



**Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09**

**Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers**

**La connaissance des antécédents judiciaires : une difficulté pour l'IDE ?**

**Formateur référent mémoire : Béatrice Chérel**

**SUHARD Laurène  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021  
Date : 10 mai 2021**



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

*Préfet de la région BRETAGNE*

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

**Diplôme d'Etat Infirmier**

**Travaux de fin d'études :**

**La connaissance des antécédents judiciaires : une difficulté pour l'IDE ?**

**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 ».**

**J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier 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 27 avril 2021**

**Identité et signature de l'étudiant : Laurène SUHARD**

**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<sup>er</sup> : 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.**

## **Remerciements**

*Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé lors de la rédaction de ce mémoire.*

*Dans un premier temps, je tiens à remercier Mme Béatrice Chérel, ma référente de mémoire pour sa patience, sa disponibilité et ses judicieux conseils.*

*De plus, je tiens à remercier tous les formateurs de l'Institut de Formation en Soins infirmiers du CHU de Rennes pour leur disponibilité malgré le contexte particulier et tout au long de ces trois années.*

*Je remercie également les professionnels de santé pour leur disponibilité et leurs conseils qui m'ont permis de construire mon identité professionnelle.*

*Je tiens à remercier mes parents pour leur amour sans faille, leur présence ainsi que pour m'avoir toujours soutenu dans mes projets.*

*Je remercie également mon frère, Pierre, d'avoir toujours été présent lorsque j'en avais besoin.*

*Je souhaite remercier Emilie et Clémence pour leur relecture, elles ont été d'une aide précieuse.*

*Je remercie Gildas, pour sa patience et sa compréhension pendant ces années.*

*Je finirai ces remerciements en ayant une pensée pour ma grand-mère.*

*“Tu n'es plus là où tu étais, mais tu es partout là où je suis” (Victor Hugo, 1856)*

## Sommaire :

1. Introduction.....	1
1.1 Situation d'appel n°1.....	1
1.2 Situation d'appel n°2.....	2
1.3 Le cheminement vers la question de départ.....	3
2 . Le cadre théorique.....	4
2.1 Les émotions qui sont mises à mal.....	4
2.1.1 La peur.....	4
2.1.2 Le stress.....	6
2.2 Les représentations que l'on a du patient .....	7
2.3 La capacité à se distancer.....	8
2.3.1 La relation soignant - soigné.....	8
2.3.2 La distance professionnelle.....	10
2.4 Ne pas juger mais jusqu'à quand ? .....	10
2.5 La communication.....	12
2.5.1 Communiquer sans juger.....	12
3. Le dispositif méthodologique du recueil de données.....	13
4. L'analyse descriptive.....	15
4.1 Le patient avant tout.....	15
4.2 Le prise en soin modifiée par les antécédents judiciaires.....	16
4.3 La prise de poste en tant que nouvelle infirmière.....	16
4.4 La connaissance tardive des antécédents judiciaires, est-ce dérangeant?.....	16
4.5 Et la relation soignant - soigné dans tout cela ? .....	17
4.6 Le comportement des soignants face à la peur .....	17
4.7 La distanciation professionnelle .....	17
4.8 La posture professionnelle .....	18
4.9 Accepter de passer la main .....	18
5. La discussion.....	20
5.1 Alerte ! Je stresse ! .....	20
5.2 La peur face à un patient .....	21
5.3 La distance professionnelle .....	22
5.4 La relation soignant - soigné .....	23
6. La question de recherche .....	25
7. La conclusion .....	26

8. La bibliographie .....	28
9. Annexes	
10. Abstract	

## **1. Introduction :**

Actuellement étudiante en 3ème année de formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers au CHU de Rennes, je réalise le Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers à l'occasion de la validation de mon Diplôme d'Etat. J'ai décidé de travailler sur un sujet auquel j'ai été confronté lors de mes stages, la connaissance des antécédents judiciaires d'un patient. Depuis ma première année à l'institut en soins infirmiers, ce travail de recherche est pour moi un grand point d'interrogation vers lequel je n'osais pas vraiment me tourner. Puis les cours en distanciel sont arrivés, avec l'angoisse de la page blanche qui l'accompagne. Pour trouver "LE" sujet qui allait faire de mon travail, celui dont j'allais être fière à la fin de cette année, je suis concentrée sur un milieu qui m'intrigue et dans lequel j'ai peut-être envie d'aller exercer par la suite, celui de la psychiatrie. Dans ma formation j'ai pu réaliser deux stages dans le domaine de la santé mentale, un en unité d'admission et l'autre dans un service de réhabilitation. Mes deux situations d'appels qui ont inspiré mon mémoire se sont passées dans ces services où j'ai pu rencontrer des patients avec des antécédents criminels qui ne m'ont pas laissé indifférents. J'ai donc choisi comme thème pour ce travail, la connaissance des antécédents criminels des patients et leur impact sur la prise en soin. Tout d'abord car ce sont des situations qui ont pu me mettre en difficulté lors de mes stages le long de cette formation car elles ont pu porter atteinte à mes valeurs, mais également parce que ma prise en soin a pu être modifiée du fait d'avoir connaissance de ces antécédents. En effet, il était plus compliqué pour moi d'aller faire les soins à certains patients dont j'avais connaissance de ces antécédents que pour d'autres. Ce travail de recherche est pour moi l'occasion de questionner ma future pratique professionnelle si toutefois je suis confrontée à ces situations plus tard.

### **1.1 Situation d'appel n°1 :**

J'ai effectué un stage en service de psychiatrie et plus précisément une unité d'admission. Mr D, est un patient de 16 ans, admis pour troubles du comportement à type d'hétéro agressivité. Ayant été en pédopsychiatrie pendant de nombreuses années, la prise en soin devenait de plus en plus compliquée. Une hospitalisation a été conseillée afin de réévaluer le traitement pour limiter l'agressivité. Il a grandi dans les services de pédopsychiatrie depuis l'âge de 6 ans. Il a également été mis en examen de nombreuses fois pour de multiples agressions graves ainsi que des tentatives d'homicides. De plus, il a tenté de déshabiller une infirmière sur des pulsions sexuelles. Ce jeune homme est intolérant à la frustration ce qui entraîne une violence sur les autres et notamment les

soignants. Lors de la distribution du repas où j'aidais ma collègue aide soignante j'ai pu avoir un échange verbal avec ce patient. Lorsque je me suis penchée pour poser le plat sur la table je l'ai entendu me dire " Bah alors Mademoiselle, tu n'as pas de PTI ? Si je t'agresse, comment fais -tu pour te défendre ?". Étant très surprise par sa question et voyant qu'il avait compris que nous, les étudiantes, n'avions pas de PTI, j'ai répondu en le fuyant du regard qu'il n'était pas là pour nous agresser. Je suis alors partie servir les autres tables afin que cette discussion cesse. J'ai pu entendre néanmoins "Mademoiselle, tu as quoi sous ta blouse?". Connaissant ses antécédents de pulsions sexuelles sur d'autres femmes, une peur s'est alors envahie de moi et je suis partie dans la salle de soins pour n'avoir aucun autre contact avec lui. En effet, je me suis sentie désarmée face à ce jeune homme de 16 ans hospitalisé ici pour des soins mais qui au fil des jours me terrorisait. Il était pour moi impossible d'adopter ma posture de soignante stagiaire face à lui. Je me suis beaucoup questionnée au sujet de mon positionnement en tant qu'étudiante de 20 ans auprès d'un jeune de 16 ans en tant qu'adulte et future professionnelle.

## **1.2 Situation d'appel n°2 :**

Pour le semestre 4, j'ai pu effectuer mon stage en psychiatrie en service de réhabilitation. J'ai pu m'occuper d'un jeune homme de 28 ans hospitalisé depuis 2019 dans le cadre d'une poursuite de soin après une levée d'écrous. Mr C est atteint de schizophrénie paranoïde. C'est en mars 2013 qu'il a fait un premier séjour à l'hôpital psychiatrique pour bouffée délirante aiguë. Après ce premier passage, ce patient a été hospitalisé 3 fois en deux ans.

En 2016, il a été admis dans cet hôpital également pour agressions sexuelles sur décompensation psychotique et rupture de traitement. Il a, par la suite, été incarcéré en prison. En février 2019, il a réintégré l'hôpital psychiatrique à la suite d'une levée d'écrous et sous condition d'une poursuite de soins. Au début de ce stage, il était difficile pour moi de trouver ma juste place d'étudiante et notamment pour aller partager un moment avec mes patients, ce qui fait partie intégrante du rôle propre infirmier pour écouter les maux. Une interrogation concernant la démarche à suivre pour m'adresser à eux et donc tisser un lien, se posait à moi. Sûrement une peur de déranger, d'être trop présente, ou bien de me prendre un refus. En effet la relation soignant-soigné est une rencontre singulière entre deux personnes, elle peut être imprévisible, atypique, inégale et c'est sans doute cela qui m'a freiné.

### 1.3 Le cheminement vers la question de départ :

Le métier d'infirmier requiert des qualités comme l'écoute et l'empathie par exemple. Cependant le maître mot de ce métier est également le prendre soin, mais pouvons-nous vraiment prendre soin de tout le monde? Les antécédents d'un patient, qu'ils soient criminels par exemple, peuvent-ils déstabiliser ma posture de soignant? Il est important de se poser ce genre de question mais également, après y avoir réfléchi, de savoir comment nous pouvons pallier ce stress potentiellement provoqué par le passé des patients. En effet, le soignant peut-il s'autoriser à avoir peur face à un patient ? De plus, comment la relation soignée s'articule autour de cette peur ?

Mon sujet porte donc sur la connaissance des antécédents judiciaires et l'impact sur la prise en soin. Ma question de départ est la suivante : **“En quoi la connaissance des antécédents judiciaires d'un patient peut influencer l'infirmière sur la prise en soin ?”**

Face aux différents antécédents des patients que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, mes émotions, mes valeurs ont pu être bousculées. Ces émotions qui ont surgi pendant ces situations ont permis de me remettre en question face à la prise en soin de mes patients. La peur est notamment l'émotion qui est la plus répandue face à mes deux situations d'appels, il est important pour moi de comprendre l'origine de cette peur, mais également son intérêt.

Le concept de représentation sociale va également être abordé dans ce travail de recherche afin de comprendre les perceptions que les soignants peuvent avoir des patients. Comme écrit précédemment, les antécédents judiciaires d'un patient peuvent effrayer lors de la prise en soin, cependant l'OMS définit le métier d'infirmier comme “aider les individus, les familles, et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social”, et cela avec toutes les personnes quels que soient leurs origines, situations sociales, croyance ou religion. Selon nos valeurs, nos expériences, notre vie privée, une frontière peut alors se dessiner entre le patient et le soignant, il est pourtant important de trouver la “juste distance”. Dans l'exercice des métiers du soin, le jugement ne doit pas prendre le pas sur les soins dispensés aux patients, cependant est-ce si facile à mettre en pratique ? Afin d'y arriver, des techniques de communication sont alors nécessaires et l'équipe soignante joue un rôle très important. En effet, l'équipe soignante est composée de différents professionnels de santé qui peuvent se passer le relais lorsqu'une situation devient trop difficile à supporter pour certains.

