrivent pas à suivre une vie sociale normale... enfin normale, où est la normalité... mais c'est-à-dire que par exemple ils ne peuvent pas jouir d'une prise en charge médicale, etc., donc souvent nous dans le service on peut faire appel à l'assistante sociale, par rapport à ça. Parce que il n'y a pas de prise en charge sécurité sociale, il n'y a pas de mutuelle, des choses comme ça.

> Dans le premier groupe que vous avez évoqué, des gens qui sont un petit peu marginaux... Est-ce que ce sont ces personnes que vous définiriez comme étant en grande précarité ?

7/ Oui.

> Donc vous ressentez une différence assez nette, qualitative, entre ces deux groupes, ou c'est juste pour vous un degré quantitatif dans la précarité...

8/ Il y a quand même une différence dans la mesure où en terme d'intégration, vie sociale, la personne qui est en très grande précarité est beaucoup plus exclue que l'autre catégorie que j'avais cité. Mais c'est vrai que la personne qui est plus en grande précarité... il faut répondre à plus de besoins en général. Parce que au niveau de l'hygiène, au niveau social, au niveau de l'autonomie, des choses comme ça, souvent il y a des grosses lacunes, donc c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses... ce sont des gens qu'il faut énormément aider.

> *Donc paradoxalement, alors qu'ils ont l'habitude de se débrouiller seuls parce qu'ils n'ont plus de liens sociaux, ils ont énormément de mal à subvenir à leurs besoins de base...*

9/ Oui, ça c'est sûr...

> *Quand vous dites qu'il y a une rupture des liens sociaux chez ces personnes en grande précarité, cela se manifeste de quelle façon, concrètement, dans le cadre du service ?*

10/ Dans le service... Et bien ce sont des gens dont on voit qu'il y a peu d'environnement autour au niveau familial. Ce sont des gens aussi, en terme de présentation physique, qui sont dans un état parfois d'incurie assez importante. Ce sont des gens qui se présentent aussi avec un faciès particulier, on sent à leur expression du visage une rupture sociale. Il y a une perte du contact qui est parfois flagrante, bon ça dépend des personnes. Et dans la relation de soins on se rend compte que quand on est disponible auprès de ces patients là souvent on voit l'ouverture au niveau du visage, parce qu'on s'est intéressé à eux, on leur a reconnu une place dans la société. Ce sont des gens qui sont pas habitués non plus à ce qu'on les appelle « Monsieur Untel ou Madame Untel » et c'est vrai qu'on leur redonne une place, ils ont encore un sentiment d'existence, parce que c'est vrai que souvent certains patients ont des propos parfois assez durs quand à leur propre vie, et c'est vrai que le fait de leur redonner ce sentiment d'appartenance au sein de la société, on peut engager une relation de soins assez intéressante. Et leur faciliter l'expression c'est très important parce que ça leur permet aussi de se libérer, parce que il y a tellement peu de communication quand ils sont dans un état de grande précarité... Voilà, c'est quelque chose d'essentiel.

> *Vous parliez du faciès, un visage fermé...*

11/ Oui, un visage fermé. Les expressions du visage... Déjà, ce sont des gens... parce que la nutrition est pas forcément optimale, parce qu'ils vivent dans un environnement qui n'est pas facile, les températures, les conditions climatiques, le froid, le vent, la pluie, et c'est vrai que

déjà ils ont une vieillesse qui malheureusement est avancée le plus souvent. Donc déjà au niveau du visage ça laisse des traces. Et, oui, le fait qu'il y ait un repli, par exemple le regard, quand on leur parle le regard n'est pas sur nous. Ils ont un regard qui est dans le vide, et souvent même quand ils parlent c'est peut-être avec un petit peu de gêne, un petit peu de recul, parce que peut-être que dans la rue le regard des autres n'est pas facile... alors qu'ici à l'hôpital, l'équipe, on fait le maximum pour leur redonner le maximum de dignité, qui leur appartient et qui leur est due, comme à tout être humain.

> D'une façon générale, on oublie la précarité pendant une minute, avez-vous remarqué un lien intuitivement entre la faiblesse des liens sociaux d'une personne, même si elle n'est pas en précarité, et des difficultés à s'inscrire dans une relation de soins ?

12/ Ah oui, oui...

> Par exemple une personne qui, en dehors du cadre de la précarité, ne reçoit pas de visites pendant plusieurs semaines...

