

**I.F.S.I. du C.H.R.U. de Montpellier
1146 Avenue du Père Soulas
34295 Montpellier cedex 5**

***Du désir de soi...au désir de soin,
pour une tentative de réhabilitation vers le
soin des personnes en situation de grande
précarité.***

Travail de Fin d'Etudes
pour l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier

Rendu le 30 Juin 2010

VARGOZ Pauline
Promotion 2007/2010

**I.F.S.I. du C.H.R.U. de Montpellier
1146 Avenue du Père Soulas
34295 Montpellier cedex 5**

***Du désir de soi...au désir de soin,
pour une tentative de réhabilitation vers le
soin des personnes en situation de grande
précarité.***

Travail de Fin d'Etudes
pour l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier

Rendu le 30 Juin 2010

VARGOZ Pauline
Promotion 2007/2010

Je souhaitais remercier Mme HAYAUX, guidante, qui a cette sagesse de la discrétion,
et dont la foi en l'autre, sujet, soulage de bien des enfermements.
À Samuel, mon fils, onze ans bientôt ! et quel étonnement chaque jour de se rencontrer.
À René, méthodologue, de celui qui accompagne.
À Mélina, tout simplement.

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS EMPLOYÉES.....	6
INTRODUCTION	7
DE LA SITUATION D'APPEL AU QUESTIONNEMENT.....	8
CHAPITRE 1 : LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	10
A. Qu'est-ce que la précarité ?.....	10
1. Généralités	10
2. Identités ravagées	11
3. Du social au pathologique, ou...?.....	11
4. Le temps, l'espace, le social.	12
5. Et le corps...?.....	13
6. « La santé...mais pourquoi faire ? »	14
B. Qu'est-ce qu'être soignant ?.....	15
1. La santé, pour nous soignants...?	15
2. Un accueil soignant.	16
3. L'équipe pluriprofessionnelle, le travail en réseau.	17
4. Un espace thérapeutique.	18
CHAPITRE 2 : LA PRÉ-ENQUÊTE	20
A. La définition du contexte	20
B. L'analyse et la confrontation	21
1. Question 1 :	21
2. Question 2 :	21
CHAPITRE 3 : LA PROBLÉMATIQUE	27
A. Le choix de la problématique.....	27
B. Le cadre de référence	28
1. Le cadre contextuel	28
2. Le cadre conceptuel.....	30
CONCLUSION	32

BIBLIOGRAPHIE.....	33
ANNEXES	36

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS EMPLOYÉES

A.M.E. : Aide Médicale d'État

A.S.V. : Atelier Santé Ville

A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance

C.H.A.P.S.A. : Centre d'Hébergement et d'Assistance pour Personnes Sans Abris

C.H.R.S. : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

C.O.R.U.S. : Centre d'Orientation et de Réponse à l'Urgence Sociale

D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

F.H.U. : Foyer d'Hébergement d'Urgence

I.D.E. : Infirmier Diplômé d'État

I.S.P. : Infirmier de Secteur Psychiatrique

I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

L.H.S.S. : Lits Halte Soins Santé

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

P.A.S.S. : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

P.R.A.P.S. : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

S.A.O. : Service d'Accueil et d'Orientation

S.D.F. : Sans Domicile Fixe

U.M.I.P.P.P. : Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour Personnes en situation de Précarité

INTRODUCTION

En entrant à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, je n'avais qu'une vague représentation du métier infirmier. Quelques valeurs personnelles m'étaient chères, mais elles étaient encore loin de constituer le socle d'une identité professionnelle. Ces trois années de formation ont permis l'accumulation d'un certain savoir dit « infirmier », mais c'est bien par la réalisation de ce travail de fin d'études, que j'ai pu saisir ce qu'il en était de la construction de mon identité professionnelle en devenir. Mettre par écrit, déposer en ce lieu, l'orientation que je souhaite donner à ma pratique, a fait émerger la saveur soignante qui m'est singulière. Et bien plus qu'une simple formalité de recevabilité à un diplôme, c'est véritablement la richesse d'un cheminement sur ce qui allait me faire professionnelle, que j'ai pu trouver dans ce travail de mise en recherche.

Assez tôt dans mon cursus, j'ai été interpellée par ce qui constitue le fil conducteur de cette réflexion : j'occupe une position de soignante et je me retrouve face à des personnes, en situation de grande précarité et dégradées physiquement, qui ne sont pas en demande de soins. Or de ma position, je ressens la nécessité de soins comme étant imminente. Voilà de quoi se questionner sur mon engagement dans le soin. Qu'est-ce que cela représente pour moi, et bien entendu pour ces personnes. Quelles sont les raisons de leur non-demande ?

Ainsi, j'exposerai la situation qui est à l'origine de cette réflexion. Puis, selon les recommandations méthodologiques et les exigences du cahier des charges, un premier chapitre recueillera les grands thèmes issus de la recherche documentaire. Ils seront ensuite confrontés au travail de pré-enquête du deuxième chapitre. De cette confrontation découlera le choix d'une problématique de réflexion, qui fera l'objet du dernier chapitre.

DE LA SITUATION D'APPEL AU QUESTIONNEMENT

La situation d'appel se déroule sur mon dernier stage de 1ère année en Santé Publique. Je suis avec une infirmière de Santé Globale qui intervient auprès d'un public en situation de précarité. Elle effectue des permanences d'entretiens infirmiers dans les structures d'accompagnement social de type C.H.R.S. (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) ou S.A.O. (Service d'Accueil et d'Orientation) comme le centre C.O.R.U.S. (Centre de Coordination et de Réponse à l'Urgence Sociale). Le centre C.O.R.U.S. propose tous les matins, un petit déjeuner et la possibilité de se laver pour les personnes vivant à la rue. Il a également un rôle d'orientation et de suivi effectué par des travailleurs sociaux référents.

Ce jour , nous sommes donc à C.O.R.U.S. et une femme âgée d'environ 45-50 ans nous est orientée par l'accueil. Nous la recevons toutes les deux, et réalisons un premier recueil de données sur sa situation de manière plutôt informelle, puisque l'infirmière ne prend que quelques notes et laisse surtout parler la personne.

Son discours est assez confus, elle parle d'un appartement partagé avec un ami avec qui la vie commune n'est plus possible, elle parle de complot de la part des voisins ou des bailleurs pour la mettre à la porte...Cliniquement, elle présente une alopecie assez marquée, elle est logorrhéique et son humeur est labile. Elle dit être très fatiguée et usée par la violence qui règne dans la rue, notamment de la part des hommes. Elle déclare se méfier de tout. Lorsque nous l'interpellons sur son alopecie, elle nous répond que ce n'est rien, que de toutes façons elle ne ressemble à rien et que c'est certainement pour cela que son ami l'a mise à la porte. Ce discours dévalorisant sur soi et cette mauvaise image du corps est assez récurrent, et j'ai pu l'observer plusieurs fois lors des différents entretiens avec ces personnes en situation de grande précarité.

Nous tentons alors de lui proposer une hospitalisation pour se reposer et de suite elle souligne être hostile à une hospitalisation en psychiatrie. Nous lui parlons alors de maison de repos, mais bien qu'elle y soit moins réfractaire, elle reste assez fuyante. L'entretien se termine avec une proposition de rendez-vous fixé à quinze jours au sein de la permanence de C.O.R.U.S.. Une fois la personne sortie, nous faisons un peu le point et convenons que celle-ci présente un état clinique nécessitant des soins. Une orientation vers l'infirmier de l'U.M.I.P.P.P. (Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour les Personnes en situation de Précarité), fonctionnant sur permanences comme l'infirmière de Santé Globale, semble tout à fait à propos. Suite à l'entretien, nous prenons un café sur le trottoir avec les usagers, Mme B. sollicite à nouveau l'infirmière et j'invite alors l'infirmier de l'U.M.I.P.P.P. à se joindre à nous. Il se présente et de suite Mme B. se ferme, elle est mal à l'aise, fuit. Visiblement cette présence masculine et de surcroît représentant la psychiatrie la dérange. Nous la voyons alors longer le mur jusqu'à disparaître au premier angle de rue.

Ce qui m'interpelle alors dans cette situation, c'est que cette personne que nous identifions comme ayant besoin de soins, nous échappe littéralement, en fuyant, sans que nous ayons moyen de la joindre, sans même savoir où elle dort.

Bien que cela ne soit pas sa priorité, elle semble paradoxalement en demande de soins, ou du moins d'écoute, puisqu'elle sollicite à nouveau l'infirmière sur le trottoir.

Comment alors travailler dans ce seul instant qu'est la permanence ?

Compte tenu des parcours de vie souvent difficiles et des intervenants multiples qui se succèdent dans le cadre d'une désocialisation, aurais-je mieux fait de ne pas faire intervenir l'infirmier de l'U.M.I.P.P.P. et de privilégier une relation de confiance qui ne demandait qu'à être instaurée ?

Ces questions se posent d'autant plus que Mme B. semble avoir une image d'elle-même qui ne l'engage pas à prendre soin d'elle, de sa santé, tant elle se dévalorise. Que faire en tant que soignante face à un tel délabrement de l'estime de soi. Est-ce qu'un « prenez bien soin de vous » ou même un « nous allons prendre soin de vous » est entendable, comment l'adresser à quelqu'un qui, par essence, n'a pas d'adresse ?

De ce questionnement découle la formulation de la question de départ qui sera à l'origine de ce travail de fin d'études :

En quoi le soignant, en structures d'accompagnement social, influe-t-il sur l'engagement dans une démarche de santé d'une personne en situation de grande précarité ?

Cette question renvoie à plusieurs champs professionnels infirmiers. J'ai fait le choix de la traiter à travers le prisme des sciences humaines.

CHAPITRE 1 : LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

A. Qu'est-ce que la précarité ?

Pour commencer ce chapitre il semble important de définir la précarité d'une manière assez généraliste, pour resserrer peu à peu l'entonnoir sur certains aspects qui nous intéresseront plus avant dans la pratique soignante. Ainsi, seront abordées les notions de subjectivité, de relations sociales, d'espace-temps, de corps et de santé sous l'angle de la précarité.

1. Généralités

Le terme « précarité » est défini en 1987 par le père Joseph WRESINSKI, dans son rapport intitulé « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». Pour lui, *« la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux [...]. L'insécurité qui en résulte [...] conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines d'existence »*¹.

Jean FURTOS nous rappelle quant à lui la normalité d'une précarité constitutive de l'être humain². L'enfant est en situation précaire, de vulnérabilité, et c'est dans ses rapports aux adultes, dont il dépend, que viennent se construire certaines de ces sécurités de base, indispensables à un développement sécurisé. Des liens de confiance se tricotent au décours des situations de détresse : la confiance en l'autre, aidant ; la confiance en soi, digne d'être aidé ; la confiance en l'avenir, pour appréhender de nouvelles situations difficiles. Or le contexte social actuel conjugué à la singularité d'une histoire de vie, peuvent faire s'ébranler l'édifice et entraîner une *« triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre, qui ne reconnaît pas l'existence, perte de confiance en soi-même qui perd sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, avec une atténuation des désirs, projets et rêves qui appellent à continuer et à transmettre. Il devient impossible de rêver l'avenir »*³.