## **2. Le cadre théorique :**

### **2.1 Les émotions qui sont mises à mal**

Mon sujet de mémoire concerne la prise en soin d'un patient qui peut être impactée par les antécédents judiciaires de ce dernier, ces situations peuvent alors déclencher des émotions chez les soignants. Tout d'abord, il est important de définir ce que sont les émotions, selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, les émotions sont définies comme une conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur. Pour le dictionnaire Le Robert, l'émotion est définie comme étant une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques. Pour James (1884), Lange (1885) et Cannon (1927) ils considèrent que l'affect est le produit d'un ensemble organisé de réponses faciales, musculaires et viscérales suscitées par un programme spécifique inné, localisé au niveau des centres sous - corticaux. Selon Charles Darwin, il existe 6 familles d'émotions primaires qui sont : la peur, la joie, la colère, le dégoût, la surprise et la tristesse.

Le mot émotion vient du latin "emovere" qui veut dire "ébranler", "mettre en mouvement". Ces émotions sont très distinctes et pourtant très complémentaires, en effet, si nous prenons la colère nous pouvons admettre que cette dernière est une réponse à la peur de perdre quelqu'un que l'on aime, la peur de ne pas réussir à accomplir quelque chose. La tristesse, elle, est un envahissement de la conscience par une douleur morale qui empêche de se réjouir du reste, ce qui est étroitement liée à la peur également. Prenons comme exemple la tristesse de partir habiter à l'autre bout du monde, ce sentiment s'entremêle avec la peur que l'on nous oublie, de ne connaître personne dans ce nouveau pays, de ne pas avoir les mêmes habitudes. En effet, selon les humains, les différentes émotions ne sont pas d'une intensité équivalente.

#### **2.1.1 La peur :**

Dans les situations que j'ai pu décrire précédemment, l'émotion centrale était la peur, le mot "peur" vient du latin "pavor" qui signifie effroi, épouvante, crainte. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la peur est un état affectif plus ou moins durable, pouvant débiter par un choc émotif, fait d'appréhension et de trouble, qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire. Charles Darwin, naturaliste anglais

du dix-neuvième siècle, explique la notion de peur comme lorsqu'une personne est dans un environnement qui lui laisse sous-entendre qu'il y a un danger immédiat où la fuite est le seul moyen de survivre. Ekman (1994) définit la peur comme une émotion de base à caractère aversif, induite par une situation perçue comme menaçante pour l'individu. Ohman (2008) lui, définit la peur comme une réponse à une menace ou un danger qui est immédiat et identifiable, c'est -à -dire définir dans le temps et l'espace. Elle se distingue ainsi de l'anxiété ou de l'angoisse dont la source est non clairement identifiable.

Le concept de la peur est situé entre l'angoisse, la crainte et l'effroi au plan individuel. Elle varie dans ses manifestations, ses causes et ses conséquences. C'est une émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger. Premièrement, la peur peut être innée, en effet, nos pairs peuvent, par les connaissances transmises, leurs propres expériences, nous transmettre leur peur. Cependant, sans leurs dires, nous n'aurions peut-être jamais eu peur de cela. Dans ce cas, la peur est induite par un tiers. De plus, la peur peut venir après la confrontation au danger. C'est seulement après une expérience douloureuse et menaçante que la peur apparaît car le cerveau fait l'association entre la source dangereuse et l'atteinte corporelle.

Gérard Guerrier, dans son ouvrage "Eloge de la peur" différencie les "peurs choisies" des "peurs subies". Les "peurs subies" sont celles que nous ne contrôlons pas vraiment comme la mort par exemple. Tandis que les "peurs choisies" sont celles qui nous font prendre des risques et qui nous donnent la sensation d'exister.

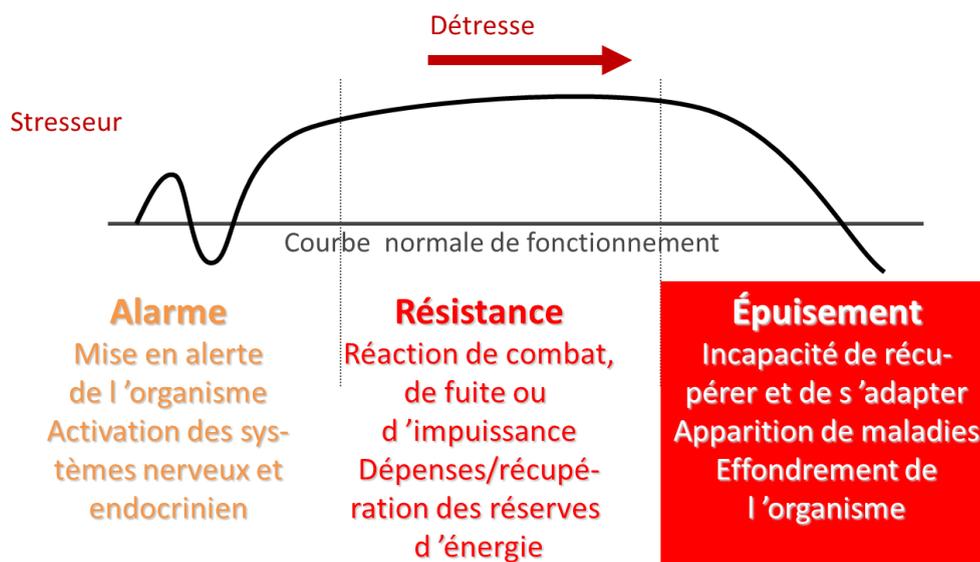
Selon les humains, les manifestations de la peur vont être différentes et uniques pour chacun cependant la langue française décrit parfaitement bien les manifestations physiques lorsque l'humain a peur il est possible de citer par exemple : "mon corps se raidissait", "mon coeur bat la chamade". Charles Darwin définit les expressions somatiques de la peur comme des yeux en forme de globe, les sourcils redressés, une hypersudation, une tachycardie. Une étude a été menée par l'équipe de Dr Lauri Nummenmaa, de la faculté des sciences d'Aalto, portant sur le fait de montrer des images provoquant des émotions comme la peur, la tristesse ou la joie. Ce docteur synthétise l'étude en disant "nous avons été surpris de constater qu'à chaque émotion correspond une combinaison précise de sensations et que celle-ci était reproduite spontanément par la majorité des participants qu'ils viennent de Finlande, de Suède ou de Taiwan".

Selon la psychologue Mary C. Lamia, la peur est une réponse, presque un réflexe à une menace. En raison de son effet protecteur, elle est donc essentielle à notre vie. Selon cette psychologue, "le problème, c'est que plusieurs de nos peurs sont des projections qui ne se

concrétiseront sans doute jamais. Avec le temps, nos peurs s’accumulent dans notre mémoire et provoquent des réflexes qu’on ne pense pas toujours à analyser.” Les peurs peuvent nous aider à nous dépasser mais lorsqu’elles sont trop importantes elles peuvent également nous paralyser ou nous faire perdre connaissance. Lorsque l’humain est confronté à une situation de danger imminent, par exemple face à un patient violent, il peut développer une réponse physique qui est le stress.

### 2.1.2 Le stress :

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit le stress comme une agression de l’organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d’adaptation. Le physiologiste Hans Selye (1956) décrit le stress en 1925 comme étant “le résultat non spécifique de toute demande imposée au corps, que l’effet soit mental ou somatique”. Il parle alors du syndrome général d’adaptation, cela correspond à “une réaction générale d’alarme correspondant à un effort de l’organisme pour s’adapter à des nouvelles conditions”. C’est une réaction de l’organisme face à une agression.



Selon l’Agence européenne de sécurité et de santé au travail, le stress est le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail.

Les mécanismes de défense ont été décrits pour la première fois à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle par Sigmund Freud, ils permettent de combattre la peur comme nous avons pu le développer précédemment mais

également la perte de l'estime de soi, les affects négatifs. Dans le livre de Friard, Les concepts en soins infirmières sorti en 2012 il écrit : "Pour N. Sillamy, la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l'individu pour diminuer l'angoisse, née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales.". Laplanche et Pontalis confirment cette définition et ajoutent que la "finalité est de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu". Ces mécanismes de défense sont généralement dirigés vers des émotions négatives que l'homme a besoin de combattre, et plus particulièrement, dans le cadre de mon travail de recherche dans des situations de peur.

Martine Ruzniewski écrit dans son livre Face à la maladie grave "les mécanismes de défense des soignantes est déterminant pour l'amélioration de la relation avec les patients, et pour une meilleure prise en charge thérapeutique car identifier ses défenses c'est aussi se révéler plus apte à reconnaître celle du patient." Il existe également une stratégie d'adaptation au stress que l'on appelle le coping défini par Lazarus et Launier en 1978. C'est un ensemble de processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de cet événement sur son bien-être physique et psychologique.

Pour le soignant, ces mécanismes de défense peuvent aider à pallier aux souffrances personnelles mais aussi à celles auxquelles ils sont confrontés. Voilà tout l'intérêt d'une équipe en effet, selon les cultures, les valeurs ou encore la façon d'être, les mécanismes de défense vont être différents, et les situations plus ou moins acceptables selon chacun. Les soignants peuvent utiliser la banalisation ou bien l'esquive par exemple.

## **2.2 Les représentations que l'on a du patient :**

L'infirmière, dans l'exercice de son métier se doit d'être totalement neutre face aux patients qu'elle prend en soin. Afin de prendre en soin au mieux les patients, l'infirmière doit comprendre qui est le patient dont elle va s'occuper. Les représentations que les soignants ont des patients sont indispensables afin d'affiner au mieux le projet de soin. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la représentation est une action, le fait de se représenter quelque chose, la manière dont on se représente quelque chose, ce qui est présent à l'esprit. Denise Jodelet dit que la représentation est "une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social". Pour compléter cela, Jean Claude Abric ajoute "elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même, par le

système social dans lequel il est inséré, et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social”.

Prendre en soin des patients avec des antécédents judiciaires peut faire naître des questionnements ou des angoisses du fait de ces représentations sociales d’un Homme au passé judiciaire. Le délit quel qu’il soit peut faire peur, la dangerosité de l’acte peut paralyser. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l’adjectif dangereux signifie quelque chose ou quelqu’un qui constitue un danger pour la tranquillité, la réputation ou l’existence même d’une personne. Dans le podcast “repérer les méchants” sur Arte Radio, un infirmier est interviewé, il travaille dans un service qui accueille des détenues. Lorsque le journaliste lui demande si certains patients sont plus faciles à gérer que d’autres, il infirme. Ce dernier nous explique que selon lui, “plus le crime était grand, plus le patient était facile à gérer, respectueux et poli”. Il nous indique que les personnes ayant commis un crime par exemple sont souvent plus calmes que les trafiquants de drogues par exemple.

### **2.3 La capacité à se distancer :**

Selon l’étymologie latine, la distance correspond au fait de “se tenir debout” en étant séparé de l’autre par un espace plus ou moins important.” C’est également la capacité à prendre du recul par rapport à une situation analysée, de développer une pensée autonome en se détachant des connaissances, opinions, convictions, certitudes et préjugés de son environnement et de sa culture. Cette capacité fait partie intégrante de la construction professionnelle. Selon Pascale Prayez (docteur en psychologie), la juste distance se définit comme la “capacité à être au contact d’autrui malgré la différence des places”. Montaigne lui écrivait dans Les Essais (1572) “Il faut se réserver une arrière boutique toute nôtre, toute franche, en laquelle nous établissons notre vraie liberté et principale retraite et solitude.” La juste distance est un concept très large mais il concerne cependant une relation très singulière entre un patient et un soignant.