13/ C'est déjà arrivé...

> Comment se passe la relation de soins dans ce cas ?

14/ Alors là c'est vrai que c'est assez difficile parce que, nous c'est vrai que dans le service on rencontre des maladies qui sont assez importantes, entre autre le VIH, et souvent les personnes qui sont dans cette situation, déjà si l'entourage ou la famille n'est pas au courant de la pathologie, donc forcément venir dans un service qui traite les maladies infectieuses ça peut être un frein, ça c'est sûr. On a des patients aussi, du fait qu'ils soient homosexuels, ne veulent pas la présence de leur entourage, parce que c'est pareil il y a le regard de l'entourage, et aussi l'entourage peut ne pas être au courant. Donc ça c'est des choses qu'il faut accompagner, donc là c'est vrai que plus que d'apporter une réponse ou une solution, c'est être présent, parce que seule la personne peut avancer elle-même, c'est son propre cheminement

personnel. On ne peut pas conseiller une personne ou l'obliger à dire à sa famille, on peut en effet être présent en lui apportant soutien psychologique et écoute, et après ça éventuellement faire le relai avec la psychologue qui est rattachée au service. Donc ça on peut le proposer quand on a nos réunions de service une fois par semaine. Donc ça peut être un relai. Mais en prime intention c'est à l'équipe soignante de proposer ce soutien psychologique. On n'a pas à relayer ça à la psychologue, on a notre part de relationnel à faire, c'est ça la relation de soins, on a la chance d'avoir un métier où la relation prend une part importante, il faut en profiter.

> Pour retourner à la précarité, est-ce que ça arrive que les personnes en précarité reçoivent de la visite de leur famille, ou est-ce que c'est rare...

15/ Ça arrive... C'est variable... Après je pense que c'est en fonction de l'histoire personnelle de chacun... C'est vrai que nous avons eu un patient qui est resté près de six mois dans le service, un Monsieur qui avait son frère mais visiblement il y avait des problèmes familiaux, donc son frère par contre appelait dans le service. Donc il y avait quand même un lien qui était encore présent, mais pas en terme de présence physique, il ne passait pas dans le service. Nous avons une autre patiente aussi là actuellement, son mari vient, ses enfants viennent... Après, oui, c'est variable d'une personne à l'autre, en fonction de l'histoire personnelle.

> Est-ce que ça vous est arrivé dans le service d'assister au rétablissement de liens familiaux à la faveur de l'hospitalisation ?

16/ ... À y réfléchir, moi en tout cas je n'en ai pas le souvenir... C'est vrai que ça fait un petit peu moins d'un an que je suis dans le service, donc... Non, on peut voir par contre l'engagement de la famille par rapport au patient, donc dans ce cas là ils ne vont pas forcément venir voir leur parent, mais peut-être prendre des nouvelles par téléphone ou autre. Alors c'est peut-être pas le meilleur moyen de communication dans le sens où par téléphone on donne très peu d'informations, mais... Après c'est une démarche qu'on explique au patient en disant « il y a votre famille qui a appelé », après...

> *Quand vous dites que la famille appelle, elle appelle le patient ou elle appelle l'équipe ?*

17/ Ah non, l'équipe, dans la salle de soins. Des fois on les transfère à la demande de la famille, ça ne se fait pas toujours en première intention, mais peut-être qu'au fur et à mesure il y a quelque chose qui va se recréer dans leurs liens, mais... Moi j'ai pas vu réellement, pour l'instant, ce genre de situations.

> *Et quand il y a eu l'établissement de liens ne serait-ce que téléphoniques entre la famille et l'équipe, c'était plutôt à la demande du patient ou de l'équipe ?*

18/ Souvent c'est le patient. Oui. Moi je pars du principe qu'on n'a pas à obliger quelqu'un, enfin à conseiller à quelqu'un de revoir la famille. On peut lui suggérer éventuellement de recréer des liens sociaux familiaux, mais après, de proposer cette idée de revoir la famille... pour moi ça relève d'une démarche personnelle... ça relève d'une démarche personnelle, après si la personne commence à en parler et autre, on peut éventuellement lui faire prendre conscience de ce qu'elle a dit, en utilisant des techniques comme la reformulation, pour que la personne prenne conscience de ce qu'elle a dit, et justement l'amener à ce cheminement personnel qui va l'aider, elle-même, à cette réorganisation de ses propres liens sociaux et familiaux.

