



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

**Prendre soin d'un patient auteur
d'actes immoraux**

***En quoi la connaissance d'un épisode de vie d'un
patient contraire à la morale interfère dans la relation
soignant - soigné ?***

MORANGE Thomas
Formation infirmière
Promotion 2017 - 2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat de.....

**Travaux de fin d'études :
(nom du document).....**

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du document)....., à dater et à signer

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de.....est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le.....

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

SOMMAIRE

1 - INTRODUCTION.....	1
2 - CADRE THEORIQUE	3
2.1 - Textes juridiques	3
2.1.1 - Code de déontologie infirmier	3
2.1.2 - Code de la Santé Publique	3
2.2 - Les notions de morale et d'immoral.....	4
2.3 - Les valeurs	5
2.3.1 - Définition des valeurs.....	5
2.3.2 - Les valeurs personnelles	6
2.3.3 - Les valeurs professionnelles.....	6
2.3.4 - L'interaction des valeurs personnelles et professionnelles	7
2.4 - Le jugement de valeur	8
2.4.1 - Définition du jugement de valeur.....	8
2.4.2 - Le jugement dans le milieu du soin.....	8
2.5 - La relation	9
2.5.1 - Définition de la relation.....	9
2.5.2 - La relation soignant - soigné	9
2.5.2.1 - Définition.....	9
2.5.2.2 - Les différents niveaux de la relation soignant - soigné.....	10
2.5.3 - La relation d'aide	11
2.5.4 - Juste distance relationnelle.....	12
3 - ANALYSE DES ENTRETIENS.....	12
3.1 - Méthode et objectifs	12
3.2 - Analyse descriptive.....	13
3.2.1 - Ressentis sur le terme « immoral ».....	13
3.2.2 - Vécu des situations	13
3.2.3 - Impacts sur la relation soignant-soigné.....	14
3.2.4 - Surmonter les difficultés	15
3.2.5 - Mise en jeu des valeurs	15
3.2.6 - Positionnement soignant : connaître ou ne pas connaître l'épisode de vie ?.....	16
3.3 - Analyse interprétative	17
4 - DISCUSSION.....	20
5 - CONCLUSION	24

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

J'adresse tout d'abord ma reconnaissance à **Madame Monique Tiercin** pour ses conseils et sa disponibilité dans le cadre du suivi de l'élaboration de ce travail.

Je désire aussi remercier **Madame Patricia Dauce** qui a assuré l'intérim du début de ce suivi, et qui a pu me conforter dans mes premiers choix d'écriture de ce mémoire.

Un grand merci aux **deux infirmières** (dont l'anonymat reste garanti) ayant dégagé du temps et de l'investissement pour moi afin que je puisse réaliser mes entretiens.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers **Monsieur Gatien Poutier** pour ses recommandations et ses précieux conseils concernant le cadre théorique.

Merci à mes **collègues de promotion**, notamment à la CDB, pour notre entraide mutuelle ainsi que pour nos nombreux échanges, utiles dans l'élaboration de nos mémoires respectifs.

Je tiens également à remercier ma famille, en particulier mes deux sœurs **Alice** et **Delphine** dont les prénoms ont été utilisés comme prénoms d'emprunt pour la retranscription de mes entretiens.

Enfin, je tenais à témoigner toute ma gratitude à **Emilie** pour son soutien quotidien absolument indéfectible et la grande patience dont elle fait preuve chaque jour à mon égard. Merci beaucoup de m'aider à avancer.

**« La plus grande proximité, c'est d'assumer le
lointain de l'autre »**

Jean Oury

1 - INTRODUCTION

Le MIRS est l'aboutissement de mes trois années de formation en soins infirmiers. Il me permet de m'initier à la recherche et à la réflexion sur les soins infirmiers et sur certaines situations problématiques de soins, alors que je suis à l'aube de devenir un professionnel de santé.

Pour ce travail, il m'a fallu relever une situation interpellante que j'aurais pu rencontrer lors de mes stages. Cette situation a pour but de faire émerger les premiers questionnements et les premières réflexions, qui seront moteurs pour entamer pleinement ce travail de recherche. En cherchant, je me suis intéressé au thème de la relation soignant-soigné : cette relation si complexe, jouant un rôle tellement important dans la qualité des soins dispensés. Elle est soumise à l'influence d'une multitude de facteurs à l'origine variée. Au sein de mon IFSI, les soins techniques sont souvent les plus appréhendés car ce sont des sources d'erreurs visibles, et des actes qui s'apprennent et se perfectionnent avec l'expérience. Pourtant, ils restent des actes concrets : souvent tracés à l'écrit via des protocoles, régis par des règles strictes et des recommandations de pratique prouvées et certifiées. À mon sens, la relation entre le soignant et le soigné se trouve bien plus complexe car les éléments qui la régissent sont abstraits et variables d'un patient à l'autre, d'un soignant à l'autre, d'un contexte à l'autre. Et la complexité de ce thème me pousse donc à l'explorer pour mieux en comprendre les rouages.

Ma situation d'appel concerne donc la relation entre moi et une patiente. J'ai dû faire le tri entre mes différentes expériences rencontrées dans mes différents stages, donnant chacune lieu à des situations uniques. Je me suis naturellement et progressivement tourné vers les situations que j'ai rencontrées lors de mon stage en institution psychiatrique, la psychiatrie étant un domaine où cette relation soignant-soigné est à mon sens très présente. Une situation en particulier, exposée en partie « annexe » de ce travail de recherche, a grandement retenu mon attention.

Cette situation m'a mené à différents questionnements :

-Pourquoi suis-je mis en difficulté par l'apprentissage d'une seule donnée sur la vie d'une patiente ?

-Pourquoi ce changement de regard si soudain sur la patiente suite à l'apprentissage d'une seule donnée de sa vie ?

-Comment rester un infirmier à l'attitude professionnelle, conforme à la déontologie infirmière, face à un patient dont les actes sont totalement contraires à nos valeurs personnelles ou à la morale ?

-À quel point nos valeurs personnelles peuvent-elles influencer notre attitude professionnelle ?

-Nos engagements de soignants sont-ils infaillibles face à tout les patients, peu importe leurs opinions, leurs actes passés, leurs croyances, leurs convictions ?

-Être mis en difficulté de la sorte face à un antécédent de patient, est-ce être un professionnel incompétent ?

Tout ce cheminement et ces questionnements m'ont ensuite conduit à cette question de départ :

En quoi la connaissance d'un épisode de vie contraire à la morale d'un patient interfère dans la relation soignant - soigné ?

Le terme « épisode de vie contraire à la morale » ou « acte immoral » correspond selon moi à des actes jugés graves par notre société en général : l'homicide, l'infanticide, le viol, les actes de maltraitance (violences conjugales), de torture ou de barbarie...

L'objectif autour de cette question va être de comprendre par quels mécanismes l'apprentissage d'un seul élément issu de l'histoire de vie d'un patient va déstabiliser un soignant ainsi que toutes les valeurs qu'il porte d'habitude dans la réalisation de son exercice professionnel. Partant de cela, nous pourrons ainsi avoir des outils de compréhension sur la perturbation de la relation entre le soignant et le soigné (et donc par extension, sur la prise en soin du patient) qui découle de l'apprentissage de cet épisode de vie. Si possible, nous explorerons les possibilités existantes pour mieux appréhender ce type de situations complexes.

Pour cela, nous allons dans un premier temps élaborer un cadre conceptuel afin de comprendre les différentes notions théoriques mises en jeu dans ce type de situations. Ces notions seront définies et développées en prenant appui sur plusieurs écrits issus d'auteurs et de provenances différents.

2 - CADRE THEORIQUE

2.1 - Textes juridiques

2.1.1 - Code de déontologie infirmier

Pour démarrer ce cadre théorique, il est intéressant de se pencher d'abord sur ce que dit la loi. Le code de déontologie infirmier comprend l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice. Celui-ci permet une clarification du rôle infirmier, notamment en terme d'échanges avec le patient.

Ainsi, comme l'indique l'article R. 4312-11, « *l'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs moeurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.* »

Cependant, l'article R. 4312-12 dispose que « *hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle.* » En revanche, « *si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins.* »

2.1.2 - Code de la Santé Publique

Le Code de la Santé Publique détermine matériellement le champ du droit de la santé publique. L'article L. 1110-1 indique que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.* »

L'article L. 1110-3 va dans ce sens : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* » Toujours selon ce même article, déroger à cette règle peut avoir des conséquences : « *Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte.* »

2.2 - Les notions de morale et d'immoral

Sur le site web du dictionnaire Larousse, la morale est défini comme un « *ensemble de règles de conduite, considérées comme bonnes de façon absolue ou découlant d'une certaine conception de la vie* ». Si on prend le mot moral en tant qu'adjectif, il y est défini comme ce « *qui concerne les règles de conduite pratiquées dans une société, en particulier par rapport aux concepts de bien et de mal* ».

Selon C. Durand (2007), la morale est l'expression des normes socialement admises. Il l'oppose à la notion d'éthique, relevant plutôt d'une volonté à initiative individuelle de « bien faire ». La morale posséderait une connotation religieuse pour la profession infirmière, liée à l'historique de cette profession mais aussi de façon plus globale, à l'histoire des hôpitaux et de ses acteurs. Elle peut être considérée comme une qualification des actions en bonnes ou mauvaises mais souvent en référence aux principes religieux invoqués.

Dans un cours de droit sur le « phénomène criminel » (2014), un parallèle est établi entre la notion de morale et le droit pénal. Il est indiqué que « *le droit pénal se distingue de la morale qui vise le perfectionnement de l'individu. Les infractions pénales et les interdits moraux peuvent être identiques, mais le droit pénal sanctionne très souvent des agissements indifférents ou réprouvés par la morale* ». Des objectifs de la morale y sont définis : distinguer le bien du mal et rendre l'être humain meilleur.

La morale a d'ailleurs pu contribuer à l'évolution du droit pénal : les premières infractions pénales correspondent à des interdits moraux (vol, meurtre, adultère), avant que certains faits devenus socialement acceptables ne soient dépénalisés (adultère, homosexualité). Aujourd'hui encore, la sanction pénale est aggravée dans les cas d'atteintes aux personnes heurtant fortement la conscience morale (agressions et atteintes sexuelles commises par un ascendant).

J. Lecomte (1995) s'intéresse à la morale et aux valeurs morales dans l'article « Les valeurs morales d'aujourd'hui » de la revue Sciences Humaines. Il y relève les principaux courants de pensée de l'Histoire et leurs différents auteurs. Pour lui, « *les philosophies morales se fixent comme objectif de définir ce qu'est le Bien, ce que l'homme doit faire et ne pas faire* ». Il pense que cette philosophie morale s'oriente dans deux directions différentes : la recherche du bonheur individuel via l'application d'un « art de vivre », et la recherche d'une norme permettant aux Hommes de vivre ensemble, s'identifiant plutôt au « devoir ».

Plusieurs auteurs philosophiques sont cités par J. Lecomte afin de recueillir leur approche du sujet. Ainsi, E. Kant (1724-1804) pense que la morale se préoccupe plus de la vie en commun que du bonheur personnel. Pour E. Durkheim (1858-1917), la morale n'est pas un produit de l'individu mais plutôt d'un contexte social, d'une société, d'une règle contenant deux caractéristiques majeures que sont l'obligation et la sanction. Pour F. Nietzsche (1844-1900), « *la conscience morale est le produit d'une forte contrainte sociale visant à inhiber les tendances vitales qui sont en l'homme fort* ». S. Freud (1856-1939) pense que

l'apparition de la conscience morale chez l'individu est attribuée au rôle de la famille et de l'autorité parentale, permettant la limitation de l'assouvissement de ses pulsions. Enfin, B. Skinner (1904-1990), en évoquant la morale, pense que « *le comportement humain est essentiellement conditionné par la recherche des récompenses et l'évitement des punitions.* »

Par ailleurs, J. Lecomte (1995) rapporte que L. Kohlberg (1927-1987) a pu travailler sur l'évolution du jugement moral, de l'enfance à l'âge adulte. L'ensemble de ses résultats vient dessiner des tendances générales de la morale des Français. « *La première est que les grandes règles morales traditionnelles (contre le vol ou le recel, pour le respect de l'autorité), loin d'être obsolètes, sont encore bien présentes. (...) La deuxième tendance est ce décalage presque constant entre les grands principes et leur application concrète.* » L'auteur donne l'exemple des Français prenant des positions strictes sur la plupart des comportements jugés condamnables, reconnaissant en même temps qu'il n'y a pas de ligne directrice claire distinguant le bien du mal.

Le site web du dictionnaire Larousse, par antagonisme avec le concept de morale, définit l'adjectif « immoral » comme ce « *qui viole les principes de la morale établie par sa conduite, sa pensée.* » Il le définit aussi comme ce « *qui est contraire à la morale, aux bonnes mœurs.* »

2.3 - Les valeurs

2.3.1 - Définition des valeurs

Pour le site syndicat-infirmier.com, les valeurs sont des « *références pour l'action humaine. On leur accorde un prix, on les estime et on y aspire* ».

A.Vega, citée dans l'ouvrage de L.Michaux (2015), définit les valeurs comme suit : « *[...] préférences, croyances, principes généraux considérés comme fondamentaux qui orientent les comportements des acteurs et des groupes dans chaque société, et qui participent à leur vision du monde.* » (p. 22)

Dans son article, C.Durand (2007) cite cette phrase : « *La valeur n'est ni un objet, ni un concept, elle ne peut être connue que si elle est vécue* », autrement dit « *mise en acte* ». Elle cite également Long Pham Quand, qui dit que « *les valeurs déterminent notre façon d'aborder la vie au quotidien. Elles conditionnent nos actes et nos pensées.* »

Pour C.Durand (2007), le non respect d'une valeur dans ses actes, qu'ils soient accomplis dans un cadre privé ou professionnel, va se traduire à postériori par une souffrance.

2.3.2 - Les valeurs personnelles

Pour C.Paquette, cité dans l'ouvrage de C.Curchod (2009), « *une valeur est intimement liée à l'individu et à sa conduite. Elle est intérieure à l'individu et elle nomme ses gestes quotidiens. Elle traduit souvent ce qu'il y a de plus profond en lui. En fait, il s'agit de prendre les valeurs pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des références déterminantes pour la conduite d'une vie.* »

Ces valeurs personnelles vont évoluer dans le temps, selon le milieu dans lequel l'individu évolue (L.Michaux, 2015, p.74).

Selon C.Durand (2007), « *l'individu qui entreprend les études n'est pas vierge de toute valeur.* » Elles sont complexes à identifier. Elles peuvent faire l'objet d'une construction identitaire par identification à un modèle choisi par l'enfant : ces valeurs sont ainsi « *empreintées* » par celles présentes dans l'éducation des parents mais aussi celles rencontrées lors de la scolarité, dans les clubs sportifs ou culturels, ou encore dans la morale religieuse plus ou moins fortement intégrée.

Pour C.Curchod (2009), « *nos valeurs personnelles sont filles de notre expérience, de notre éducation, de notre culture et de notre histoire.* » Il rajoute qu'une valeur étant abstraite par nature, chacun va développer des équivalences concrètes sous forme de représentations tangibles de ce qu'elle signifie. Ceci permet aux valeurs de vivre et de se transformer au contact de la réalité quotidienne et de notre développement émotionnel, philosophique et spirituel.

2.3.3 - Les valeurs professionnelles

Le site « syndicat-infirmier.com » (2011) rapporte que les valeurs professionnelles, liées au milieu de la santé, se traduisent tant dans la prestation des soins que dans la relation soignant-soigné. Parmi les valeurs généralement reconnues au sein de la profession infirmière, on peut trouver l'autonomie et la dignité de la personne, l'intégrité, le bien-être et la sécurité du patient, ou encore la justice et l'équité dans les soins.

Pour C.Curchod (2009), « *soigner repose sur des valeurs humanistes, qui visent à permettre la pleine réalisation de l'Homme* ».

C.Durand (2007) rapporte qu'identifier les valeurs professionnelles de la profession infirmière, notamment du professionnel infirmier, est une tâche ardue. Certaines valeurs admises par la profession relèvent du code de déontologie. C'est un « *guide de réflexion* » selon les dires du site « syndicat-infirmier.com » (2011).

Toujours selon C.Durand (2007), l'adoption des valeurs professionnelles par le futur soignant va participer à sa construction identitaire professionnelle : elle permettra de « *tenter de réaliser le souhaitable, le désiré, l'attendu le plus proche de l'idéal professionnel visé* ».

Pour L.Michaux (2015), « *une des valeurs éthiques essentielles - si ce n'est la valeur englobant toutes les autres - dont le groupe professionnel des soignants se réclame pourrait se résumer dans une logique d'ouverture aux autres, d'accueil de la « différence », les soins comme les relations étant censés être prodigués et engagés sans distinction.* » (p. 20)

2.3.4 - L'interaction des valeurs personnelles et professionnelles

Pour le site « syndicat-infirmier.com » (2011), une personne adhérant à la profession infirmière s'engage à respecter et à honorer les valeurs et règles de conduite établies. Tout en tenant compte de ses propres valeurs et convictions, l'infirmier doit répondre aux exigences de sa profession. Ces deux dimensions distinctes (valeurs personnelles / valeurs professionnelles) sont habituellement compatibles mais aussi complémentaires. Pourtant, de nombreuses valeurs se côtoient dans notre société : il peut donc se produire des situations où s'opposent valeurs personnelles et professionnelles au moment de dispenser des soins. L'infirmier doit alors pouvoir reconnaître ceci et s'assurer de ne pas imposer ses valeurs personnelles aux personnes prises en charge. Dans tout dilemme inhérent à ce conflit de valeurs, l'infirmier doit « *considérer les obligations déontologiques dans l'analyse de situation* ». En tant que professionnel de santé, bien que ces situations soient difficiles à vivre, il doit « *subordonner ses convictions personnelles aux intérêts des patients et ceux-ci ne doivent en subir aucun préjudice.* »

Selon C.Durand (2007), le futur soignant va devoir s'approprier ces nouvelles valeurs professionnels lors de sa formation. Pour éviter de s'exposer à des conflits internes de valeurs lors de son exercice professionnel futur, il va devoir procéder à un réaménagement de son système de valeurs personnels. Ceci étant dit, « *le choix de cette profession est souvent sous-tendu par la possibilité de faire vivre, voire d'exalter, dans l'action professionnelle, les valeurs personnelles qu'il veut défendre.* » Plus les valeurs personnelles de l'individu sont proches des valeurs professionnelles attendues, plus il a de chance de « *s'y retrouver* » et d'éviter les conflits internes.