#### **2.3.1 La relation soignant - soigné :**

Le soignant est la personne qui délivre des soins préventifs, curatifs ou palliatifs. Cela peut être un infirmier, un aide soignant ou encore un kinésithérapeute par exemple. L’Humanitude qui est un concept développé par Yves Gineste et Rosette Marescotti, vise à prendre soin des “hommes vieux” dans le respect de leurs particularités d’humains : “un soignant est un professionnel qui prend

soin d'une personne ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit en aucun cas, détruire la santé de cette personne". Pour que cette relation fonctionne, le soignant doit prendre en soin un patient qui selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales est une personne que l'on soigne moralement et physiquement, à qui l'on apporte des soins. Le soigné dit "patient", dérivé de sa racine patient est "celui qui souffre"

La relation peut se définir, selon le Larousse, comme l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles. C'est un lien bilatéral asymétrique entre le soignant et la personne soignée. Pierre Curchod image la relation comme une "pierre angulaire" dans le soin, en effet les deux personnages partagent des informations, afin de se comprendre mais également d'aller vers un but commun. Les soins relationnels sont nécessaires dans cette relation unique entre deux protagonistes, en effet ils permettent au sujet qui requiert un accompagnement, d'être apaisé, d'être entendu. La relation soignant / soigné est un lien bilatéral asymétrique entre le soignant et la personne soignée. La distance soignant-soigné n'est pas figée, elle est malléable, elle évolue avec la relation selon les situations. Selon Alexandre Manoukian, la relation peut être décrite comme "une rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires (...) au delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens.

Louis Malaboëuf (1992) décrit 4 niveaux dans la relation soignant - soigné :

Relation de civilité : cette relation s'inscrit dans un rituel social, d'une convivialité dans l'échange.

Relation fonctionnelle : correspond en général à une fonction d'investigation par le biais de recueil d'information pour orienter la prise en soin.

Relation de compréhension : qui s'exprime dans un début d'empathie et par le biais d'une écoute attentive.

Relation d'aide thérapeutique : qui se met en place progressivement par l'instauration d'un climat de confiance dans le respect d'au moins deux préalables que sont : le temps minimum à consacrer au malade et, pour soi-même, un minimum de "disponibilité" psychologique.

### 2.3.2 La distance professionnelle :

La distance a pu être développée précédemment, cependant dans l'exercice infirmier il est nécessaire de rester à "bonne" distance afin de ne pas se laisser déborder par ses propres affects. Mais quelle est cette "bonne" distance ?

Edward T. Hall, présentes une description des distances :

Distance publique : (> à 3,65 m) : Distance adoptée en société lors de la prise de parole en public ou lors d'un sentiment de menace.

Distance sociale : (1,25 à 3,65 m) : Distance adoptée en société lors de conversations impersonnelles. Le toucher n'est pas présent par exemple.

Distance personnelle : (45 cm à 1,25 m) : c'est la distance adoptée en société lors de conversation personnelle.

Distance intime : (0 à 45cm) : c'est une distance adoptée lors de relations intimes, et l'échange sensoriel est élevé, notamment le toucher.

Les professionnels de la santé peuvent se trouver dans une distance intime lors des soins d'hygiène par exemple, mais également dans une distance personnelle lors d'entretiens infirmiers. Cette notion de distance implique physiquement et psychologiquement les soignants. Il est nécessaire d'être suffisamment proche pour tisser une relation de confiance entre le patient et le soignant mais tout cela à des limites pour ne pas se sentir étouffé. Cela peut être le cas par le patient tout d'abord, chaque patient est différent. En effet, l'acceptation de la maladie, le fait de devoir accepter d'être pris en soin par autrui n'est pas simple pour chacun. Le soignant peut aussi se sentir impacté par une prise en soin impliquant trop de proxémie que ce soit physique ou psychologique. Le fait d'être touché ou préoccupé par la situation d'un patient peut être délétère pour une bonne prise en soin.

### 2.4 Ne pas juger mais jusqu'à quand?

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit le mot juger comme le fait de porter son jugement sur quelque affaire, sur quelque personne, sans avoir examiné les pièces, les raisons. Dans l'exercice de la profession infirmière, les professionnels peuvent se référer au code de déontologie infirmier, selon ce dernier et plus précisément l'article R4312-11, nous devons prendre en charge tous les patients de la même manière et avec toute la bienveillance possible sans être

perturbé par nos valeurs personnelles. Cependant, ce dernier dit également que “les soignants peuvent choisir de se retirer s’ils ne peuvent ou ne souhaitent pas soigner un patient.” (Art R 4312-12). C’est ce qu’on appelle le droit de retrait, il s’agit du salarié qui se retire d’une prise en soin s’il s’estime qu’un danger est grave et imminent pour sa vie et son intégrité. Cependant il n’est pas toujours nécessaire d’en arriver au droit de retrait, l’équipe présente dans le service peut également être un tremplin pour désamorcer une situation difficile et prendre en soin de façon optimale le patient.

Chaque professionnel est un élément important dans une équipe, cependant selon les valeurs, les personnalités et le vécu de chacun il peut être difficile de vivre certaines situations. C’est à ce moment-là que les collègues sont d’une aide précieuse afin de se faire aider. La Haute Autorité de Santé décrit notamment l’équipe comme “un groupe de professionnels qui s’engage à travailler ensemble autour d’un projet commun centré sur le patient”. L’équipe se compose de personnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin. Comme dit précédemment, les soignants peuvent être amenés à prendre en soin des patients, dont le passé n’est pas en adéquation avec leur valeur. L’infirmier qui parle dans le podcast “repérer les méchants” sur Arte Radio nous explique que lorsque nous prenons en soin une personne ayant des antécédents criminels, nous avons une “perversité” qui nous pousse à vouloir savoir pourquoi le patient est là, et nous finissons par savoir. Mais naturellement, au fil du temps à travailler avec des personnes ayant commis des délits, nous allons oublier pourquoi ils sont là et les prendre en soin de manière tout à fait objective. Serait-ce alors le fait d’avoir de l’expérience avec des patients ayant commis des faits révoltants qui nous habitue à ces prises en soins parfois déconcertantes ? Devons-nous banaliser les actes de nos patients ? Hannah Arendt développe le concept philosophique en 1963 dans son ouvrage “Eichmann à Jérusalem” : La banalité du mal. Le terme de “banalité” ne sert donc pas à minimiser les crimes commis, ni à réduire le mal de la Shoah à un simple détail, Hannah Arendt mesure l’extrême difficulté à juger des crimes aussi insupportables car elle dit “les criminels étaient si ordinaires”. Elle écrit également “il eût été réconfortant de croire qu’Eichmann était un monstre” cependant “ces gens étaient effroyablement normaux”. Derrière l’horrible crime qui a pu être commis, il y a toujours des éléments qui rendent la personne terriblement humaine selon l’infirmier du podcast.

En tant que professionnels de santé, les infirmiers comme les aides soignants ou médecins ne sont pas en capacité de porter un jugement sur le patient, Hannah Arendt décrit cela dans son livre “Responsabilité et jugement” (page 39) : “Comme peut être le dirait un vrai chrétien “qui suis je pour juger?”

## **2.5 La communication :**

Selon Claude Roy, la communication est “un processus verbal ou non par lequel on partage une information avec quelqu’un ou avec un groupe de manière que celui-ci comprenne ce qu’on lui dit. La communication permet aux partenaires de se connaître, d’établir une relation entre eux. Selon Watzlawick, la communication est un élément indispensable dans la vie d’une société car “on ne peut pas ne pas communiquer”. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la communication est “l’action de transmettre, de communiquer quelque chose.”

### **2.5.1 Communiquer sans juger :**

L’action de juger, selon le Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales correspond au fait d’émettre un avis, une opinion sur quelqu’un, sur quelque chose.

Marshall B Rosenberg, un psychologue, a élaboré un processus de communication non violente. Ce dernier explique que ce sont “le langage et les interactions qui renforcent notre aptitude à donner avec bienveillance et à inspirer aux autres le désir d’en faire autant. La communication peut être représentée par la mise en phase d’un émetteur, d’un récepteur et d’ondes parfois compliqués de parasites extérieurs”.

### **3. Le dispositif méthodologique du recueil de données :**

Lors de la réalisation de mon cadre théorique, j'ai pu me poser de nombreuses questions qui allaient par la suite, devenir des questions à poser lors de mes entretiens avec les professionnelles afin d'étayer ce dernier. Afin de mener à bien ces entretiens j'ai préalablement établi un guide d'entretien composé de 8 questions. Le but de ces entretiens était pour moi, une manière d'avoir l'avis de professionnels différents concernant mon sujet de recherche. Les questions n'étant pas fermées, les deux infirmières pouvaient plus facilement développer leurs réponses, et cela me permettait également que la conversation soit plus fluide. Lors de l'écriture de cette grille d'entretien, il était important pour moi d'aborder certains thèmes comme par exemple : la posture soignante et la prise en soin face à des patients possédant des antécédents judiciaires ou encore leur définition de la distanciation professionnelle.

Concernant le choix des infirmières à interroger, j'ai décidé de rencontrer des infirmières travaillant dans des unités de soins psychiatriques pour faire écho à mes deux situations d'appels qui se sont également déroulées dans ces unités. En effet, cela avait plus de sens pour moi étant donné que je n'ai jamais eu connaissance des antécédents judiciaires d'un patient dans un autre service de soin. La première infirmière que j'ai interrogée est une ancienne étudiante de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier de Rennes. Elle est diplômée depuis 2 ans maintenant et exerce actuellement en unité d'admission psychiatrique en région parisienne. Nous avons réalisé un stage ensemble et donc nous avons gardé contact. Elle a tout de suite accepté de répondre à mes questions et m'a proposé de me donner le contact d'une infirmière travaillant en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée. Cette dernière est néanmoins plus souvent confrontée aux antécédents judiciaires des patients de part le service où elle exerce, cette unité permet compléter le dispositif de soins psychiatriques existant au sein des établissements pénitentiaires. Elle est diplômée depuis 4 ans et a toujours pratiqué en psychiatrie.

En raison de la crise sanitaire je n'ai pas pu rencontrer les deux infirmières sur leur lieu d'exercice mais par le biais de la visioconférence. Cet outil m'a alors permis de pouvoir enregistrer nos échanges. Les entretiens durent une trentaine de minutes, et j'ai pu m'appuyer sur le guide d'entretien semi-directif. Avant chaque entretien, il est important pour moi de garantir l'anonymat ainsi que la confidentialité des données recueillies lors de l'entretien. Malgré les conditions d'entretiens peu habituelles, les infirmières ont su s'adapter afin de répondre au mieux à mes

questions. Il était cependant difficile de se comprendre du fait de la connexion internet qui fait parfois défaut et du son peu audible.

## **4. L'analyse descriptive :**

Les deux infirmières avec lesquelles j'ai pu échanger, m'ont alors donné leur vision du soin avec la connaissance des antécédents judiciaires d'un patient.

### **4.1 Le patient avant tout**

En tout premier lieu, il était important pour moi de savoir si la connaissance des antécédents judiciaires pouvaient engendrer du stress chez ces infirmières. Les deux infirmières s'accordent à dire qu'avant la connaissance de ces derniers, il y a avant tout un patient à prendre en soin et donc que cela n'engendre pas de stress supplémentaire concernant la prise en soin. En effet, la prise en soin psychiatrique est la priorité pour elles. Elles incluent les patients dans une démarche de soin comme n'importe quel autre patient sans porter d'importance aux antécédents judiciaires pouvant exister. Pour l'infirmière travaillant en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, les délits commis par les patients ne sont pas indiqués lors de l'arrivée d'un patient, cependant certains patients se livrent à l'équipe soignante. En aucun cas les soignants cherchent à savoir le motif du délit. Pour l'infirmière en psychiatrie, les antécédents judiciaires peuvent être indiqués car en corrélation avec la pathologie du patient, cependant elle n'a pas l'impression non plus que cela change quelque chose dans sa prise en soin. Elle m'indique également qu'en faisant abstraction des raisons pour lesquelles le patient est hospitalisé ainsi que les délits qu'il a pu commettre, certains peuvent être "très attachants".