¹ LAVAL C., *Précarité, des faits aux usages*, in Soins Psychiatrie n°258 sept/oct 2008. p.18

² FURTOS J., *Les cliniques de la précarité*. Paris: Masson, 2008. p.13

³ Ibid. p.13

2. Identités ravagées

Le plus frappant et le plus récurrent qui émane de ces personnes est la dévalorisation de soi. Dans le discours d'une part, la sémantique du « bon à rien » déclinée à tous les niveaux surgit spontanément, ou bien de manière plus subtile, inattendue, derrière un « tout va très bien » qui se veut conventionnel et rassurant. Mais cette estime de soi ravalée après trop de « chutes de (la) vie », imbibe parfois tellement la personne que même dans sa posture, son regard fuyant, sa manière timide d'échanger quelques mots, la honte se manifeste. Honte de ne plus participer à un monde social, productif, où chacun se doit de réussir, notamment professionnellement afin de se présenter à la communauté humaine (« l'étiquette » professionnelle contribue fortement à la déclinaison de l'identité après le nom). Honte devant l'obligation de recourir aux services sociaux pour « *(sous)vivre* »⁴ et ainsi être mis face à sa non-réussite. Cette non-réussite quant à assurer la satisfaction de ses propres besoins vitaux, revient en quelques sortes à une régression dans la dépendance totale à l'autre. Cette position est difficilement soutenable pour des sujets dont précisément l'enfance, période de dépendance par excellence, « *a souvent été marquée par des traumatismes graves* »⁵. Et devant l'impossibilité d'élaborer cette souffrance, de se la représenter par la parole, puisqu'elle est venue souvent se graver bien avant l'ère langagière du sujet, il peut en venir à s'exclure de lui-même. « *Il s'agit de sujets, qui, psychiquement, s'ignorent* »⁶. Fermer la porte des affects présents, jusqu'à ne plus ressentir la douleur, même physique, sauvegarde le sujet de reviviscences historiques auxquelles se confronter relèverait du danger absolu. Or, peut-être qu'avant d'en arriver à « *se couper de soi[...], se retirer de soi, de l'affection de soi,[...] pour survivre* »⁷, ce sentiment profond de honte peut être entendu aussi comme le « *dernier appel aux autres* », puisque la honte sous-entend une « *conscience du regard - supposé ou réel - de l'autre sur soi* » et qu' « *elle signe, en même temps, l'angoisse d'être exclu de ce regard* »⁸.

3. Du social au pathologique, ou...?

Ce qui nous amène à la question de la relation d'altérité. Comment reconnaître l'autre, en tant que semblable, dans cette difficulté de se reconnaître soi-même humain ? Ou bien encore comment se reconnaître humain dans cette difficulté de reconnaissance de la part des autres, dans cette négation de l'existence qu'ont vécu certains au décours de leur parcours de dégringolade sociale. Il ne s'agit pas ici d'apporter de réponse

⁴ MAISONDIEU J., *Un choix politique d'actualité : en finir avec l'exclusion ou réhabiliter la folie ?* Pratiques en santé mentale, n°1, 2000. Téléchargé le 31/12/09 sur http://rnrms.ac-creteil.fr/spip/IMG/esf/bi_spsy/bi_spsy2.htm#10

⁵ DECLERCK P., *Les naufragés : avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2003. p.286

⁶ Ibid. p.309

⁷ ROUSSILLON R., *Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique*, in FARINA C., *De l'errance à l'attachement. Le « sans-abrisme », une pathologie du lien*. Mémoire de D.S.T.S., Collège Coopératif Rhône Alpes, Lyon, 2008. p.29. Téléchargé le 20/08/09 sur : http://www.orspere.fr/IMG/pdf/RECHERCHE_DSTS-C.Farina.pdf

⁸ QUESMAND ZUCCA S., *Je vous salis ma rue, clinique de la désocialisation*. Paris : Stock, 2007. p.106

étiologique à la question de l'exclusion. A savoir du versant sociétal, avec ses facteurs socio-économiques contraignants et sélectifs, ou du versant psychologique, individuel, avec ses traumas incrustés, non symbolisés ; de qui, de l'un ou de l'autre, aurait une causalité linéaire à un processus de désocialisation. Il est question ici, de prendre en compte, dans une perspective soignante, ce que Patrick DECLERCK pose comme une « *pathologie du lien* », « *du lien à soi-même, comme du lien aux autres et au monde* »⁹. Les personnes sans domicile et désocialisées ont, la plupart, survécu à une succession de ruptures et d'abandons leur enlevant toute chance de développer une confiance en l'autre et en l'aide qu'il peut apporter en cas de difficultés. L'autre devient menaçant puisqu'il est susceptible de rejeter ou d'être absent de la relation. Les différentes représentations de l'autre, maternant à la première heure, et les comportements qui en découlent dans la relation, s'éclairent au regard des théories de l'attachement de John Bowlby, puis de Marie Ainsworth, qui décrivent les différents types d'attachements angoissés (insécure évitant, insécure ambivalent, désorganisé)¹⁰. Ainsi, pour beaucoup de personnes en situation de grande précarité, les passages à l'acte viennent, de façon récurrente, détruire le lien préalablement établi, comme provoqués par une « *peur dès qu'un objet d'amour se dessine. Il semble qu'ils prennent peur, de manière très archaïque, comme si l'impuissance primitive face à la menace du monde extérieur les habitait à nouveau : sorte d'éprouvé de non être qui paralyse. Ils demandent de l'aide mais l'autre est toujours un ennemi* »¹¹. Ceci permet de mettre en exergue l'un des principaux écueils rencontrés dans la mise en place d'un quelconque lien, y compris thérapeutique.

4. Le temps, l'espace, le social.

Au delà de cette mise en place compromise du lien, c'est toute l'inscription dans le social qui semble altérée. Être *sans adresse* revient en partie à ne pas être joignable, par les fantômes du passé d'une part, et par les projeteurs vers « un avenir meilleur » d'autre part. Réelle rupture d'avec un espace-temps qu'il est impensable d'habiter, « *le sujet, psychologiquement, n'occupe plus que le point de l'instant, cet atome de réel entouré de néant. Cette forme particulière de rapport à la réalité condamne à l'impossibilité de penser. L'atome de temps ne se pense pas puisqu'il ne saurait prendre son sens qu'au regard du passé et du futur* »¹². La notion de temps social, consensus construit par les humains pour vivre ensemble, est ici totalement délitée, perdant de fait sa fonction d'ancrage dans la communauté des semblables. « *Les rendez-vous institués [...] s'avèrent souvent inadaptés car les personnes se caractérisent par le fait de paraître et de disparaître au gré des propositions de prise en charge* »¹³. Ainsi, il semble que le travail avec ces personnes, nécessite la prise en compte de cette difficulté d'inscription

⁹ DECLERCK P., Op. Cit. p.365

¹⁰ BIDEAU J., HOUDE O., PEDINIELLI J-L, *L'homme en développement*. Paris : PUF, 2001. p.137

¹¹ BIRRAUX T., *Les recours à « l'échappée belle »*, in FARINA C. *De l'errance à l'attachement. Le « sans-abrisme », une pathologie du lien*. Mémoire de D.S.T.S., Collège Coopératif Rhône Alpes, Lyon, 2008. p.25. Téléchargé le 20/08/09 sur : http://www.orspere.fr/IMG/pdf/RECHERCHE_DSTS-C.Farina.pdf

¹² DECLERCK P., Op. Cit. p.301

¹³ ARVEILER J.P., GRIMAULT S., MERCUEL A., et al., *Vers la construction d'une clinique psychosociale, le service d'appui santé mentale et exclusion sociale*, in Soins psychiatrie n°258, sept-oct 2008. p.22

dans une chronologie classique. La notion de suivi au long court occupe ici sa dimension la plus élastique, au regard des rebondissements et des ruptures multiples que peuvent comprendre ce type d'accompagnement.

5. Et le corps...?

De cette rupture d'avec le corps social, c'est aussi plus singulièrement une rupture avec son propre corps que l'on peut observer chez les personnes en situation de grande précarité. Ce corps-là est mis à rudes épreuves. De même que le moi psychique est désarticulé d'une réalité subjective trop violente, l'enveloppe corporelle, « le moi-peau » dirait Didier ANZIEU, est également hors champ. Les sollicitations physiologiques trop importantes et trop extrêmes, de stress, de froid, de faim, d'inconfort et de maladie, ont eu raison de la sensibilité de l'individu. « *Trop pauvre pour manger à sa faim, trop abîmé pour séduire, c'est une nécessité pour lui de négliger son corps afin de ne pas tenir compte de ses besoins, de ne pas ressentir ses souffrances, d'étouffer ses désirs, de pouvoir supporter les intempéries et l'indifférence des inclus* »¹⁴. Ce corps devient la bête noire à tuer, à faire taire. Il en va de la survie que de s'en déconnecter. Et pour autant, on observe un autre usage spécifique du corps dans la précarité. Gisèle DAMBUYANT-WARGNY¹⁵ met en relief trois espaces dimensionnels dans lesquels s'articule cette notion de corps précaire. Premièrement, l'espace privé : « *plus la désocialisation s'installe, plus l'espace privé se rétrécit autour de l'individu, autour de son unique espace corporel.* » ; réflexion à prendre en compte dans l'abord de cet espace représentant l'unique et résiduel domaine de l'intime, peut-être aussi la dernière prise sur soi, le seul lieu où il est encore possible de choisir. Deuxièmement, l'espace économique : « *plus la désocialisation s'installe, moins l'individu va avoir de choix pour ses activités économiques, jusqu'à en être réduit à la seule possibilité d'être rémunéré en exhibant son corps.* » Ce délabrement corporel devient « monnayable », un corps abîmé comme ultime ressource, comme dernier capital, possible vecteur d'échanges marchands (on ne fait pas la manche en habits neufs et ne présentant aucun signe de carences...) et/ou relationnels, dans le soin par exemple (« *je ne meurs pas tant que vous me soignez, mais si vous me guérissez, je meurs à vous et donc à moi, puisque je n'ai d'existence que par ce soin* »¹⁶). Et pour finir, l'espace social : « *plus la personne se désocialise, plus ses réseaux relationnels vont se retréindre pour aboutir, in fine, à l'isolement total de l'individu ; le laissant alors seul avec son corps* », qui tient place d'un compagnon de galère, fidèle face aux désagréments encourus, celui qui ne lâche pas, n'abandonne pas....jusqu'où ?....