Ces conflits internes peuvent se manifester par certaines dérives : L.Michaux (2015, p.76) donne l'exemple du soignant se réfugiant dans la technique pour ne pas avoir à échanger avec cette personne sur laquelle est porté un jugement de valeurs, au nom de convictions personnelles.

Dans son ouvrage, C.Curchod (2009) indique que « *soigner et être soigné en accord avec ses valeurs profondes favorisent l'émergence et le renforcement du sens. Alors que les soins qui violent les valeurs de ceux qui les donnent ou de ceux qui les reçoivent risquent de conduire à la longue à une perte du sens et à une détérioration des relations.* »

2.4 - Le jugement de valeur

2.4.1 - Définition du jugement de valeur

Le verbe « juger » est défini comme suit sur le site web du Larousse : « *Se faire une opinion sur quelque chose ou sur quelqu'un, porter une appréciation, un jugement de valeur à leur sujet.* »

Selon Ludwig von Mises (1957), « *Les jugements de valeur sont volontaires. Ils expriment les sentiments, les goûts et les préférences de l'individu qui les énonce. En ce qui les concerne, il ne peut être question de vérité ou de fausseté. Ils sont ultimes et ne sont soumis à aucune preuve.* » L'auteur considère tous jugements de valeur comme personnels et subjectifs. Ces jugements considèrent les choses du point de vue de la personne qui les émet et n'affirme rien sur les choses telles qu'elles sont.

Si le jugement de valeur est une notion purement théorique lorsqu'il n'oblige pas l'homme qui les prononce à la moindre action, il peut prendre plus ample importance lorsqu'il va constituer les ressorts de l'action humaine.

L'auteur indique qu'« *À chaque fois qu'un homme fait face à la nécessité de choisir entre deux choses ou états, sa décision est un jugement de valeur [...]* ».

2.4.2 - Le jugement dans le milieu du soin

Un article de la revue « L'infirmière magazine » (2016) indique que « *chacun est amené à porter des jugements de valeur sur les individus, les comportements, les discours des personnes qu'il rencontre. Ceci est normal et humain.* »

Selon ce même article, « *Porter un jugement de valeur, c'est juger l'autre en fonction de ses propres références, de ses propres valeurs.* » Il est pourtant souhaitable que le soignant « *soit en mesure d'accepter l'autre, le soigné, avec ses propres références, ses représentations, tel qu'il est* ».

Ces jugements de valeur sont inévitables, mais « *ils doivent faire l'objet d'une prise de conscience, d'une identification qui permet au professionnel de ne pas agir, de ne pas transmettre au groupe professionnel un avis, une opinion teintée de ces propres jugements, surtout lorsqu'ils sont négatifs.* » Ils sont susceptibles d'avoir une influence négative sur la suite des relations entre une équipe de soin et un patient, voire son entourage.

2.5 - La relation

2.5.1 - Définition de la relation

La définition du terme « relation » donnée par le Larousse sur son site web est l'« *ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles.* »

Selon l'ouvrage de A.Manoukian et A.Massebeuf (2008), une relation correspond à une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire entre deux caractères, deux psychologies singulières et deux histoires. Plusieurs facteurs vont intervenir dans l'établissement d'une relation :

-les facteurs psychologiques, « *principalement les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication* »

-les facteurs sociaux, comme « *l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture ainsi que les rôles et fonctions de chacun* »

-les facteurs physiques, incluant « *les perceptions propres à chacun, l'aspect physique...* » (p. 9)

De plus, toujours d'après A.Manoukian et A.Massebeuf (2008), la relation est définie comme étant complexe. L'entrée en relation avec autrui se fait par l'intermédiaire du corps, de la parole et de l'affectivité. Cette affectivité, également appelée affect, en est l'élément central : « *elle est au coeur des relations, soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire. [...] elle révèle sa présence au travers de perturbations comme des bégaiements, trous de mémoire, des lapsus, des rougissements, des tremblements, des malaises...* » (p. 9)

2.5.2 - La relation soignant - soigné

2.5.2.1 - Définition

C.Paillard (2016) définit la relation soignant-soigné (aussi appelée relation de soin) comme étant une « *Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant [...] Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de favoriser un soin, un dialogue [...]* »

Dans l'ouvrage de C.Curchod (2009), M.Formarier appelle relation de soin, « *la relation professionnelle qui s'établit entre une infirmière et un patient ou une famille.* »

M.Pitte (2019) décrit la relation soignant - soigné comme bilatérale et asymétrique : bilatérale parce qu'elle correspond à un rapport mutuel entre le soignant et le soigné, asymétrique parce que le statut entre le soignant et le soigné est différent. Le soignant détient les connaissances et peut aider, tandis que le patient ne les détient pas et a besoin d'aide.

C.Curchod (2009) suggère que lorsque la relation de soin est de bonne qualité, un dialogue s'instaure. Ce dialogue « *permet à chacun d'exprimer ses préoccupations, ses besoins, ses préférences, de préciser sa pensée, de réfléchir avec l'autre. Une écoute mutuelle s'installe et se renforce progressivement.* » Il va favoriser l'élaboration de décisions mutuellement satisfaisantes et appliquées.

M. Formarier (2007) écrit que cette relation doit permettre « *connaissance mutuelle, identification des besoins, demandes, ressources du patient, perception des émotions...* »

Pour A.Manoukian et A.Massebeuf (2008), « *les raisons ou objectifs des relations, dans le milieu hospitalier, sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein de la relation soignant - soigné [...] Le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation.* » Des informations sont échangées en permanence entre le soignant et le patient, à travers les mots, les gestes, les mimiques, les postures du corps, les attitudes ainsi que les « accessoires ». Ce terme englobe tout ce qui participe à la relation, comme la tenue vestimentaire (uniforme, vêtement civil, chemise d'hôpital...) ou les attributs d'une fonction (pince, stéthoscope, tensiomètre...). Tous ces éléments apportent une information à partir de laquelle le patient va percevoir un message particulier.

Entre le patient et le soignant vont s'échanger paroles, sourires, regards mais aussi grimaces, froncements de sourcils, exclamations voire cris. Par une habileté relationnelle, ces éléments vont pouvoir être interprétés comme des supports d'informations qui formeront le sédiment de la relation-soignant.

C.Curchod (2009) écrit que selon son but, cette relation de soin peut prendre différentes formes : relation de civilité, d'aide psychologique, éducative... Ces relations vont reposer sur des codes déterminés par la culture, les statuts sociaux, les rôles, les modes d'expression et les déterminent en retour.

2.5.2.2 - Les différents niveaux de la relation soignant - soigné

Il est possible de « décortiquer » la relation soignant - soigné pour mieux la comprendre et l'envisager. Selon L. Malaboef (1992), il existe quatre niveaux de relation soignant - soigné, s'établissant par ordre croissant.

La relation de civilité va permettre l'établissement d'un climat de confiance, par une attitude agréable et conviviale. Elle intervient en dehors du soin et correspond aux codes socio-culturels : la politesse, la courtoisie, saluer, se présenter. Ce mode de relation permet un degré de proximité avec l'autre, tout en maintenant une certaine distance.

La relation fonctionnelle a pour objectif le recueil de données du patient, l'anamnèse, l'explication, le déroulement du soin. C'est une approche purement didactique.

La relation de compréhension a un but emphatique, un rôle de soutien du patient. Il s'agit de comprendre son ressenti, sans le partager ni en souffrir. Elle met en jeu l'écoute active et la dédramatisation.

Enfin, la relation d'aide thérapeutique intervient selon un projet de soins thérapeutique établi par prescription médicale, ayant pour but de soigner le patient.

2.5.3 - La relation d'aide

C.Rogers (1963), cité dans l'article de M.Formarier (2007), résume ainsi cette relation : « *La relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes.* »

A.Manoukian et A.Massebeuf (2008) écrivent que la relation d'aide est « *fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement.* » Ces concepts vont déterminer la façon dont le soignant va s'y prendre pour créer une ambiance favorable afin d'instaurer un climat de confiance.

L'acceptation positive inconditionnelle consiste, pour le soignant, à accepter le patient tel qu'il est, sans aucun jugement sur ce qu'il fait ou dit. Dans ce cadre professionnel, l'acceptation d'autrui est inconditionnelle, contrairement à ce que le patient peut trouver dans la vie courante. Le soignant accepte et distingue la personne et non ses comportements, symptômes ou sa situation.

L'authenticité établit « *la base d'une relation honnête, franche, sans mensonge ni artifice.* » Il s'agit de « tenter » d'être soi-même, sans se cacher derrière des stéréotypes, des préjugés, des règlements, des habitudes professionnelles ou institutionnelles. Le soignant s'expose alors lui-même comme outil de soin.

L'empathie « *est le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre.* » Elle est souvent exercée suite à une véritable écoute. Ce terme est à distinguer de « sympathie », qui signifie étymologiquement « souffrir avec ». L'empathie est étroitement liée à l'authenticité :

« *Et si je tente d'être authentique, je ne me cacherai pas de ce que je ressens, si je n'en ai pas peur toutefois.* » (p. 48)

2.5.4 - Juste distance relationnelle

P.Prayez (2009) affirme dans son ouvrage qu'il existe une juste distance relationnelle à vivre dans la relation d'aide entre soignant et soigné, mais que ce terme « piégé » va trop souvent être « *entendu au sens d'une distance froide et banalisant la souffrance d'autrui.* »

La juste distance relationnelle va être confondue avec la distance dite défensive, qui « aseptise » la relation de tout affect, qui la pousse à se déshumaniser. Cette dernière tire l'expérience relationnelle vers une perte de sensibilité à l'autre, pouvant mener à la tolérance de situations inacceptables d'un point de vue éthique. (p. 1, p. 40)

Par ailleurs, la déshumanisation de la relation à l'autre fait partie des trois dimensions fondamentales du syndrome d'épuisement professionnel, ou burn out (description de P. Canaoui et A. Mauranges, p. 45)

À l'inverse, P.Prayez évoque l'effet néfaste d'une trop grande implication du soignant dans la relation. La relation professionnelle ne doit pas être confondue à la relation privée. Le soignant peut être « *pris dans un « syndrome de la relation d'aide », synonyme d'excès de réparation ou de culpabilisation accablante.* » La juste distance, non-défensive, va lui permettre « *de ne pas être dépassé par une implication passionnée, qui le ferait excessivement souffrir sans aider la personne soignée de façon efficace.* » (p. 2)

3 - ANALYSE DES ENTRETIENS

3.1 - Méthode et objectifs

Cette analyse se base sur deux entretiens semi-directifs réalisés auprès d'IDE. Le premier entretien a été réalisé auprès d'une IDE (n°1) en psychiatrie pratiquant en UHSA (unité d'hospitalisation spécialement aménagée prévue pour les patients détenus atteints de troubles psychiatriques). Le deuxième entretien a, lui, été réalisé auprès d'une IDE (n°2) exerçant en UHSI (unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale prévue pour les patients détenus atteints de problèmes somatiques).

L'analyse de ces entretiens a pour objectifs de :

- mettre en évidence le ressenti des soignants sur le terme « immoral » et tout ce que celui ci englobe
- exposer le vécu de situations des IDE auprès de patients auteurs d'actes dits « immoraux »

-relever auprès des IDE les changements constatés dans la relation soignant-soigné suite à l'apprentissage d'un antécédent de vie « immoral » d'un patient

-mettre en évidence les moyens mis en place par les IDE pour surmonter les éventuelles difficultés découlant de ces situations

-montrer en quoi les valeurs du soignant peuvent être mises en jeu dans ce type de situation

-mettre en avant le positionnement du soignant sur la nécessité de connaître ou non un antécédent de vie « immoral » d'un patient.

3.2 - Analyse descriptive

3.2.1 - Ressentis sur le terme « immoral »

Pour les deux infirmières vues en entretien, la première chose venant à l'esprit lorsque le terme « immoral » est évoqué est quelque chose de contraire à plusieurs notions, quelque chose allant à l'encontre et à l'opposé de plusieurs aspects. En premier lieu, le terme « immoral », comme son nom l'indique, est opposé à la morale et donc par extension à ce qui est accepté ou non dans notre société, ce qui se fait ou pas. Ensuite, le terme « immoral » est également vu comme allant à l'encontre du bien être ou de la vie d'autrui. Pour une des infirmières, de manière factuelle, l'acte immoral va plutôt être représenté sous forme d'actes de viol, de pédophilie, d'infanticide ou d'homicide. Il va également être relié, par l'infirmière n°2, aux actes répréhensibles et à la juridiction. Pour autant, un acte répréhensible n'est pas systématiquement associé à un acte immoral, comme ce pourrait être le cas pour un trafiquant ou un consommateur de stupéfiants. Les deux infirmières rapportent ensuite dans leurs entretiens respectifs que la définition du terme « immoral » est propre à chaque personne mais aussi à chaque contexte : il s'agit donc d'un terme relativement subjectif en fonction des différents paramètres mis en jeu dans une situation, des valeurs de chacun, de la présence ou non d'une maladie psychiatrique (exemple donné du pédophile ne considérant pas ses crimes comme immoraux). Notons qu'il est censé exister, malgré ça, un paramètre uniforme pour la grande majorité des gens concernant nos représentations et nos définitions de l'acte immoral (« *on devrait quand même avoir des choses qui se retrouvent* », cf entretien IDE n°1).

3.2.2 - Vécu des situations

Les deux infirmières interrogées ont pu livrer des situations de soin où elles ont côtoyé des patients ayant commis, par le passé, des actes dits « immoraux ». Elles ont exposé leur vécu de ces situations. Globalement, beaucoup d'éléments négatifs ressortent du vécu de ces situations. Mais certaines de ces situations donnent parfois lieu à des éléments positifs.

Les éléments négatifs mettent en jeu des ressentis personnels négatifs : des états de « choc » (« *j'étais un peu choquée* » cf IDE n°2), le fait de garder en tête l'acte immoral du patient plus que nécessaire, le fait d'être déstabilisé par ces situations, le fait d'être « *pris aux tripes* » (cf IDE n°1). Ces ressentis négatifs mènent à des difficultés au niveau de la prise en charge : difficulté à être impartial dans la prise en charge voire sentiment d'incapacité à s'occuper correctement du patient. L'IDE n°1 évoque même des éléments non-verbaux (corporels) traduisant son ressenti négatif et ses difficultés, pouvant donc possiblement être repérés par le patient.

Des éléments positifs ressortent parfois dans le vécu de certaines situations : ainsi, la connaissance d'antécédents d'actes « immoraux » du patient peut permettre la création d'un lien fort entre le soignant et le soigné, donnant lieu à une vraie alliance thérapeutique. Cette connaissance des antécédents du patient peut aussi présenter un intérêt dans la prise en charge, donnant du sens aux soins par la suite.

Dans les entretiens, il ressort beaucoup cette limite entre le rôle de soignant et notre personne propre. L'IDE n°1 évoque surtout les difficultés à être dans son rôle de soignante dans certaines situations : elle parle beaucoup de sa « *propre limite* » et de sa capacité à sentir que cette limite va être franchie. Elle a pleinement conscience de ses difficultés et anticipe le fait qu'elle ne sera peut-être pas une « *bonne soignante* ».

L'IDE n°2, elle, parle plutôt de ses capacités à rester soignante. Elle parvient à rester purement soignante et professionnelle avec le patient, en traitant chaque problème de santé comme elle le ferait pour d'autres patients. Selon elle, le déroulé des choses, la discussion, poussent à passer outre ces difficultés. Elle évoque aussi le fait que le temps et l'expérience permettent de développer cette capacité à surmonter ses ressentis négatifs.

Pour autant, ces vécus particuliers des situations vont provoquer des conséquences. La poursuite des soins auprès du patient peut être totale, partielle (arrêt de la référence IDE d'un patient par l'IDE, ou arrêt des entretiens individuels avec le patient) ou perturbée (arrêt des soins par l'IDE).

Une autre conséquence importante issue du vécu de ces situations est le recours aux collègues, à l'équipe soignante, par le biais de la communication voire de la délégation des soins.

3.2.3 - Impacts sur la relation soignant-soigné

Pour les infirmières interrogées, des changements sont bel et bien constatés dans la relation soignant-soigné suite à la connaissance d'un antécédent de vie « immoral » d'un patient. Ces changements sont surtout perçus par les infirmières, mais il ressort des entretiens qu'ils sont aussi parfois perçus par les patients.

L'IDE n°1 évoque l'impact des situations sur la prise en soin : il peut y avoir des conséquences comme l'arrêt du suivi du patient ou l'arrêt de la référence IDE. La relation

s'en voit alors impactée, et ce genre de situations peut faire régresser la qualité de la relation qui était initialement en place entre le soignant et le patient.

L'IDE n°2 admet également des changements dans la relation soignant-soigné, notamment au moment des soins en chambre : si la prise en charge d'un point de vue « technique » reste inchangée, la prise en charge d'un point de vue « globalité » et « humain » évolue. Ainsi, l'IDE peut être moins encline à « s'éparpiller » dans la discussion avec le patient, à s'attarder dans la conversation. L'aspect purement technique et infirmier reste cependant inchangé.

Parfois, les situations ont un impact positif sur la relation soignant-soigné : elles peuvent permettre une meilleure compréhension du patient par l'IDE ou développer l'empathie de l'IDE auprès du patient. Pour l'IDE n°1, une situation mettant en jeu la connaissance d'un antécédent de vie « immoral » d'une patiente a donné lieu à la prise en charge la plus marquante pour elle dans sa carrière, d'un point de vue positif. Par ailleurs, cette même patiente a pu constater des changements positifs dans sa relation aux soignants et dans sa prise en charge, lui permettant de se confier sur d'autres sujets marquants de sa vie. Cela lui donne la possibilité de mettre en place un travail dans le cadre de sa prise en charge.

Sans l'affirmer de façon sûre, les IDE supposent que les patients ressentent probablement ces changements dans la relation soignant-soigné. Notons que dans les entretiens, il ne ressort pas d'impacts négatifs perçus par les patients.

3.2.4 - Surmonter les difficultés

Pour surmonter les difficultés rencontrées dans ce type de situations, les IDE interrogées mettent beaucoup en avant l'importance de l'équipe soignante (cadre et équipe médicale inclus). Elles insistent sur la nécessité de communiquer avec ses collègues : faire part de son vécu, de ses ressentis, rapporter les choses qui ont été dites, les choses qui ont pu heurter ou choquer. Cette communication permet de se décharger des éléments lourds à porter et à garder pour soi seul. Elle permet aussi d'être transparent avec ses collègues, de leur permettre de mieux comprendre des situations découlant des difficultés rencontrées. L'équipe représente donc un soutien très important, d'autant plus qu'elle permet aussi la délégation des soins par l'IDE en difficulté.