### **4.2 La prise en soin modifiée par les antécédents judiciaires ?**

Les infirmières n'ont pas l'impression que ces antécédents peuvent impacter leur prise en soin. Elles expliquent que malgré les délits, beaucoup de choses gravitent autour du patient et notamment des pathologies et une personnalité, et c'est donc cela qui est le plus important pour elles. De plus, l'infirmière en psychiatrie insiste sur le fait que cela est important de la part d'un soignant de comprendre ce qu'il se passe autour du patient. Cependant, elle avoue que d'un point de vue extérieur cela peut paraître étonnant de prendre en soin un patient ayant commis des actes qui peuvent dépasser l'entendement, comme n'importe quel autre patient. Pour elle, il est plus facile de faire passer la pathologie avant le passé criminel contrairement à d'autres personnes qui ne seraient pas dans le domaine du soin par exemple.

### **4.3 La prise de poste en tant que nouvelle infirmière**

Les infirmières se rejoignent à nouveau sur le fait de ne pas avoir ressenti d'appréhension lors de leur début de carrière concernant les antécédents judiciaires potentiels de leurs patients malgré leur jeune âge, et leur peu d'expérience. L'IDE travaillant à l'UHSA se souvient d'avoir plutôt stressé par rapport au jeune âge, souvent proche du sien, de certains patients et donc de la prise en soin en tant que nouvelle diplômée face à des patients potentiellement de son âge. Elle explique également qu'elle se préoccupait plus des nouvelles responsabilités en tant qu'infirmière qui lui était confiée plutôt que la population carcérale dont elle allait s'occuper. Cette infirmière me confie cependant qu'elle a été très bien accueillie par ses collègues, et que cela a été un point important. Pour l'infirmière en psychiatrie, les antécédents d'un patient n'ont pas été sources d'angoisses lors de la prise de poste, cependant le réseau de personnes pouvant graviter autour du patient peuvent être sources d'angoisses. En effet, il lui est arrivé de prendre en soin un patient fiché S, pour cette dernière l'angoisse était portée sur le fait que le réseau radical revienne vers ce patient.

### **4.4 La connaissance tardive des antécédents judiciaires est-ce dérangeant?**

Par la suite, j'ai pu demander aux professionnelles si le fait d'apprendre quelques temps après, les antécédents judiciaires d'un patient changeait quelque chose dans leur prise en soin. La connaissance, tardive ou non des antécédents judiciaires d'un patient, n'est pas une donnée importante pour les infirmières que j'ai pu rencontrer. En effet, la prise en soin globale d'un patient est une notion que les deux infirmières m'ont citée. Elles m'expliquent qu'elles prennent soin de quelqu'un car il en a besoin sans se préoccuper de son passé judiciaire. L'infirmière de l'UHSA m'explique que lorsqu'un patient est hospitalisé en soins généraux ses antécédents ne sont pas connus mais que la prise en soin est identique. De plus, elles s'associent pour admettre qu'il faut néanmoins rester vigilant, et respecter une certaine distance professionnelle. Elle indique également qu'il y a des protocoles à respecter dans leur service concernant la prise en soin des détenus. De plus que dans le service de cette dernière, le motif d'incarcération n'est pas donné. Parfois, pour elle, les antécédents judiciaires peuvent avoir des "répercussions personnelles" mais "aucunement ça va atteindre ma position professionnelle". Pour l'infirmière en psychiatrie, toutes les données confiées à l'équipe soignante sont importantes à prendre en compte. En effet, contrairement à la précédente infirmière les délits ayant un potentiel rapport avec l'hospitalisation sont inscrits dans le dossier du patient. Elle me confie néanmoins qu'il pourrait lui arriver d'être impacté par certains antécédents, "un tueur en série d'enfants" par exemple.

#### **4.5 Et la relation soignant - soigné dans tout cela?**

Lorsque j'ai commencé à écrire ce travail de recherche ainsi que le guide d'entretien, il me paraissait intéressant de savoir si la relation soignant - soigné pouvait être modifiée par les antécédents judiciaires. Justement, cette dernière peut être modifiée par de nombreuses choses dans le milieu de la santé, la connaissance des antécédents judiciaires peut en être la raison. Pour l'infirmière de l'UHSA cette connaissance peut biaiser, transformer cette relation en fonction des valeurs de chacun. En effet, cela peut amener les soignants à des souvenirs douloureux de leur carrière ou de leur vie personnelle, cette infirmière nous précise que "ça dépend de ce que ça peut te refléter à toi." Elle nous décrit alors cela par le biais du "contre transfert". Pour la seconde infirmière, cette connaissance n'a pas l'air de modifier car elle pense réussir à prendre du recul, à se "détacher" de ces antécédents.

#### **4.6 Le comportement des soignants face à la peur**

Ces antécédents peuvent parfois faire peur dans certaines situations, mais sommes-nous vraiment capable de faire face à cela, et pouvons-nous l'exprimer ? C'est une question que j'ai posée aux infirmières lors de mon entretien. Pour l'infirmière en psychiatrie, avant d'être des soignants nous sommes avant tout des humains, nous avons tous un seuil différent d'acceptation. Elle m'explique également qu'il ne faut pas hésiter à prévenir dès lors que "l'on a une difficulté par rapport à un patient" mais également "lors de la prise en soin". Selon elle, l'équipe soignante est un filet de sécurité dans des situations qui peuvent être délicates pour nous. En effet, elle m'indique que l'équipe est importante s'il est nécessaire de prendre le relai. De plus, elle démontre qu'avant d'être des soignants nous sommes des humains et donc nous ne pouvons pas tout accepter. Pour l'infirmière travaillant à l'UHSA, l'important est d'oser prévenir lorsque nous sommes en difficulté. Pour éviter cela, elle explique que selon la population à laquelle nous sommes confrontés il faut rester vigilant, et notamment avec les détenus dont elle prend soin.

#### **4.7 La distanciation professionnelle**

Lors de la suite de l'entretien, j'ai pu demander aux infirmières si elles pouvaient me donner leur propre définition de la distanciation professionnelle. Pour elles, la notion de distance à proprement parler est un point d'orgue. Elles m'expliquent qu'il est important de rester à la bonne

distance, qu'il y a des distances réelles à respecter, que tout cela est une question de posture. Elles soulignent également que malgré le patient, elles sont avant tout focalisées sur l'attitude professionnelle qu'elles doivent avoir. Pour l'infirmière de l'UHSA, la notion de valeur est importante. Elle indique qu'il faut savoir concilier ses valeurs personnelles et professionnelles, cependant dans certaines situations l'une peut prendre le pas sur l'autre, et notre distance peut alors être modifiée. Elle nous explique également que cette notion de distance professionnelle peut également passer par le non verbal et la posture est le reflet de la distance que nous souhaitons mettre. L'infirmière de psychiatrie énumère un certain nombre de choses à respecter afin de maintenir cette "distanciation professionnelle" comme par exemple : "ne pas être trop froid". Ce sont pour elles des moyens de rester à la "bonne" distance.

#### **4.8 La posture professionnelle**

Pour garder une "juste distance" j'ai alors demandé aux infirmières si elles s'étaient déjà fixées des barrières à ne pas dépasser avec certains patients. Les deux infirmières s'accordent sur le fait qu'il faut bien réfléchir sur le type de relation avec les patients car il est difficile de revenir en arrière, l'infirmière en psychiatrie nous dit que "cela peut vite se retourner contre nous" dans la suite de la prise en soin. Elle nous explique également qu'avec d'autres patients sans antécédents mais avec des pathologies nécessitant une hospitalisation de passage il est important de tisser une relation plus importante. Pour l'infirmière travaillant à l'UHSA cela peut nous mettre en difficulté de ne pas se mettre de barrières avec certains patients, et notamment dans ce cas avec des patients ayant potentiellement commis des crimes. Mais encore une fois, les erreurs que nous pouvons commettre et notamment la bonne posture, et le fait de se fixer des barrières sont porteurs d'apprentissage selon elle. De plus, l'équipe soignante est encore un pilier sur lequel elle nous dit de s'appuyer afin de "passer le relais" si la situation s'y prête.

#### **4.9 Accepter de passer la main**

Pour finir, la dernière question de mon guide d'entretien portait sur le fait de passer le relai si une situation que nous vivons n'était plus en adéquation avec nos valeurs. Pour l'infirmière en psychiatrie, elle n'hésite pas à passer la main dès lors que le patient n'est plus adapté envers elle, mais également si un patient est trop dans le clivage. Les deux infirmières s'accordent à dire également que les collègues sont relativement "disponibles" et "soudés" lors de situations que nous ne pouvons gérer. Cela est une force pour oser parler lorsque nous sommes en difficulté face à un

patient comme nous avons pu le développer précédemment. Pour elles, nous ne sommes pas préconçu pour pouvoir tout accepter, en dépit de certaines de nos valeurs. Cela reste parfois difficile d'oser en parler, mais le non verbal peut alors nous aider dans ces moments là. L'observation de nos collègues est primordiale dans une équipe selon l'infirmière de l'UHSA, afin de remarquer si l'un d'entre eux est en difficulté mais n'arrive pas à l'exprimer.

## **5. La discussion :**

Entamons maintenant la partie discussion de ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Il s'agit maintenant de comparer mon cadre théorique avec les propos de l'infirmière travaillant à l'UHSA ainsi que celle travaillant en psychiatrie. De plus, dans cette section il sera alors possible pour moi de mettre en présence mon opinion concernant la connaissance des antécédents judiciaires et l'impact que cela peut avoir sur la prise en soin.

### **5.1 Alerte ! Je stresse !**

Pour ma part, il était important d'avoir le ressenti des deux professionnels concernant le stress que l'on peut ressentir face à un patient dont on connaît les antécédents judiciaires et dont ces derniers ne sont pas en accord avec nos valeurs. Hans Selye parle du syndrome général d'adaptation, cela correspond à "une réaction générale d'alarme correspondant à un effort de l'organisme pour s'adapter à des nouvelles conditions". Pour faire écho à cette définition, les nouvelles conditions pour moi étaient la découverte des antécédents judiciaires et ce que cela implique. Les deux infirmières m'expliquent qu'elles n'ont pas ressenti de stress face à la population carcérale ou aux antécédents judiciaires. Le stress pouvant être ressenti correspondait plus à la population que les infirmières pouvaient rencontrer, comme des jeunes adultes par exemple, mais également aux responsabilités en tant qu'infirmière dans un nouveau service. Ces témoignages m'ont alors fait prendre conscience que, lors de mes stages où se sont déroulés mes situations d'appels, je me suis focalisée sur les antécédents judiciaires pour plusieurs raisons. La première raison étant la nouveauté pour moi de prendre en soin des patients avec des antécédents judiciaires et donc une posture professionnelle différente de ma posture de stagiaire jusque là. En effet, lorsque je devais prendre en soin ces deux patients présentés précédemment, leurs antécédents judiciaires restaient dans un coin de ma tête, et il était difficile pour moi d'y faire abstraction. Comme nous l'avons pu l'énoncer dans le cadre théorique suivant les dires de N. Sillamy "la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l'individu pour diminuer l'angoisse". Cela résume bien ce qu'il se passait pour moi lors des éventuels contacts avec ces patients.