¹⁴ MAISONDIEU J., *Do Mi Si La Do Ré*, in Rhizome n°7, décembre 2001. p.12

¹⁵ DAMBUYANT-WARGNY G., *Quand on n'a plus que son corps*. Paris : Armand Collin, 2006. p.20

¹⁶ QUESEMAND-ZUCCA S., Op. Cit., p.85

6. « La santé...mais pourquoi faire ? »¹⁷

De ce corps, compagnon de l'errance et capital de survie, qu'advient-il lorsqu'il est défaillant ? Et peut-être avant tout, de quelle défaillance faut-il parler ? Laquelle est entendable lorsqu'on a une « *écoute très tardive des symptômes* »¹⁸ qui viennent alors crier alerte ? On observe le plus souvent qu'un recours aux soins intervient uniquement lorsque les fonctionnalités essentielles du corps (manger, dormir, se déplacer...) sont atteintes. C'est alors dans les services d'urgences que l'on retrouve ces personnes en demande de soins « sur l'instant », puisque la maladie vient entraver leur mode de fonctionnement au quotidien, au-delà de leur résistance à la douleur. Il est courant d'ailleurs, d'être confronté à des demandes qui ne semblent pas relever d'une priorité sanitaire : telle personne consultera pour une plaie du pied (contraignante dans ses déplacements), qui pourra être relativement vite traitée. En revanche, elle présentera une toux purulente et intense bien plus inquiétante, mais qui ne sera pas prise en compte, dans la mesure où elle implique un traitement plus lourd et plus long, et surtout qu'elle n'est, pour le moment, pas handicapante. Ainsi, c'est dans une « *logique de l'immédiateté* »¹⁹ que ces personnes raisonnent en matière de santé. Aucune anticipation de la maladie n'est opérante et la notion de prévention, puisqu'elle vient projeter dans un suivi au long cours, n'a que peu de consistance dans ce contexte de précarité²⁰. Compte tenu des conditions de vie et de ce déni de la maladie, « *il est presque impensable de trouver une personne, en situation précaire, qui soit en bonne santé.* »²¹ Bien que les enquêtes concernant l'état de santé des plus démunis soient, pour des raisons de faisabilité, peu représentatives, on note tout de même la prévalence de certaines pathologies. Au C.H.A.P.S.A. (Centre d'Hébergement et d'Assistance pour Personnes Sans Abris) de Nanterre, une étude a été menée en 1996 auprès de 276 personnes ayant recours à l'antenne médicale. Les motifs de consultations étaient les suivants : « *pathologies infectieuses [...] 22 %, alcoolisme [...] (et troubles associés) 15 %, dermatologie [...] 15 %, examens et surveillance 15 %, psychiatrie 8 %, traumatologie [...] (notamment en début de mois en lien avec le versement des allocations qui engendre bagarres et autres querelles) 8 %, autres motifs 24 %* »²². Mais ces pourcentages ne concernent que certaines personnes ayant fait la démarche de consulter. On peut tout de même y rajouter ce chiffre concernant l'alcool : sur 110 entretiens réalisés en salle d'attente de l'antenne médicale, « *91 % des sujets disaient consommer trop d'alcool et/ou pensaient que l'alcool avait joué un rôle dans leur désocialisation* »²³. Par ailleurs, « *tous les experts s'accordent aujourd'hui pour dire qu'en France 30 % des sans-domicile fixe (S.D.F.) sont des psychotiques* »²⁴. Autre caractéristique à prendre en considération pour éviter l'écueil, si souvent rencontré, d'une psychiatrie qui renvoie au social ce qu'elle ne peut traiter, et de travailleurs sociaux qui renvoient à la psychiatrie ceux pour qui ils ne sont pas formés. Également

¹⁷ SARTRE J.-P., in BOKOBZA H., *Le passage à tabac du fumeur*: Association ISADORA, 2010.

Téléchargé le 26/02/10 sur : <http://www.isadora-vignogoul.com/spip.php?article63>

¹⁸ DAMBUYANT-WARGNY G., Op Cit., p.49

¹⁹ CHOBEAUX F., *Les nomades du vide*. Paris : La Découverte, 2004. p.50

²⁰ DAMBUYANT-WARGNY G., Op Cit., p.48

²¹ Ibid., p.44

²² DECLERCK P., Op. Cit., p.404

²³ Ibid., p.407

²⁴ COUPECHOUX P., *Traitement sécuritaire de la folie*, in Le Monde diplomatique, Décembre 2009. p.6

mis en relief dans un rapport de l'I.N.S.E.E. (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), intitulé « *Lien social et santé en situation de précarité* »²⁵, on note que plus les liens sociaux s'amointrissent (entendu ici par liens sociaux, les contacts relationnels familiaux et amicaux au-delà de la camaraderie usuelle de la rue), moins les personnes se jugent en « bonne santé », et moins elles ont recours aux soins. Il semble alors important de repérer l'isolement relationnel dans lequel se trouvent les personnes auxquelles nous nous adressons, afin d'aiguiser notre attention.

B. Qu'est-ce qu'être soignant ?

Après avoir étudié les différents aspects de la population précaire rencontrée, et ainsi avoir souligné ce qui peut, en partie, expliquer ce que l'on nomme un « refus de soins » ou tout du moins une « non-demande », il est intéressant également de se questionner sur ce que cela implique chez le soignant. Ainsi, au regard de l'évolution de la médecine, nous aborderons le concept de santé, ici du côté soignant, et la frustration engendrée face aux situations rencontrées. Viendra ensuite une ébauche de ce que pourrait être le soin inscrit dans une perspective humaniste, suivi d'un regard bref sur le travail en équipe pluridisciplinaire et en réseau, découlant ici de la place particulière de l'infirmière en structure d'accompagnement social. Et pour finir, notre attention se portera sur quelques approches spécifiques du travail soignant et la dimension d'espace thérapeutique, avec des personnes en situation de grande précarité.

1. La santé, pour nous soignants...?

Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes sans domicile fixe sont bien loin d'une représentation de la santé tel cet « état complet de bien-être physique et moral » défini par l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé). Cette disparité de représentation, si elle n'est pas métabolisée par la compréhension de l'autre, risque d'engendrer une certaine dose de frustration chez le soignant [cf. Annexe 1]. Pour expliquer cette frustration possible, il est intéressant d'analyser dans quelle ambiance - en tant qu'environnement dans lequel nous baignons - nous avons été élevés au rang de professionnels de santé. La médecine, dont le corps infirmier découle, est le fruit d'une évolution non sans incidence sur nos représentations de la santé. Originellement science de l'homme, empirique, incertaine, avec Hippocrate, elle est devenue au début du 18ème siècle, notamment avec Claude BERNARD, « *science du corps de l'homme* »²⁶, fondée désormais sur des savoirs techno-scientifiques conquérants. D'un « art » de guérir les malades, on bascule dès lors vers une « science » de guérir les maladies, toujours plus savante et salvatrice. Bien entendu, il ne s'agit pas ici de renoncer aux progrès

²⁵ PERETTI-WATEL P., *Lien social et santé en situation de précarité*. Rapport de l'I.N.S.E.E. N°391-392, 2006. p. 115 à 130. Téléchargé le 23/08/09 sur : http://insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es391-392f.pdf

²⁶ HESBEEN W., *Travail de fin d'études, travail d'humanité*. Paris : Masson, 2005. p.50

prometteurs de la médecine contemporaine, mais simplement de surligner son corollaire, qui est la toute puissance du discours scientifique dont elle se soutient. Le rationalisme scientifique n'a de cesse d'objectiver l'organe, la maladie (et en effet, c'est ce qui lui a permis de comprendre et de guérir) au détriment du malade lui-même et de ce qui le fait sujet, de ses désirs notamment, y compris le désir de mourir. « *L'illusion de pouvoir guérir* »²⁷ régit encore bon nombre de nos comportements soignants, et l'accumulation de connaissances scientifiques, prenant valeurs de certitudes, fait du soignant « celui qui sait » ce qu'est la santé. Jean Pierre LEBRUN dans sa thèse « *De la maladie médicale* »²⁸, reprend bien toute cette évolution de la médecine vers une déshumanisation qui lui est nécessaire pour maîtriser plus avant cet inconnu qu'est le vivant. De cette médecine « *a-subjective* », il nous décrit non seulement l'objectivation du statut du malade mais également de celui du médecin, s'effaçant en tant que sujet derrière sa seule fonction d'« *agent de la médecine* ». « *C'est cette double exclusion du sujet qui constitue la réduction scientifique. Ce qui est exclu d'une démarche médecin-malade, c'est autant le médecin que le malade ; ce qui reste sur le devant de la scène, c'est la maladie et la médecine.* »²⁹ D'emblée, il semble délicat pour tout un chacun de faire entendre ce qui relève de sa subjectivité, encore plus lorsque celle-ci est ébranlée, peu solide, « précaire », « sans adresse » qui pourrait la recevoir. Reste aux plus démunis, à crier, refuser, exprimer, de manière forte et manifeste, le peu de vivant qui résiste.

2. Un accueil soignant.

Travailler avec les personnes « à la rue » relève d'une spécificité de la pratique soignante et nécessite une « *culture de la précarité* »³⁰. En effet, « *les soignants [...] doivent faire le deuil de la guérison : il faut qu'ils acceptent le « non-faire »* »³¹. Mais revenons aux fondements de la pratique soignante, inscrite dans une perspective humaniste, bien que, nous venons de le voir, baignant dans un discours scientifique quelque peu déshumanisant. Walter HESBEEN définit le travail infirmier comme un art. Pour lui, l'infirmier est l'artisan des « *petites choses* »³², en ce sens que le soin infirmier se crée, s'invente, se façonne à chaque rencontre au regard de la complexité de ce qui fait l'humain - complexité, comme ensemble d'éléments interdépendants et interagissants. « *Dans sa réalité profonde, le soin infirmier est [...] plus marqué par la subtilité, la spontanéité, la créativité et l'intuition que par la science et la technique* »³³. Si la science est objective, la pratique infirmière se doit d'être subjective, et ce, doublement. Il s'agit bien ici de la rencontre de deux personnes : l'une bénéficiant de certaines connaissances mais aussi de tout autres choses qui la constituent humaine avant tout (l'humour, la simplicité, l'authenticité...), et l'autre, vivant une situation de

²⁷ HESBEEN W., Op. Cit., p.50

²⁸ LEBRUN J.P., *De la maladie médicale*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1993. 266 p.

²⁹ LEBRUN J.P., Op. Cit., p.45

³⁰ BIBOUD A., COURTEMANCHE H., *Personnes en situation de précarité, quand les infirmières interrogent leur pratique*, in Revue de l'infirmière n°90, Avril 2003. p.28

³¹ TERESINHA FERREIRA J., *Soigner les mal soignés : ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecins du Monde*. Paris : Budapest : Torino : L'Harmattan, 2004. p.207

³² HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital*. Masson : Paris, 1997. p.45

³³ Ibid., p.46

vie particulière pour laquelle elle demande (plus ou moins explicitement) une aide, ou simplement une attention, qui soit tout aussi particulière. Ce que l'on peut ainsi nommer « dé-marche de soin » s'incarne en effet dans un mouvement du « aller-vers », à la rencontre de la personne, de l'accueillir dans ce qui la préoccupe, de la considérer comme un être singulier. De cette rencontre, doit pouvoir émerger, sur un canevas tissé de confiance, un « *espace de co-création* »³⁴. Cet espace, s'il reste ouvert, permettra aux moyens et ressources des deux acteurs de se conjuguer, se nourrissant de la créativité de l'un et de l'autre, pour concevoir l'aide à vivre répondant au mieux à la situation. L'infirmière propose à la personne de faire ensemble « un bout de chemin », de l'accompagner, de l'éclairer le long des routes, diverses et parfois sinueuses, qu'elle pourra emprunter, afin qu'elle trouve la sienne, celle qui est porteuse de sens pour elle. Ce chemin ne sera peut-être pas celui d'une santé normative au sens de non-maladie. Le biologiste René DUBOS le décrit très bien ainsi : « *Chacun veut faire quelque chose de sa vie et a besoin pour cela d'une santé qui lui soit particulière* »³⁵. A nous, soignants, de ne pas nous laisser aspirer par cette santé-absence-de-maladie, si attractive, protocolisée, transparente, mais dénuée de sens, standardisée, homogénéisée, où la personne n'existe plus, ni soignée ni soignante.