> *Mais pas de suggestion directe...*

19/ Pas de suggestion directe, moi en tous les cas non. Après c'est aussi le vécu de chacun, moi je réagit comme ça, c'est ça aussi qui fait la force d'une équipe et c'est ça qui peut enrichir la relation de soins, c'est que chacun va apporter dans sa façon de travailler et dans sa façon d'entrer en communication avec le patient son propre ingrédient qui va faire que on va apporter une relation de soins qui sera je l'espère optimale pour le patient.

> *Dans le cas d'un patient en grande précarité, est-ce arrivé qu'une relation particulière s'établisse avec un ou deux membres de l'équipe, alors que ce serait un peu plus difficile avec*

les autres soignants... Pas plus proche, mais comme les relations de confiance dont vous parliez au début de l'entretien...

20/ Alors oui, c'est déjà arrivé. C'est vrai que dans le service des personnes qui sont comme ça en grande précarité, il nous arrive de... par exemple s'ils ont besoin... souvent ce sont des fumeurs, d'aller leur chercher du tabac, des petites choses comme ça... Donc voilà, le fait qu'on apporte une petite touche supplémentaire qui relève d'un engagement personnel aussi, c'est aussi instaurer un climat de confiance, et apporter dans la relation d'aide quelque chose d'assez important, tout en gardant toujours cette relation de distance qui fait qu'on ne doit pas non plus être proche du patient dans le sens où on est pas là pour faire copain-copine. Il y a le travail évidemment, mais on peut garder une certaine distance tout en ayant une relation personnelle pour pouvoir toujours permettre au patient de... de pouvoir vivre son hospitalisation au moins dans les meilleures conditions. C'est le sens humanitaire, on va dire.

> Cette relation personnelle, ça arrive plus souvent avec des personnes désocialisée ?

21/ Il n'y a pas de différence... Ça relève aussi de la base de notre métier, notre fonction d'infirmier c'est ça, c'est d'être proche du patient dans la mesure où il faut savoir être présent et répondre aux besoins fondamentaux. Pour moi la base c'est de répondre à ces besoins fondamentaux, et de pouvoir apporter quelque chose, et pourquoi pas quand on peut apporter quelque chose en plus, c'est bénéfique pour le patient, et pour nous parce qu'on a souvent des retours agréables. Ça enrichit notre expérience professionnelle.

> Quand il y a une relation personnelle qui se noue entre un patient et un soignant de l'équipe, vous avez l'impression que ça aide aussi les autres soignants à avoir une relation de soins avec ce patient, ou bien ça a tendance à polariser un peu la relation vers ce soignant ? Avec des remarques comme par exemple « ah non moi je veux que ce soit ce soignant qui me pose la perfusion »...

22/ Moi c'est vrai que pour l'instant je n'ai pas eu ce genre de comportements, mais c'est vrai que parfois le patient peut rentrer dans une certaine préférence on va dire. Peut-être aussi

parce que le contact passe mieux, on a chacun notre propre attitude, et notre propre forme relationnelle, on communique pas tous de la même façon, donc c'est vrai que... C'est pour ça, l'équipe peut permettre justement d'apporter la relation de soins idéale au patient, parce que on va apporter tous chacun quelque chose, et c'est ça qui va la construire, c'est pas un soignant uniquement. Mais c'est vrai que parfois oui ça arrive que certains patients aient des préférences, c'est normal. Mais on n'utilise pas par exemple, c'est ça que je voulais dire, de soignants référents. C'est vrai qu'on pourrait utiliser ça, surtout dans ce genre de prises en charge qui peuvent parfois être dans la durée... non, ce n'est pas quelque chose qu'on utilise...

> Par choix, ou parce que ça n'a pas été discuté ?

23/ Ça n'a pas été discuté, d'ailleurs ça m'a sauté là à l'esprit, je viens d'y penser. C'est vrai que pourquoi pas, il faudrait qu'on en parle en réunion de service quand on a ce type de patients, pourquoi pas...

> En fait c'est un peu la question que je voulais vous poser, y a-t-il des visites de travailleurs sociaux qui suivraient en dehors du cadre de l'hôpital un des patients du services ? Des visites régulières à des personnes qu'ils suivent, eux, déjà ?