La deuxième raison pour laquelle les antécédents judiciaires ne me laissaient pas indifférente dans les deux cas, était que ces derniers concernaient des jeunes femmes. Cette notion ne m'était pas apparue comme signifiante lors de l'écriture de mon cadre théorique mais évidente après avoir échangé avec les deux infirmières. L'une d'elles, travaillant à l'UHSA m'a dit une phrase que je trouve très juste lorsque nous parlions des passé judiciaire pouvant impacter la relation soignant - soigné, je cite "Ça dépend ce que ça peut te refléter à toi, c'est ce qu'on appelle le contre transfert". Il désigne

“l’incapacité du professionnel à séparer la relation thérapeutique de ses sentiments personnels et des attentes du client”. Dans le cas présent, les délits commis par mes patients me poussaient à éprouver des sentiments comme de la colère mais également de la peur. Ces sentiments instaurent alors un climat peu favorable à une prise en soin digne de ce nom. Nous sortons alors à ce moment là de notre responsabilité de soignant qui est de soigner, tous les patients se présentant, de la même manière. Cette première partie m’a permis de comprendre l’origine de mon stress mais également d’avoir l’avis de futures collègues concernant leur propre ressenti. Lors d’une future situation similaire serais-je capable de mettre à distance les antécédents judiciaires afin que ma prise en soin soit la plus neutre possible ?

## **5.2 La peur face à un patient**

Le stress qui est une réponse du corps face à un danger nous plonge dans un état d’alerte qui nous pousse à réagir et nous permet de nous adapter à certaines situations. Malgré tout, si un sentiment de peur s’entremêle à ce dernier, cela peut complètement nous paralyser. Précédemment dans le cadre théorique, j’ai pu citer Charles Darwin qui définissait la peur comme “lorsqu’une personne est dans un environnement qui lui laisse sous-entendre qu’il y a un danger immédiat où la fuite est le seul moyen de survivre”. Pour les deux infirmières, la peur ressentie lors d’une situation avec un patient doit être exprimée à l’ensemble de l’équipe. Pour elles, le seul moyen d’en sortir serait alors la discussion. L’infirmière travaillant en unité hospitalière spécialement aménagée, m’a répondu très spontanément “oui” à ma question “un soignant peut-il s’autoriser à avoir peur et surtout l’exprimer”. En effet, lors de sa pratique professionnelle une situation similaire lui est arrivée, cela fait donc écho à cela. Dans sa situation, la peur s’est installée une fois la situation sous contrôle. Cette peur permet, selon elle, de pouvoir remettre en question sa pratique professionnelle, et donc de rester vigilant sur différents points à l’avenir. L’infirmière en psychiatrie insiste également fortement sur le fait d’en parler à l’équipe soignante afin de se libérer et de passer le relais si besoin. J’avais pu citer la psychologue Mary C Lamia, qui disait que “nos peurs s’accumulent dans notre mémoire et provoquent des réflexes qu’on ne pense pas toujours à analyser.” Cette citation me permet de rebondir sur le fait que nous ne devons pas nous laisser dompter par nos peurs, surtout lorsqu’une situation inédite se produit. Il est vrai que poser des mots sur des peurs permet de dédramatiser, d’avoir le ressenti des collègues, leur technique pour faire face à celles-ci. Précédemment le centre national de Ressources Textuelles et Lexicales mentionnait que la peur pouvait être “la représentation d’une menace ou d’un danger réel ou imaginaire”. Le fait d’en parler autour de soi peut également permettre de faire taire certaines appréhensions que nous avons et qui

ne sont pas partagées par les autres. Les antécédents judiciaires peuvent effectivement porter atteintes à nos valeurs mais ne doivent pas nous déstabiliser face à un patient et à sa prise en soin. Avec ces témoignages j'ai bien pris conscience qu'avant d'avoir commis un délit, le patient nous est adressé avant tout pour bénéficier de soins qu'ils soient psychiatriques comme dans mes situations d'appels ou généraux comme il peut arriver dans d'autres services. Il est alors important de pouvoir séparer ces deux choses pour avoir une prise en soin la plus optimale possible. Le capacité de séparer les antécédents judiciaires du patient n'est pas innée, c'est ainsi que je me suis questionnée sur la distance professionnelle et son importance.

### **5.3 La distance professionnelle**

La distance professionnelle peut se définir rapidement et simplement comme la capacité à se distancer d'une situation. Mais est-ce plus facile à dire qu'à faire ? C'est un sujet que j'ai abordé avec les infirmières que j'ai rencontrées, en sollicitant leur définition de la distanciation professionnelle. Comme Edward T. Hall, les infirmières mettent un point d'honneur au mot distance. Cet anthropologue américain a défini les différentes distances sociales, et la manière d'occuper l'espace que nous avons en commun avec autrui. Ce périmètre peut être plus ou moins proche en fonction des relations que nous avons avec autrui. Pour les infirmières aussi ce point est important, plusieurs fois dans leur discours respectif elles me citent "c'est important de garder toutes les distances", "c'est une juste distance réelle". Cela permet de me rendre compte que la posture que nous pouvons avoir lors de la réalisation d'un soin ou d'un entretien infirmier est importante. Les distances présentées par Edward T. Hall sont significatives, pour ma part je conçois que la distance intime ainsi que la distance personnelle ne sont pas adéquates pour maintenir la distanciation professionnelle concernant mes situations d'appel. En effet lorsque le patient de la situation numéro une me dit " Mademoiselle, tu as quoi sous ta blouse ?", un sentiment de peur s'est emparé de moi et j'ai pu fuir. Edward T. Hall évoque la distance publique lorsque nous nous sentons menacés. Sans le savoir, j'ai instauré cette distance entre ce patient et moi. J'é mets en revanche une réserve sur certains soins où une distance intime ou personnelle est nécessaire, comme par exemple la toilette d'un patient. Le fait de respecter ces distances, est aussi important pour le patient que pour l'équipe. En effet, il ne faut pas oublier de prendre en compte le patient, nous pouvons alors nous demander si nous aurions les mêmes exigences avec un enfant par exemple. Il est vrai, qu'un enfant dont nous nous occupons sans la présence d'un parent, a besoin de réassurance et donc la distance intime peut être mise en place si nous devons prendre dans nos bras l'enfant. Certaines pathologies peuvent également demander plus de proximité, prenons comme exemple la difficulté à communiquer.

Comme j'ai pu l'écrire précédemment, la distance que nous allons mettre avec les patients que nous allons prendre en soin est singulière selon les soignants, et pour les deux infirmières interrogées elle est régie par nos valeurs. L'infirmière en unité hospitalière spécialement aménagée indique qu'il ne faut pas que "les valeurs personnelles prennent le dessus sur les valeurs professionnelles". Pour ma part, la nuance entre valeurs personnelles et professionnelles est légère. En effet, nos valeurs professionnelles découlent de nos valeurs personnelles. Il m'est difficile d'accepter une situation avec laquelle je ne suis pas en adéquation dans ma vie personnelle, lors de ma prise de poste. Néanmoins je suis parfaitement consciente que nous sommes des professionnels de santé avec des devoirs. Cette infirmière le souligne également lorsqu'elle dit "ne pas oublier que l'on est professionnels de santé, qu'on se doit de respecter les droits aussi des patients", ses dires sont en corrélation de ceux du code de déontologie infirmier des infirmiers, selon l'article R. 4312-7 : "L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires." Ce texte rejoint ce que j'ai pu développer dans le paragraphe précédent qui est de soigner tout le monde sans connaître les antécédents judiciaires.

#### **5.4 La relation soignant - soigné**

Selon Alexandre Manoukian, la relation peut être décrite comme "une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires (...) au-delà de la relation entre deux personnes. La relation se définit également comme le lien qui nous lie à autrui, et comment nous nous comportons face à lui". Pour moi cette relation doit permettre de soulager le patient de ses maux sans être dans une relation hiérarchique. Le patient est un acteur aussi important que les soignants pour la guérison. Encore une fois, nos valeurs peuvent prendre une place importante dans cette relation singulière entre le soignant et le soigné. Les antécédents judiciaires d'un patient peuvent nous apparaître comme insurmontables à accepter, mais devons-nous toujours tout accepter ? L'infirmière en psychiatrie que j'ai pu interroger m'explique qu'elle a l'impression d'arriver à se "détacher" de ces situations peu communes, et même parfois les plus difficiles. Comme dit précédemment dans le cadre théorique, Pascale Prayez nous explique la juste distance comme étant la "capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places". Pour ma part, c'est cette juste distance qui est difficile à trouver afin de ne pas impacter la relation soignant - soigné. Après avoir rencontré ces deux professionnelles, je me suis rendue compte que l'expérience pouvait nous aider à affirmer notre posture professionnelle. En effet, mes situations d'appels se sont déroulées lors de ma première et de ma deuxième année de formation, peut-être qu'à ce jour je ne réagirai pas de la même manière du fait d'avoir pu en parler avec des professionnelles mais également grâce à ce travail de recherche.

Le fait de pouvoir se “détacher” des antécédents judiciaires n’est pas toujours une chose simple à réaliser. L’infirmière travaillant en Unité Hospitalière Spécialement aménagée affirme lorsque je lui pose la question “pensez vous que les connaissances des antécédents peuvent biaiser la relation soignant - soigné ?”. Encore une fois, nous ne pouvons pas tout accepter en tant que soignant, cela peut faire écho à notre passé ou notre vie privée. N’oublions pas qu’une relation lie deux personnes, je me positionne en tant que future soignante mais le patient a également un rôle important, comme nous dit Pierre Curchod, la relation est comme une “pierre angulaire”, les deux personnages partagent des informations pour aller vers un but commun. En effet, il peut nous arriver à nous, soignants de ne pas réussir à se projeter dans une prise en soin du fait de certains paramètres, prenons le cas ici des antécédents judiciaires, mais le patient aussi peut parfois, au vu de ses croyances, ses valeurs, être en difficulté face à une prise en soin que nous lui proposons. Nous pouvons prendre l’exemple d’une femme refusant qu’un homme réalise sa toilette car cela n’est pas en adéquation avec ses convictions. C’est pour cela que la relation n’est pas figée, elle est malléable et permet à chacun des acteurs de pouvoir se réajuster au cours de la prise en soin. Le fait parfois d’en parler avec l’équipe soignante, la cadre du service, ou la psychologue si le service est doté de cette dernière peut nous permettre d’appréhender au mieux la situation, d’extérioriser nos potentielles peurs et donc de mettre en place des techniques afin que la prise en soin soit la plus optimale possible.