3. L'équipe pluriprofessionnelle, le travail en réseau.

Ce que nous décrit W. HESBEEN, comme relation d'accompagnement de la personne soignée, n'est pas l'apanage de la seule infirmière. Il le précise lui-même, et se positionne non pas du côté d'une théorie de soins infirmiers, mais bien du côté d'une philosophie soignante qui concerne tous les acteurs impliqués dans le soin. Le travail infirmier dans le cadre de permanence de consultation en structures d'accompagnement social, nécessite de fait, un partenariat avec les autres acteurs de la réponse à l'urgence sociale : les travailleurs sociaux, les foyers d'hébergement, les différentes associations de réinsertions, de préventions des addictions, ou encore humanitaires comme Médecins du Monde, le SAMU social, les différents services hospitaliers...etc....C'est un travail qui se situe à l'articulation du sanitaire et du social. Se pose alors la question des rôles et spécificités de chacun, pour que la personne accueillie puisse structurer sa demande à la hauteur de ce que l'offre qui lui est proposée, est elle-même structurée. Un réseau a ceci de mécanique, en ce sens qu'il doit être bien huilé pour permettre les allées et venues de celui qui s'y meut. Chaque rouage, sanitaire ou social, se veut identifiable et accessible, pour ouvrir le champ des possibles et laisser place à l'émergence d'un mouvement, psychique d'abord, vers l'autre aidant. S'il en est ainsi, que les professionnels tricotent ensemble le filet sur lequel viendront se poser et rebondir les personnes en grande difficulté, celui-ci ne doit pas se resserrer en filet de « pêche à l'exclu ». Le travail en réseau n'a pas vocation à muter en travail de filature, où tous les partenaires échangeraient à bâtons rompus, sous couvert de transparence et d'efficacité, toutes les informations concernant l'objet de leur convoitise professionnelle. Ainsi, « *condamné au silence dans la mesure où il n'a plus grand chose à dire, puisqu'on parle de lui au lieu de parler avec lui, [...] l'exclu, non reconnu dans sa dignité de sujet unique acteur de son existence et ayant un droit absolu au respect de ses confidences, obéit peut-être*

³⁴ HESBEEN W., *Travail de fin d'études, travail d'humanité*. Paris : Masson, 2005. p.48

³⁵ DUBOS R., in *Ibid.*, p.47

à ce qui lui est demandé : énumérer ses besoins et avoir l'air d'être content de ce qu'on lui donne pour survivre. »³⁶ Michel LECARPENTIER nous parle lui, non pas de travail en réseau mais de constellation, comme autant de personnes qui gravitent autour du sujet et qui comptent pour lui, en terme d'investissement psychique. Chacune de ces personnes, au-delà de son statut, vient, en quelques sortes, baliser les pourtours d'un « espace potentiel intériorisé ». « C'est dans cette expérience, réalisée sans trop de risque, de « symbiose-séparation », que se constitue la possibilité de se tenir dans l'existence. »³⁷

4. Un espace thérapeutique.

Pour reprendre cet notion d'espace potentiel intériorisé, nous pouvons nous tourner à nouveau vers P. DECLERCK qui nous parle lui, d'espace transitionnel de soins. Faisant le parallèle avec le jeu du « fort/da », conceptualisé par Sigmund FREUD, il observe chez les personnes en situation de grande précarité, cette même compulsion de répétition dans la rupture et la séparation auto-provoquées. Dans le jeu du « fort/da », l'enfant joue avec une bobine retenue par un fil, qu'il lance hors de son champ de vision pour ensuite la faire réapparaître. Par cette confrontation à la disparition, il tente d'appivoiser son angoisse face à l'absence de la mère. Ainsi, lorsqu'elle n'est pas là de par sa présence réelle, elle n'est pas loin, elle est même symboliquement là, puisque l'enfant a su intérioriser sa présence comme sécurisée. C'est ce que propose P.DECLERCK comme piste de compréhension de la relation soignant/soigné avec les personnes désocialisées : dès lors, la relation thérapeutique devient cet espace transitionnel, protégé, « *offrant au soigné un champs relationnel fiable à l'intérieur duquel il peut progresser ou régresser à souhait, comme s'il jouait* »³⁸ pour « *tenter de combler son néant interne par des objets psychiques stables* »³⁹. Le cadre thérapeutique, le soignant, le lieu même des rencontres, seront toujours là, solides, quelques soient les allés-retours du soigné, quelques soient ses manifestations, plus ou moins agressives, pour venir tester la consistance et la fiabilité de cet accueil soignant.

Toujours autour de l'espace, Alain MERCUEL quant à lui, utilise la métaphore du « trou noir » pour mettre en exergue ce qu'il en est d'une bonne distance thérapeutique. Dans son analyse, la personne S.D.F. (Sans Domicile Fixe) représente le système centripète, le « *trou noir* », autour duquel tournoient et gravitent les différents intervenants. Travailler avec les personnes désocialisées nécessite particulièrement d'entrer dans cette démarche du « aller vers ». Mais la question soulevée ici est bien celle du « jusqu'où ? ». Si les intervenants s'approchent de trop, ils risquent de se faire aspirer par la nébuleuse, et a contrario, s'ils se tiennent trop à distance, aucune interaction ne peut se jouer. « *Ni trop loin, là où rien ne se passe, ni trop près, là où tout disparaît en fusion* »⁴⁰. Par ailleurs, cette analyse métaphorique est totalement réversible. On peut considérer l'équipe d'intervenants comme étant la force centripète, si

³⁶ MAISONDIEU J., *Le réseau médico-social, un avantage pour l'exclu ?* In Soins Cadres n°57, Février 2006. p.52

³⁷ LECARPENTIER M., *Psychiatrie de secteur, réseau et constellation sanitaire et sociale*. Cour-Cheverny, 22 Avril 2001. Téléchargé le 26/02/10 sur <http://www.oedipe.org/fr/actualites/reseau>

³⁸ DECLERCK P., Op. Cit., p.372.

³⁹ Ibid., p.373.

⁴⁰ MERCUEL A., *Trous noirs et espaces-liens*, in Les Cahiers des 20èmes Journées VIDEO-PSY du 18, 19, 20 Mars 2008, p.133

la personne soignée vient coller de trop près aux exigences des intervenants, qu'advient-il alors de sa propre initiative, de sa propre mise en action ? Ainsi, cet « *espace-lien* » symbolise le lieu, la marge de manœuvre, où les forces des uns et des autres se conjuguent, mais où, surtout, une énergie est conservée, entretenue, pour ne pas se perdre en fusion et pour ne pas non plus, s'extraire d'un champ magnétique relationnel, hors duquel rien ne se joue.

CHAPITRE 2 : LA PRÉ-ENQUÊTE

Ayant balayé les deux grands aspects de la recherche documentaire nous concernant, à savoir les traits spécifiques de la population cible et la particularité du travail infirmier qui en découle, nous pouvons à présent les confronter à la réalité de terrain par le biais de la pré-enquête.

A. La définition du contexte

Le travail de pré-enquête a été réalisé auprès de six infirmières qui se répartissent ainsi :

Trois infirmières de l'U.M.I.P.P.P. intervenant en structures d'accompagnement social au sein de permanences de consultations infirmières pour la psychiatrie.

Deux infirmières de Santé Globale intervenant sur le même fonctionnement mais concernant les soins somatiques.

Une infirmière des L.H.S.S. (Lits Halte Soins Santé) rattachée à un C.H.R.S.. Cette dernière ne devait pas être interrogée. Mais n'ayant pas pu joindre la troisième infirmière de Santé Globale et souhaitant une certaine équité entre le somatique et le psychiatrique, j'ai préféré conclure ma série d'entretiens par son intervention, sachant par ailleurs, qu'elle avait occupé le poste de Santé Globale.

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail mais dans un bureau à l'écart, sauf pour le dernier où quelques interruptions ont ponctué son déroulement. La durée varie de 35 min pour le plus court à 1h15 pour le plus long.

S'agissant d'entretiens semi-directifs, les questions restent très larges. C'est un choix qui a été posé en concertation avec ma cadre de suivi, de manière à ce qu'en découle le plus d'objectivité possible. Ainsi la première question porte sur le parcours professionnel, afin de faire ressortir les expériences, tant professionnelles que personnelles, en lien avec une « culture de la précarité » ; et la deuxième question est relative à la pratique professionnelle, avec comme sous-thème, la population, et le travail infirmier à proprement parlé [cf. Annexe 2]. La technique d'entretien consistait à laisser advenir la parole libre du soignant en rebondissant sur ses propres mots pour aborder les thématiques ciblées [cf. Annexe 3].

B. L'analyse et la confrontation

1. Question 1 :

Concernant les parcours professionnels des six interviewées, on note que deux d'entre elles, sont de formation I.S.P. (Infirmier de Secteur Psychiatrique), et ont donc travaillé essentiellement en psychiatrie (intra et extra-hospitalier). Mais il est intéressant de souligner que pour les autres infirmières, I.D.E. (Infirmière Diplômée d'État) de formation, les parcours restent très accés sur l'aspect relationnel de la profession plus que sur l'aspect technique. Aucune ne dit avoir travaillé en service de réanimation, de chirurgie ou autres services « très techniques ». La psychiatrie est retrouvée dans tous les parcours, ainsi que les soins palliatifs, les addictions, la gériatrie, l'accompagnement des demandeurs d'asile, ou encore une expérience en tant qu'infirmière scolaire en Z.E.P. (Zone d'Éducation Prioritaire)... De ce constat, on ne peut converger vers mon hypothèse première qui était celle du développement d'une culture de la précarité (je pensais que beaucoup d'entre elles avaient des expériences, même de bénévolat, dans des associations humanitaires type Médecins Du Monde). On peut plutôt parler de l'élaboration d'une culture professionnelle de l'accompagnement de l'humain. C'est ce qui ressort dans leur discours, puisqu'elles disent toutes avoir orienté leur carrière vers l'accompagnement et non pas vers le « technique », dont certaines ont été « *très déçue* » par l'aspect « *déshumanisé* » de ces services. Par ailleurs, les durées d'expériences professionnelles sur les postes infirmiers avec les personnes en grande précarité (soit dispositif Santé Globale ou U.M.I.P.P.P.), sont de six mois pour deux infirmières, trois et quatre ans pour deux autres, et dix ans pour les deux dernières ; ce qui offre un panel de regard et de position assez large.

2. Question 2 :

Cette question est divisée en deux items : premièrement ce que disent les infirmières de la population avec laquelle elles travaillent et deuxièmement, comment elles définissent les particularités de leur pratique.

- **La population cible**

Concernant le **profil psychologique** des personnes rencontrées, les six entretiens corroborent la recherche documentaire. Les notions de perte d'estime de soi, de dévalorisation reviennent. « *Ils ont perdu leur amour propre, leur dignité, ils se salissent, se détruisent* », beaucoup ont vécu des « *situations traumatisantes* » en « *lien avec la famille ou l'absence de famille* ». Sont observés, une « *sidération des compétences* » et « *des sensations et désirs émoussés* ». « *La rue finit par couper les personnes d'elles-mêmes* ». Les relations aux autres sont empreintes de « *beaucoup de pudeur, de honte* » ou au contraire de violence, la « *relation agressive* » comme étant la seule « *manière de s'exprimer* ». Ils ont « *tellement souffert par les autres* », l'isolement est « *total* », les ruptures récidivantes et le « *manque de confiance en l'autre* » viennent

marquer « *les problématiques abandonniques* ». Comme le souligne une des infirmières : « *faire confiance à quelqu'un, c'est quand même pas une mince affaire* ».

Ainsi, bien que les professionnelles s'accordent à dire qu'ils « *ont tous une faille* », en complémentarité, on note tout de même, trois d'entre elles, qui nous parlent « *d'accidents de vie qui tombent sur des gens insoupçonnables* » ; « *ça fait peur, ça peut arriver à n'importe qui* », « *ça pourrait m'arriver* » ; sans que ces ressentis ne puissent être mis en lien avec l'expérience, plus ou moins longue, auprès de la population cible. Autre complémentarité, une professionnelle, nous parle d'une grande « *adaptabilité* », d'un ensemble de « *systèmes de défense* » ; « *ces gens ont des ressources, des compétences, ils ont pu s'adapter [à leur vie dans la rue]* ». Cette même professionnelle nous parle également d'une spécificité qui n'a pas été abordée dans la recherche documentaire : « *L'inversion des demandes* ». Les personnes viennent voir l'infirmière en insistant sur le fait qu'ils n'ont pas de toit sur la tête et a contrario, parlent de leur santé dégradée dans le bureau de l'assistante sociale. « *Je dépose là où ça peut pas être traité, c'est la demande impossible* ».