24/ Non, jamais. Par contre on a l'assistante sociale qui permet de créer justement ces liens avec des associations extérieures. Sinon des travailleurs sociaux on n'a que des appels téléphoniques, je n'ai jamais vu de déplacement dans notre service. Des appels téléphoniques ça c'est sûr, des communications entre ces travailleurs sociaux et les médecins ça c'est sûr, mais après les déplacements sur place non. C'est arrivé, si, une fois, c'était pour un patient, c'était pour dépanner, pour des affaires, des petites choses comme ça, et en même temps pour voir pour le retour dans l'association, parce que c'est quelqu'un qui était hébergé, qui était en foyer. Donc voilà, c'est arrivé une fois, mais c'était un cas bien particulier en plus, c'était quelqu'un qui était dans une grande précarité avec un état dépressif, donc... Le fait d'avoir eu cette personne qui s'est déplacée, le travailleur social, ça nous a permis d'atténuer le climat de

tension qu'il y avait chez cette personne. C'est arrivé, si, une fois, mais vraiment c'est un cas très particulier.

> Donc un effet positif...

25/ Oui. Il faudrait l'évaluer dans les autres situations pour voir. Mais dans ce cas là ça a été positif.

> Vous évoquiez tout à l'heure l'idée de la référence... À votre avis ce serait quelque chose d'intéressant, ça pourrait aider vraiment les patients, toujours en ce qui concerne la relation de soins ?

26/ Alors ça serait intéressant parce que ça permettrait un suivi beaucoup plus important, notamment dans l'évolution de l'état de santé mais aussi dans l'évolution de l'intégration sociale... Le fait qu'on devienne référent de telle personne, on peut s'inscrire dans une dynamique professionnelle. C'est-à-dire peut-être travailler en collaboration avec l'assistante sociale pour mettre des projets en place, et puis d'intégrer aussi le reste de l'équipe dans ces projets. Mais c'est vrai, on pourrait être acteur... être acteur vraiment potentiel d'une prise en charge qui ne resterait pas seulement paramédicale à notre échelle, mais qui s'étendrait. Parce que c'est vrai que quand on rencontre un problème social ou autre, bon, on le signale au médecin, on le signale à l'assistante sociale, et le relais se fait. Et là c'est vrai que ça permettrait un engagement plus important au niveau du suivi. Une certaine continuité. Mais c'est vrai aussi, le fait d'être infirmier référent, ou soignant référent, ça peut être un aide-soignant aussi, mais le problème c'est qu'on a des horaires variables, donc est-ce qu'en terme de continuité ça permettrait un bon suivi, un bon maintien de cette relation de soins, je ne sais pas...

> En psychiatrie, souvent, les patients ont deux infirmiers référents...

27/ Oui, dans ce cas-là effectivement il ne faudrait pas un seul infirmier référent, il en faudrait deux, pour qu'il puisse y avoir un relai. Et que le patient ait toujours aussi des repères, c'est ça, c'est important. Et en plus ces personnes qui sont en grande marginalité ont besoin de repères, parce que par exemple déjà rien que des repères temporo-spatiaux c'est quelque chose qui n'existe même plus pour eux, il n'y a plus de notion de temps, de lieux, d'espace, et... Donc voilà, et c'est vrai que, oui, il y aurait un référent sur tel temps de travail, déjà ça permet de reconstituer une organisation de journée, ce qui peut être intéressant. Et puis la présence qu'on peut lui apporter.

> C'est important pour vous, ce lien particulier qui se crée avec les soignants, pour les personnes en grande précarité notamment...

28/ Oui. Tout à fait. C'est vrai que le service infectieux, c'est un service où l'on côtoie beaucoup de gens en exclusion, en marginalité, du coup c'est à nous de mettre tout en œuvre pour justement créer lors de leur hospitalisation une relation de soins telle qu'on voudrait qu'on la mette en place pour nous à leur place. C'est se mettre à leur place, c'est-à-dire l'empathie. Pour être infirmier il faut savoir se mettre à la place de l'autre pour pouvoir créer une relation de soins, une démarche de soins, optimale.

> Les personnes en grandes précarité, pour vous c'est d'empathie dont elles manquent finalement, d'attention, de présence...