## **6. La question de recherche**

A l'aide des différents auteurs ainsi que des infirmières que j'ai pu interroger, nous pouvons voir que les antécédents judiciaires peuvent parfois mettre à mal nos principes et nous déstabiliser dans notre rôle de soignant. Certains font le choix d'en parler avec leurs collègues alors que d'autres arrivent à se détacher de ces situations pour qu'elles impactent au minimum les prises en soin. Lors de la rédaction de mon travail de recherche, je me suis concentrée sur les services de psychiatrie car cela faisait écho aux situations que j'avais vécues en stage. Il serait intéressant d'élargir ce sujet à des services différents où les antécédents judiciaires ne sont pas ou peu dévoilés. De plus, j'ai pu remarquer que les soignants pouvaient ressentir différentes émotions face à certaines situations comme notamment la peur ou la colère par exemple. Ces émotions sont propres à chacun et nous avons tous des réactions différentes qui peuvent nous aider à surmonter cela ou au contraire nous faire perdre pied. Les émotions sont normales, nous n'y pouvons rien, néanmoins il faut apprendre à les reconnaître et les comprendre. Afin de poursuivre mon travail de recherche il serait intéressant de s'interroger sur la question de recherche suivante :

**Comment les soignants arrivent-ils à ajuster leurs émotions pour soigner ?**

## 7. La conclusion

Après ces quelques mois de recherche et d'écriture concernant le mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers je peux alors regarder le chemin que j'ai parcouru jusque là. Malgré avoir vécu des situations qui m'ont parfois déstabilisé lors de mes stages, je suis aujourd'hui satisfaite d'en avoir fait le sujet qui allait me questionner tout au long de ma dernière année. Les questionnements qui ont pu ressortir lors du choix de mes situations m'ont permis de faire des recherches qui me serviront pour ma future pratique infirmière. Ces apports théoriques sont nécessaires afin de les associer aux entretiens avec les professionnelles et donc se forger sa propre opinion. J'ai décidé d'orienter mes lectures autour des émotions que nous pouvions ressentir lorsque nous sommes confrontés à une situation inhabituelle ou qui nous déstabilise. De plus, il était important pour moi de comprendre d'où provient notre stress et ce qu'il peut provoquer. Mes lectures ont été également orientées sur la distance professionnelle, notamment ce que cela impliquait et comment cela pouvait changer d'un patient à l'autre. Deux entretiens ont pu être réalisés malgré le contexte sanitaire, avec des professionnelles travaillant en psychiatrie. Ce travail de recherche m'a permis de me questionner mais également de questionner des professionnelles sur leur pratique infirmière concernant le thème de mon travail de recherche. Après avoir analysé les entretiens, les avoir comparés, la dernière partie de ce travail était alors de croiser les apports théoriques recueillis précédemment ainsi que les avis des deux professionnelles mais également d'y confronter mon opinion afin d'apporter une réponse à ma problématique. Après avoir écrit ma discussion j'ai pu en ressortir une nouvelle question de recherche, plus ciblée pour un potentiel futur travail : **Comment les soignants arrivent-ils à ajuster leurs émotions pour soigner ?**

Les données recueillies dans les écrits ainsi que les dires des professionnelles m'ont permis de comprendre la place importante qu'occupent nos émotions et ce que cela provoque dans notre pratique professionnelle. La peur est une émotion que j'ai choisi de détailler dans ce travail car il n'est pas rare d'être confronté à cette dernière, de plus cela était important pour moi de la comprendre pour ainsi mieux la dompter. Ce travail m'a également permis de comprendre la place de l'équipe dans un service, à quel point nous sommes complémentaires, et comment cela permet à chacun de ne pas rester seul face à ses faiblesses. Accepter de passer le relai lorsqu'une situation nous met trop en difficulté, et dans le cas de ce travail, si les antécédents judiciaires nous touchent trop, c'est également prendre en soin de manière optimale le patient. Par le biais de mes recherches, le fait de mettre le patient au centre de la prise en soin et non ses antécédents judiciaires a été quelque chose

qui a cheminé tout au long de l'écriture de ce mémoire. Le patient est en demande de soins et nous avons les connaissances pour lui venir en aide. Ce travail m'a permis d'analyser au mieux ma pratique au moment de mes situations d'appels, et par la suite il m'aidera à me former en tant que future professionnelle. Il n'est pas impossible d'être confrontée, lors de ma prise de poste, à des patients ayant des passés judiciaires pouvant parfois porter atteinte à mes valeurs. Cependant, à ce jour je garde à l'esprit toute l'analyse que j'ai pu faire, et également le fait d'avoir une ressource importante qui est l'équipe avec laquelle je travaille.

Malgré les nombreux questionnements que j'ai pu avoir lors du début de ce travail, je suis fière d'avoir accompli ce dernier. D'autant plus que ce dernier est l'aboutissement de trois ans d'apprentissage et de rencontres.

## 8. Bibliographie

### OUVRAGES :

- Arendt, A. (2003). Responsabilité et jugements. Editions Payot.
- Friard, D. (2012). Mécanismes de défenses. Les concepts en sciences infirmières. Association de Recherche en Soins Infirmiers. ( 2è éd., p. 213 - 217. )
- Mariage, A. (2006) Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. Le travail humain. (Vol. 64, p.45 à 59)

### ARTICLES DE PÉRIODIQUES :

- Bergeron, I. (2017). A quoi sert la peur? Coup De Pouce. Repéré à <https://www.coupdepouce.com/vie-perso/psychologie/article/a-quoi-sert-la-peur>
- Fréour, P. (2014). La première carte corporelle des émotions. Le Figaro. Repéré à <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/01/06/21819-premiere-carte-corporelle-emotions>
- Lamoureux, N. (2019). Livre : usages de la peur. Le Point. Repéré à [https://www.lepoint.fr/art-de-vivre/livre-usages-de-la-peur-02-05-2019-2310669\\_4.php](https://www.lepoint.fr/art-de-vivre/livre-usages-de-la-peur-02-05-2019-2310669_4.php)
- Pappagallo, M. (2015). Biochimie. A l'origine de nos peurs. Courrier international. Repéré à <https://www.courrierinternational.com/article/2015/02/12/a-l-origine-de-nos-peurs>

### PAGES WEB :

- Institut Rafaël. (2018). Les mécanismes de défenses des soignantes. Institut Rafaël. Repéré à <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>
- Nunsuko. (2018). Les émotions selon Darwin. La psychologie dans le nouvel ordre mondial. Repéré à <https://www.nunsuko.com/emotions-primaires-darwin.html>
- Thibault, P. Sorlin, N. (2019). Distanciation professionnelle : le bon positionnement. Espaceinfirmier.fr. Repéré à <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/190320-distanciation-professionnelle-le-bon-positionnement.html>

**TEXTES OFFICIELS :**

• Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie de infirmiers. JORF n°0276, 27 novembre. Repéré à [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000033479583#:~:text=%C2%AB%20Art.,R.,il%20re%C3%A7oit%20les%20soins%20n%C3%A9cessaires.&text=%2DL'infirmier%20s'abstient,nature%20%C3%A0%20d%C3%A9consid%C3%A9rer%20celle%2Dci.](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000033479583#:~:text=%C2%AB%20Art.,R.,il%20re%C3%A7oit%20les%20soins%20n%C3%A9cessaires.&text=%2DL'infirmier%20s'abstient,nature%20%C3%A0%20d%C3%A9consid%C3%A9rer%20celle%2Dci.)

**PODCAST :**

• Van Kempen. M, Réparer les méchants. Arte Radio.  
[https://www.arteradio.com/son/61658289/reparder\\_les\\_mechants](https://www.arteradio.com/son/61658289/reparder_les_mechants)

## **9. Annexes**

**ANNEXE I** : Situation d'appel n°1

**ANNEXE II** : Situation d'appel n°2

**ANNEXE III** : Le guide d'entretien

**ANNEXE IV** : Retranscription de l'entretien n°1

**ANNEXE V** : Retranscription de l'entretien n°2

**ANNEXE VI** : Les tableaux d'analyse

## **ANNEXE I : Situation d'appel n°1**

Mon stage du 29/04/19 au 05/07/19, s'est déroulé dans le service de psychiatrie qui est une unité d'admission. Différentes pathologies sont présentes dans ce service, j'ai pu découvrir la schizophrénie et la bipolarité par exemple. Le service est notamment doté d'une chambre de soins intensifs située à côté du bureau infirmier afin d'isoler un patient lors de crises d'agitation ou de mise en danger pour le patient ou autrui. Sur le centre hospitalier, la prise en soin des patients est réalisée en fonction de leur lieu d'habitation et de leur date de naissance. Chaque secteur de psychiatrie dispose de plusieurs lieux de consultation et d'orientation, cela constitue l'extra hospitalier. Ce suivi permet aux patients d'avoir le même psychiatre en intrahospitalier et au plus près de chez eux en extra hospitalier mais également une équipe pluridisciplinaire identique composée d'infirmiers, d'assistantes sociales, psychologues.

Mr D, est un jeune homme de 16 ans admis le 25/04/19. Il est admis pour troubles du comportement à type d'hétéro agressivité dans un foyer qu'il a intégré il y a un mois. Ayant été en pédopsychiatrie pendant de nombreuses années, la prise en soin devenait de plus en plus compliquée avec les soignants mais aussi les autres enfants. Une hospitalisation a été conseillée afin de réévaluer le traitement pour limiter l'agressivité. Le diagnostic de ce jeune homme a été nommé "réaction aiguë à un facteur de stress".

Il a grandi dans les services de pédopsychiatrie depuis l'âge de 6 ans. Il a également été mis en examen de nombreuses fois pour de multiples agressions graves ainsi que des tentatives d'homicides. De plus, il a tenté de déshabiller une infirmière sur des pulsions sexuelles. Ce jeune homme est intolérant à la frustration ce qui entraîne une violence sur les autres et notamment les soignants. Mr D, est un adolescent très au courant des techniques employées dans les services de psychiatrie. En effet, il sait pertinemment pourquoi les soignants ont un PTI (Protection des Travailleurs Isolés). Il sait notamment comment ce dernier s'utilise, et également la sonnerie qu'il fait lorsqu'il est déclenché. Sa connaissance sur ce dispositif m'a mise en difficulté lors d'un repas comme nous allons le voir après. Ce système d'alarme coûtant très cher, il n'en est pas donné aux étudiants étant en stage dans le service, hors, nous sommes autant exposés aux risques que les soignants. Depuis le début de ce stage je ne dispose d'aucun dispositif permettant de prévenir quiconque

lorsque je suis à l'autre bout du couloir ou bien même dans une chambre, s'il devait m'arriver quoi que ce soit à moi ou à un patient.

Mr D a été admis dans notre unité pour occuper la chambre de soins intensifs durant quelques jours. Ce dernier a pu sortir au bout de 4 jours. Lors de la distribution du repas où j'aidais ma collègue aide soignante j'ai pu avoir un échange verbal avec ce dernier.

Ma collègue étant partie dans l'office mettre le lave vaisselle, j'ai pris l'initiative de servir la table de Mr D où trois autres patients y étaient également installés. Lorsque je me suis penchée pour poser le plat sur la table je l'ai entendu me dire " Bah alors Mademoiselle, tu n'as pas de PTI ? Si je t'agresse, comment fais tu pour te défendre ?". Étant très surprise par sa question et voyant qu'il avait compris que nous, les étudiantes, n'avions pas de PTI j'ai répondu en le fuyant du regard qu'il n'était pas là pour nous agresser. Je suis alors partie servir les autres tables afin que cette discussion cesse. J'ai pu entendre néanmoins "Mademoiselle, tu as quoi sous ta blouse ?". Connaissant ses antécédents de pulsions sexuelles sur d'autres femmes, une peur s'est alors envahie de moi et je suis partie dans la salle de soins pour n'avoir aucun autre contact avec lui. Je suis de suite aller en parler à mes collègues, qui elles, avec un calme sans pareil, lui ont expliqué que ce langage n'était pas approprié avec un personnel de santé, qu'il n'était pas envisageable que ce dernier n'agresse qui que ce soit dans le service. Mr D a acquiescé tout en gardant un sourire en coin, ce qui ne m'a pas franchement rassurée. En effet, je me suis sentie désarmée face à ce jeune homme de 16 ans hospitalisé ici pour des soins mais qui au fil des jours me terrorisait. Il était pour moi impossible d'adopter la posture de soignante stagiaire face à lui.

En me rendant dans la salle de soins pour m'éloigner de lui, j'ai mis en place un mécanisme de défense qui est la mise à l'écart. En effet, c'est une réponse au stress qui consiste à tenir hors du champ de la conscience les problèmes, les sentiments qui inquiètent le sujet.