Au sujet de **la relation au temps**, seule une personne ne l'aborde pas. Les autres, décrivent une « *temporalité différente* ». « *Notre temps n'est plus le leur, notre urgence n'est plus la leur, ils sont complètement décalés* », « *régulièrement reviennent, régulièrement repartent* ». « *Il faut du temps, beaucoup de temps* », « *je ne peux pas travailler sans ça* ». Ce sont des « *gens qui sont dans l'instant* », « *près à faire [les choses] dans l'urgence* ». Une des professionnelles l'explique ainsi : « *la capacité à se projeter dépend de la situation sociale, il n'y a pas d'urgence [sanitaire], l'urgence c'est de trouver quelque chose à mettre dans l'assiette des enfants* », parlant des femmes en situation de grande précarité.

Ce qui nous fait basculer naturellement sur **la notion de santé**. Trois infirmières soulignent en effet, cette particularité de l'approche de la santé : c'est une « *demande dans l'urgence, tout de suite, à ce moment, pas une semaine après* », comme nous le décrit François CHOBEAUX avec la « *logique d'immédiateté* ». Il est relaté que certaines personnes ont des « *pathologies hyper graves, mais elles ne vont pas aux rendez-vous* », puisque quand vient le jour du dit rendez-vous, « *elles ont d'autres priorités* ». Quatre infirmières décrivent une « *mauvaise santé physique* », « *une mauvaise alimentation et hygiène* », des problèmes somatiques divers et « *de plus en plus de pathologies lourdes, des gens sous chimio [qui sont] dehors* », ce qui n'apparaît pas dans les enquêtes citées, peut-être compte tenu du fait qu'elles datent. A nouveau trois infirmières insistent sur les problèmes d'alcool et d'addictions importants, entraînant des « *états de semi conscience voire d'inconscience* », qui permettent de se « *déconnecter de la douleur* », « *ça leur permet d'avoir moins conscience de ce qui se passe autour d'eux* ». Deux infirmières posent « *la difficulté à faire émerger une demande de soin* » ; « *la non demande est très présente* ». Deux autres, expliquent que les vraies problématiques de santé ne sont abordées que dans un second temps (plutôt tardif, nous l'avons vu) : « *on accroche par la bobologie* », « *en première intention, c'est les enfants, moi ça va* » au sujet des femmes, bien qu'elles puissent présenter des pathologies engageant leur pronostic vital à moyen terme. Une seule infirmière n'a pas véritablement abordé la notion de santé. Et pour l'anecdote, une infirmière, lorsque j'ai pu l'aiguiller sur la santé au détour de l'entretien, m'a singulièrement répondu : « *La santé ?!* ».

Pour ce qu'il en est **du corps**, il m'a été difficile de faire développer les professionnelles sur cette relation particulière que j'avais relevée dans la littérature. Une d'elles n'en parle pas du tout. Les autres décrivent des corps « dégradés », « abîmés », « mutilés », « négligés », « qui ne sentent pas bons ». Une seule infirmière approfondit quelque peu et parle de « corps coupé » et de deux types de comportement qu'elle a pu observer notamment chez les femmes : soit elles « se méprisent vachement, [soit elles] se mettent considérablement en valeur, [elles] s'exhibent au-delà du sexy, dans la provoq' ». Elle parle alors de « corps objectisés », devenus objets, ce qui peut rejoindre la notion de « vecteur d'échanges » suggérée par la sociologue Gisèle DAMBUYANT-WARGNY.

- **La pratique soignante**

En ce qui concerne les disparités en matière de **représentations de la santé**, une personne ne l'aborde pas. Quatre infirmières expriment des difficultés à travailler avec leurs collègues hospitaliers : « Ils sont tellement dans un carcan, dans des normes » ; « Paradoxalement, je travaille mieux avec les [travailleurs] sociaux, on est confrontés à la même réalité » ; « Une ordonnance avec de la glace pour sa plaie, c'est une aberration, ça nous montre bien qu'il y a un décalage, qu'on sait pas bien prendre en charge les gens comme ça » ; « Quelle violence de vouloir standardiser les réponses ! ». Une infirmière précise quand même que certains services hospitaliers sont « extrêmement sensibilisés, accueillants, chaleureux ». Trois infirmières semblent avoir mené une réflexion sur la nécessité de « se décentrer d'un système de valeur » qui ferait que « je sais [l'infirmière] ce qui est bon pour toi [le soigné] », ce qui est en corrélation avec la recherche documentaire. Elles précisent encore qu'il est important de « ne pas projeter son propre désir de soin, sinon c'est renier la personne », « c'est de la maltraitance dans le vouloir soigner ». Une infirmière exprime tout de même « beaucoup de frustration et d'inquiétude, on sait que les gens ont besoin de soins, qu'il y a des risques pour leur vie, leur santé ».

En complémentarité, on note que cette représentation de la santé qu'il nous faudrait, à nous soignants, adapter ici au contexte de la précarité, dépasse le milieu soignant. Une infirmière dit être confrontée aux demandes de santé de la part des travailleurs sociaux : « on peut pas le [le soigné] laisser comme ça, il faut faire quelque chose, il est en danger » viennent-ils lui dire ; et « qu'est-ce que tu appelles danger ? » leur répond-elle, dans son travail à « les rassurer ».

Au sujet du **travail infirmier** en lui même, le maître mot qui ressort dans tous les entretiens c'est le « lien » ; « faire du lien », « recréer, retisser du lien ». Les six infirmières parlent toutes d'un travail d'approche particulier : d'abord « faire connaissance », « accepter de ne rien faire, juste dire bonjour », « utiliser beaucoup de détours », « marcher sur des œufs, s'adapter au sens du vent, au jour le jour », « créer un contexte, un confort suffisant pour qu'il [le soigné] puisse dérouler sa vie ». Toutes insistent sur le « respect de la personne », « l'acceptation de ce qu'elle est », le non jugement, le « respect des défenses mises en place comme façon de se faire du bien, de fuir leur souffrance ». Trois interviewées reprennent la notion de rythme : « à nous de suivre leur rythme », « il faut savoir stimuler mais aussi lever le pied, ne pas aller plus vite [qu'eux] », ou encore « accepter que les choses viennent au moment où il peut ». Dans ce contexte de respect et de confiance, trois infirmières décrivent ce que Walter HESBEEN appelle l'espace de « co-création », il s'agit d'une « dialectique à adapter

entre ce qu'on rencontre [comme situation] et ce qu'on propose », d'une « relation particulière qui passe par le respect de la personne dans ce que tu lui proposes, et ce ne sont que des propositions », c'est travailler « à l'amener à me dire ce qu'il lui faut », et « on invente ensemble » .

En complémentarité, certaines choses apparaissent. Tout d'abord, le concept de « prendre soin » vient se substituer à celui du « faire des soins », et ce à trois reprises : « plutôt que de mettre en place des soins, prendre soin en demandant comment ils vont », et « avant le soin, redonner goût à s'occuper d'eux-mêmes », c'est « un accompagnement vers le prendre soin de soi, l'envie ». Cela va dans le même sens que ces deux infirmières qui amènent quelque chose de tout aussi intéressant : « ne pas fixer sur la demande de soins, moi je leur demande aussi quelles passions ils ont, ce que vous aimez, qu'il soit pas que ce mec en précarité qui sait pas où dormir et qui a mal partout », ceci afin de « mobiliser quelque chose de vivant, remettre du mouvement, de la vie, sur les compétences qu'il a ». Une d'elles relate son expérience « d'atelier-santé », qui avait été mis en place au sein des locaux de C.O.R.U.S., il y a quelques années. Il s'agissait d'ateliers de prévention autour du prendre soin, par le biais de l'escalade (dans la ville sur les murs, les arbres, et à l'extérieur de la ville). Y était travaillées les notions de vide, de poids du corps afin de retrouver des sensations enfouies (« ça tenait qu'à un fil »), mais également celle de confiance en l'autre qui assure la sécurité (« tu te lâches et les autres te retiennent »). Des intervenants pouvaient animer des débats, organisés à l'initiative des participants. Cet espace restait ouvert et libre d'accès, « très souple dans l'accueil ». Par ailleurs, une autre professionnelle expose aussi sa réflexion sur une prise en charge, tant sociale que soignante, qui marcherait trop bien. « Un jour ils posent les valises, se retrouvent entre quatre murs, ça y est c'est finit la galère du sans abri...Et bien ils s'écroulent...Parfois il ne faut pas commencer par ça, la réponse n'est pas forcément là, il y a une angoisse de mort à travailler en amont ». Ce qui la fait conclure ainsi : « Parfois ça marche pas, et tant mieux que ça ne marche pas, c'est peut-être ce qui leur permet de rester en vie ».

Dans la logique des discours des soignantes, vient ensuite la question du positionnement, de la bonne distance, ce que j'ai relevé dans la recherche documentaire sous l'entête « **espace thérapeutique** ». Une infirmière n'évoque pas vraiment cette réflexion. Une autre pose clairement la question : « Mais elle est où ma place, entre lui dire, aller au conflit s'il ne vient pas, ça fait violence, ou dire on verra plus tard et ne pas être assez directive, c'est toujours un équilibre ou un déséquilibre, on peut pas les forcer, mais est-ce que c'est pas de la non-assistance à personne en danger ? ». Les quatre dernières abordent ce thème par différents biais. Deux parlent de la nécessité de travailler « avec l'affectif », avec un investissement conséquent ; « le seul moyen d'aider ces-gens là, c'est vraiment au quotidien, de manière rapprochée, mais le problème c'est que tu vas les apprivoiser et ils vont t'investir plus qu'un soignant, c'est comme si tu devenais maternant, mais il faut pas l'étouffer ». Ce qui implique parfois que la personne s'engage dans le soin « pour te faire plaisir », deux infirmières relèvent ce fait, de par le « transfert » opérant dans la relation. Trois soulignent cependant la nécessité de « savoir s'arrêter », de « prendre du recul », de « ne pas s'attacher », « ne pas se laisser souffler son énergie et de la diluer dans le partenariat », ou « en régulation d'équipe ». Il s'agit bien d'être ni trop loin ni trop près, comme l'expose le Dr MERCUEL. Une dernière insiste sur la « disponibilité », sur le fait de « se faire repérer dans le temps et dans l'espace, vous pouvez venir n'importe quel jeudi », et « tu ouvres la porte, avec la possibilité d'être là [pour le soignant] et de pas être là [pour la

personne], *mais d'être là quand même [pour le soignant]* ». Ce qui reprend assez bien le parallèle fait par Patrick DECLERCK avec le jeu du fort/da de FREUD.