Pour l'IDE n°1, l'évitement du patient peut aussi être parfois un moyen de surmonter ses difficultés : elle peut permettre une prise de recul sur la situation, si elle est jugée nécessaire. Cet évitement n'est pas permanent dans le temps et peut évoluer par la suite.

3.2.5 - Mise en jeu des valeurs

Ensuite, les IDE évoquent toutes deux d'un côté les valeurs personnelles, propres à chacun, et les valeurs soignantes plutôt relatives à la profession d'infirmier/ère. Pour elles, les valeurs

personnelles sont bien mises en jeu dans ce type de situations. Elles sont même perturbées : les IDE admettent toutes les deux qu'elles ne toléreraient pas certains antécédents de vie « immoraux » de certains patients en dehors du contexte de travail. Ce sont les valeurs soignantes qui vont leur permettre de faire la « part des choses ». Ces valeurs soignantes permettent d'éviter au maximum le jugement de valeur du patient. Elles soulèvent une notion de devoir : les soignants sont ici pour soigner, ils le doivent, et la question ne doit même pas se poser au travail.

L'IDE n°2 évoque cette différence entre qui nous sommes dans notre vie personnelle et qui nous sommes dans notre vie professionnelle. Dans le contexte du travail, c'est les valeurs soignantes qui vont guider les actions de l'IDE, plutôt que les valeurs personnelles. Par ailleurs, les valeurs personnelles étant propres à chacun, il ressort également des entretiens que certains IDE ne peuvent pas, malgré ces valeurs soignantes, prendre en soin certains patients auteurs d'actes « immoraux ». Nos réactions face à ces situations sont donc très personnelles.

Enfin, l'IDE n°1 souligne que, dans le contexte de la psychiatrie, prendre en compte la pathologie psychiatrique du patient dans la réalisation de ses actes « immoraux » permet de relativiser cette mise-à-mal des valeurs personnelles.

3.2.6 - Positionnement soignant : connaître ou ne pas connaître l'épisode de vie ?

Pour finir, les IDE s'expriment sur leur positionnement concernant la nécessité de connaître ou non un antécédent de vie « immoral » d'un patient.

L'IDE n°1, pratiquant en UHSA auprès de patients porteurs de pathologies psychiatriques, se positionne en fonction des pathologies des patients. Selon elle, il n'est pas nécessaire de connaître les antécédents immoraux des patients psychotiques : cela n'apportera rien à la prise en charge d'autant plus que ces patients vont souvent commettre leurs actes dans un état de décompensation de leur maladie, où leur rapport à la réalité s'en voit biaisé. En revanche, l'IDE n°1 perçoit de l'intérêt à connaître cet antécédent pour des patients dépressifs : ces derniers auront probablement besoin de parler de leur histoire de vie, et d'effectuer un travail dessus. Cela apporte du sens à la prise en charge. Globalement, l'IDE n°1 affirme quand même ne pas avoir besoin de savoir, dans son travail.

Pour l'IDE n°2, pratiquant en UHSI, il est mieux de connaître les antécédents de vie des patients. Dans ce type de structure, les patients sont des détenus purgeant parfois de longues peines en lien avec leurs actes commis : une grande partie de leur histoire de vie tourne donc autour de ces actes. Pour mieux comprendre ces patients, l'IDE a donc meilleur intérêt à connaître leurs antécédents. Ces données peuvent l'aider à mieux comprendre la personnalité du patient, à mieux comprendre et accepter certains de ses actes en découvrant tout le contexte y étant lié. L'IDE n°2 affirme donc toute l'aide et les bénéfices

qu'apporte la connaissance de ces antécédents, du moins dans une structure accueillant les personnes détenues.

Une fois de plus, il ressort des entretiens le fait que ce positionnement reste très personnel, variable d'un soignant à l'autre, d'un vécu à l'autre, de conceptions personnelles à d'autres.

3.3 - Analyse interprétative

Beaucoup de notions exprimées par les IDE interrogées rejoignent celles abordées dans le cadre théorique de ce travail de recherche.

Les définitions de l'immoral données par ces soignantes correspondent à celles évoquées dans le cadre théorique, et ce sur plusieurs points : l'immoral s'oppose à la morale, et cette morale correspond à ce qui se fait ou non dans une société, ce qui est bien ou mal. Ces définitions viennent rejoindre, entre autre, celle de J. Lecomte (1995) qui dit que « *les philosophies morales se fixent comme objectif de définir ce qu'est le Bien, ce que l'homme doit faire et ne pas faire* ». Le lien entre la juridiction et l'acte immoral est également établi par l'IDE n°2. On retrouve ce parallèle entre ces deux notions dans le cours de droit sur le « phénomène criminel » (2014), cité dans le cadre théorique, mettant en évidence le fait que le droit pénal a pu évoluer en corrélation avec la définition de la morale établie dans la société. Enfin, la subjectivité de la définition de l'immoral est soulevée par les IDE : elle est propre à chaque contexte, chaque individu, mais le paramètre uniforme censé être retrouvé chez la grande majorité de la population est également évoqué. La balance est faite entre une partie variable propre à chacun et à sa conception des choses, et une partie uniforme, retrouvée chez la plupart des individus. Ce point, en revanche, est moins abordé dans le cadre théorique. Il peut éventuellement faire écho au travail de J. Lecomte (1995) effectué auprès des Français pour définir des tendances de leur morale : pour eux, la ligne directrice distinguant le bien du mal reste assez floue à définir, même s'ils prennent des positions strictes sur la plupart des comportements jugés condamnables.

Ces multiples concordances, retrouvées à la fois entre le discours des deux infirmières interrogées et les auteurs du cadre théorique, ont donc tendance à montrer que lorsque l'on parle d'acte dit immoral, il nous est tous évoqués à peu près les mêmes idées, les mêmes images.

Les valeurs sont évoquées dans les entretiens, aussi bien celles dites personnelles que professionnelles. Elles sont abordées globalement de la même façon par les deux IDE. La distinction est établie entre les deux. Si leur origine et leur construction n'est pas abordée, la définition de ces catégories de valeurs ressorties de l'entretien rejoignent celles du cadre théorique. Les valeurs personnelles vont donc guider les actes quotidiens d'un individu et déterminer sa conduite de vie tandis que les valeurs professionnelles vont participer à la

construction identitaire du professionnel en lui faisant *“tenter de réaliser le souhaitable, le désiré, l’attendu le plus proche de l’idéal professionnel visé”* comme stipulé par C.Durand (2007). C’est pourquoi les IDE rapportent bien toutes les deux que quelque chose qui serait inacceptable pour elles en dehors du travail et qui va mettre à mal les valeurs personnelles qu’elles portent, sera abordé différemment dans un contexte où elles se doivent d’adopter une posture de professionnel de la santé soumis à des devoirs soignants. L.Michaux (2015) rejoint cette logique lorsqu’elle dit que *“une des valeurs éthiques essentielles (...) pourrait se résumer dans une logique d’ouverture aux autres, d’accueil de la différence, les soins étant censés être prodigués et engagés sans distinction”*. De la même façon, lorsque les IDE expriment la nécessité de devoir faire *“la part des choses”* auprès de patients auteur d’actes *“immoraux”*, elles font indirectement écho à C.Durand (2007) qui dit que pour éviter de s’exposer à des conflits internes de valeurs lors de son exercice professionnel, le soignant réaménage de fait son système de valeurs personnels. Dans le cadre théorique, il ressort l’idée qu’il s’agit de ne pas imposer nos valeurs personnelles aux patients si l’on veut lui assurer la meilleure prise en soin possible. C’est pourquoi il est nécessaire de revoir la place accordée à nos valeurs personnelles, du moins dans le contexte professionnel. C’est l’idée qui est indirectement évoquée par les infirmières. Par ailleurs, L.Michaux (2015) dit que ces conflits internes peuvent se manifester par des soignants se réfugiant dans la technique. Ainsi, l’IDE n°2, si elle n’est pas complètement fermée à la discussion lorsqu’elle applique des soins auprès de certains patients aux antécédents immoraux, admet moins s’étaler dans l’échange comme cela pourrait être le cas avec d’autres patients.

Par ailleurs, les IDE déclarent agir dans le respect des textes juridiques régissant leur profession dans les situations qu’elles évoquent : l’IDE n°1 applique son droit de délégation des soins en transmettant toutes les informations nécessaires à ses collègues lorsqu’elle se trouve en difficulté et en informant le patient de cela, tandis que l’IDE n°2 tente de prendre en soin le plus possible chaque patient d’égal à égal malgré la connaissance de certains épisodes de vie. Elle *« leur apporte son concours en toutes circonstances »* comme stipulé dans le Code de Déontologie Infirmier.

Le jugement de valeur est une notion qui, si elle est sans doute mise en jeu dans ces problématiques, est très peu abordée dans les entretiens excepté une fois par l’IDE n°1 disant qu’elle n’a pas à juger une personne sur ses actes, dans le cadre de ses valeurs soignantes et de son rôle soignant.

La notion de relation soignant-soigné ressort aussi beaucoup dans les entretiens, précisément parce qu’elle subit les conséquences découlant de ce type de situations. Ce qui est exprimé par les IDE dans les entretiens est en lien avec la définition de la relation donnée par A.Manoukian et A.Massebeuf (2008). Ces deux auteurs pensent que plusieurs

facteurs interviennent dans l'établissement d'une relation, notamment les facteurs psychologiques comprenant les valeurs personnelles, les préjugés, les émotions. Cela est illustré dans les paroles des soignantes par le fait que ces valeurs personnelles, comme vu plus haut, entrent en jeu dans la relation avec le patient et viennent la modifier, en étant perturbées. Ainsi, les IDE expriment toutes deux se trouver parfois en situation de « choc » ou être « pris aux tripes » par certaines révélations sur la vie du patient en question.

C. Curchod (2009) pense qu'une relation soignant-soigné de qualité permet l'instauration d'un dialogue. Cette idée est illustrée dans le sens inverse dans les entretiens : la perturbation de la relation soignant-soigné provoquée par la connaissance d'un antécédent immoral d'un patient va plutôt avoir tendance à annihiler ce dialogue entre l'infirmier/ère et le patient.

Ces situations mettant en difficulté les IDE peuvent donc perturber le potentiel de la relation entre le soignant et le patient. En effet, A. Manoukian et A. Massebeuf (2008) écrivent que la relation d'aide est « *fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement.* ». Il semble alors difficile d'établir une considération positive inconditionnelle dans certaines situations livrées par les IDE.

Dans les deux entretiens, les infirmières s'accordent grandement sur un point : l'importance de la communication avec les collègues, avec l'équipe soignante, pour permettre de se décharger de ses difficultés. L'IDE n°1 exprime aussi l'évitement du patient le temps nécessaire lorsqu'une situation est trop compliquée à vivre, chose qui n'est pas abordée par l'IDE n°2.

Enfin, les points de vue des deux IDE diffèrent sur le positionnement relatif à la connaissance de l'antécédent de vie immoral du patient. Il est, dans les deux discours, mis en lien avec le contexte de travail dans ces types de structures. L'IDE n°1 se positionne donc plutôt par rapport aux pathologies psychiatriques des patients, mais exprime ne pas avoir besoin de savoir la plupart du temps. L'IDE n°2, elle, dans le contexte carcéral, est plutôt d'avis de connaître cet antécédent de vie pour pouvoir mieux comprendre la personnalité du patient et développer du lien avec lui.

Si beaucoup de notions du cadre théorique sont abordées dans les entretiens, certaines choses apportées par les IDE sont des notions nouvelles qui n'ont pas été traitées plus tôt dans ce travail de recherche.

L'IDE n°1 travaillant en UHSI fait par exemple, de façon plus spécifique à son lieu de travail, des liens avec les pathologies psychiatriques des patients auteurs d'actes « immoraux ». La réalisation d'un acte de cet ordre sous « influence » d'une maladie psychiatrique (exemple d'un patient psychotique en phase de décompensation n'étant plus en phase avec la réalité) peut aider le soignant à faire la part des choses dans sa prise en charge du patient.

Ensuite, l'IDE n°2 exprime aussi le caractère unique de chaque situation : il n'est pas possible selon elle de faire de généralités sur ce sujet. Chaque scénario de soin est unique. Il met en jeu un contexte contenant plusieurs paramètres variables : l'histoire de vie du patient, les circonstances faisant qu'il a commis ses actes, son comportement et son discours vis-à-vis de ses actes (plutôt des regrets ou du détachement ?). En face se trouve un soignant, tout aussi unique : il a ses propres valeurs, ses propres conceptions, son propre vécu, ses propres capacités à faire face à ces situations. Toutes ces variables rendent chaque situation unique et donnent donc lieu à des réactions / des difficultés toutes plus différentes les unes que les autres. Cela est illustré par le fait que certaines situations vont parfois aboutir non pas à des difficultés, mais plutôt à des éléments de compréhension essentiels allant renforcer les liens entre le soignant et le patient, comme cela a pu être montré par l'IDE n°1 dans un de ses exemples. Les conséquences de la situation sur la relation seront donc positives et non vectrices de difficultés. Tout du moins, pour une situation particulière donnée.

4 - DISCUSSION

Pour démarrer cette partie de mon travail de recherche, je vais repartir de la question de départ : « En quoi la connaissance d'un épisode de vie d'un patient contraire à la morale interfère dans la relation soignant-soigné ? »

Je constate d'abord que la notion d'un « épisode de vie contraire à la morale », que j'ai beaucoup nommé dans ce travail « acte immoral », semble évoquer pour la majorité des individus les mêmes idées, les mêmes images, les mêmes définitions que j'ai pu m'en faire. Lorsque j'ai démarré ce travail de recherche, je cherchais un terme permettant de nommer ces choses qui nous « rebutent » en grande majorité. Il ne s'agissait pas d'utiliser le terme « acte répréhensible » car selon moi, un acte puni par la loi n'est pas forcément un acte « rebutant » pour nous. Cette idée est par ailleurs évoquée par l'IDE n°2 dans son entretien. J'ai donc choisi ce terme d'« acte immoral » malgré qu'il soit, à mon sens, plutôt peu utilisé de manière générale. Si la délimitation de ce terme me semble floue, je pense quand même qu'on retrouve pour la grande majorité des gens les mêmes idées, comme celles que j'ai pu imaginer : les actes de viol, d'infanticide, de pédophilie, de terrorisme... Je suis donc satisfait d'avoir pu trouver un terme nous faisant tous évoquer les mêmes sujets, sans générer quelconques malentendus ou quiproquos.

En démarrant ce travail, j'avais également en tête que les valeurs jouaient un rôle très important dans la génération des difficultés chez le soignant. Il était nécessaire, pour mieux comprendre, de séparer ce qui relevait des valeurs personnelles et ce qui relevait des

valeurs professionnelles. Je suis donc bien en accord avec le discours tenu par les deux infirmières à ce propos. C'est donc, selon moi, la perturbation de nos valeurs personnelles, portées en tant qu'individu, qui vont générer toutes les difficultés dans la situation. L'acte commis par le patient va aller totalement à l'encontre de nos valeurs et venir les bousculer. Je peux donc me demander : pourquoi soignerais-je un patient venant perturber mes valeurs ? Et c'est ici que les valeurs soignantes interviennent, délimitant notre rôle de soignant, réorganisant la place accordée à nos valeurs personnelles dans le contexte du travail. Une expression employée plusieurs fois par l'IDE n°2 dans son entretien me plaît beaucoup : au travail, nous portons notre « casquette d'infirmier/ère ». Nous sommes ici pour soigner et nous nous sommes engagés pour soigner, pour prendre en charge le mieux possible chaque patient. Nous avons signé pour cela, donc cela doit être fait. Je pense que ces valeurs soignantes ne nous « sauvent » pas dans toutes les situations et elles ne chassent pas toutes les difficultés, mais elles permettent selon moi d'atténuer la mise-à-mal des valeurs personnelles et l'ampleur de ces difficultés. Ainsi, lorsque nous soignons une personne ayant commis quelque chose de contraire à nos valeurs personnelles, nous n'allons pas à l'encontre de nos valeurs personnelles. Nous allons plutôt dans le sens de nos valeurs soignantes : cela est selon moi différent. Je pense que c'est schématiquement ce mécanisme qui est mis en jeu, mais cela ne suffit malheureusement pas toujours à faire la part des choses. Lorsque c'est le cas, je tiens à rajouter que je ne pense pas que cela fasse de nous de « mauvais soignants ». Nous sommes des humains avant tout, régis par des émotions et des valeurs.

J'ai été surpris que la notion de jugement de valeur n'ai pas été mise en lumière plus que cela dans les entretiens. Je pense que c'est une notion qui est mise en jeu dans cette problématique. Pour moi, si le jugement n'est théoriquement jamais censé être porté par les soignants envers les patients, il est inévitablement fait dans nos esprits. Comme dit plus haut, nous sommes des humains : selon moi, les humains jugent perpétuellement. Concrètement, je pense que nous sommes déjà dans le jugement lorsque nous disons d'un acte commis par le patient qu'il est immoral : c'est nous qui le jugeons et le voyons comme tel. Autre exemple que j'ai pu trouver : imaginons que dans un service, nous apprenons l'entrée dans les jours qui viennent d'un patient auteur d'un acte pédophile. Alors que nous ne connaissons même pas encore le patient, du jugement va être effectué à partir d'une seule donnée qui est cet acte pédophile : nous allons sans aucun doute nous constituer une image de lui très peu valorisante. Mais peut-être que le patient n'est concrètement pas si laid que ça, pas si stupide que ça, pas si « monstrueux » que ça ?... Je réitère donc que cette notion me semble avoir une grande place dans ces problématiques.

Ensuite, ce travail a confirmé ce que je pensais à propos du rôle de la relation soignant-soigné dans ce type de problématique. Je suis d'avis qu'il est le révélateur des

conséquences amenées par l'apprentissage d'un antécédent de vie immoral d'un patient. Il est le révélateur de la perturbation des valeurs portées par le soignant, mettant en lumière toutes les difficultés rencontrées par le soignant. Elle va s'en voir perturbée dans la communication envers le patient, que ce soit dans le comportement du soignant, son langage corporel ou dans son langage verbal. En revanche, je pensais que cette modification de la relation soignant-soigné serait perceptible par le patient et qu'elle aurait donc un impact sur lui, probablement négatif. Ce dernier aurait pu se sentir gêné, mal à l'aise, se sentir jugé par le soignant alors même qu'il se trouve dans un lieu où le jugement de valeurs ne doit théoriquement pas exister. Pourtant, cela n'a pas été montré dans les entretiens des IDE. Je pense qu'il doit exister des situations où le patient, recevant le feedback du soignant en difficulté, se voit lui-même affecté. Mais il est vrai que dans les multitudes de situations existantes, chaque contexte est différent.