29/ C'est de l'attention et de la présence. Par exemple, c'est bête, quand je sers le goûter, parce que je fais toujours mon rôle propre !, avec les aides-soignantes... par exemple ça va pas être une madeleine un café basta, ça va être beaucoup plus si la personne veut... Voilà c'est par exemple prendre soin de cette manière là, c'est chouchouter, c'est apporter un plus. Et puis c'est pas forcément à 16 heure le goûter, non si la personne a envie à telle heure, voilà. C'est ses besoins, et quand on peut y répondre au mieux, autant le faire. Et puis le faire de façon à ce que la personne ait encore ce sentiment de pouvoir décider elle-même, et bien ça lui

redonne aussi un sentiment d'appartenance. Parce qu'on lui prête attention, et on répond à sa demande.

> Et ça ils vous le renvoient explicitement que ça leur fait du bien ?

30/ Oui verbalement ça peut être exprimé. C'est pas toujours le cas... Où ça peut être en terme de comportement, des gens qui vont être moins renfermés... alors ils vont peut-être pas forcément plus discuter, mais on va sentir moins de repli sur soi. Ça c'est sûr.

> Est-ce que vous voyez d'autres actions qui pourraient être mis en place, outre tout ce qu'on a évoqué, pour les personnes en grande précarité au sein du service, et toujours dans le cadre de la relation de soins ?

31/ Ce qui pourrait être intéressant c'est de travailler avec des associations. Je pense à Emmaüs, aux Restaurants du cœur... C'est quelque chose qui peut être intéressant, parce que malheureusement on n'a pas toujours des réponses à la sortie du service pour le patient... Mais c'est difficile pour ces associations, car elles sont très sollicitées... Il y a un manque de moyens... mais notre assistante sociale s'engage beaucoup, se démène énormément, c'est rare qu'elle n'ait pas de solution à proposer.

Annexe / Entretien n°VI

22 octobre 2009

Hépatologie

Diplômée en 2008

> *Sur quoi selon-vous se construit la relation de soins ? Qu'est-ce qui fonde son importance ?*

1/ La relation de soins se construit à partir de la communication et de l'accueil... À l'entrée, c'est là que la relation va s'installer. L'infirmière doit être à l'écoute, et disponible aussi. Il ne faut pas hésiter à éliminer tous les parasites, comme la radio, la télé... Et le patient doit pouvoir faire confiance en se confiant, tout en sachant que l'infirmière ou l'infirmier ne le juge pas... Oui, c'est vraiment la confiance, la présence aussi...

> *La présence, l'écoute...*

2/ Beaucoup d'écoute, et surtout... une empathie, et ne pas juger...

> *De la part du patient, qu'est-ce qui facilite l'instauration de la relation de soins, ou la rend plus difficile ?*

3/ L'agressivité, le mutisme... Mais là aussi l'infirmière doit savoir être présente sans juger.

> *Et de la part du soignant ?*

4/ Ce qui facilite la relation de soins... c'est l'importance de la confiance. L'infirmière ne juge pas le passé ou la vie actuelle du patient. Il est nécessaire d'avoir un maximum d'éléments afin d'optimiser la prise en charge. Pour ce qui complique la relation de soins... le comportement inverse en fait, le jugement, le manque d'attention... Il faut vraiment être dans l'écoute, ne pas

juger, être à la disposition dès que possible... Et ne pas avoir une attitude trop distante non plus, on peut s'asseoir à côté du patient pour lui parler...

> *Qu'est-ce qui caractérise la précarité selon vous ?*

5/ Un niveau social défavorable, un niveau psychologique perturbé aussi... un passé et une histoire familiale chargés...

[interruption de l'enregistrement]

> *Qu'est-ce que vous entendez par là ?*

6/ Et bien souvent les patients qui passent dans la rue, soit on été quittés... enfin ont eu une difficulté face à la famille, un divorce, un décès, beaucoup de chose mais souvent la famille, si elle est présente... il y a une distance qui s'instaure... ils l'abandonnent... *[interruption de l'enregistrement]* Oui il y a toujours forcément une ombre quelque part... Il ne faut pas se leurrer, on est en France, les SDF dans la rue... on va pas leur donner la main... Donc voilà, la famille a honte, donc ils l'abandonne. Et tout ça, si tu veux quand il y a déjà une faille, soit un divorce, soit un décès, tu perds déjà quelqu'un, et si tout le reste de la famille se met contre toi... c'est pas évident...

> *Donc la rupture des liens familiaux est secondaire à l'entrée dans la précarité ?*

7/ Oui...