Au sujet du **travail en réseau**, une infirmière exprime juste sa difficulté à se faire reconnaître dans certaines structures. Pour elle, la bonne fonctionnalité du travail inter équipes dépend alors de la capacité à « *intégrer leur groupe, leur pause café* ». Une autre professionnelle signifie clairement se situer à « *l'articulation du sanitaire et du social* », et être rassurée par le nombre d'intervenants qui gravitent autour des personnes en difficulté ; « *c'est riche, il y a du monde, plein de compétences, de personnalités, pas tous au même niveau ni à la même place* ». Mais rapidement elle rejoint la majorité, soit quatre soignantes en l'incluant, pour dénoncer l'écueil fréquemment rencontré : une « *grosse difficulté à ce que les gens communiquent entre eux, si on pense que le lien c'est important, il faut qu'on passe du temps à en faire entre nous* », « *se parler, c'est un peu rassembler les bouts d'histoire* » et ça permet que la « *personne [ne soit pas] trop morcelée* », « *éclatée à droite, à gauche* », « *coupée en morceau* ». Une nous dit avoir noté une amélioration sur ce point, depuis l'instauration de « *lieu de référence, de service instructeur* » auquel la personne est rattachée même si elle fréquente d'autres structures. En revanche deux infirmières soulignent l'autre pendant d'une trop bonne communication : « *on est pas obligés de se mettre d'accord sur tout, tout le temps, si on parle trop, que l'info circule trop [au sujet de comportements violents ayant entraîné l'éviction d'une structure], on ferme les portes, et on est tellement bien coordonnés, qu'il y a plus aucune issue de secours, or on peut pas préjuger du comportement de quelqu'un pour tout moment et tout lieu, si on fait ça, on est plus thérapeutique* ». Il ne faut pas avoir « *envie de tout contrôler, de tout savoir, tout se dire, juste qu'on puisse se parler de notre souci pour la personne, pas du contenu* ». Par ailleurs, deux infirmières pointent la nécessité de l'implication de la personne concernée dans le travail en réseau : « *on peut tout se dire si la personne est au courant, qu'elle est d'accord* », ce qui est la base du « *secret partagé* ». « *Les concertations [entre les différents services], ça devrait se faire toujours avec la personne, mais c'est selon les structures* ».

En complément sur ce thème, à deux reprises, nous est amenée la dimension du réseau comme lieu possible de régulation. C'est « *un espace d'échange, de réflexion sur le travail* », un lieu où l'on peut « *accepter de dire je ne peux plus* », ça permet de « *parler de la souffrance des partenaires qui sont démunis face à des situations* », « *d'introduire un tiers institutionnel* ». Autre complémentarité, il semblerait, pour une infirmière, que « *le partenariat [soit] plus facile quand les cas sont plus difficiles.* »

Au sujet des complémentarités qui sortent entièrement du cadre de la recherche documentaire, on en note une récurrente. Celle-ci relève d'une problématique politique, voire philosophique. Toutes les professionnelles nous disent être confrontées à des situations paradoxales, « *il y a de moins en moins de lits, moins de capacité d'hospitalisation, alors au bout de trois jours on a raccompagné ce monsieur qui avait été agressé, donc plus en capacité de se défendre, bien on l'a reconduit par ambulance sur son troisième carton à gauche* ». On est dans une « *société avec une somme incroyable de choses techniques extraordinaires, et de l'autre côté, il y a une détresse et une souffrance infinie* », « *qu'est-ce qui fait que notre société ne peut pas s'occuper de ces gens-là ?* ». Les professionnelles dénoncent les failles du système comme la

proclamation du plan grand froid par la préfecture, qui permet ou pas, de gonfler les effectifs des foyers d'hébergement d'urgence. Ou encore le vide d'accueil pour certains mineurs, qui se voient répondre au commissariat : « *il y a plus de place à l'A.S.E. [Aide Sociale à l'Enfance], vous étiez où hier ? Dans une allée ? Ben, retournez-y...* ». Également, « *l'obligation de résultats des structures d'accompagnement social* », qui ne laisse pas la possibilité de travailler en respectant le rythme de la personne, or « *quels sont les résultats ? Que tout le monde soit propre dans des cases, réinsérés, et là on aura l'impression que tout le monde travaille ?* ». Plus proche du travail infirmier, le manque d'accès aux soins ne semble pas totalement contrecarré par les dispositifs existants. Il y a là aussi, des failles, comme par exemple avec l'A.M.E. (Aide Médicale d'État) qui implique la nécessité de justifier de trois mois de séjour sur le territoire français, qu'en est-il de ceux qui sont là depuis moins de trois mois, et surtout qu'en est-il de ceux qui sont là depuis vingt ans, clandestinement et qui, « *administrativement n'existent pas* ». Et même lorsque des droits sont ouverts en bonnes et dues formes, deux professionnelles relatent encore des refus, plus ou moins francs, de la part de professionnels de santé. Du gynécologue, au dentiste, en passant même par la pharmacie, certains restent frileux quant à la prise en charge des patients précaires bénéficiant de la C.M.U. (Couverture Maladie Universelle) et pinaillent sur la validité d'une attestation, ou sur le fait qu'un diagnostic n'est possible que si la patiente parle correctement français. Anecdote encore plus marquante, en clinique, une infirmière s'est vue refuser la prise en charge d'un enfant parce qu'il était couvert par l'A.M.E.. Pour conclure sur ce versant tant éthique que politique, on peut reprendre ces mots : « *ça interroge quant à l'avenir, ça sent pas bon, on va vraiment vers un système où il faudra pas être précaire pour accéder aux soins.* »

Autre aspect pointé par une soignante, qui relève également des politiques sociales et d'un positionnement éthique, c'est le manque d'importance accordé à l'autonomie et à l'initiative. « *On les dépossède pas mal, on paie de plus en plus de travailleurs sociaux pour s'occuper d'eux. Il faudrait moins de travailleurs sociaux et plus de places d'hébergement. On force sur la dépendance, l'assistanat, et on va de moins en moins chercher les capacités de la personne* ». Cela rejoint le fait que les ateliers santé n'aient pas pu être maintenus, les budgets ayant été supprimés. Ils représentaient pourtant un lieu d'initiative, « *avec des activités, des choses qui remplissent le temps, la tête.* »

Ainsi, lorsque les entretiens et la recherche documentaire sont mis en parallèle, on note peu de divergences. Cela paraît relativement logique compte tenu du fait que les différents ouvrages consultés ont été écrits à partir d'un travail de terrain.

CHAPITRE 3 : LA PROBLÉMATIQUE

A. Le choix de la problématique

Plusieurs problématiques émergent de la confrontation de la recherche documentaire et des entretiens de pré-enquête.

- Quel impact peuvent avoir les émotions du soignant dans la relation thérapeutique, lorsqu'il prend en charge des personnes en situation psychosociale très difficile ? Qu'en est-il de la projection, de ce que cela lui renvoie à lui-même ?
- Comment travailler dans un contexte d' « inversion des demandes » ? Un transfert de compétences du social au paramédical et inversement, est-il nécessaire, mis en place de fait, ou à proscrire et recadrer ?
- Comment les représentations de la santé de la part des soignants se confrontent à celles de la société ? Quels ajustements sont-ils à mettre en oeuvre pour éviter les décalages trop importants ?
- Au-delà de sa fonction d'assurer la continuité du suivi de la personne, que peut apporter le travail en réseau du point de vue des professionnels ? Quelle sont les différentes fonctions symboliques qu'il peut représenter ?
- Quelle éthique réside dans le fondement des politiques sociales en matière de santé des plus démunis ?
- Dans la relation thérapeutique, face à la dégradation du corps qui est prévalente, par quel biais saisir ce qu'il en est du sujet, de son désir de vie ? De cette reconnaissance de la personne et de son autonomie au sein de la communauté des semblables, peut-il émerger l'envie de prendre soin de soi ?

C'est cette dernière problématique qui sera exploitée dans le cadre de ce travail de fin d'études. Elle est la plus proche de ce qui m'interpelle à l'origine de cette réflexion.

B. Le cadre de référence

1. Le cadre contextuel

Le cadre contextuel relatif à l'exploitation de la problématique prend son essence dans le décret de compétence de la profession infirmière, **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique, avec l'article R. 4311-2** :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social. »

Vient ensuite la **Charte éthique et maraude**⁴¹ :

« Le sens de l'écoute favorise une relation proche. Il convient de ne pas nuire à la personne et d'interroger de manière constante le sens et l'objet de la relation. Le respect et la reconnaissance de la personne dans sa liberté, son autonomie, ses préférences, attentes et droits, s'imposent. Il convient de la rencontrer dans ce qu'elle vit, sans jugement, en position de disponibilité et de soutien. On ne saurait se substituer à elle, lui imposant un projet contraire à ses choix ou ses possibilités. »

Par ailleurs, l'implication de la personne est ici spécifiée dans un document qui reprend les **éléments d'orientation et de mise en oeuvre des Ateliers-Santé-Ville**⁴², eux-mêmes inclus dans les dispositions du P.R.A.P.S. (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) selon la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 :

« 2.4 Participation des habitants

La méthode participative ne relève pas ici d'une simple clause de style. L'atelier doit être un outil privilégié dans l'initiation et le développement de démarches associant les populations concernées :

⁴¹ Charte éthique et maraude 2008. Téléchargée le 10/05/10 sur : http://www.espace-ethique.org/fr/documents/maraude/Charte_ethique_maraude_mars08.pdf

⁴² A.S.V. *Eléments d'orientation et de mise en oeuvre*, juin 2001. Téléchargé le 12/05/10 sur : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/asv01.pdf>

- au travers de la mise en place de forums et de groupes de paroles et d'échanges destinés à faciliter la formulation des préoccupations et l'émergence de propositions ;
- avec des enquêtes participatives soucieuses de restituer et discuter le résultat des consultations de la population (au stade du diagnostic) ;
- pour la mise en œuvre des actions en plaçant la population au cœur des projets ;
- pour l'évaluation en proposant des modalités de consultation régulière des publics pour et avec lesquels les actions ont été pensées. »

On peut juste regretter que ces ateliers soient désormais essentiellement promus dans les quartiers dits « sensibles » des agglomérations, laissant alors de côté le centre ville où vivent la plupart des personnes sans abri. Il est bien spécifié « participation des habitants », qu'en est-il de ceux qui n'habitent pas ?

Un autre document officiel nous éclaire sur l'importance de la reconnaissance de l'autonomie des personnes quant à leur prise en charge. Il s'agit du rapport sur **La santé des personnes sans chez soi**⁴³ et des recommandations qui s'y rapportent :

« Aujourd'hui, le « rétablissement » propose une façon nouvelle de penser le soin. Il existe des soins orientés autour du rétablissement et des politiques nationales de santé construites à partir de ce paradigme. Les personnes malades y prétendent jouer un rôle de premier plan dans la co-construction et la mise en place de ces nouvelles politiques de santé, de ces nouvelles pratiques de soins, ainsi que dans les recherches conduites dans ces domaines. Ce terme s'oppose en outre à l'idée d'incurabilité des personnes malades et à une image de personnes sans chez soi faibles et sans capacités, ce qui est une violence supplémentaire qui leur est faite. Le rétablissement parle du parcours et du combat des personnes face à la maladie et à l'exclusion. Une politique du rétablissement reconnaît l'intérêt des expériences des personnes et utilise leurs compétences. »

p.1

« En France, l'Institut Renaudot s'est attaché à définir les objectifs de la santé communautaire en ces termes :

« La reconnaissance pour chaque citoyen de sa place d'acteur de la vie sociale, et la prise en compte des facteurs qui conditionnent son mieux-être, notamment l'habitat, le cadre de vie, l'environnement socio-économique... La modification d'un certain nombre de pratiques est nécessaire pour permettre de nouvelles relations entre les citoyens et les professionnels des secteurs du social et de la santé :

- Une approche collective qui remet une approche individuelle dominante en France,
- L'appropriation par la communauté de projets, de moyens, et d'équipements devant répondre à ses besoins,
- Le changement de la relation de domination soignant-soigné par une relation "d'échange- négociation".».