J'ai également été étonné d'un autre aspect relatif à cette notion de relation soignant-soigné : dans certains contextes, les impacts sur cette dernière peuvent se montrer positifs, à la fois pour le soignant et pour le patient. Cela est évoqué concrètement par un exemple donné par l'IDE n°1, et l'idée est aussi amenée par l'IDE n°2 qui se positionne comme plutôt favorable à l'apprentissage de l'histoire de vie du patient, tout du moins dans ce contexte carcéral. C'est quelque chose qui m'a beaucoup surpris et que je n'avais pas du tout envisagé mais que je peux finalement bien imaginer après coup. Mais je pense aussi qu'il faut relativiser cela par rapport aux contextes d'hospitalisation, aux structures dans lesquelles se déroulent les situations : les deux infirmières interrogées travaillent en milieu carcéral, souvent auprès de patients purgeant de longues peines. Des patients connus et côtoyés depuis longtemps, avec lesquels un travail peut être entamé à propos de leurs actes commis. Ce sont d'ailleurs aussi des patients dont la vie tourne beaucoup autour de ces actes, puisqu'ils purgent une peine en rapport avec ces derniers.

Je prends mon exemple, très personnel. Mon projet professionnel, après obtention du diplôme IDE, est de travailler dans des services d'hospitalisation de courte durée et non en milieu carcéral (du moins, pour le moment) : il me semble moins probable, vu le peu de temps passé à fréquenter ce type de patients, vu la « rareté » des passages de ce type de patients dans ces services, et vu le contexte, que l'impact sur ma relation au patient causé par la connaissance d'un antécédent de vie immoral soit positif et aidant, pour moi ou pour le patient. Dans ce contexte précis, je me positionnerais plutôt comme ne jugeant absolument pas nécessaire de connaître les antécédents d'actes immoraux d'un patient. Je pense que je n'en ressortirais rien, si ce n'est des difficultés.

Et selon moi, cela met bien en lumière la grande diversité des situations pouvant exister, comme je l'ai beaucoup répété. De ce fait, je rejoins beaucoup le discours tenu par l'IDE n°2

dans la partie finale de son entretien. Je pense que chaque situation est unique. Elle met en jeu des facteurs propres au soignant comme son vécu, ses expériences personnelles et professionnelles, les valeurs personnelles qu'il porte, sa personnalité. Elle met aussi en jeu des facteurs relatifs au patient et à ses actes : son histoire de vie, ce qui l'a amené à commettre ces choses, le contexte dans lequel cela a été commis, la présence ou non de pathologies psychiatriques, la façon dont il l'aborde désormais... Et chaque situation met, enfin, en jeu le contexte de la situation (comme j'ai pu le montrer plus haut par l'exemple personnel que j'ai donné) : la structure accueillant le patient, son temps d'accueil, la manière dont le soignant apprend l'épisode de vie du patient. Toutes ces composantes se mélangent pour donner lieu à une situation au contexte unique, et par conséquent à des conséquences toutes plus différentes les unes des autres.

Je pense donc qu'il est très difficile d'établir des généralités sur ce type de problématiques, étant donné la singularité qui les caractérise. Mon positionnement, très personnel, évoqué ci-dessus, est relatif à mon projet professionnel. Mon avis est probablement susceptible d'évoluer avec mes expériences, mon vécu et aussi mes lieux d'exercice.

Enfin, je rejoins totalement les infirmières sur l'importance de l'équipe soignante pour surmonter les difficultés rencontrées. Pour moi, les collègues représenteront toujours un précieux soutien, et cela me semble être le cas non pas uniquement pour ce type de problématiques, mais pour tout type de problèmes rencontrés, quel qu'il soit, dans n'importe quel service et dans n'importe quel contexte.

Ce travail de recherche me permet bien de soulever les notions relatives à cette perturbation de la relation soignant-soigné. Cette relation peut donc être effectivement perturbée dans certains cas, de par les difficultés que le soignant va rencontrer à l'apprentissage de l'antécédent de vie immoral du patient. Ces difficultés sont amenées par les perturbations des valeurs personnelles portées par le soignant, l'acte immoral allant à l'encontre de celles-ci. Elles vont conduire ce soignant à émettre des jugements de valeur du patient, chose ne devant théoriquement pas se produire chez un soignant. Le patient peut s'en voir affecté ou non : ici, je n'ai pas pu soulever d'exemples montrant un patient directement atteint par cette modification de la relation soignant-soigné. Le soignant pourra surmonter ses difficultés, d'une part en s'aidant de ses valeurs soignantes et de sa « casquette d'infirmier » dont le devoir est de soigner quiconque de la même façon, d'autre part en s'appuyant sur ses collègues, sur l'ensemble de l'équipe soignante. Si il me semble bien que ces notions se retrouvent dans la plupart des cas, il n'en est pas moins évident pour moi que chaque situation reste unique et donne lieu à des conséquences différentes, des difficultés différentes, et ce d'un contexte à l'autre, de valeurs personnelles à d'autres, d'un vécu à l'autre, d'une expérience à l'autre, d'une personnalité à l'autre...

Cette discussion me semble mettre en évidence le caractère unique de chacune des situations de ce type pouvant être rencontré. Nous pourrions donc réajuster la question de départ en question finale de recherche, comme suit, pour approfondir plus encore cet aspect de la problématique de base : « En quoi les réactions des soignants vont-elles varier lors de l'apprentissage d'un épisode de vie contraire à la morale d'un patient ? »

5 - CONCLUSION

Ce travail de recherche a pu se dérouler suivant la méthodologie préconisée par l'IFSI. Ainsi, j'ai pu en fixer un point de départ en tirant de mes expériences de stage une situation d'appel significative pour moi, mettant en jeu mes ressentis et mes émotions suite à l'apprentissage d'un épisode de vie immoral d'une patiente en psychiatrie. Après avoir mené un cheminement jusqu'à ma question de départ qui est « En quoi la connaissance d'un épisode de vie d'un patient contraire à la morale interfère dans la relation soignant - soigné ? », j'ai pu entamer l'élaboration de mon cadre théorique. Celui-ci m'a permis de recenser la théorie concernant les différentes notions associées, selon moi, à ce thème : les textes de loi, les notions de morale et d'immoral, les valeurs personnelles et professionnelles, le jugement ainsi que la relation soignant - soigné. J'ai alors eu l'occasion de consulter plusieurs ouvrages et plusieurs articles issus de différents auteurs. Suite à cela, des entretiens ont été réalisés auprès de deux infirmières pratiquant dans des milieux carcéraux et côtoyant quotidiennement des patients susceptibles d'avoir commis par le passé des actes dits immoraux. Ces entretiens ont pu être livrés à une analyse descriptive puis interprétative, mettant en lumière les similitudes entre mon cadre théorique et le discours de ces soignantes, mais aussi certaines notions non abordées dans les premières parties de ce travail de recherche comme le caractère unique de chaque situation. Ce dernier point est alors approfondi dans la discussion de ce mémoire et mis plus amplement en valeur. Tout ceci aboutit à un réajustement de la question de départ. La question définitive de recherche est donc : « En quoi les réactions des soignants vont-elles varier lors de l'apprentissage d'un épisode de vie contraire à la morale d'un patient ? ».

Cette expérience de travail de recherche m'aura permis de me rassurer sur une chose : la réaction que j'ai pu avoir en apprenant l'antécédent de vie de la patiente dans ma situation d'appel. J'ai pu, à un moment donné, ressentir de la culpabilité d'avoir éprouvé de la répulsion envers elle, me disant qu'il n'était pas possible qu'un soignant puisse ressentir cela pour un patient. Je me suis aperçu que je n'étais pas seul dans ce cas et que nous étions certes soignants, mais aussi avant toutes choses humains, et que les émotions ne doivent pas être contenues ad vitam aeternam. Bien sûr, toujours en respectant la limite de ne pas

nuire au patient. Ce travail m'aura aussi appuyé sur l'importance de l'équipe soignante et de la transparence dont nous devons faire preuve auprès de nos collègues pour assurer les meilleures prises en charge possible.

L'élaboration de ce travail de mémoire aura pu me sembler encombrant et laborieux en début d'année scolaire : en suis-je capable ? Par où commencer ? Par quoi commencer ? Dans quelle direction se projeter ? Pourtant, une fois les premiers repères fixés, une fois le rythme pris, il se sera avéré utile dans le développement de ma réflexion personnelle, par l'intermédiaire d'un thème que j'aurais trouvé extrêmement riche et intéressant.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Curchod, C. (2009). *Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Paris, France : Masson.

Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. France : Rueil-malmaison : Lamarre.

Michaux, L. (2015). *Cultures et valeurs dans l'univers du soin : d'une logique de la différence à une logique d'ouverture*. Paris, France : Selin Arslan.

Paillard, C. (2016). *Le dictionnaire humaniste infirmier* (3e éd.). Gournay-sur-Marne, France : Setes.

Prayez, P. (2009). *Distance professionnelle et qualité du soin*. France : Editions Lamarre.

Von Mises, L. (1957). *Theory and History: An Interpretation of Social and Economic Evolution*. Consulté à l'adresse <http://herve.dequengo.free.fr/Mises/TH/TH1.htm>

Articles

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, (89), 33–42.

Lecomte, J. (1995). Les valeurs morales aujourd'hui. *Sciences Humaines*, (46). Consulté à l'adresse <https://www.scienceshumaines.com>

Malaboef, L. (1992). La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, (4), 3–39.

W.-T., P. (2016). Soigner sa relation au patient. *L'infirmière magazine*, (374), 45–47. Consulté à l'adresse <https://www.espaceinfirmier.fr/media/579/fc98338fc6fb1a15ac326df444fe1/articlesINM374.pdf>

Textes législatifs

Article L. 1110-1 du Code de la santé publique (15 juin 2000)

Article L. 1110-3 du Code de la santé publique (15 juin 2000)

Article R. 4312-11 du Code de déontologie des infirmiers (25 novembre 2016)

Article R. 4312-12 du Code de déontologie des infirmiers (25 novembre 2016)

Pages web

Durand, C. (2007, octobre 15). Le rôle des valeurs dans l'activité de soins. Consulté le 22 novembre 2019, à l'adresse <https://www.cadredesante.com/spip/profession/sante/Le-role-des-valeurs-dans-l>

Larousse, É. (s. d.). Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne. Consulté le 30 septembre 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr>

Le phénomène criminel. (2014). Diapositives. Consulté à l'adresse https://www.editions-ellipses.fr/PDF/9782340011618_extrait.pdf

Pitte, M. (2019, août 3). La relation soignant / soigné. Consulté le 22 novembre 2019, à l'adresse <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-soignant-soigne>

Valeurs personnelles et professionnelles. (2011, janvier 23). Consulté le 22 novembre 2019, à l'adresse <https://www.syndicat-infirmier.com/Valeurs-personnelles-et.html>

Thèses / Mémoires

Dolmaire, C. (2016). *Prendre en charge des patients en soins pénalement ordonnés : doutes et perspectives de psychiatres*. (Thèse). Consulté à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01480546/document>

ANNEXES : SOMMAIRE

Annexe I : Situation d'appel
3 pages

Annexe II : Guide d'entretien
2 pages

Annexe III : Tableaux d'analyse des entretiens
13 pages

Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°1 - IDE UHSA
8 pages

Annexe V : Retranscription de l'entretien n°2 - IDE UHSI
7 pages

ANNEXE I : Situation d'appel

Cette situation se déroule lors de mon stage de semestre 3, dans un service d'admission de psychiatrie. Ce service comporte 22 lits, dont une CSI (chambre de soins intensifs) dans laquelle est placée une patiente durant la totalité de mon stage, madame G. Cette patiente d'une soixantaine d'années possède un passé psychiatrique assez lourd avec de nombreux antécédents. Elle est connue depuis longtemps par les institutions psychiatriques. Il lui a été diagnostiqué une schizophrénie il y a de cela plusieurs dizaines d'années.

Ainsi, lorsque je suis accueilli en stage, madame G se trouve déjà placée en chambre d'isolement. Elle y restera jusqu'à la fin de mon stage, soit 5 semaines. Sa pathologie se trouve totalement décompensée durant cette période. Madame G est soumise à de nombreuses hallucinations très marquées, auditives et visuelles, la poussant à avoir des comportements totalement inadaptés avec les autres patients et les soignants. Il lui arrive parfois de faire preuve d'hétéro-agressivité. Elle est également sujette au morcellement : elle avait parfois l'impression que ses membres supérieurs faisaient plusieurs mètres de long, et hurlait lorsqu'on « marchait dessus », en passant à proximité d'elle. Le psychiatre et les infirmiers réévaluent cette patiente tout les jours pour la faire éventuellement sortir de la CSI : en vain, tant les symptômes de madame G sont marqués. Etant en deuxième année de ma formation infirmière lors de ce stage, je ne peux pas avoir accès à la chambre d'isolement, ni apporter quelconques soins à madame G (les soins en CSI sont réservés aux étudiants en troisième année de formation). Il m'arrive cependant de la croiser au sein du service, lorsque les infirmiers la « testent » en dehors de sa chambre pour évaluer si une sortie d'isolement est possible.

Ainsi, je ne connais pas le dossier complet de cette patiente et je ne me suis jamais penché plus en détail sur sa situation. Mais j'ai pu être témoin de certains de ses comportements et de ses agissements au sein du service : je me rappelle avoir ressenti beaucoup de peine pour cette personne, totalement victime de ses problèmes psychiatriques. Le stage suit ainsi son court.

Nous arrivons donc à la dernière semaine du stage. Un jour, je me trouve en temps de pause avec l'équipe soignante, et je discute avec une aide-soignante du service. Au détour d'une discussion qui était à la base totalement anodine, celle-ci va me révéler quelque chose concernant le passé de madame G. Ainsi, il y a de cela plusieurs dizaines d'années, cette patiente était mère de deux enfants en bas âge, deux petites filles jumelles. Un jour, alors qu'elle se trouve chez elle en compagnie de ses deux filles, elle « rentre en crise », toujours en lien avec sa santé mentale. Sans me donner plus de détails sur cette « crise », l'aide-soignante m'apprend alors que madame G aurait noyé ses deux enfants dans sa baignoire.

Cette révélation va avoir un effet assez important sur moi. On peut décomposer ma réaction face à cette information en deux temps distincts.

Dans un premier temps, je vais ressentir de manière directe et très spontanée (quelques secondes après l'annonce de l'aide-soignante) une grande aversion envers madame G. De la répulsion. Je crois même que le dégoût m'a traversé quelques instants. Le regard bienveillant que j'avais posé sur elle au début de mon stage s'est subitement transformé en regard d'effroi. Tous ces sentiments puissants et négatifs, ressentis brutalement, m'ont alors conduit à penser une chose que j'ai regretté ensuite : « Je ne veux pas prendre soin de cette personne ». Comment pourrais-je m'occuper d'une personne ayant commis des actes totalement contraires à mes valeurs ? Ne serais-je pas complice de ses actes si j'aidais cette personne, si j'en prenais soin ? Tels sont les questionnements qui me sont d'abord venus.

Dans un deuxième temps, et une fois passé le choc de la révélation, je parviens à repenser à la situation avec un peu plus de recul, à froid. Comme je l'ai indiqué juste au-dessus, j'ai regretté les pensées quelque peu radicales que j'ai eu dans un premier temps. Un infirmier au comportement professionnel est censé s'occuper de chaque patient d'égal à égal, peu importe les actes qu'il a commis, ses croyances, ses pensées... Le soin est un droit fondamental dans notre pays, auquel tout le monde doit avoir accès. Si je conçois bien que madame G a le droit d'obtenir des soins comme n'importe qui, la vision que j'ai de cette personne reste quand même bouleversée par la révélation de cet épisode de vie immoral, comparativement aux autres patients sans passé homicide ou infanticide.

Le comportement que j'adopterais avec elle s'en verra donc modifié : je serais plus froid, plus distant, mal à l'aise, et ne maniant jamais l'humour quand cela est possible (comme je pourrais le faire avec certains patients).

Cette situation m'a interpellé dans le sens où une seule donnée de l'histoire de vie de cette patiente, aussi grave soit-elle, me « bloque » dans ma relation vis-à-vis d'elle. Alors que j'ai plutôt tendance à ressentir de l'empathie pour elle au début, mon ressenti bascule soudainement à l'opposé face à cet épisode de vie, dans un versant très négatif et opposé aux valeurs qu'un soignant se doit de porter auprès des patients dans sa profession. J'ai moi-même entamé une formation d'infirmier par rapport à des valeurs personnelles que je porte profondément encrées et qui me semblaient inébranlables : l'altruisme, l'empathie, l'envie d'aider les autres, la bienveillance ou le non-jugement... L'espace de quelques instants, ces valeurs se sont vues « balayées » et remplacées par des émotions très négatives : l'aversion pour une personne, la répulsion, le dégoût, la désapprobation.

Dans le cadre de ce stage en particulier, ces émotions ont finalement des conséquences très limitées puisqu'étant en deuxième année de formation, je ne peux pas participer aux soins envers madame G (soins en chambre d'isolement). De plus, en discutant de cette situation autour de moi (auprès d'infirmiers dans mes stages ou auprès de mes collègues de promotion), beaucoup de personnes sont d'avis pour dire que madame G est plus facilement « excusable » pour son acte infanticide : en effet, elle était sujette à une décompensation de sa pathologie psychiatrique à ce moment-là, ce qui la met en position de personne « non responsable » de son geste. Certains pensent que « c'est la maladie qui a tué », et non la patiente de son plein gré.

Seulement voilà : de mon point de vue, l'acte reste particulièrement grave et quand bien même il est imputable à la pathologie psychiatrique de madame G, quelque chose dans la vision que j'ai d'elle change à l'apprentissage de cet épisode de vie.