[interruption de l'enregistrement]

> *Et faites-vous une différence entre la précarité et la grande précarité ?*

8/ La grande précarité est surtout pour les patients SDF, ou avec des revenus très bas, insuffisants. La précarité peut concerner un panel de personnes plus important...

> *Qu'est-ce que vous entendez par « SDF » ?*

9/ Pour moi c'est un patient qui a rien, qui n'a pas de maison, qui n'a pas de boulot, qui n'a pas de famille, qui n'a pas de soutien... voilà... qui est seul, avec ses amis mais... pas forcément les bons amis quoi...

> *Est-ce qu'un patient SDF, d'après votre expérience, va recevoir de la visite durant son hospitalisation...*

10/ Non. De ceux que je me souvient, des patients SDF, non... Alors bien sûr il y a des assistantes sociales, des médecins...

> *Mais des amis, de la famille...*

11/ Jamais vu...

> *Vous avez donc des patients en grande précarité dans le service...*

12/ Oui, nous accueillons souvent des SDF.

> *Présentent-ils des difficultés spécifiques à s'inscrire dans une relation de soins ?*

13/ Ça dépend des cas... certains ont des difficultés à établir une communication, car ils sont très renfermés, et puis parfois il y a la barrière de la langue... Pour d'autre, bien au contraire, ils ont un réel plaisir à vivre avec des gens, et ils aiment l'attitude que nous avons en leur

apportant du soutien. Mais en aucun cas nous ne forçons les patients à communiquer avec nous. Nous préférons ne pas trop les brusquer afin qu'ils terminent leurs traitements ! Bien sûr, tout ça n'empêche pas qu'ils doivent respecter les règles du service...

> *Quand vous dites « renfermés »...*

14/ Et bien... quelqu'un qui a l'habitude de vivre tout seul, qui a l'habitude de ne pas se confier, qui a peur d'être jugé, qui a peur de ce qu'il va dire... forcément ça va être difficile, il faut vraiment créer une... une relation de confiance... autour du patient.

> *Et ça évolue, ça, au cours de l'hospitalisation ?*

15/ Ça peut. Alors souvent il ne va pas se confier à tout le monde. Il va... sentir plus une infirmière qu'une autre qui va... prendre des informations que nous on aura pas eu. Mais ça dépend de... de cette personne, de... de ce qu'on apporte, de ce qu'on attend, parce que chacune on a des attentes différentes par rapport au patient, c'est quelque chose qu'il ressent... Moi je peux poser des questions que mes collègues n'auront pas pensé à poser... voilà...

> *Et souvent il y a une relation particulière qui s'établit avec un membre de l'équipe...*

16/ Pas forcément... ça peut être avec tout le monde en même temps... Ça peut être une infirmière avec qui ça passe mieux, faut pas se leurrer, les patients c'est pareil, ils ont des infirmières qu'ils préfèrent, des infirmières qu'ils aiment pas...

> *Et donc ça peut arriver qu'un patient en grande précarité très renfermé à la base s'ouvre au cours de l'hospitalisation...*

17/ Oui. Ou il peut se passer l'effet inverse, un patient qui est très ouvert, très bavard, qui se renferme petit à petit...

> *Donc les patients en grande précarité, vous ne les forcez pas à communiquer, vous ne les brusquez pas, mais vous disiez qu'ils doivent respecter les règles du service... Avez-vous en tête un exemple d'une hospitalisation qui ne s'est pas passée un peu difficilement sur ce plan-là ?*

18/ On a eu un patient dernièrement, que j'ai reçu, un patient SDF qui est entrée via les urgences... En fait il n'est resté que trois jours, parce qu'il n'acceptait pas les règles qu'on lui fixait. Donc il voulait descendre fumer à trois heures du matin, il descendait fumer, il sortait de l'hôpital, voilà... Il voulait manger quand lui avait envie de manger, il sortait il revenait il était alcoolisé, donc voilà...

> *Et ce type de situations, ça arrive souvent ?*

19/ Ça arrive... Maintenant, ce n'est pas toujours comme ça.