C'est donc la communauté qui co-construit avec les professionnels les modalités d'interventions sanitaires. »

p.108

« 3. Utiliser les compétences des personnes et développer de nouvelles pratiques professionnelles :

Les lois de 2002 et 2005 ont introduit la question de la participation des usagers comme acteurs du système de santé. S'est exprimé alors une volonté de construire des fondements solides au projet de démocratie sanitaire. La question des personnes sans chez

⁴³ CHAUVIN P., ESTECAHANDY P., GIRARD V., *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports. Novembre 2009. 231 p.* Téléchargé le 10/05/10 sur : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

soi (par ce qu'elle révèle, par la marge, des déterminants des inégalités sociales de santé qui affecte l'ensemble du corps social) est une bonne manière d'aborder ces questions. [...]

Plus largement, il nous semble important que la santé communautaire s'inscrive comme une réponse à promouvoir dans les creux et les vides laissés par l'offre de soin classique. Son inscription dans la loi de santé publique est une des étapes nécessaires au développement de cette approche. De même, en ce qui concerne la loi de santé mentale, l'intégration de la dimension communautaire dans toutes ses ramifications est le prolongement logique de la loi sur le secteur et les évolutions récentes dans le champ de la santé mentale concernant la place des usagers comme acteurs.

Il s'agit dès lors de développer des expérimentations qui fassent émerger de nouveaux programmes de santé communautaire conduits avec et auprès des groupes de personnes sans chez soi, rigoureusement évalués et dont les expériences soient capitalisées. »

p.176 et 177

Et pour finir :

« La logique compassionnelle enferme l'individu dans un statut d'assisté et de victime d'une société qui le considère comme un corps souffrant et non comme une personne capable de compétences. »

p.60

Ces recommandations font le lien direct avec le cadre conceptuel puisqu'elles déterminent dès lors une philosophie d'approche du soin avec les personnes en situation de grande précarité.

2. Le cadre conceptuel

Le cadre conceptuel qui fera référence ici, s'inspire de la *psychothérapie institutionnelle* ; non pas tant dans sa pratique, mais bien dans sa conception du soin prenant en compte la dimension de sujet et du milieu dans lequel il évolue. Il s'agit de sortir du contexte de l'émergence de ce concept (la prise en charge des patients psychotiques en institution), pour n'en retirer que quelques traits qui nous intéresseront ici, dans l'accompagnement des patients.

Tout d'abord, la psychothérapie institutionnelle peut être définie comme articulée sur deux « jambes ». L'une relevant de l'aliénation mentale du sujet, avec l'approche psychanalytique de Freud et Lacan. Sous cet angle, sont interrogés les enjeux transférentiels et contre-transférentiels de la relation thérapeutique. L'autre appui constitue ce qui relève de l'aliénation sociale du sujet. Avec les apports de la théorie marxiste, sont analysés les phénomènes « socio-pathogéniques » dus à une hiérarchisation rigide, privant le sujet de toute initiative et menant à la ségrégation. Ce qui nous apporte un autre regard sur une des questions évoquées dans la recherche bibliographique [cf. paragraphe 3 du chapitre 1, p.5]. Ici, c'est tant la dimension du sujet que sa place dans le social que nous souhaitons prendre en compte comme élément soignant.

Nous l'avons vu lors des entretiens de pré-enquête, les infirmières parlent essentiellement de « prendre soin », et surtout de cet apprentissage du « prendre soin de soi ». Or, il paraît nécessaire, avant qu'un quelconque désir de soin puisse émerger, de réaliser la difficulté pour ces personnes à « se désirer » soi-même en tant qu'être humain. Le terme de désir est utilisé ici, afin de le différencier de celui de demande. Le désir appartient plus à l'inconscient, et en ce sens, il est ce qu'il y a de plus subtile, il ne s'attrape pas à pleines mains, de manière franche comme pourrait parfois s'exprimer une demande consciente. Le désir est volatile et demande en conséquence une grande disponibilité à ses apparitions, pour tenter de saisir la dynamique qui s'en dégage.

C'est donc, hypothétiquement, ce qu'il serait intéressant d'exploiter dans la relation thérapeutique ; ménager en permanence l'espace, la place, pour qu'advienne le sujet. Dans la relation duelle d'une part, et une professionnelle nous dit très bien son attachement à rechercher et entendre autre chose de la personne : « *qu'il soit pas que ce mec en précarité qui sait pas où dormir et qui a mal partout* ». Mais également dans le groupe, en reconnaissant les compétences et capacités de chacun, soignants et soignés, au sein de la communauté humaine, ce qui reprend la dimension développée dans la psychothérapie institutionnelle sous la forme du « club thérapeutique »⁴⁴. Dans le cadre d'activités de type socio-thérapeutiques, donc au sein d'un milieu « protégé », remettre au patient les responsabilités qui lui sont adaptées, c'est également lui remettre la confiance que l'on place en lui et le reconnaître comme « capable de ». Cela pourrait être en partie mis en oeuvre dans les ateliers-santé-ville évoqués plus haut. Redonner de la place à l'initiative individuelle, reconnaître la créativité comme ayant son utilité au sein du groupe et comme étant vecteur de lien social, semble être le préambule pour combattre l'exclusion du sujet par lui-même. « *Toute technique qui active l'extériorisation des énergies psychiques, mobilise l'intérêt pour le milieu ambiant et stimule le réveil des appétences sociales, s'avère thérapeutique.* »⁴⁵ Tout en sachant que parfois, la difficulté est telle, que dans un premier temps, c'est parce qu'elle sera portée par le soignant, que cette émergence du sujet pourra prendre corps. De ce désir de soi, comme digne d'occuper une place auprès des autres, alors adviendra-t-il peut-être un désir de soin.

Pour finir, il semble important de considérer un cadre conceptuel pour ce qu'il est, c'est-à-dire, un idéal de travail, une perspective à garder en tête, pour qu'au gré des déconvenues rencontrées sur le terrain, l'essence même du soin ne s'évapore pas.

⁴⁴ PEREZ C., *L'association et la psychothérapie institutionnelle : un pari nécessaire*. Dimanche 2 décembre 2007. Téléchargé le 28/05/10 sur <http://www.isadora-vignogoul.com/spip.php?article42>

⁴⁵ TEULIE Y. in TOSQUELLES F., *Education et psychothérapie institutionnelle*. Mantes La Ville : Hiatus Editions, 1984. p. 76

CONCLUSION

Sur les chemins d'une « errance balisée », nous avons balayé et tenté de mieux comprendre ce qui se joue dans la relation thérapeutique avec les personnes en situation de grande précarité. Les domaines auxquels renvoie cette réflexion sont très larges, et les intrications qu'elle suggère, multiples. Il n'a pas été de toute simplicité de s'astreindre à un certain recentrage pour mener à bien ce travail. Mais à l'achèvement de ce Travail de Fin d'Etudes, ma culture soignante s'est développée sur bien des aspects.

J'ai pu redéfinir les obstacles individuels, mais également conjoncturels, qui viennent brouiller l'engagement vers le soin des personnes auxquelles nous nous sommes intéressés dans ce cadre. La « compulsion soignante » qui peut nous animer et nous pousser à vouloir mettre en place des soins, à tout prix, est sans aucun doute à moduler. Et c'est certainement tout ce cheminement autour de la position soignante qui a été le plus riche pour moi. J'ai bâti les fondations d'une posture soignante qui m'est propre, et ce dans toute situation de soins, quelque soit le public visé. Au démarrage de cet « exercice diplômant », je ne soupçonnais pas le voyage initiatique que j'allais faire et qui allait me mener vers plus de clarté professionnelle.

A l'aube de mon entrée en lice, c'est avec humilité que j'appréhenderai désormais la question du soin. J'espère garder en tête les expressions multiples qu'il peut revêtir, comme autant de subjectivités et de représentations qui s'y rapportent. Peut-être par ce surlignement de l'hétérogénéité d'un concept, est-ce une part d'humanité que je souhaite conserver. Celle qui me permet de reconnaître la personne à laquelle je m'adresse comme humaine avant d'être soignée, et celle qui me fait, moi aussi, simplement humaine avant d'être soignante. Ce sera certainement le travail de toute une carrière professionnelle, et le fil d'Ariane auquel je m'accrocherai vivement.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

BIDEAU J., HOUDE O., PEDINIELLI J-L., *L'homme en développement*. Paris : Presses Universitaires de France, 2001. 568 p.

BRESSON M., *Sociologie de la précarité*. Paris : Armand Colin, DL 2007. 126 p.

CHANOIT P.-F., *La psychothérapie institutionnelle*. Paris : Presses Universitaires de France, Collection : Que sais-je ?, 1995. 127 p.

CHOBEAUX F., *Les nomades du vide*. Paris : La Découverte, 2004. 134 p.

DAMBUYANT-WARGNY G., *Quand on n'a plus que son corps : soin et non-soin de soi en situation de précarité*. Paris : Armand Colin, DL 2006. 236 p.

DECLERCK P., *Les naufragés, avec les clochards de Paris*. Paris : Plon, 2003. 457 p.

FURTOS J., *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008. 284 p.

HESBEEN W., *Travail de fin d'études, travail d'humanité*. Paris : Masson, 2005. 144 p.

HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : Masson, 1997. 195 p.

JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod, 2006. 166 p.

LEBRUN J.P., *De la maladie médicale*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1993. 266 p.

MORNET J., *Psychothérapie institutionnelle, histoire et actualité*. Nîmes : Champ social éditions, 2007. 180 p.

QUESEMAND ZUCCA S., *Je vous salis ma rue, clinique de la désocialisation*. Paris : Stock, 2007. 187 p.

TERESINHA FERREIRA J., *Soigner les mal soignés : ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecins du Monde*. Paris : Budapest : Torino : L'Harmattan, 2004. 387 p.

TOSQUELLES F., *Education et psychothérapie institutionnelle*. Mantes La Ville : Hiatus Editions, 1984. 220 p.

Articles :

BIBOUD A., COURTEMANCHE H., *Personnes en situation de précarité, quand les infirmières interrogent leur pratique*, in La Revue de l'Infirmière n°90, Avril 2003. p.27-28

COUPECHOUX P., *Traitement sécuritaire de la folie*, in Le Monde Diplomatique, Décembre 2009. p.6

FURTOS J. (Dir.), *Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin*, Rhizome n°2, Septembre 2000. 12 p.

FURTOS J. (Dir.), *Pratiques d'accompagnement*, Rhizome n°20, Septembre 2005. 16 p.