ANNEXE II : Grille d'entretien

LES AXES	LES INDICATEURS
L'outil	Entretien semi directif
La population	-Une infirmière d'UHSA -Une infirmière d'UHSI
Le lieu	Dans une salle à l'IFSI
La durée	Environ 20 minutes

Objectifs :

- L'IDE présente une situation dans laquelle il est confronté à un patient auteur d'actes dits « immoraux »
- L'IDE évoque son ressenti immédiat lors de la situation et sa réaction à chaud
- Identifier la place des valeurs soignantes et les représentations liées à des événements immoraux
- L'IDE évoque son ressenti à froid, ayant plus de recul par rapport à l'apprentissage de l'antécédent du patient : perturbation (ou pas) de sa relation au patient
- Comprendre les retentissements d'un épisode de vie d'un patient sur la relation-soigné
- L'IDE parle des moyens mis en place pour surmonter les difficultés liées à la situation

Introduction :

- Se présenter
- Annoncer le sujet du mémoire
- Garantir l'anonymat
- Obtenir le consentement pour l'enregistrement audio

Questions : *ouvertes, explicites, compréhensibles, relances prévues*

- Quelle est votre représentation d'un acte dit « immoral » ?
- Quelles situations avez-vous rencontré face à un patient auteur d'actes dits « immoraux » ?
- Comment avez-vous vécu cette situation sur le moment ?
- Quel a été votre ressenti ?
- Quelles ont été vos réactions ?
 - Qu'est ce qui a été facile et qu'est ce qui a été difficile ?*
- En quoi cette situation a pu perturber votre relation auprès du patient ? (la connaissance de l'acte dit « immoral »)
- En quoi cette situation a t-elle pu altérer la qualité du soin ?
- Quels moyens avez-vous pu mettre en place pour surmonter vos difficultés ?

-En quoi vos valeurs ont été mises en jeu ?

-Quel est votre positionnement par rapport à la connaissance de cet épisode de vie ? (savoir ou pas savoir ?)

-Comment vivriez-vous une situation à peu près similaire aujourd'hui ?

Conclusion de l'entretien :

-Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

-Remerciements

-Nouvelle garantie de l'anonymat

ANNEXE III : Tableau d'analyse des entretiens

Pour cette analyse, les réponses des deux entretiens ont été confondues.

Objectif n°1 : mettre en évidence le ressenti des soignants sur le terme « immoral » et tout ce qu'il englobe

Ce qui vient à l'esprit lorsque le mot « immoral » est évoqué	Représentations concrètes d'actes « immoraux »	La définition du mot « immoral »
<p>Contraire de la morale : -quelque chose de contraire à ce que l'on accepte dans notre société (IDE 1) -contraire à entre le bien et le mal, ce que l'on apprend, ce qui se fait, ce qui se fait pas (IDE 2)</p> <p>Contraire aux valeurs : -contraire à mes valeurs (IDE 2)</p> <p>Contraire à autrui : -va à l'encontre soit du bien être, soit de la vie d'autrui (IDE 1)</p>	<p>Aspect factuel : -viol, infanticide, homicide (IDE 1) -quelque chose qu'on va dire à une personne et qui va la blesser ou avoir un impact préjudiciable (IDE 1) -pas forcément une atteinte à la vie (IDE 2) -quand j'ai des patients qui sont là pour des actes de pédophilie, de viol, et que je le sais... moi, oui, c'est quelque chose que je n'accepte pas. (IDE 2)</p> <p>Aspect judiciaire : -ce qui est répréhensible, qui pourrait être puni par la loi (IDE 2) -souvent, malheureusement, longue peine qui est associée aux actes immoraux (IDE 2)</p> <p>Ce qui n'est pas « immoral » : -les petits délits comme les trafiquants de drogues ou autre... Bon, est-ce que c'est vraiment immoral ? (IDE 2) -ça ne va pas à l'encontre de mes valeurs lorsqu'on me parle d'un trafiquant de drogue qui va consommer des stupéfiants (IDE 2)</p>	<p>Uniforme : -on devrait quand même avoir des choses qui se retrouvent (IDE 1) -un homicide, en général, on va tous dire « ah bah nan, c'est pas... », c'est immoral quoi ! (IDE 1) -je pense qu'il y a un paramètre assez uniforme (IDE 2)</p> <p>Propre à chacun : -la pédophilie, par exemple, c'est une vraie maladie, et ils vont peut-être pas... D'ailleurs, ils ne considèrent pas cela comme immoral. (IDE 1) -il y a le contexte qui rentre en ligne de compte : le contexte de vie, les circonstances dans lesquels un acte immoral aurait pu être produit (IDE 2) -d'un cas à un autre, il y a un aspect un peu d'échelle du « plus ou moins grave » -quelque chose de subjectif qui serait assez propre à chacun (IDE 2)</p>

Commentaire d'analyse : pour les deux infirmières vues en entretien, la première chose venant à l'esprit lorsque le terme « immoral » est évoqué est quelque chose de contraire à plusieurs notions, quelque chose allant à l'encontre et à l'opposé de plusieurs aspects. En premier lieu, le terme immoral, comme son nom l'indique, est opposé à la morale et donc par extension à ce qui est accepté ou non dans notre société, ce qui se fait ou pas. Ensuite, il

vient s'opposer aux valeurs personnelles portées par la personne. Enfin, le terme « immoral » est également vu comme allant à l'encontre du bien être ou de la vie d'autrui. Pour les infirmières, de manière factuelle, l'acte immoral va plutôt être représenté sous forme d'actes de viol, de pédophilie, d'infanticide ou d'homicide. Il va également être relié aux actes répréhensibles et à la juridiction. Pour autant, un acte répréhensible n'est pas systématiquement associé à un acte immoral, comme ça pourrait être le cas pour un trafiquant ou un consommateur de stupéfiants. Les deux infirmières rapportent ensuite dans leurs entretiens respectifs que la définition du terme « immoral » est propre à chaque personne mais aussi à chaque contexte : il s'agit donc d'un terme relativement subjectif en fonction des différents paramètres mis en jeu dans une situation, des valeurs de chacun, de la présence ou non d'une maladie psychiatrique (exemple donné du pédophile ne considérant pas ses crimes comme immoraux)... Notons qu'il est censé exister, malgré cela, un paramètre uniforme pour tout le monde concernant nos représentations et nos définitions de l'acte immoral (« on devrait avoir quand même des choses qui se retrouvent » cf entretien IDE 1).

Objectif n°2 : exposer le vécu de situations des IDE auprès de patients auteurs d'actes immoraux

Éléments négatifs du vécu de la situation	Éléments positif du vécu de la situation	Limite entre le « soignant » et la « personne »	Conséquences du vécu de la situation
---	--	---	--------------------------------------

<p><u>Ressenti personnel négatif :</u> -c'était assez perturbant pour moi en tant que femme (IDE 1) -ça m'a complètement déstabilisé (IDE 1) -j'étais un peu choquée (IDE 1) -je me souviens m'être complètement décomposée pendant l'entretien (IDE 1) -cette situation, j'ai vraiment vu qu'elle me prenait aux tripes (IDE 1) -j'avais ça en tête (IDE 2) -quand on rentre dans la chambre, on y pense (IDE 2) -intérieurement, un malaise (IDE 2)</p> <p><u>Eléments non-verbaux :</u> -mon corps parlait (IDE 1) -je suis, je sais que j'avais eu des gestes (IDE 1)</p> <p><u>Difficultés évoquées :</u> -je ne m'en sentais vraiment pas capable (IDE 1) -ça a été un peu difficile d'être assez impartiale ou de mettre de côté la connaissance que j'avais de sa vie antérieure et des actes qu'il a pu commettre que je ne tolère pas (IDE 2) -c'était un peu compliqué de mettre de côté (IDE 2) -c'était un peu compliqué (IDE 2) -le fait de l'avoir en tête quand on est face à lui, c'est plus difficile de passer au dessus (IDE 2)</p>	<p><u>Création d'un lien soignant-soigné :</u> -cette patiente-là, j'ai changé de regard mais plutôt en version empathique (IDE 1) -je ne sais pas si c'est de la sympathie, mais il y a une vraie alliance thérapeutique, une relation de soin qui se crée (IDE 2)</p> <p><u>Intérêt dans la prise en soin :</u> -il y avait du sens dans le soin par la suite (IDE 1)</p> <p><u>Difficultés surmontées :</u> -avec le déroulé des choses, la discussion, on arrive à passer outre (IDE 2)</p>	<p><u>Difficultés à rester soignant :</u> -non, c'est ma limite, le viol c'est quelque chose qui me touche particulièrement (IDE 1) -j'ai senti ma limite entre être soignante et devoir recueillir sa parole, et être qui je suis et ressentir un peu de rejet (IDE 1) -je me suis dit : « est ce que je suis en mesure de recevoir ça ? » (IDE 1) -j'ai franchi cette limite avec le patient qui a commis des viols (IDE 1) -je me suis dit : « je peux pas, c'est ma limite à moi » (IDE 1) -dans ces cas là on sent qu'on ne va pas être de « bons soignants » entre guillemets (IDE 1)</p> <p><u>Capacités à rester soignant :</u> -on est formé à ça aussi en tant qu'ide : garder la face (IDE 2) -une fois qu'on est parti dans la chambre, qu'on y va dans tel but, c'est l'infirmière qui prend le dessus et je soigne mr X pour tel problème (IDE 2) -je ne sais pas comment on appelle ce mécanisme : de réussir à prendre le dessus sur ce qui se passe intérieurement et se concentrer uniquement sur l'aspect professionnel, soignant (IDE 2)</p>	<p><u>Recours aux collègues :</u> -j'en ai parlé à mes collègues (IDE 2) -quand on ressort, des fois, avec les collègues, on se dit « ah oui quand même » (IDE 2)</p> <p><u>Poursuite totale des soins auprès du patient :</u> -ça ne m'a pas empêché de poursuivre les soins avec elle (IDE 1) -ça ne m'a pas empêché que je l'ai pris en soin, je l'ai soigné, je pense comme les autres patients (IDE 1)</p> <p><u>Poursuite partielle des soins auprès du patient :</u> -j'ai pas complètement coupé le soin, je ne le voyais plus en entretien mais à côté de ça, sur des soins de groupe ou dans l'activité du service, j'avais pas de soucis à m'occuper de lui (IDE 1)</p> <p><u>Prise en soin perturbée :</u> -je ne me sentais pas capable d'être référent de ce patient-là, c'était trop compliqué à gérer pour moi (IDE 1)</p>
---	--	---	--

Commentaire d'analyse : les deux infirmières interrogées en entretien ont pu livrer des situations de soin où elles ont côtoyés des patients ayant commis des actes dits « immoraux » par le passé. Elles ont exposés leur vécu de ces situations. Globalement, beaucoup d'éléments négatifs ressortent dans le vécu de ces situations, mais certaines d'entre elles donnent parfois lieu à des éléments positifs.

Les éléments négatifs mettent en jeu des ressentis personnels négatifs : des états de « chocs », le fait de penser à l'acte immoral plus que nécessaire, être déstabilisé par les situations, être « pris aux tripes ». Ces ressentis négatifs mènent à des difficultés au niveau de la prise en charge : difficulté à être impartial dans la prise en charge ou avoir parfois un sentiment d'incapacité à prendre en charge le patient. L'IDE 1 évoque même des éléments non-verbaux (corporels) traduisant son ressenti négatif et ses difficultés, pouvant donc possiblement être repérés par le patient.

Des éléments positifs ressortent parfois dans le vécu de certaines situations : ainsi, la connaissance d'antécédents d'actes immoraux du patient peut permettre la création d'un lien fort entre le soignant et le soigné, donnant lieu à une vraie alliance thérapeutique. Cette connaissance des antécédents du patient peut aussi présenter un intérêt dans la prise en charge, donnant du sens aux soins par la suite.

Dans les entretiens, il ressort beaucoup cette limite entre le rôle de soignant et notre personne propre. L'IDE 1 évoque surtout les difficultés à être dans son rôle de soignante dans certaines situations : elle parle beaucoup de sa « propre limite » et de sa capacité à sentir que cette limite va être franchie. Elle a pleinement conscience de ces difficultés et anticipe le fait qu'elle ne sera peut-être pas une « bonne soignante ».

L'IDE 2, elle, parle plutôt de ses capacités à rester soignante : elle parvient à rester purement soignante et professionnelle avec le patient, en traitant chaque problème de santé comme elle le ferait pour d'autres patients. Selon elle, le déroulé des choses, la discussion, poussent à passer outre ces difficultés. Elle évoque aussi le fait que le temps et l'expérience permettent de développer cette capacité à surmonter ses ressentis négatifs.

Pour autant, ces vécus particuliers des situations vont provoquer des conséquences. La poursuite des soins auprès du patient peut être totale, partielle (arrêt de la référence IDE d'un patient par l'IDE, ou arrêt des entretiens individuels avec le patient) ou perturbée (arrêt des soins par l'IDE). Une autre conséquence importante issue du vécu de ces situations est la communication avec l'équipe soignante et les collègues.

Objectif n°3 : relever, auprès des IDE, les changements constatés dans la relation soignant-soigné suite à l'apprentissage d'un antécédent de vie « immoral » d'un patient

Impacts / Changements perçus par le soignant	Impacts / Changements perçus par le patient
<p>Prise de conscience des changements par le soignant : -oui, j'ai ressenti des changements (IDE 1)</p> <p>Impacts / changements négatifs : -je l'avais informé que j'arrêtais la référence, je ne lui avais pas donné les vraies raisons (IDE 1) -le vrai impact qu'il y a eu, c'est la fin de la référence soignante (IDE 1) -ça m'embêtait un petit peu car j'avais noué une relation de confiance et j'étais une des rares interlocutrices qu'il privilégiait (IDE 1) -il y en a pour qui la prise en soin reste quand même plus succincte ou moins égale aux autres patients (IDE 2) -on s'attarde peut-être moins dans la conversation (IDE 2) -c'est vrai qu'avec des patients plus particuliers comme celui dont je te parlais, on va peut-être moins s'éparpiller (IDE 2) -on va se concentrer uniquement sur le soin, la douleur, ce dont il a besoin au moment T (IDE 2) -peut-être que quelque part, c'est pas « prendre en soin comme tout le monde » (IDE 2) -après, le côté globalité et humain, un peu moins (IDE 2)</p> <p>Impacts / changements positifs: -ça a plutôt été positif ! (IDE 1) -ça m'a permis de mieux la comprendre et d'être (...) plus emphatique (IDE 1) -il y a eu un déclic en fait après, le fait qu'elle m'en parle (IDE 1) -il y a vraiment eu quelque chose de fort qui s'est noué (IDE 1) -ça a été une des prises en soin qui m'a le plus marqué pour le moment dans ma jeune carrière (IDE 1)</p> <p>Aspects inchangés : -sur l'aspect purement technique et infirmier, je pense que oui (IDE 2)</p>	<p>Prise de conscience des changements par le patient : -je pense qu'il a senti que j'ai pris de la distance (IDE 1) -je pense qu'il a vu (IDE 1)</p> <p>Impacts / changements positifs : -derrière, chez elle, ça a débloqué quelque chose, et derrière elle a pu avancer un petit peu sur son travail (IDE 1) -j'étais la seule personne et la première personne en dix ans à qui elle en parlait (IDE 1) -c'était important pour elle (IDE 1) -elle n'avait jamais passé le pas de vraiment détailler les faits, et derrière elle a pu d'ailleurs me parler pour la première fois des viols qu'elle avait subit (IDE 1)</p> <p>Impacts / changements négatifs : Non évoqués</p>

Commentaire d'analyse : pour les infirmières interrogées, des changements sont bel et bien constatés dans la relation soignant-soigné suite à l'apprentissage d'un antécédent de vie « immoral » d'un patient. Ces changements sont surtout perçus par les infirmières, mais il ressort des entretiens qu'ils sont aussi parfois perçus par les patients.

L'IDE 1 évoque l'impact des situations sur la prise en soin : il peut y avoir des conséquences comme l'arrêt du suivi du patient ou l'arrêt de la référence par l'IDE. La relation s'en voit aussi impactée, et ce genre de situations peut faire régresser la qualité de relation qui était initialement en place entre l'IDE et le patient.

L'IDE 2 admet également des changements dans la relation soignant-soigné, notamment au moment des soins dans la chambre : si la prise en charge d'un point de vue « soins technique » reste inchangée, la prise en charge d'un point de vue « globalité » et « humain » évolue. Ainsi, l'IDE peut être moins encline à « s'éparpiller » dans la discussion avec le patient, à s'attarder dans la conversation. L'aspect purement technique et infirmier reste cependant inchangé.

Parfois, les situations ont un impact positif sur la relation soignant-soigné : elles peuvent permettre une meilleure compréhension du patient par l'IDE ou développer l'empathie de l'IDE auprès du patient. Pour l'IDE 1, une situation mettant en jeu la connaissance d'un antécédent de vie immorale d'une patiente a donné lieu à la prise en charge la plus marquante pour elle dans sa carrière, d'un point de vue positif. Par ailleurs, cette même patiente a pu constater des changements positifs dans sa relation aux soignants et dans sa prise en charge, lui permettant de se confier sur d'autres sujets marquants de sa vie. Cela lui donne la possibilité de mettre en place un travail dans le cadre de sa prise en charge.

Sans l'affirmer de façon sûre, les IDE supposent que les patients ressentent probablement ces changements dans la relation soignant-soigné. Notons que dans les entretiens, il ne ressort pas d'impacts négatifs perçus par les patients dans cette relation soignant-soigné.

Objectif n°4 : mettre en évidence les moyens mis en place par les IDE pour surmonter les éventuelles difficultés découlant de ces situations.

Mise en jeu de l'équipe soignante	Evitement du patient
<p>Délégation des soins à l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> -oui, bah je délégais (IDE 1) -quand je voyais qu'il n'était pas bien, et qu'il était prêt à me solliciter, je topais un collègue (IDE 1) <p>Communication avec l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> -on se dit les choses systématiquement parce qu'on sait très bien qu'on a tous des difficultés à certains moments (IDE 1) -j'en ai parlé de suite, je ne me suis pas cachée (IDE 1) -ça ne me dérange pas d'en parler avec l'équipe médicale aussi (IDE 1) -il y a un mécanisme qui se fait tout le temps entre nous en équipe : on discute énormément (IDE 2) -on discute beaucoup des prises en charge quand on est en difficulté (IDE 2) -une des collègues qui, en transmissions, s'est déchargée d'un patient qu'on avait (IDE 2) -ce genre de situations on en discute après (IDE 2) -elle nous a rapporté que monsieur truc avait dit ça et ça... (IDE 2) -la cadre est présente aussi quand on en a besoin (IDE 2) -on a aussi la possibilité d'avoir des entretiens avec le psychologue (IDE 2) -une réunion avant où on discute de la prise en charge (...) avec des points au fur et à mesure de son hospit, est-ce qu'il y a eu des choses difficiles etc (IDE 2) <p>Objectifs de la délégation / de la communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> -c'est ce qui nous permet de continuer à assurer des soins dans de bonnes conditions (IDE 1) -j'avais pas envie de garder ça pour moi (IDE 1) -si on dit pas, derrière les gens ne vont pas comprendre (IDE 1) -cela a permis de décharger, c'est hyper important (IDE 2) -c'est comme ça qu'on se décharge et c'est primordial (IDE 2) -l'équipe est vraiment un soutien (IDE 2) 	<ul style="list-style-type: none"> -il m'a fallu un temps ! Je pense qu'il y a eu quand même quelques jours où j'étais dans l'évitement complet (IDE 1) -je ne faisais même plus d'activités de médiation alors qu'il aimait bien les jeux de société, je n'en faisais plus avec lui (IDE 1) -ouais, j'ai eu besoin d'une prise de recul, et puis après c'est revenu (IDE 1)

Commentaire d'analyse : pour surmonter les difficultés rencontrées dans ce type de situations, les IDE interrogées mettent beaucoup en avant l'importance de l'équipe soignante (cadre et équipe médicale inclus). Elles insistent sur la nécessité de communiquer avec ses collègues : faire part de son vécu, de ses ressentis, rapporter les choses qui ont été dites,

les choses qui ont pu heurter ou choquer. Cette communication permet de se décharger des éléments lourds à porter et à garder pour soi seul. Elle permet aussi d'être transparent avec ses collègues, de leur permettre de mieux comprendre des situations découlant des difficultés rencontrées. L'équipe représente donc un soutien très important, d'autant plus qu'elle permet aussi la délégation des soins par l'IDE en difficulté.