> *Et vous réagissez comment dans ce genre de cas ?*

20/ Ça dépend... ça dépend déjà du type du patient... Parce qu'avec les patients qui sont en sevrage et nos patients à nous [*le service d'hépatologie accueille quelques lits d'addictologie*] le comportement est différent parce que les médecins sont différents, donc pour les patients alcoolisés nous en général on fait une alcoolémie, on recadre... les médecins vont, recadrent le patient. En général ils ont droit à une seconde chance, et puis voilà... On les met pas dehors tout de suite, mais après... on peut pas se permettre de... voilà, un patient qui s'alcoolise dans le service, il suffit que les autres s'en rendent compte, et puis hop, tous ceux qui sont en sevrage, qui ont des cirrhoses s'alcoolisent... On peut pas se permettre d'avoir un service comme ça, donc on recadre, une première fois on recadre, on laisse passer. On se dit, voilà, « ok, vous avez eu un raté, ça arrive, comme pour tout le monde, ça arrive de... », voilà il y a une chute, un problème, le groupe de parole s'est mal passé, annonce de diagnostic, voilà, tout

ce qui est difficile, il s'est alcoolisé, on lui dit « bon ok, ça c'est passé, on oublie, on repart à zéro... »

> *Et en dehors de l'alcoolisation ? Un comportement agressif d'un patient en grande précarité par exemple, pour une raison ou une autre...*

21/ Il va être recadré... Bien sûr s'il frappe le personnel soignant...

> *Non, non, agressivité verbale...*

22/ Agressivité verbale, il va être recadré. Par une aide-soignante, par un autre membre de l'équipe soignante, si ça se passe mal une deuxième fois ben voilà... C'est pas on se dit « il y a eu un raté, un foirage, dehors », non, on laisse une deuxième chance. Mais il ne faut pas que ça devienne une habitude que...

> En général les gens qui ont eu un comportement agressif se saisissent de cette « seconde chance » ?

23/ Ça dépend, il y en a qui viennent s'excuser, il y en a qui ne s'excuseront jamais et qui recommenceront, il y en a qui ne s'excuseront pas mais qui changeront complètement leur attitude, voilà... Ça dépend des gens, mais en règle général c'est « on s'excuse et on est prêt à repartir sur de bonnes bases », c'est quand même la plupart des cas ça... Voilà, on leur explique qu'ils sont là pour se faire soigner, soit ils appliquent les règles, soit ils ne viennent pas.

> *Finalement, le fait de donner cette seconde chance, de dire « voilà, ça c'est passé comme ça, mais ça peut se passer autrement », ça fait partie de cette relation de confiance...*

24/ Voilà !

> *En cas de difficulté, justement, comment avez-vous réagit au niveau de l'équipe ?*

25/ Nous parlons ensemble de la prise en charge établit par chacun des membres de l'équipe, aide-soignants, infirmiers, médecins, tout le monde... afin de voir laquelle est la mieux perçue par le patient. Et de fait nous prenons la plus optimale, celle qui fonctionne le mieux avec le patient.

> *Avec l'assistante sociale aussi ?*

26/ Ah mais pas forcément que l'assistante sociale ! Les infirmières aussi... On ne sort pas toutes de la même école, on est de régions différentes, on est diplômés d'années différentes, on a appris de façons différentes les gestes et l'attitude à avoir, voilà, chacune avec notre savoir on essaie, on en parle aux transmissions, voilà, il s'est passé ça, il m'a parlé comme ça, voilà, moi ça se passe bien comme ça... En tout cas si mes collègues me disent, voilà, si avec un patient avec qui je n'arrive pas à parler elles elles arrivent à parler d'une façon ou d'une autre, et bien je me dis ok, je prends leur façon de travailler, je suis là aussi pour apprendre, voilà je m'adapte. Aussi il y a les assistantes sociales qui interviennent... Des fois c'est avec les aide-soignantes que ça se passe mieux, ou avec les médecins qu'avec les infirmières, voilà, on n'est pas le centre du monde... On s'adapte, on cherche à vraiment prendre en charge le patient pour qu'il reste jusqu'au bout et qu'il soit vraiment là pour sa santé, et qu'il reparte sur une bonne base... Voilà, maintenant on ne peut pas tout changer, on n'est pas des super héros, il y a des patients qui ne changeront pas, il y a des patients qui changeront, voilà...

> *Cependant, pensez-vous qu'il serait possible d'améliorer la prise en charge ?*

27/ Pour ma part je pense que ces patients ne doivent pas se sentir différents des autres patients... La prise en charge doit être identique, tout en la personnalisant aux besoins de chacun.