LEDESMA E. (Dir.), *Dossier : Psychiatrie et précarité*, in Soins Psychiatrie n° 258, Septembre/Octobre 2008. p.17 à 41

MAISONDIEU J., *Do Mi Si La Do Ré*, in Rhizome n°7, décembre 2001. p.12

MAISONDIEU J., *Le réseau médico-social, un avantage pour l'exclu ?* In Soins Cadres n°57, Février 2006. p.50 à 53

MERCUEL A., *Trous noirs et espaces-lien*, in Les Cahiers des 20èmes Journées VIDEO PSY du 18,19, 20 Mars 2008, p.132 à 133

Textes et documents consultés sur internet :

BOKOBZA H., *Le passage à tabac du fumeur*. Association ISADORA, 2010.
Téléchargé le 26/02/10 sur : <http://www.isadora-vignogoul.com/spip.php?article63>

CHAUVIN P., ESTECAHANDY P., GIRARD V., *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports*. Novembre 2009. 231 p. Téléchargé le 10/05/10 sur : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

Délégation interministérielle à la ville, *A.S.V. Eléments d'orientation et de mise en œuvre*, juin 2001. 6 p. Téléchargé le 12/05/10 sur : <http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/asv01.pdf>

HIRSCH E. (Délégué général), *Charte éthique et maraude 2008*. Téléchargée le 10/05/10 sur : http://www.espace-ethique.org/fr/documents/maraude/Charte_ethique_maraude_mars08.pdf

FARINA C., *De l'errance à l'attachement. Le « sans-abrisme », une pathologie du lien*. Mémoire de D.S.T.S., Collège Coopératif Rhône Alpes, Lyon, 2008. 154 p. Téléchargé le 20/08/09 sur : http://www.orspere.fr/IMG/pdf/RECHERCHE_DSTS-C.Farina.pdf

LECARPENTIER M., *Psychiatrie de secteur, réseau et constellation sanitaire et sociale*. Cour-Cheverny, 22 Avril 2001. Téléchargé le 26/02/10 sur <http://www.oedipe.org/fr/actualites/reseau>

MAISONDIEU J., *Un choix politique d'actualité : en finir avec l'exclusion ou réhabiliter la folie ?* Pratiques en santé mentale, n°1, 2000. Téléchargé le 31/12/09 sur http://rnrsms.ac-creteil.fr/spip/IMG/esf/bi_spsy/bi_spsy2.htm#10

PERETTI-WATEL P., *Lien social et santé en situation de précarité*. Rapport de l'I.N.S.E.E. n°391-392, 2006. p.115 à 130. Téléchargé le 23/08/09 sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es391-392f.pdf

PEREZ C., *L'association et la psychothérapie institutionnelle : un pari nécessaire*. Dimanche 2 décembre 2007. Téléchargé le 28/05/10 sur <http://www.isadora-vignogoul.com/spip.php?article42>

QUESEMAND ZUCCA S., BELLANGER BEAUMONT N., CARASCO J.P. et al., *Identité du SDF, identités soignantes*. Septembre 2002. Téléchargé le 22/08/09 sur <http://www.serpsy.org/precarite/reseau1.html>

ANNEXES

Annexe 1 : *Adeline*

Annexe 2 : *Guide d'entretien de pré enquête*

Annexe 3 : *Notions attendues*

Annexe 4 : *Schéma : Les conditions nécessaires aux soins.*

ANNEXE 1

Texte extrait de l'ouvrage de Walter HESBEEN, *Travail de fin d'études, travail d'humanité*, page 51 et 52.

ADELINE

Raymond Gueibe⁴⁶

« Aurais-tu le temps de venir voir une petite dame de nonante-deux ans ? Elle est déprimée, elle ne veut plus prendre ses médicaments, elle refuse tout...Elle est ici pour une décompensation cardiaque. »

J'aime faire plaisir à Catherine, notre gériatre. Elle a un réel bon sens psy, et fait toujours des demandes adéquates. Et puis c'est Catherine quoi !
« Ok, j'ai un quart d'heure de bon, j'arrive. »

Un quart d'heure, c'est suffisant, c'est ce qu'il faut pour poser un diagnostic de dépression et prescrire le médicament...enfin...en gériatrie !

Adeline m'interpelle sitôt que je me présente à elle :
« Vous êtes le psychiatre qui doit me convaincre de reprendre mes médicaments ! »
Et Adeline m'explique pourquoi elle ne veut plus ses médicaments. La vie est devenue trop longue, trop lourde pour elle, elle ne comprend plus la vie. Non que celle-ci lui fasse offense, oh que non ! Sa santé est encore très bonne, si ce n'est son cœur qui tracasse tant le médecin. Ses enfants l'entourent, ses petits enfants la comblent. Mais voilà : « Il faut bien que cela s'arrête un jour...et c'est la moment...je veux dire que c'est mon moment ! » Elle me jette un regard malicieux : « Vous êtes encore trop jeune, vous, pour y penser... »

Je me sens subitement inquiet : Adeline a bien toute sa tête, ça je le constate, et de plus, elle n'est pas déprimée, du tout ! Je me sens un peu honteux de le regretter, qu'elle ne soit pas un tantinet déprimée. Au moins, j'aurais pu alors confirmer à Catherine qu'Adeline avait bien besoin d'un traitement, et qu'après quelques jours, tout rentrerait dans l'ordre !

Je sens confusément que je vais prendre du retard dans ma consultation...

⁴⁶ Raymond Gueibe est psychiatre de liaison à la Clinique Saint Pierre, Ottignies Louvain la Neuve (Belgique) et formateur à l'Institut La Source, Paris (Inédit, juin 2005)

Alors je négocie avec Adeline, je lui rappelle qu'elle a sans doute encore devant elle de bons moments, avec ses enfants et ses petits enfants, pourvu qu'elle accepte de reprendre ses médicaments pour son cœur ?

« Je ne vous demande pas l'euthanasie, Docteur, je vous demande simplement d'accepter que je vous dise au revoir et que je continue mon petit chemin toute seule. »

Mais je suis médecin, bon dieu, et psychiatre en plus ! Je me dois de la convaincre de prendre ses médicaments. Certes, elle n'est pas déprimée ! Certes, elle a toute sa tête.....Voilà mon joker !

« Madame, je vois ici beaucoup de personnes plus jeunes que vous, qui sont démentes et pour qui la vie est violence...mais vous, vous avez toute votre tête...! »

Son sourire m'empêche d'aller plus loin dans la bêtise...

« C'est parce que j'ai toute ma tête que je peux vous dire : laissez moi... »

Ainsi donc, voilà une patiente qui me donne congé ! Licencié par une malade qui va mourir si je ne la convaincs pas de reprendre ses médicaments...Catherine a raison, il faut...Mais de qui suis-je l'invité, dans cette chambre ? De Catherine ou d'Adeline ? Et pourquoi donc je me surprends à lui en vouloir de n'être pas simplement déprimée ?

« Laissez moi aller seule sur mon chemin... »

Alors j'ai pris la main d'Adeline et je lui ai souhaité une bonne promenade, en la remerciant de s'être un jour trouvée sur mon propre chemin : les quelques mètres que nous avons parcourus ensemble m'avaient réconforté.

Adeline a souri.

ANNEXE 2

Guide d'entretien de pré-enquête

Cet entretien sera semi-directif, anonyme, et avec votre accord, enregistré de manière à pouvoir analyser au mieux les données.

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Formation initiale
Expériences professionnelles et personnelles

Pouvez-vous me parler de votre pratique professionnelle ?

La population
Le travail infirmier

ANNEXE 3

Notions attendues :

Question 1 :

Formation D.E. ou I.S.P.

Ancienneté avec la population cible

Expériences personnelles en lien avec la population cible

Question 2 :

Pour les personnes accueillies :

- estime de soi
- difficultés à maintenir un lien
- relation particulière au temps - au corps - à la santé
- isolement social

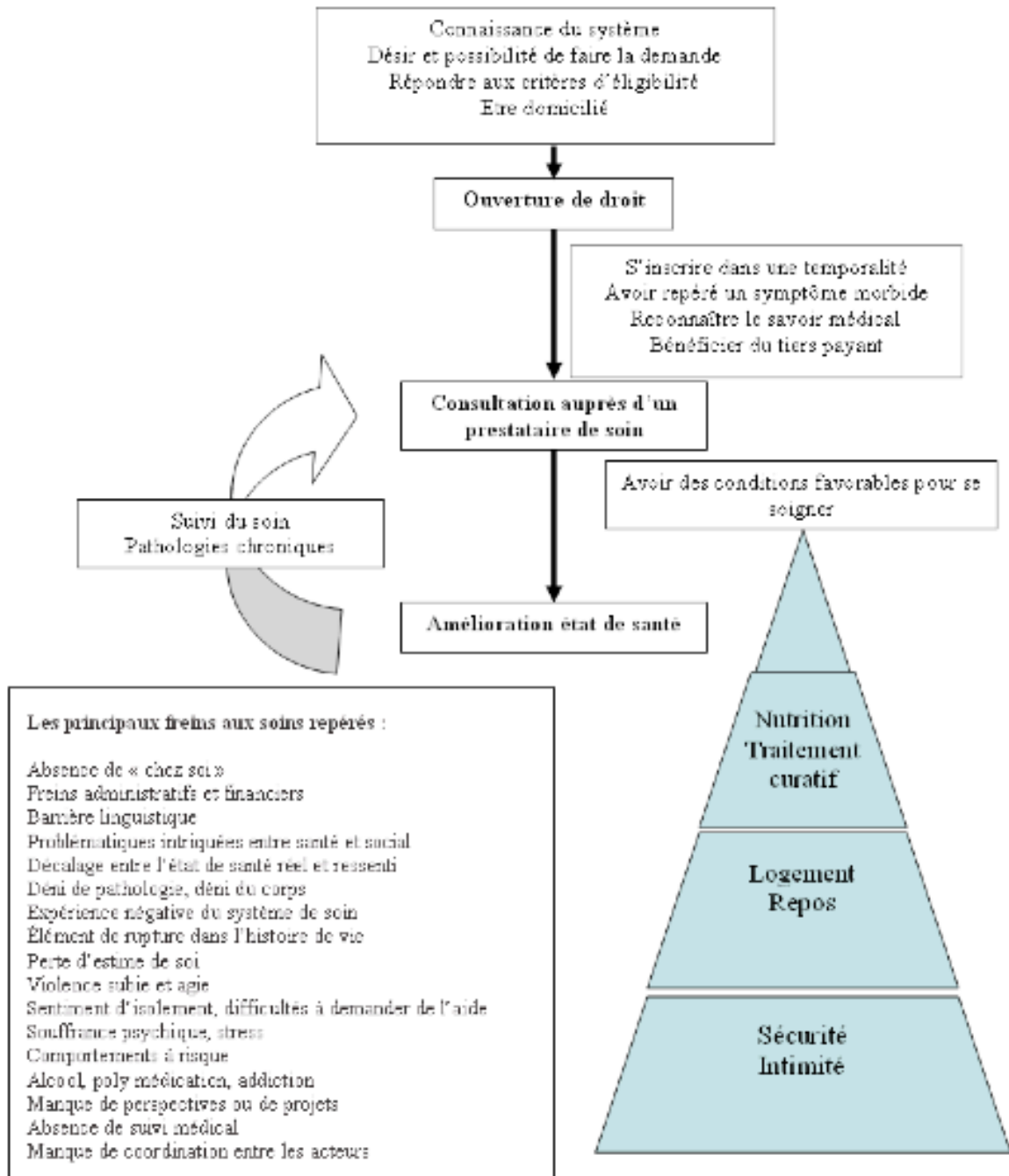
Pour les personnes soignantes :

- décalage entre les représentations de la santé
- ressentis
- rencontre
- accompagnement
- réseau
- équipe pluriprofessionnelle
- espace thérapeutique

ANNEXE 4

Schéma extrait du rapport sur *La santé des personnes sans chez soi*⁴⁷.

Figure 3. Les conditions nécessaires aux soins
(source : Projet d'accès à la santé dans 8 CHRS toulousains).



⁴⁷ CHAUVIN P., ESTECAHANDY P., GIRARD V., *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports. Novembre 2009.* p. 64. Téléchargé le 10/05/10 sur : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

Titre :

Du désir de soi au désir de soin.

Question de départ :

En quoi le soignant, en structures d'accompagnement social, influe-t-il sur l'engagement dans une démarche de santé d'une personne en situation de grande précarité ?

Résumé :

Les personnes en situation de précarité, qu'elle soit sociale mais aussi psychologique, ont un rapport particulier à la santé. Quel peut être alors le rôle du soignant dans un accompagnement vers le soin ? Comment faire émerger une demande, un désir de soin ? Et quels remaniements de la pratique sont-ils nécessaires au préalable pour être au plus proche d'une réelle perspective soignante ?

Mots clés :

Précarité – Santé – Accompagnement – Lien – Prendre soin de soi – Autonomie – Désir.