J'ai toujours vouvoyé tous les patients que j'ai pu rencontrer dans le service. Cela m'a permis de garder une certaine distance et notamment à ce moment-là. En effet, le « vous » est témoin du respect pour l'adolescent et/ou barrière à la communication s'il exprime une mise à distance. Effectivement, la question du vouvoiement avec ce jeune s'est posée étant donné son âge mais par peur d'une trop grande familiarité et des difficultés qu'il peut rencontrer avec l'institution, il a été décidé en équipe de le vouvoyer mais de l'appeler par son prénom.

S'assumer en tant que personnel soignant lors d'un stage, reste une étape difficile au contact de certaines personnes comme notamment ce jeune homme. Avec des patients chroniques, les

réactions sont plus prévisibles et le cadre institutionnel les aide au quotidien. A contrario, avec ce jeune intolérant à la frustration, il m'était difficile de trop m'imposer. Par peur de sa réaction, qui aurait pu être très violente, j'ai préféré partir. Hors après réflexion, répondre brièvement en partant n'était pas la meilleure solution. Mr D étant très intelligent et très observateur de toutes situations, il a bien ressenti le fait que j'étais mal à l'aise et que je fuyais. Une discussion avec l'équipe dans un endroit plus neutre que la salle à manger aurait pu être nécessaire afin de lui rappeler les règles du service qui s'imposent à lui mais également notre rôle de personnel soignant.

Allant de paire avec ma place de stagiaire, mon âge est aussi un frein à cette autorité pour ma part. Il est vrai qu'il m'est difficile depuis le début de mon stage de m'occuper de personnes proches de mon âge. En effet, le vécu de certains patients peut faire écho au mien ou bien à celui de mes proches. Il est parfois difficile de considérer aussi objectivement que possible la situation de l'adolescent du fait d'une grande proximité par la date de naissance. Le fait d'être novice dans ce service et de prendre en soin de si jeunes personnes pour la première fois de mon cursus de formation ne pouvait que m'aider à me questionner sur la juste distance à avoir avec cette population, en effet "la connaissance s'acquiert par l'expérience".

Pour conclure, si cet événement venait à se reproduire, il me semblerait bon d'éviter de fuir comme j'ai pu le faire cette fois-ci afin d'éviter de montrer mon malaise à ce jeune homme. De plus, cela m'a permis de voir que les stagiaires qui viennent d'arriver sont des cibles attrayantes pour ce genre de personnes. Ne connaissant pas exactement sur le bout des doigts, du moins au début, les procédures mais également les pathologies présentes ou encore les règles propres du services, il est facile pour les patients de nous tester et de voir nos réactions. La proximité de l'âge avec les patients reste également une situation délicate pour affirmer son autorité professionnelle et donc un objectif pour les prochains stages où je pourrai être amenée à côtoyer ce type de population.

## **ANNEXE II : Situation d'appel n°2**

Pour le semestre 4, j'ai pu effectuer mon stage en psychiatrie en service de réhabilitation. Ce dernier s'est déroulé du 3 février au 8 mars 2020. Ce service est composé de 25 lits, il accueille des patients atteints de différentes pathologies telles que la schizophrénie ou encore syndrome anxio-dépressif. Le service de réhabilitation est en étroite collaboration avec le centre thérapeutique de jour qui reçoit les patients pour des soins médiatisés. Mais également des activités sur le modèle pair-aidant, qui sont animées par des patients.

Durant ce stage j'ai pu prendre en soin trois patients avec des pathologies diverses et variées. J'ai pu m'occuper d'un jeune homme de 28 ans hospitalisé depuis le 1er février 2019 dans le cadre d'une poursuite de soin après une levée d'écrous. Mr C est atteint de schizophrénie paranoïde. C'est en mars 2013 qu'il a fait un premier séjour en psychiatrie pour bouffée délirante aiguë. Après ce premier passage, ce patient a été hospitalisé 3 fois en deux ans. En 2016, il a été admis en psychiatrie pour agressions sexuelles sur décompensation psychotique et rupture de traitement. Il a, par la suite, été incarcéré en prison jusqu'en février 2019. Le 1er février 2019, il a réintégré les services de psychiatrie à la suite d'une levée d'écrous et sous condition d'une poursuite de soins. La prise en soin de ce jeune homme consiste à vérifier et administrer les traitements, le solliciter pour les soins d'hygiène, les activités qu'il réalise dans l'unité mais aussi hors de l'unité, au Centre Thérapeutique de Jour. De plus, étant en placement : Soins à la demande d'un représentant de l'Etat Judiciaire, il est nécessaire d'intégrer dans la prise en soins les démarches administratives liées à ce mode de placement comme notamment les demandes de permission qui doivent être validées par le préfet. Le patient est relativement autonome dans l'unité et reste en retrait vis-à-vis des autres patients.

Au début de ce stage il était difficile pour moi de trouver ma juste place d'étudiante et notamment pour aller partager un moment avec mes patients, ce qui fait partie intégrante du rôle propre infirmier pour écouter les maux. Une interrogation concernant la démarche à suivre pour m'adresser à eux et donc tisser un lien, se posait à moi. Surement une peur de déranger, d'être trop présente, ou bien de me prendre un refus. En effet la relation soignant-soigné est une rencontre singulière entre deux personnes, elle peut être imprévisible, atypique, inégale et c'est sans doute cela qui m'a freiné. Le dimanche 23 février dernier, lors de mon bilan de mi-stage, j'ai pu discuter de cela avec ma tutrice, qui, elle aussi, avait remarqué cette limite que je m'étais imposée. Lors de cette discussion, elle a pu m'expliquer l'importance pour moi stagiaire et future soignante d'être au plus proche de mes patients pour écouter leurs plaintes, détecter un changement de comportement.

A la suite de cet échange, j'ai pu alors mettre cela en place, en proposant à mes deux patients ainsi qu'un autre patient de l'unité s'il voulait partager une partie de Ping-Pong. Les 3 patients ont de suite accepté ma proposition. Après quelques balles échangées, et les règles rappelées par Mr P, l'un de mes patients décide alors de faire un match 2 VS 2. Les équipes se composaient ainsi : Mr P ainsi que Mr G contre Mr C et moi même. Selon les règles de ce jeu, les joueurs de la même équipe doivent alterner les balles, hors mon coéquipier et moi nous prenions les balles comme elles arrivaient, ce qui a suscité quelques réflexions de l'équipe d'en face, très rigide sur les règles. J'ai alors pu constater le changement de comportement du patient que je prenais en soin, Mr C, changé. En effet, ce dernier a pris sur lui pour ne pas s'énerver, et mettre à distance certaines idées qu'il a pu avoir à ce moment précis. A la fin de ce match, il me propose d'échanger quelques balles seulement nous deux. Parfois, lors des échanges, j'ai pu remarquer qu'il ne rattrapait pas toujours les balles que je pouvais lui envoyer. Il me décrit alors des absences, et justifie cela en me disant "je ne comprends pas cela va trop vite, j'ai des absences". Etant donné le fait qu'il avait ses écouteurs dans les oreilles, je lui demande alors s'il écoute de la musique, et donc si d'autres choses pouvaient le stimuler. C'est alors à ce moment précis que j'ai pris conscience qu'un simple moment partagé avec l'un d'entre eux pouvait m'apprendre beaucoup. Pour mieux comprendre les ressentis de mon patient, j'ai pu mobiliser mes compétences théoriques concernant la maladie qui l'affecte : la schizophrénie.

Cette maladie mentale sévère chronique, débute le plus souvent autour de 25 ans. Le diagnostic de cette maladie est long à poser, en effet il nécessite un temps d'observation des symptômes.

Lors de la phase d'état de cette maladie, on peut observer des symptômes dits "positifs" qui sont par exemple, la tachypsychie ou les troubles du comportement. J'ai pu, lors de ce moment privilégié avec mon patient, mettre des interprétations sur ces termes qui, pour moi, restaient flous. En effet, la tachypsychie est caractérisée par une accélération anormale du rythme de la pensée. Cela correspondait exactement à ce que me décrivait Mr C. L'intérêt de passer des moments privilégiés comme celui-ci, peut permettre de reconnaître les prémices d'une décompensation chez certains patients. En effet, certains d'entre eux peuvent être capable de les reconnaître et pour d'autres cela peut être plus compliqué, d'où l'intérêt pour l'équipe soignante d'avoir des moments de détente avec les patients pour pouvoir les déceler et en discuter.

De plus, la communication est un outil important dans la prise en soin des patients, elle permet au patient de se sentir comme sujet et permet de maintenir le lien social avec l'extérieur. J'ai notamment pris conscience qu'elle pouvait être un moyen de procurer un environnement sécurisé, un climat de confiance, pour le patient, et donc lui permettre de vivre avec ses symptômes et de pouvoir en parler. La communication permet également de renforcer l'adhésion aux soins, de par la confiance qui règne. En effet, l'adhésion aux soins peut être fluctuante tout au long de la maladie, elle dépend de

nombreux facteurs comme la connaissance et la compréhension de la maladie, les bénéfices perçus par les traitements, mais également l'écoute d'un soignant. Cela est nécessaire pour le soutien lors de la maladie, pour évaluer la compréhension des traitements, répondre aux questions qui peuvent se poser au patient.

Pour conclure, cette expérience m'a permis de mettre un point d'honneur sur les soins relationnels et leur importance. En effet, en partageant des moments simples, comme une discussion sur un film à l'affiche ou bien lors d'une activité, on peut apprendre beaucoup sur l'état physique et mental d'un patient. De plus, cela m'a permis d'être plus à l'aise dans mon stage, de partager plus de moments avec les patients et donc de créer un climat de confiance sans tomber dans la familiarité.

### **ANNEXE III : Le guide d'entretien**

Bonjour, je m'appelle Laurène SUHARD, je suis étudiante infirmière en troisième année au CHU de Pontchaillou de Rennes. Je vous remercie d'avoir répondu positivement à ma demande d'entretien et de m'accorder de votre temps. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers portant sur la connaissance des antécédents criminels d'un patient et comment ces derniers peuvent modifier la prise en soin.

Je garantis qu'aucune information que vous me donnerez ne sera divulguée. Si vous me l'accordez l'entretien sera enregistré.

Pouvez-vous me développer votre parcours professionnel? Vos différentes expériences dans les différents services ?

- 1) Dans l'exercice de votre métier, et au vu de la spécificité de vos services, avez-vous déjà eu affaire à des patients avec des antécédents judiciaires tels criminels ou autres ? agressions sexuelles ... ? Cela engendre-t-il un stress supplémentaire ?
- 2) Comment gérez-vous votre stress lorsque vous prenez en soin un patient avec des antécédents criminels? Selon vous, l'expérience peut-elle aider à gérer cela?
- 3) Lorsque vous vous occupez d'un patient, connaissez-vous ses antécédents judiciaires? Si vous l'apprenez, est-ce important pour vous, ça ne change pas votre manière de le prendre en charge ? Pensez vous que cela est essentiel pour vous occuper de lui ? Par curiosité? Pour vous rassurer ? ou pour d'autres réponses? Argumentez votre réponse
- 4) Pensez vous que les connaissances des antécédents peuvent biaiser la relation soignant - soigné ? Et de quelle manière ?
- 5) Pensez vous qu'un soignant peut s'autoriser à avoir peur et l'exprimer ?
- 6) Comment définissez-vous le concept de distanciation professionnelle? Réussissez vous à l'appliquer dans votre pratique ?