Pour l'IDE 1, l'évitement du patient est aussi un moyen de surmonter ses difficultés : elle peut permettre une prise de recul sur la situation, si elle est jugée nécessaire. Cet évitement n'est pas permanent dans le temps et peut évoluer par la suite.

Objectif n°5 : mettre en évidence en quoi les valeurs du soignant peuvent-elles être mises en jeu dans ce type de situations.

Valeurs personnelles	Valeurs soignantes
<p>Valeurs personnelles mises en jeu : -elles ont été mises en jeu (IDE 1)</p> <p>Valeurs personnelles perturbées : -si je n'étais pas soignante c'est quelque chose que je rejetterais complètement, que je ne peux même pas entendre (IDE 1)</p> <p>-limite, à l'extérieur, j'ai zéro tolérance (IDE 1)</p> <p>-est-ce que tu irais sauver la vie d'un patient qui a tué 10 personnes (...) on aurait tendance à dire, enfin... non (IDE 2)</p> <p>-il y a beaucoup de choses que je ne tolère pas (IDE 2)</p> <p>-oui, ça rebute mes valeurs, oui ça les met un peu à mal (IDE 2)</p> <p>Valeurs personnelles propres à chacun: -il y a quand même plein de personnes qui disent qu'elles seraient incapables de prendre en soin des personnes comme ça (IDE 1)</p>	<p>-il faut vraiment que je fasse la part des choses (IDE 1)</p> <p>-je pense que je suis resté dans mes valeurs soignantes finalement (IDE 1)</p> <p>Prise en compte des pathologies psychiatrique : -très vite relativisé car je sais que c'est une personne malade psychiatriquement (IDE 1)</p> <p>Absence de jugement de valeur : -je n'ai pas à penser « ah, c'est une horrible personne » (IDE 1)</p> <p>-je ne peux pas porter de jugements en fait (IDE 1)</p> <p>Différenciation entre personne et professionnel : -quand je suis au travail, j'ai la casquette de Delphine infirmière et pas la casquette de Delphine tout court (IDE 2)</p> <p>Actions guidées par les valeurs soignantes : -je m'occupe de ces patients là, je les soigne, il y en a certains dont on sauve la vie (IDE 2)</p> <p>-on fait des gestes de soins d'urgence, on les réanime, alors qu'on sait qu'eux ont volé la vie d'autres personnes (IDE 2)</p> <p>Notion de devoir : -on est soignant, on est là pour soigner, la question ne se pose pas quand on est au travail (IDE 2)</p>

Commentaire d'analyse : les IDE évoquent toutes deux d'un côté les valeurs personnelles, propres à chacun, et les valeurs soignantes plutôt relatives à la profession d'infirmier. Pour elles, les valeurs personnelles sont bien mises en jeu dans ce type de situations. Elles sont même perturbées : les IDE admettent toutes les deux qu'elles ne toléreraient pas certains antécédents « immoraux » de certains patients en dehors du contexte du travail. Ce sont les valeurs soignantes qui vont leur permettre de faire « la part des choses ». Ces valeurs soignantes permettent d'éviter au maximum le jugement de valeur du patient. Elles soulèvent une notion de devoir : les soignants sont ici pour soigner, ils le doivent, et la question ne doit

même pas se poser au travail. L'IDE 2 évoque cette différence entre qui nous sommes dans notre vie personnelle et qui nous sommes dans notre vie professionnelle. Dans le contexte du travail, c'est les valeurs soignantes qui vont guider les actions de l'IDE, plutôt que les valeurs personnelles.

Par ailleurs, les valeurs personnelles étant propres à chacun, il ressort également des entretiens que certains IDE ne peuvent pas, malgré ces valeurs soignantes, prendre en soin certains patients auteurs d'actes « immoraux ». Nos réactions face à ces situations sont donc très personnelles.

Enfin, l'IDE 1 souligne que, dans le contexte de la psychiatrie, prendre en compte la pathologie psychiatrique du patient dans la réalisation de ses actes « immoraux » permet de relativiser cette mise-à-mal des valeurs personnelles.

Objectif n°6 : mettre en avant le positionnement du soignant sur la nécessité de connaître un antécédent de vie immoral d'un patient

Pour connaître l'antécédent de vie	Contre connaître l'antécédent de vie	Positionnement propre à chacun
<p>En lien avec une pathologie : -quand quelqu'un vient pour dépression (...) ils vont souvent avoir besoin de nous parler de ce qu'ils ont fait (IDE 1) -je trouve que oui, ça a du sens, parce que souvent ils peuvent faire un travail là-dessus (IDE 1) -Donc là ça a du sens de le savoir (IDE 1)</p> <p>Utile au soignant pour mieux prendre en charge : -ça m'a plus apporté en positif qu'en négatif, bizarrement (IDE 2) -ça nous aide (IDE 2) -je trouve qu'il y a des paramètres qui sont quand même importants à savoir (IDE 2) -ça nous permet aussi des fois de comprendre un peu la personnalité des gens (IDE 2) -je trouve que ça m'aide plus que le contraire (IDE 2) -ça nous permet aussi parfois de comprendre et de mieux accepter certains actes, de connaître toute l'histoire de vie (IDE 2) -c'est aussi ça qu'on nous apprend à l'école, ce n'est pas pour rien de connaître l'histoire et le contexte de vie d'un patient (IDE 2)</p> <p>Important pour les patients : -c'est pour les patients détenus une grosse part de leur vie, quelque part, leur vie tourne autour de ça (IDE 2)</p>	<p>-globalement je n'ai pas besoin de savoir dans mon travail (IDE 1) -il y a plein de patients, je ne sais même pas ce qu'ils ont fait, et ça ne me fait rien du tout (IDE 1)</p> <p>En lien avec une pathologie : -quand je vais gérer une psychose en phase aiguë, ça ne va rien m'apporter de savoir ce qu'il a fait d'un point de vue judiciaire (IDE 1) -ils n'en parlent pas parce qu'ils ont eu un rapport à la réalité tellement différent au moment du passage à l'acte... (IDE 1)</p>	<p>-je sais que j'ai des collègues qui sont catégoriques et que, elles, c'est clair, elles préfèrent ne pas savoir, et quand elles sont au courant, c'est compliqué pour elles (IDE 2) -je pense que c'est aussi la capacité de chacun à prendre le dessus sur nos conceptions personnelles (IDE 2)</p>

Commentaire d'analyse : l'IDE 1, pratiquant en UHSA auprès de patients porteurs de pathologies psychiatriques, se positionne en fonction des pathologies des patients. Selon elle, il n'est pas nécessaire de connaître les antécédents immoraux des patients psychotiques. Cela n'apportera rien à la prise en charge, d'autant plus que ces patients vont souvent commettre leurs actes immoraux dans un état de « crise », où leur rapport à la

réalité s'en voit biaisé. En revanche, l'IDE 1 perçoit de l'intérêt à connaître cet antécédent pour un patient dépressif : ces derniers auront probablement besoin de parler de leur histoire, et d'effectuer un travail dessus. Cela apporte du sens à la prise en charge. Globalement, l'IDE 1 affirme quand même qu'elle n'a pas besoin de savoir dans son travail. Pour l'IDE 2, pratiquant en UHSI, il est mieux de connaître les antécédents de vie des patients. Dans ce type de structure, les patients sont des détenus purgeant parfois de longues peines, en lien avec leurs actes commis : une grande partie de leur histoire de vie tourne donc autour de ces actes. Pour mieux comprendre ces patients, l'IDE a donc meilleur intérêt à connaître leurs antécédents. Ces données peuvent l'aider à mieux comprendre la personnalité du patient, à mieux comprendre et accepter certains de ses actes immoraux en découvrant tout le contexte y étant lié. L'IDE 2 affirme donc toute l'aide et les bénéfices qu'apportent la connaissance de ces antécédents, du moins dans une structure accueillant les personnes détenues.

Une fois de plus, il ressort des entretiens le fait que ce positionnement reste très personnel d'un soignant à l'autre, d'un vécu à l'autre, de conceptions personnelles à d'autres.

ANNEXE IV : Retranscription de l'entretien n°1

Entretien réalisé auprès d'Alice (nom d'emprunt), IDE en psychiatrie, travaillant actuellement en UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée).

ESI : Ma première question, pour commencer, c'est quelle est ta représentation d'un acte dit immoral ? C'est un terme que j'utilise dans mon mémoire. Qu'est ce que tu imagines quand tu entends ce terme « d'acte immoral » ?

IDE : La première chose qui me vient à l'esprit, c'est quelque chose de contraire à ce que l'on accepte dans notre société, donc un acte qui va à l'encontre de (...) soit du bien-être, soit de la vie d'autrui. Là, je vais te donner des exemples qui me viennent en tête d'actes immoraux, comme ça je pourrais t'en parler derrière. Je pense à tout ce qui va être viol, infanticide, homicide... Il n'y a pas forcément une atteinte à la vie. Comme je disais, il va y avoir soit une atteinte corporelle, soit... L'acte immoral peut aussi être quelque chose qu'on va dire à une personne et qui va la blesser, ou avoir un impact préjudiciable, on va dire.

ESI : Alors, j'ai juste une question de relance par rapport à ce sujet : est-ce que tu penses que cette définition de l'acte immoral va varier d'une personne à une autre ? Qu'un acte qui puisse être immoral pour moi, par exemple, ne puisse pas l'être pour quelqu'un d'autre ?

IDE : Oui, je pense ! On a tous un petit peu une définition... Après, je me dis, quand on est bien dans sa tête, on devrait quand même avoir des choses qui se retrouvent ! Bon, un homicide, en général, on va tous dire « ah bah nan, c'est pas... ». C'est immoral, quoi ! Après, avec la maladie, il y a des gens... Bah, la pédophilie par exemple, c'est une vraie maladie, et ils vont peut-être pas considérer... D'ailleurs, ils ne considèrent PAS cela comme immoral.

ESI : D'accord. Alors du coup, quelle situation tu as pu rencontrer face à un patient auteur d'actes immoraux ?

IDE : Je dirais que j'en rencontre quasiment tout les jours. Tu voudrais que je t'en décrive une ?

ESI : Celle que tu trouverais la plus intéressante à exposer, donc celle qui peut-être t'a le plus marqué, ou le plus mis en difficulté.

IDE : Il y en a deux qui me viennent en tête. La première qui me vient en tête, c'est... Je faisais un entretien de suivi avec un patient dont j'étais la référente. En fait, là où je travaille,

on ne connaît pas le motif d'incarcération. On est là vraiment pour de la psychiatrie. Donc, c'est un jeune homme qu'on connaissait assez peu, et... Au fur et à mesure de l'entretien, j'ai compris que c'était un violeur multi récidiviste. Et en fait c'était assez cru parce qu'il était vraiment dans le déni total des faits qu'il avait commis. C'était assez perturbant pour moi en tant que femme. En fait, à un moment, je me suis dit : « Non, c'est ma limite, le viol c'est quelque chose qui me touche particulièrement ». Et les propos qu'il tenait étaient assez crus, et ça m'a complètement déstabilisé. Il y a eu un moment où je ne savais plus. J'ai senti ma limite entre être soignante et devoir recueillir sa parole, et être qui je suis et ressentir un peu de rejet, finalement... Donc je me souviens juste avoir terminé l'entretien, parce que j'allais pas le couper... Et après, j'en ai parlé à mes collègues en disant que je ne me sentais pas capable d'être référent de ce patient-là, que c'était trop compliqué à gérer pour moi, et que j'avais bien compris en plus que pour lui, il y avait de l'intérêt qu'il parle des faits qu'il avait commis. Donc il y a eu ça qui m'a beaucoup marqué.

Ensuite, le deuxième exemple qui me vient en tête... C'était aussi une patiente dont j'étais référente. Je la suivais depuis déjà quelques semaines, sur des entretiens infirmiers mais aussi des soins esthétiques. Un jour, elle m'a dit : « J'ai besoin de parler avec vous de mon passage à l'acte, j'ai besoin de détailler ». Alors moi je ne savais pas du tout ce qu'elle avait fait non plus. Souvent, je suis assez sceptique dans ces cas là, j'essaie de peser le pour et le contre et de préparer ça en amont, je voulais savoir si ça n'allait pas être trop compliqué pour elle... Donc elle voulait vraiment le faire. Et en fait, son passage à l'acte était très violent puisqu'elle a assassiné son conjoint, et elle m'a décrit tout dans les détails. Je me souviens m'être complètement décomposée pendant l'entretien parce que c'était tellement cru que je me suis dit : « est ce que je suis en mesure de recevoir ça ? ». Alors... Autant pour le patient qui avait commis des viols, j'avais changé de regard sur lui... Cette patiente-là, j'ai changé de regard mais plutôt en version empathique, parce qu'en fait, ce qu'elle me décrivait, il y avait vraiment... C'était de la légitime défense et c'était pas du tout préparé. En gros, elle cuisinait, et encore une fois, il a essayé de la frapper, et en fait elle avait un couteau, et puis elle l'a planté... Directement dans la gorge, quoi... Et elle pour le coup, j'ai recueilli, j'étais un peu choqué, mais en même temps il y avait du sens dans le soin par la suite, et ça ne m'a pas empêché de poursuivre les soins avec elle. Voilà.

Du coup je trouvais que ces deux situations-là étaient assez intéressantes.

ESI : Oui complètement ! Et... Dans la première situation, si j'ai bien compris, il y a eu cette façon détachée de te parler de ses actes ?

IDE : Oui, c'est exactement ça. En fait, il remettait la faute sur les femmes, quoi. En gros, c'était clairement, il me donnait des détails, il s'était passé ça... Pour lui, c'était devoir coucher avec elles, mais quand il donnait des détails, ce n'était évidemment pas consentant... Il ne se rendait absolument pas compte. Et il y a un côté... Autant certains le

savent, et essaient de se justifier. Lui se justifiait mais sans comprendre la réalité ! Je voyais bien qu'il était complètement à côté de la réalité, quoi. Il y avait un côté pathologique assez impressionnant derrière, et qui pouvait d'ailleurs le rendre irresponsable de ses actes, finalement.

ESI : Oui je vois, ok. Du coup, tu as un peu répondu à la question que je voulais te poser après. C'était : comment tu as vécu ces situations sur le moment ? Quel a été ton ressenti à chaud ? Tu me parlais tout à l'heure de la barrière entre le statut professionnel et le statut personnel...

IDE : Oui, je dirais que j'ai franchi cette limite avec le patient qui a commis des viols, parce que j'ai... J'ai essayé de la modérer, en fait, parce que de par le travail où je suis, je sais très bien que je travaille avec des gens qui ont commis des choses immorales. Donc, je pars du principe que je ne vais pas avoir à porter de jugements, que je vais avoir une prise de recul nécessaire pour les prendre en soin. Mais c'est vrai que cette situation... J'ai vraiment vu qu'elle me prenait aux tripes, et c'est là où je me suis dit : « je peux pas, c'est ma limite à moi ». Donc, j'ai pas complètement coupé le soin, c'est-à-dire que je ne le voyais plus en entretien, mais par contre à côté de ça, sur des soins de groupe ou dans l'activité du service, j'avais pas de soucis à m'occuper de lui. Mais c'est vrai que devoir recueillir sa parole comme ça en entretien individuel... Je ne m'en sentais vraiment pas capable, et je savais que j'allais pas avoir un rôle... Je sais pas, dans ces cas-là on sent qu'on ne va pas être des « bons soignants » entre guillemets.

ESI : Ok ! Est-ce que tu as eu des réactions que tu aurais pu laisser échapper et que le patient aurait pu percevoir ? Par exemple, au niveau de ton langage non verbal...

IDE : Alors ça je pense que oui, c'est clair. Après je sais que j'essaie vraiment de me contenir beaucoup, surtout dans ces cas là, mais je suis sûre qu'il y a des choses qui ont dû transparaître, c'est évident ! Lui, je ne sais pas trop... Je ne me rends pas compte, je ne m'en suis pas rendu compte en tout cas. Pour l'autre patiente, je sais que je m'étais mise à suer, et... Je me contenais, je sais que j'avais eu des gestes. Vraiment, mon corps parlait.

ESI : D'accord. Et du coup, en quoi ces situations ont pu perturber ta relation avec ces deux patients ? En quoi tu as pu ressentir des changements entre le moment où tu ignorais ces faits et le moment où tu les a appris ?

IDE : Hmm... En tout cas, oui, j'ai ressenti des changements. D'ailleurs, pour le premier patient, ça m'embêtait un petit peu parce que j'avais noué une relation de confiance et j'étais une des rares interlocutrices qu'il privilégiait, donc... Je pense qu'il a senti que j'ai pris de la

distance. C'est sûr que j'allais moins... Parce que quand je suis référente, en général, je suis un petit peu derrière mes patients, je vais les solliciter sur tout les actes de la vie quotidienne, je suis vraiment assez présente, et là... Je pense qu'il a vu. Et puis d'ailleurs, je crois que je l'avais informé que j'arrêtais la référence. Je l'avais informé. Je ne lui avais pas donné les vraies raisons, je ne sais plus ce que j'avais fais... Mais ça s'était bien goupillé, parce que en général on est deux référents infirmiers, et une autre collègue avait un projet avec lui et un autre, du coup j'avais dis : « ah, on va être trois-trois... ». Donc, le vrai impact qu'il y a eu, c'est la fin de la référence soignante, pour lui. Et pour l'autre... L'autre patiente... Ça a plutôt été positif ! Je trouve que ça m'a permis de mieux la comprendre, et d'être vraiment comme je te disais plus tôt, plus emphatique et... Enfin, il y a eu un déclic en fait après, le fait qu'elle m'en parle. Je pense que ça a été une des prises en soin qui m'a le plus marqué pour le moment dans ma jeune carrière ! Parce qu'en fait, derrière, chez elle, ça a débloqué quelque chose, et derrière elle a pu avancer un petit peu sur son travail.

ESI : Tu penses que ça a créé un lien particulier avec cette patiente ?

IDE : Ah complètement ! Ah oui oui. En fait j'étais la seule personne et la première personne en dix ans à qui elle en parlait, et c'était important pour elle parce qu'elle avait déjà fait dix ans de prison. Elle voyait une psychologue et tout en prison, mais... Elle n'avait jamais passé le pas de vraiment détailler les faits, et derrière elle a pu d'ailleurs me parler pour la première fois des viols qu'elle avait subi. Il y a vraiment eu quelque chose de fort qui s'est noué.

ESI : Ok ! Alors la question d'après, c'est : quel moyen as-tu pu mettre en place pour surmonter tes difficultés ? Du coup, cela concerne surtout le premier patient. Tu as dis juste avant que tu en avais parlé à tes collègues ?

IDE : Oui, bah je déléguais. Quand je voyais qu'il n'était pas bien, et qu'il était prêt à me solliciter pour parler, je topais un collègue en disant « ah bah tiens il y a monsieur machin, est-ce que tu peux le voir pour discuter ? ». Je faisais plutôt ça parce qu'après, j'étais pas trop dans l'évitement non plus mais... Il m'a fallu un temps ! Je pense qu'il y a eu quand même quelques jours où j'étais dans un évitement complet. Ça veut dire que je ne faisais même plus d'activités de médiation alors qu'il aimait bien les jeux de société, je n'en faisais plus avec lui. Donc il y a quand même eu une petite période où... Ouais, j'ai eu besoin d'une prise de recul ! Et puis après c'est revenu.

En ce qui concerne mes collègues... Moi j'ai la chance d'avoir une équipe assez libérée, où au contraire on se dit les choses systématiquement parce qu'on sait très bien qu'on a tous des difficultés à certains moments, d'où l'intérêt du travail d'équipe et ça c'est super. Donc... Non, j'en ai parlé de suite, je ne m'en suis pas caché, et puis j'avais pas envie de garder ça

pour moi de toute façon. Le problème, c'est que si on dit pas, derrière les gens ne vont pas comprendre, le patient non plus, enfin... D'ailleurs, même les médecins sont au courant ! Ça ne me dérange pas d'en parler à l'équipe médicale aussi.

ESI : Ils ont tous été compréhensifs vis à vis de ta réaction ?

IDE : Oui oui, d'ailleurs ça arrive même que les médecins disent « Oh, tel patient, pfff ». Ils prennent cette voix-là ! Ils provoquent le rejet, enfin... Bon, des fois, c'est compliqué quand même. Là où ça devient compliqué c'est quand c'est partagé par toute l'équipe, il y a des fois où on peut vraiment PAS avec certains patients, et... Là, on en parle en synthèse parce que c'est hyper difficile à gérer, parce que le patient renvoie trop...

ESI : Alors là, ces difficultés dont tu parles, elles sont plutôt liées au comportement du patient avec vous ou bien à ses antécédents ?

IDE : Je dirais les deux. Je sais pas si je peux t'en parler d'un ? C'est un cas hyper intéressant, vite fait...

ESI : Bien sûr, tu peux.

IDE : Là, on a un monsieur qu'on connaît depuis environ un an et demi, qui est là pour des attouchements et viols sur sa fille, et il arrivé physiquement très bien portant, psychiatriquement il présentait plutôt une dépression, et en fait petit à petit on s'est aperçu que c'était un très grand manipulateur, et qu'il était clairement hospitalisé à l'UHSA pour être jugé irresponsable. Et donc, la première hospitalisation qui a duré trois mois, il a passé son temps à nous voir tous en entretien pour nous expliquer les faits et les dédramatiser, et en gros dire « je suis innocent ». Sauf que ce qu'il nous disait était tellement flagrant, moi pour l'avoir suivi, mais des fois c'était juste... Hyper « malaisant », quoi ! Souvent, je lui disais que je n'étais pas là pour écouter ça, que je n'étais pas juge, que j'étais infirmière, et que de toute façon ma parole n'aurait aucun poids dans la justice. Mais il n'en démordait pas ! Donc il y a eu cette première hospitalisation et en fait, c'est un monsieur qui par la suite, en détention comme ça parle beaucoup... Les violeurs sont très mal vus en détention ! Souvent, ils sont d'ailleurs même sujet à des rumeurs, tabassés, ou abusés... Il y a même une détention à Caen où ils sont pratiquement tous ensemble, parce qu'en fait ils ne peuvent souvent pas rester dans les détentions, tellement c'est incompatible avec les autres détenus. Donc lui, ça se passe très mal en détention, ce qui fait qu'il essayait d'y échapper, et pour y échapper, il a développé une forme d'hystérie. Donc, c'est quelqu'un, maintenant qu'il vient chez nous, il paraît 20 ans de plus, il est vraiment devenu grabataire. Il n'a rien, on a fait un milliard de recherches somatiques, il n'a rien somatiquement, sauf qu'il est maintenant en

fauteuil roulant parce qu'il est resté alité pendant je ne sais pas combien de temps, qu'il n'a plus de masse musculaire au niveau des jambes... Enfin bref, ça prend des proportions, voilà... Il passe son temps à simuler des chutes, enfin, le vrai hystérique ! Et en fait, nous, on est dans une impasse : on n'arrive plus à le prendre en soin parce que les hospites sont à rallonge, et il est devenu... Il provoque tellement de rejet qu'on y arrive plus, donc il y a le rejet de ce qu'il a commis et de ce qu'il essaye de justifier, et puis le rejet de sa pathologie qu'il a développé. Donc lui, c'est vraiment un cas très complexe !

ESI : Je rebondis juste là dessus parce que c'est intéressant. Est-ce que vous arrivez à surmonter vos difficultés avec lui en vous disant : il est atteint d'une maladie psychiatrique, donc ce n'est pas vraiment sa faute, donc je tolère un peu plus ?...

IDE : Oui, on ne le délaisse pas ! On prend sur nous. En fait c'est derrière, quand on est entre nous, on est obligé d'évacuer parce que, enfin... Il nous prend beaucoup d'énergie ! Mais non, non, évidemment, on peut pas se permettre de... Mais même les médecins, c'est même drôle quand ça en arrive aux médecins, de voir que même avec lui ils ont du mal, quoi.

ESI : Ok. Je reviens un peu sur les deux premières situations que tu m'as présenté. Alors là, j'ai une question qui est un peu... Philosophique, on va dire. C'est : en quoi tes valeurs ont-elles été mises en jeu dans ces situations ?

IDE : Hum... Ouais... Faut que je réfléchisse du coup ! Hum... Je dirais... Plus avec le patient qui a commis des viols, je dirais qu'elles ont été mises en jeu parce que pour le coup... Si je n'étais pas soignante, c'est quelque chose que je rejetterais complètement. Que je ne peux même pas entendre. Limite, à l'extérieur, j'ai zéro tolérance, quoi. Alors que là, je ne peux pas me le permettre. Il faut vraiment que je fasse la part des choses. Ça a été remis en jeu mais en même temps, très vite relativisé car je sais que c'est une personne malade psychiatriquement. Donc... Je ne peux pas porter de jugement en fait ! Je sais que sur le coup j'ai été choqué, mais en fait, je n'ai pas à penser « ah, c'est une horrible personne ». J'ai même pas pensé ça, j'ai plutôt pensé à « mon dieu, c'est horrible ce qu'il a fait, ça doit être compliqué pour les victimes ». J'étais plus dans la compassion. Mais vis à vis de lui... En plus je savais qu'il n'allait pas avoir une très longue peine, et je me suis dit « voilà, faut pas qu'on rate les soins, qu'on l'accompagne au mieux pour qu'il soit stabilisé ! ». Bon certes, c'est quelqu'un qui a une obligation de soins derrière, je ne l'ai pas revu depuis mais... Voilà, je pense que je suis resté dans mes valeurs soignantes finalement. Et je crois que le conflit entre valeurs soignantes et valeurs personnelles, cette différence entre ces deux types de valeurs... Moi je sais que j'ai la capacité de réagir comme ça face à un patient, et que il y a quand même plein de personnes qui disent qu'elles seraient incapables

de prendre en soin des personnes comme ça. Donc je trouve qu'au niveau de cette confrontation... On sait d'avance si on s'en sent capable ou pas. Voilà.

ESI : Et du coup, quel était ton positionnement par rapport à cet épisode de vie ? (*silence*)
En gros, pour toi, est ce qu'il vaut mieux savoir ou ne pas savoir ?

IDE : Hmm... Je dirais globalement que j'ai pas besoin de savoir dans mon travail. Parce que souvent dans la psychose... Je sais pas si tu connais bien le fonctionnement de l'UHSA ? Je pense que pour que tu comprennes, il faut que je te parle du fonctionnement. Donc en fait, UHSA c'est unité hospitalière spécialement aménagée, c'est vraiment une unité d'admission pour les détenus. Tu vas avoir à Pontchaillou l'UHSI qui traite les problèmes somatiques, tu as l'UCSA à Vezin qui s'occupe des soins somatiques dans la prison, ils ont un hôpital de jour qui s'appelle le SMPR. Nous, on est détachés, on est à côté de Guillaume Régnier, et on traite la phase aiguë de la maladie. On va donc gérer toutes les psychoses en phase aiguë, comme en admission « classique », les dépressions sévères, le risque suicidaire... En fait on a vraiment les pathologies que tu retrouves en admission classique. Du coup, quand je vais gérer une psychose en phase aiguë, si tu veux... Ça ne va rien m'apporter de savoir ce qu'il a fait d'un point de vue judiciaire, mais alors rien du tout ! Par contre, quand quelqu'un vient pour dépression à l'UHSA, c'est vrai qu'ils vont souvent avoir besoin de nous parler de ce qu'ils ont fait. Du coup, là, je trouve que oui, ça a du sens, parce que souvent ils veulent faire un travail là-dessus. Il y a souvent un travail de... « Je veux purger ma peine, mais pour purger ma peine il faut que je comprenne pourquoi j'ai fais ça, et il faut que je puisse me repentir de ce que j'ai fais ». Donc là ça a du sens de le savoir. Mais je sais pas, j'ai beaucoup de patients psychotiques qui passent à l'acte, qui commettent des homicides... D'ailleurs, eux, souvent, ils n'en parlent pas parce qu'ils ont eu un rapport à la réalité tellement différent au moment du passage à l'acte, que du coup en fait... Moi il y a plein de patients, je ne sais même pas ce qu'ils ont fait. Et ça ne me fait rien du tout.

ESI : Ok ! On arrive aux dernières questions. Comment tu vivrais une situation similaire aujourd'hui, avec toute l'expérience que tu as acquise ? Par exemple, si tu rencontres un patient un peu similaire à celui dont tu me parlais, auteur de plusieurs viols, détaché de ses actes etc...

IDE : Je pense que je le vivrais toujours de la même façon ! J'ai eu un patient dont la situation ressemblait beaucoup, violeur multi récidiviste, dont j'étais référente également, et ça a encore été compliqué, mais... Je suis resté en référence ! Oui, j'ai quand même réussi à faire ça. Mais je pense que si il avait voulu me parler en détails de ce qu'il avait fait, je sais pas pourquoi, mais j'aurais essayé de cadrer mon entretien un peu plus... Lui n'était pas psychotique en plus. Je ne me sentais pas de recueillir ça. Raah, ouais... En fait j'ai eu de la

chance entre guillemets, parce qu'il ne m'en a pas parlé. Je me souviens juste que quand je me suis mis référente, et que j'ai su ce qu'il avait fait, je me suis un peu dis dans ma tête : « ça va être un petit défi ! Est-ce que tu vas y arriver ? ». Bon... Et ça s'est bien passé, mais c'est parce qu'il ne m'en a pas reparlé ! Si il m'en avait reparlé, je pense que... Je pense que je n'aurais pas pu.

ESI : On en parlait tout à l'heure, mais le fait que quelqu'un ne soit pas psychotique, ça va vraiment te mettre plus en difficulté dans ton rapport avec ses antécédents ? Si ses actes ne sont pas entre guillemets « justifiés » par une pathologie psychiatrique ?

IDE : Oui parce que je sais que ceux qui ont pleinement conscience de leurs actes ont souvent des profils plutôt psychopathiques. Et vraiment, la psychopathie, c'est quelque chose de très particulier qui nous met tous en difficulté. Donc oui, c'est quelque chose que je n'arrive pas à... Oui, finalement, que j'accepte moins, car la personne le fait de manière consciente. Ma morale, pour le coup, en prend un coup ! C'est plus compliqué, oui...

ESI : Ok, et bien... Je n'ai plus de questions. L'entretien va toucher à sa fin, je vais pouvoir couper l'enregistrement vocal. Si tu n'as rien à rajouter, je vais pouvoir te remercier pour ce temps consacré à mon travail de recherche. Merci beaucoup. Je te garantis à nouveau ton anonymat pour cet entretien.

IDE : Merci à toi !

ANNEXE V : Retranscription de l'entretien n°2

Entretien réalisé auprès de Delphine (nom d'emprunt), IDE exerçant en UHSI (unité hospitalière sécurisée inter régionale) et également en milieu carcéral.

ESI : Donc, je vais te poser une série de questions et il faudra que me tu dises vraiment les premières réponses qui te viennent à l'esprit, c'est en ça que c'est intéressant.

IDE : Ça marche.

ESI : Ma première question pour ouvrir l'entretien est la suivante : c'est quoi ta représentation du terme « immoral », d'un acte dit « immoral » ? Qu'est ce que ça t'évoques ?

IDE : Alors, ça m'évoque quelque chose qui serait contraire à mes valeurs, contraire à entre le bien et le mal, ce que l'on apprend, ce qui se fait, ce qui se fait pas... Je sais pas si tu veux que je développe ? Immoral, ça me fait aussi penser à ce qui est répréhensible, qui pourrait être puni par la loi, je l'associe aussi à ça. C'est vrai que le public auquel j'ai affaire est souvent associé à des actes potentiellement immoraux, voilà. Quelque chose de répréhensible et contraire aux valeurs.

ESI : Est-ce que tu crois que ce mot immoral peut varier d'une personne à l'autre ?

IDE : Je pense qu'il y a un paramètre qui est assez uniforme, après pour ma part, je trouve qu'il y a le contexte qui rentre en ligne de compte : le contexte de vie, les circonstances dans lesquels un acte immoral aurait pu être produit. Je trouve que c'est un ensemble : immoral, d'un cas à un autre, il y a un aspect un peu d'échelle du « plus ou moins grave », c'est quelque chose de subjectif du coup, et qui serait assez propre à chacun. Selon ce que chacun peut accepter, ce qui est plus ou moins tolérable en fonction de chacun, de son vécu, de ses valeurs.

ESI : D'accord. Alors ma question suivante, c'est : quelle situation est-ce que tu as rencontré face à un patient qui a été auteur d'actes immoraux ?

IDE : Je pense que c'est presque quotidien. Alors, il faut pas faire de généralités, mais bon : en m'occupant de patients qui sont détenus... Tous n'ont pas fait des choses que, moi, je qualifierais d'immoral. Les petits délits, comme les trafiquants de drogues (je donne des exemples, du coup), ou autre... Bon, est-ce que c'est vraiment immoral ? Je ne sais pas, mais en tout cas c'est répréhensible... Ça ne va pas à l'encontre de mes valeurs quand on

me parle d'un trafiquant de drogue qui va consommer des stupéfiants. Après, je suis régulièrement confrontée à d'autres actes moins acceptables pour moi. Quand j'ai des patients qui sont là pour des actes de pédophilie, de viol, et que je le sais... Moi, oui, c'est quelque chose que je n'accepte pas. Du moins, qui est à l'encontre de mes valeurs. Donc, oui, ça m'arrive au quotidien à l'UHSI. Beaucoup de détenus sont ici pour des peines assez longues. Vu qu'on fait de la prise en charge de médecine sur des pathologies type cancer ou autre, souvent c'est des patients détenus qui sont là depuis un certain temps, sur des longues peines... Et souvent, malheureusement, longue peine qui est associée aux actes immoraux, comme tu disais. Ça m'arrive tout le temps : de faire des prises de sang, des pansements, prendre en soin du début à la fin de ma journée et sur plusieurs semaines ces patients qui ont commis ce genre de choses.

ESI : Est-ce que tu as un exemple précis qui t'aurait marqué, qui te viendrait en tête, d'un patient dont cet antécédent immoral t'aurait éventuellement mise en difficulté ?

IDE : J'ai un patient qui me vient en tête : je me souviens, ça a été un peu difficile de... d'être assez impartiale ou de mettre de côté la connaissance que j'avais de sa vie antérieure et des actes qu'il a pu commettre et que je ne tolère pas. C'est un patient qu'on prenait en charge dans les suites d'un trauma balistique. Parce qu'il avait commis un attentat. Un terroriste, en fait. Je me souviens que c'était un peu compliqué parce que c'était une affaire qui avait un peu été médiatisée et qui venait de se faire... On l'a reçu dans les suites, ce patient là. Donc, sans même qu'on le demande ou quoi, tout le monde était au courant de qui était cette personne là. Avec les détails de tout ce qui s'était passé et c'est vrai que c'était un peu compliqué de mettre de côté. Ça n'a pas empêché que je l'ai pris en soin, je l'ai soigné, je pense comme les autres patients, mais j'avais ça en tête et c'est vrai que... Le fait de l'avoir en tête quand on est face à lui, ça peut... C'est plus difficile de passer au dessus. On y pense. Donc oui, j'ai cet exemple là, après il y en a d'autres, de patients dont j'ai été au courant de leurs affaires judiciaires en fait. C'est ça dont on parle quand on parle d'acte immoral, enfin, en tout cas pour ma part. Mais me confronter parfois, connaître leur dossier, c'était parfois assez difficile. Il y a des choses qui sont horribles. Mais on doit leur sauver la vie. C'est un peu compliqué des fois de faire la part des choses, on va dire.

ESI : Ça rejoint un peu ce que tu viens de dire, mais du coup j'ai une question qui est la suivante : comment as-tu vécu ces situations sur le moment ?

IDE : C'est un peu toujours le même schéma qui se produit. Que je sois en face d'un patient détenu où ça m'affecte plus particulièrement de savoir son dossier judiciaire que d'autres, mais il y a une phase où... Souvent quand on rentre dans la chambre, on y pense... Il y a un côté un peu... Intérieurement, un malaise... On est formé un peu à ça aussi, en tant

qu'infirmier : de garder la face. Et une fois qu'on est parti dans la chambre, et qu'on y va pour tel but, c'est l'infirmière qui prend le dessus, et je soigne monsieur X pour tel problème. Et avec le déroulé des choses, la discussion, on arrive à passer outre. C'est quand on ressort, des fois, avec les collègues, qu'on se dit : « ah oui quand même ». Mais bon, voilà. On arrive à... Je sais pas, il y a un mécanisme. Je ne sais pas comment on appelle ce mécanisme là : de réussir à prendre le dessus sur ce qui se passe intérieurement et se concentrer uniquement sur l'aspect professionnel, soignant, et faire l'acte de soin qu'on doit réaliser.

ESI : Ok. Donc, ma prochaine question est : quelles ont pu être tes réactions face aux patients auteur d'actes immoraux ? En fait, si je comprends bien, tu parviens à faire la part des choses entre le côté professionnel et le côté plutôt personnel ? Donc, tu as pu réussir à ne pas montrer involontairement des choses au patient, comme du langage non verbal qu'il arriverait à percevoir ?

IDE : Je ne pense pas en tout cas. Je pense que c'est un mécanisme... En travaillant dans un milieu comme celui dans lequel je travaille, que ce soit moi ou mes collègues, on sait qu'on va être confronté quotidiennement à ce genre de choses, de devoir prendre le dessus sur l'aspect personnel, de mettre de côté la connaissance de leur dossier judiciaire ou de leurs affaires qu'on ne tolère pas, c'est notre quotidien, on le sait. Donc, je pense que d'autant plus avec le temps, on développe cette capacité à rester purement soignant, professionnel. Et c'est vrai que des fois, je me surprends à me dire que... Je ne sais pas si c'est de la sympathie, mais il y a une vraie alliance thérapeutique, une relation de soin qui se crée avec des patients qui... En milieu ordinaire, si je les croisais en ayant connaissance de ce qu'ils ont fait, je ne serais pas capable. Mais là, c'est la casquette d'infirmière qui nous permet de passer outre, d'être professionnel et de s'en occuper comme tout le monde. C'est le but aussi, c'est pour ça que des unités de soins pour détenus ont été créées. C'est pour qu'ils puissent bénéficier de soins, comme tout le monde.

ESI : Oui, bien sûr. Et bien, ta réponse rejoint les questions que j'allais te poser ensuite. Ma prochaine est la suivante : selon toi, en quoi cette relation soignant-soigné peut-elle être perturbée suite à l'apprentissage d'un antécédent d'acte dit immoral ? Quelles sont les conséquences de cette perturbation selon toi ?

IDE : Alors, en fait... Je te réponds de manière globale parce que, en fait, c'est un peu tout mes patients qui ont des dossiers un peu immoraux. Après, il y en a, un peu comme l'exemple du patient auteur d'un acte terroriste que j'ai pris tout à l'heure, il y en a pour qui la prise en soin reste quand même plus succincte, ou moins égale aux autres patients, parce que je me rends compte qu'on s'attarde peut être un peu moins dans la conversation à

essayer de... Parce que dans le soin, il y a le soin, mais on reste aussi des humains, on interagit entre personnes humaines, on parle de choses et d'autres... C'est vrai qu'avec des patients plus particuliers comme celui dont je parlais, on va peut-être moins s'éparpiller quoi. On va se concentrer uniquement sur le soin, la douleur sur le moment T ou ce dont il a besoin sur le moment T, et c'est tout, j'ai envie de dire. Donc peut-être que, quelque part, c'est pas prendre en soin « comme tout le monde », je sais pas si on peut dire ça... Mais, sur l'aspect purement technique et infirmier, je pense que oui, après le côté globalité et humain, un peu moins.

ESI : Oui, je vois. La question qui suit, c'est : quel moyen tu peux mettre en place pour surmonter les éventuelles difficultés ? Est-ce que tu mets des choses en place ?

IDE : Alors c'est vrai qu'il y a des choses qu'on met en place, que ce soit sur l'UHSI ou dans les prisons où je travaille aussi. Il y a un mécanisme qui se fait tout le temps entre nous, en équipe : on discute énormément. Et je pense que c'est ce qui nous permet de continuer à assurer les soins dans de bonnes conditions, d'autant plus qu'on est dans un milieu hyper fermé, en milieu carcéral, on est une petite équipe, on est assez... On est entre quatre murs, c'est assez imagé mais c'est vrai. Et on discute beaucoup des prise en charge quand on est en difficulté. J'ai encore l'exemple, là, tout frais, d'une des collègues qui, il n'y a pas longtemps en transmissions, s'est déchargée d'un patient qu'on avait depuis un peu plus de trois mois. Personne n'avait connaissance de son... Enfin voilà, il était là pour un problème d'ostéite post-amputation, ça c'était le motif médical. Et on avait aucune connaissance de son dossier judiciaire. Parce qu'en soi, je le rappelle quand même, on est pas censé le connaître, c'est pas des données qui nous sont délivrées. Après, les paramètres font que parfois, on est au courant. Pour ce patient là, ma collègue, lors de la réfection de son pansement... Le patient a eu besoin de lâcher prise et lui a raconté la raison pour laquelle il était là, avec les détails, et il s'est avéré que c'était pour une histoire de viol sur son fils, donc voilà... Il lui a tout balancé comme ça, de but-en-blanc, en expliquant quelques détails. Elle s'est pris ça en pleine face, si je puis dire, en étant toute seule, donc elle est restée plus ou moins impartiale, elle a écouté. Mais c'est vrai qu'après, elle en avait gros sur la patate, et ce genre de situation on en discute après. Et donc, lors des transmissions, elle nous a rapporté que monsieur truc avait dit ça, et ça... Et cela a permis de décharger, et c'est hyper important. Que ce soit moi, ou nous tous dans l'équipe, on a tous été confronté une fois voire régulièrement à ces situations où les patients nous racontent des choses immorales... Et c'est lourd à porter par moment. L'équipe est vraiment un soutien. C'est plus l'équipe paramédicale : infirmiers, aide-soignants, ASH... Après la cadre est présente aussi, quand on en a besoin. Quand on a des prises en charge particulières aussi, comme pour l'exemple du patient auteur d'actes terroristes dont je te parlais, il y a tout un tas de paramètres de sécurité qui se mettent en place, avec une réunion avant où on discute de la prise en charge

et c'est important, avec des points au fur et à mesure de son hospice, est-ce qu'il y a eu des choses difficiles etc... C'est comme ça qu'on se décharge et c'est primordial. Et on a aussi la possibilité d'avoir des entretiens avec le psychologue qui intervient auprès des patients chez nous. On y a pas été confronté jusqu'alors parce qu'on a plutôt réussi à s'auto-réguler en discutant ensemble, mais en tout cas, il est ouvert et disponible pour nous sur les prises en charge complexes, ou qui sont difficiles moralement.

ESI : Ok, merci. Alors, la prochaine question est un peu... Elle a un côté philosophique, on va dire. Il faut vraiment que tu me dises spontanément ce que tu en penses. La question est : en quoi tes valeurs peuvent-elles être mises en jeu face à ce type de situation ?

IDE : Et bien, je dirais que... Si on se pose la question, là, brut de pomme : est-ce que tu irais sauver la vie d'un patient qui a tué 10 personnes, qui toute sa vie a violé ses enfants, qui toute sa vie a violé je ne sais pas combien de personnes, et tout les actes qui sont les plus... Si on se pose la question là comme ça, de manière brute, on aurait tendance à dire... Enfin... Non !

Donc quelque part, ça fait violence à mes propres valeurs. Mais... Quand je suis au travail, j'ai la casquette de Delphine infirmière et pas la casquette de Delphine tout court. Et c'est ça qui prime. Donc oui, ça rebute mes valeurs, oui ça les met un peu à mal parce que comme on disait au début, il y a beaucoup de choses que je ne tolère pas et je m'occupe de ces patients là, je les soigne, il y en a certains dont on sauve la vie... Et pour le coup, c'est vraiment le terme, on leur sauve la vie, parce que j'ai encore d'autres exemples de patients que l'on récupère... On fait des gestes de soins d'urgence, on les réanime, alors qu'on sait que eux ont volé la vie d'autres personnes, ou ont fait des choses horribles... Mais on est soignant. On est là pour soigner. En fait, la question ne se pose pas quand on est au travail.

ESI : Ok. Ce que je voulais te demander ensuite, c'est : quel est ton positionnement par rapport à la connaissance de cet épisode de vie ? Plutôt connaître ou pas ce genre de détails de la vie des patients ?

IDE : Alors, je ferais une première réponse pour dire que globalement, pour ma part, ça m'a plus apporté en positif qu'en négatif, bizarrement. Mais... En fait, je pense que ça fait partie de leur vie, c'est même en général pour les patients détenus une grosse part de leur vie, quelque part leur vie tourne autour de ça puisqu'à l'heure d'aujourd'hui ils sont en prison pour un motif en particulier qui justifie qu'ils soient incarcérés, écroués, et... Ça nous aide parce que des fois, dans les discussions, quand on fait des soins, il y a des sujets qu'on va aborder qui peuvent être un peu « malaisant » parce qu'on va aller, je sais pas, en parlant de la femme ou de la famille... Admettons, il... Bon, je vais un peu dans les pires cas, mais imaginons qu'il a tué sa femme et ses enfants, ça peut être un peu délicat de parler de tout

ça parce que ça peut le mettre mal à l'aise. Je trouve qu'il y a des paramètres qui sont quand même importants à savoir, ça nous permet aussi des fois de comprendre un peu la personnalité des gens, et c'est important dans la prise en charge, même s'il y a une part aussi de subjectivité, puisque cerner une personnalité, c'est selon chacun... Moi je trouve que ça m'aide plus que le contraire. Après, je sais que j'ai des collègues qui sont catégoriques, et que, elles, c'est clair, elles préfèrent ne pas savoir, et quand elles sont au courant, c'est compliqué pour elles. Je pense que c'est aussi la capacité de chacun à prendre le dessus sur nos conceptions personnelles, à mettre de côté les sentiments et le côté immoral, comme on parlait tout à l'heure.

ESI : C'est pas une question que j'ai écrite, mais plutôt une qui me vient en tête pour rebondir par rapport à ce que tu viens de dire : tu penses que le vécu personnel d'une personne peut influencer sur cette capacité à « prendre le dessus » sur l'acte de vie immoral ? Je me dis qu'une jeune mère, avec des enfants jeunes, va avoir plus de difficultés à soigner l'auteur d'actes préjudiciables sur des enfants...

IDE : C'est vrai que... En tout cas, pour ce qui est de... Je sais que tu as eu un entretien avec une infirmière de l'UHSA. L'UHSA, on fonctionne pas du tout pareil : les patients se côtoient très peu, là il n'y a pas de mélanges des sexes, les hommes et les femmes ne se croisent pas. Donc il y a pas de côté « cohabitation » dont tu pourrais me parler, mais ceci étant, c'est quand même des données qui nous sont importantes sur... Ça nous permet aussi parfois de comprendre et de mieux accepter certains actes, de connaître toute l'histoire de vie. J'ai en tête un patient... Pareil, on connaissait son dossier parce que c'était une histoire connue, très médiatisée, son nom était connu... Et qui avait violé et tué deux jeunes filles... Des actes de barbarie, enfin bref. Sauf que ce patient, lorsqu'on est allé plus loin dans son histoire de vie, on s'est aperçu qu'il avait lui même connu toute sa vie des violences, il a été battu, violé, martyrisé, traité comme un animal, il dormait dans une cave, enfin... Tout ce qu'on veut. Et quelque part, je pense qu'en tant que soignante, ça aide à atténuer ce côté immoral et à mettre plus de côté cet aspect judiciaire en ayant la personne dans sa globalité avec toute son histoire de vie. Il y a beaucoup de cas par cas, et c'est ça aussi qu'on nous apprend à l'école, et c'est pas pour rien de connaître l'histoire de vie et le contexte de vie des patients. Quels sont aussi ses soutiens, enfin... Autre exemple, en ce moment, on a beaucoup de patients qu'on prend en charge pour de la cancéro, avec des cancers majoritairement bien avancés, et on se rend compte que dans un service lambda, la majeure partie des gens ont leur entourage et leur famille ou des amis, ou au moins une personne ressource même s'il y a parfois des exceptions, mais là, en prison, ils n'ont personne. Très souvent. Ils n'ont personne physiquement, et souvent ils n'ont encore plus personne en lien justement avec leurs actes et leurs antécédents de vie, qui font qu'ils n'ont plus de contact avec personne à l'extérieur. Plus de famille, plus de... Et donc c'est

compliqué, on a un rôle hyper important du coup, vu qu'ils n'ont aucun soutien. C'est important de le savoir, je pense, ce contexte de vie. Savoir si il leur reste du monde qui peut les soutenir ou pas.

ESI : Ok. C'est super intéressant, merci. Ma dernière question c'est : comment tu vivrais des situations similaires aujourd'hui ? En gros, est-ce que tu crois qu'on aborde mieux ce genre de situation avec l'expérience ou qu'on restera toujours un peu vulnérable sur le plan émotionnel ?

IDE : Je donnerais une double réponse. Je dirais oui, l'expérience aide à appréhender ces prises en charge, à appréhender la prise en charge des patients détenus avec tout ce que cela engendre, et en même temps, oui, on pourra toujours être surpris parce que ce qui nous rebute... Ça revient à tes premières questions, finalement. Quand je te disais ce qui était pour moi un acte immoral, je te disais aussi qu'il y avait une échelle sur le côté immoral, selon le contexte, tout ça... Et il y aura toujours une situation qu'on pense déjà avoir rencontré, mais avec des paramètres et un contexte différent, et qui feront qu'on peut toujours être surpris. Je sais que je le serais encore. Et en même temps, de manière globale, l'expérience aide aussi. Ça va faire trois ans que je travaille auprès de patients détenus, et je trouve qu'il y a une différence. On prend de l'assurance, on se fait plus confiance sur nos ressentis, on se connaît mieux sur nos réactions, on apprend à mieux appréhender ce public qui... Je ne fais pas de jugements, mais ça reste un public qui est particulier. Et l'expérience permet de mieux les appréhender... Enfin, oui, l'expérience joue.

ESI : Ok ! Et bien, c'était la dernière question. Est-ce que tu souhaite rajouter une dernière chose, ou est-ce que tu penses avoir tout dit sur le sujet ?

IDE : Hum... Rappelle moi, s'il te plaît, la question de départ de ton mémoire ? Celle que tu m'as lu au tout début...

ESI : La question de départ de mon mémoire, c'est « en quoi la connaissance d'un épisode de vie d'un patient contraire à la morale interfère dans la relation soignant-soigné ? »

IDE : Ok. Ouais. Si je devais répondre un peu succinctement à ça, je dirais... En quoi ça interfère... C'est tout ce qu'on a dit. Les prises en charge sont uniques, et chaque patient, détenu ou pas détenu, est un être humain, et donc on ne peut pas faire (pour moi) de généralités à cette réponse, car il y aura toujours du cas par cas, des cas particuliers. C'est propre aussi à chaque soignant, c'est propre aux paramètres de son vécu, de ses expériences, de ses propres valeurs... C'est des réponses qui sont... Oui, c'est difficile de répondre de manière ferme. C'est une réponse qui est ouverte je pense. Donc oui, c'est le

contexte, c'est la personne, c'est le patient... C'est un ensemble. Tu pourrais faire des dizaines d'entretiens avec autant de points de vue différents, je pense. Et puis, ça c'est un truc dont on se rend compte : on est professionnels infirmiers mais on est d'abord Delphine ou Thomas avant tout, et c'est d'abord avec ça que l'on est soignant. Même si on arrive à mettre la casquette d'infirmier ou d'infirmière en arrivant au travail, on a une part de nous qui reste là. Et l'expérience nous donne des tuyaux pour mieux appréhender tout ça, pour être plus mature, oui.

ESI : D'accord. Et bien ça marche. Je te remercie d'avoir dégagé du temps pour moi et pour mon travail de recherche, d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Je vais pouvoir couper l'enregistrement audio, et je te garantis à nouveau ton anonymat dans mon travail de recherche. Merci.

PRENDRE SOIN D'UN PATIENT AUTEUR D'ACTES IMMORAUX

CARING FOR A PATIENT WHO COMMITTED IMMORAL ACTS

ABSTRACT : This end-of-study research work focuses on the healer-healed relationship perturbations generated by the learning of a patient's immoral life episode. Indeed, if the nurse have to take care of each patient in the same way, what happens if the patient has committed, in the past, some acts which can be judged immoral, contrary to our values ? Starting from a similar situation that I lived in traineeship, I have defined this starting question : « How knowledge of a patient's immoral life episode interferes on the healer-healed relationship ? ». The theoretical framework brings to light some notions like personal and professional values, moral and immoral, values judgement and healer-healed relationship. Also, two interviews were conducted with nurses working in custodial setting, who are daily in contact with this type of patient. This work has highlighted several things : the uniqueness of each situation which makes it impossible to establish generalities, the importance of communication with the care-giving team and of the team support, and finally the boundary between our private person and our professional person, our posture.

RESUME : Ce travail de recherche de fin d'étude porte sur les perturbations de la relation soignant-soigné engendrées par l'apprentissage d'un épisode de vie immoral d'un patient. En effet, si l'infirmier doit pouvoir prendre soin de chaque patient de la même façon, que se passe t-il si le patient a commis par le passé des actes pouvant être jugés comme immoraux, contraire à nos valeurs ? En partant d'une situation de ce type vécue en stage, j'ai pu définir cette question de départ : « En quoi la connaissance d'un épisode de vie d'un patient contraire à la morale interfère dans la relation soignant - soigné ? ». Le cadre théorique de ce travail met en évidence des notions comme les valeurs personnelles et professionnelles, la morale et l'immoral, le jugement de valeurs, la relation soignant-soigné. Deux entretiens ont également été réalisés auprès d'infirmières travaillant en milieu carcéral et côtoyant quotidiennement ce type de patients. Ce travail aura permis de mettre en évidence plusieurs choses : le caractère unique de chaque situation qui empêche d'établir de grandes généralités, l'importance de la communication avec l'équipe soignante et de son soutien, et enfin la limite située entre notre personne dite « privée » et notre personne professionnelle, notre posture.

KEYWORDS : Healer-healed relationship ; Moral ; Values ; Judgement ; Professional posture

MOTS-CLES : Relation soignant-soigné ; Morale ; Valeurs ; Jugement ; Posture professionnelle

Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09
Travail écrit de fin d'études - Promotion 2017 / 2020