- 7) Vous êtes vous déjà fixé des barrières à ne pas dépasser avec un patient ou bien y avez vous déjà pensé ? Est-ce que ces barrières sont différentes en fonction du patient d'autant plus lorsqu'il existe des antécédents de violence ? Avez-vous des exemples en tête ?
- 8) Acceptez vous de passer la main à un collègue si une situation n'est pas en adéquation avec vos valeurs ? Si oui, quelle est votre limite ? Si non, quelles techniques mettez-vous en place pour prendre sur vous et faire face à votre situation ?

#### **ANNEXE IV : Retranscription de l'entretien n°1**

Étudiante : Bonjour, je m'appelle Laurène SUHARD, je suis étudiante infirmière en troisième année au CHU de Pontchaillou de Rennes. Je vous remercie d'avoir répondu positivement à ma demande d'entretien et de m'accorder de votre temps. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers portant sur la connaissance des antécédents criminels d'un patient et comment ces derniers peuvent modifier la prise en soin.

Je garantis qu'aucune information que vous me donnerez ne sera divulguée. Si vous me l'accordez, l'entretien sera enregistré. Peux-tu me développer ton parcours professionnel, savoir où tu as fait ton IFSI et les services où tu as travaillé.

**IDE 1 :** Et bien, je suis entrée à l'école d'infirmière de Granville où j'ai fait mes trois années d'études et où mes stages ont été divers et variés dans tous les domaines. Il s'est avéré que je ne m'y retrouvais pas dans le milieu somatique, malgré que les stages se passaient bien J'ai demandé à intégrer de la psychiatrie dans ma dernière année, donc mon stage pré - professionnel et le stage optionnel étaient à Guillaume Régnier vu que je suis de Rennes, j'ai fais de la pédopsychiatrie, admission, hôpital de jour puis j'ai postulé pour travailler sur Guillaume régnier par la suite et ayant demandé le service d'adultes ils m'ont envoyé 2 semaines à travailler à la Maison d'Accueil Spécialisée de Thorigné-Fouillard. après je suis rentré directement de nuit à l'UHSA pendant 4-5 mois pour après passer de jour. Ça va donc faire 3 ans que je suis à l'UHSA.

Étudiante : Donc tu n'avais pas du tout fais de stage à l'UHSA auparavant ?

**IDE 1 :** Je ne connaissais pas du tout le milieu carcéral...

Étudiante : Et ça te plait ?

**IDE 1 :** Ça me plait beaucoup !

Étudiante : Tant mieux ! A l'UHSA tu as déjà dû avoir affaire avec des patients avec des antécédents judiciaires, je me doute de la réponse, et est-ce que chez toi ça engendre un stress supplémentaire ? Est-ce que ça modifie ta prise en soin ?

**IDE 1 :** Alors, oui et non je vais t'expliquer déjà pourquoi. Déjà il faut savoir que l'on est une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, on est vraiment sur de la psychiatrie sans parler judiciaire. Cela

veut dire que quand le patient rentre nous on a pas le dossier pénitentiaire, donc si ce n'est pas marqué dans son dossier de soin, parce que ça peut l'être ou si le patient ne nous le dit pas on a pas les antécédents judiciaires. (..) Il s'avère que l'on est souvent au courant mais c'est généralement le patient qui nous en parle ou alors c'est dans son dossier de soin parce que ça fait partie du pourquoi du comment il est hospitalisé. Mais généralement si on le sait c'est parce que le patient nous le dit, c'est souvent parce qu'il a besoin de se libérer, nous le dire. Il faut comprendre, que parfois c'est aussi un motif de mise à distance du milieu carcéral mais parfois pas du tout. On peut avoir de toute petites peines comme des grosses peines.

Après ta question de départ, c'était est-ce que ça influence ma prise en soin ?

Étudiante : Oui !

**IDE 1** : Et bien non, ça n'influence jamais ma prise en soin.

Étudiante : Et du coup, vu que tu as été un peu lancé dans le grand bain à l'UHSA sans connaître, est-ce que tu as eu des a priori, en commençant, est-ce que c'était difficile pour toi les premiers jours?

**IDE 1** : Du coup, je suis arrivé de jour, censé être doublé. Sauf que je n'ai pas été doublé, donc de nuit. Donc oui, c'est un semblant de stress. Mais j'ai été très bien accueilli par un infirmier qui travaillait dans l'autre unité d'à côté. Ce sont deux unités exactement identiques. J'ai été hyper bien accueilli, s'est avéré que je ne me suis pas prise la tête avec les antécédents judiciaires. J'avais plus le stress de la nouvelle infirmière. Quelle responsabilité humaine, ce qui peut se passer pour moi. Mais je n'avais pas de stress au niveau de la population.

Étudiante : ça marche et du coup, tu me dis que t'as pas forcément de stress quand tu prends en soin un patient avec des antécédents criminels, par exemple. Cela rejoint ma première question, mais tu penses qu'au fil du temps, ça fait trois ans pour toi, est-ce que l'expérience, selon toi, ça peut aider à mieux gérer ça?

**IDE 1** : Tout à fait. Ça ne va pas être une question. Alors là, encore une fois, en fait, ça ne va pas être une question de socio judiciaire, ça va plutôt être une question d'âge. Je pense que c'est dans de nombreux services psychiatriques. On touche une jeune population la plupart du temps ou adultes jeunes. Et effectivement, j'ai mis deux ans. Je pense à a progressé au niveau de ma position en tant

que jeune diplômé, mais finalement, aujourd'hui, c'est un atout pour moi. Donc oui, effectivement, l'expérience peut amener à ce que ta prise en soins se passe mieux.

Étudiante : OK. Est ce que du coup, toi, tu disais que tu avais pas toujours connaissance des antécédents judiciaires, mais est-ce que, par exemple, si tu prends soin, un patient, dont tu ne connais pas ses antécédents, si tu l'apprends, ça change quelque chose dans ta prise en soin? J'ai bien compris que apparemment, non. Mais est ce que tu penses que c'est essentiel en tout cas, pour prendre soin d'un patient.

**IDE 1** : Et bien en fait, quand tu prends quelqu'un en soins, je vais te donner des exemples. Mais par exemple, si tu prends soin de quelqu'un, je ne sais pas en chirurgie orthopédique. Tu vas prendre grand soin et possiblement qu'il a eu des antécédents sociojudiciaire, mais tu ne vas pas creuser. En fait, il faut aussi oublier. Enfin non, il ne faut pas l'oublier, il ne faut pas oublier qu'on est aussi dans la pénitencière parce qu'il y a aussi des protocoles à respecter, comme dans la psychiatrie, et rester vigilant sur certaines choses. Mais on va prendre en soin un patient, comme je te le dis depuis le début, sans concevoir ça, ça va être pour tout le monde pareil. Du coup, on a des protocoles. Et puis aussi, avec l'expérience, tu le ressens, tu connais à peu près leur mode de fonctionnement, peut être. On peut être aussi. Je ne sais pas comment te dire ça. Le fait d'apprendre plus tard ce qu'il a fait pour être en mode "ah ouais je ne pensais pas. Je pensais qu'il avait fait plus ou pas du tout, mais ça va être des répercussions personnelles dans ma tête, mais aucunement ça va aller atteindre ma position professionnelle.

Étudiante : Pour toi, c'est tous les soignants de l'UHSA par exemple, que je prends ton service ou tu remarques vraiment que ça change quelque chose chez certains de tes collègues.

**IDE 1** : ça peut, et c'est aussi ce qui fait qu'on est une équipe. Moi, je ne suis pas à l'abri que ça m'arrive aussi un jour. Mais comme toute prise en soin, on est aussi une équipe et il faut savoir que si t'es pas en capacité de prendre soin la personne pour telle ou telle raison, eh bien il faut savoir aussi passer la main. C'est vraiment ce qui se passe, nous à l'UHSA. Si effectivement, tu n'es plus en capacité de prendre en soin le patient au vu de ses antécédents criminels, du coup, au vu de tes questions, ben faut aussi se questionner professionnellement parlant et se dire bah, je ne suis peut être plus faite pour travailler à l'UHSA. Je ne suis peut être plus faite pour travailler dans le milieu de la détention, mais il y a des soignants qui peuvent. Il y a des soignants qui ne peuvent pas. Moi, je pensais que j'en étais pas capable et finalement, on peut se surprendre.

Étudiante : Tu penses pas que la connaissance des antécédents, elle, peut biaiser la relation soignant Soigné?

**IDE 1** : Elle peut. Si elle peut, effectivement, elle peut, ça dépend. Ça dépend effectivement, le passé criminel aussi. Ça dépend ce que ça peut te refléter à toi, on ce qu'on appelle le contre transfert. Ce n'est pas rien. Donc effectivement, ça ne m'est pas encore arrivé. Mais je l'ai déjà observé avec des collègues.

Étudiante : Est-ce que selon toi un soignant peut s'autoriser à avoir peur et surtout l'exprimer ?

**IDE 1** : Oui (...) Bien sûr.

Étudiante : ça t'es déjà arrivé toi ?

**IDE 1** : Une fois

Étudiante : Et tu l'as exprimé ? Tu as passé le relais ?

**IDE 1** : Non. J'ai été confrontée à la situation, je n'ai pas pu lâcher le soin, je n'étais pas seule non plus. On était à nouveau en sécurité, la situation s'était passée et ça peut créer un sentiment de peur car ça met des points d'alertes, il faut rester vigilant peu importe où tu te trouves comme service en psychiatrie. Parfois, on a tendance aussi à oublier qu'on est face à une population certes carcérale mais aussi psychiatrique donc parfois la psychose ou la psychopathologie vont aussi au-delà de leur propre conscience à eux. Après j'ai poursuivi, c'est plutôt quand je suis sortie que j'ai rejoint mon ami et que j'ai tout déversé et c'était fini. J'ai un peu de temps pour marcher et c'est très utile, ça permet de ne pas rapporter le travail à la maison.

Étudiante : C'est sûr ! Est-ce que tu pourrais me définir ta propre définition de la distanciation professionnelle par rapport à tes pratiques ?

**IDE 1** : Et bien c'est une juste distance thérapeutique qui fait qu'il ne faut pas oublier que (...) il ne faut pas laisser parfois prendre ses valeurs personnelles sur ses valeurs professionnelles même si celles - ci généralement se ressemblent fortement. Il y a parfois des moments où les valeurs personnelles dans ce milieu vont prendre le dessus et c'est à ce moment là justement qu'il faut, ne pas oublier que l'on est professionnels de santé, qu'on se doit de respecter les droits aussi des patients. Et ce n'est pas

pour rien qu'on a eu beaucoup de cours sur la juste distance thérapeutique, elle est effectivement très importante que ce soit dans le non verbal, dans le verbal ou aussi dans la posture. Dans la posture c'est à dire que parfois les patients n'ont pas cette "juste distance réelle", ils peuvent se positionner très proche de toi et c'est important de garder toutes les distances. Moi, avec le recul maintenant je trouve que c'est vraiment une question de valeurs.

Étudiante : Et tu penses que tu arrives à l'appliquer à chaque fois ou il y a des fois où tu t'es retrouvé en difficulté en te disant "mince peut être que je n'ai pas mis cette frontière assez rapidement et je m'en veux maintenant"?

**IDE 1** : Ca m'est arrivé oui, une fois. Je me suis dit "bon ben là il ne faut pas!" on est continuellement aussi à se questionner à se dire, est-ce qu'on a fauté, est-ce qu'on a pas fauté.. C'est pas une grosse erreur c'est une question de posture mais effectivement ça demande parfois de passer le relai.

Étudiante : Oui parce que ça doit être difficile de se réajuster face à un patient ?

**IDE 1** : Oui, au niveau de la relation soignant soigné c'est très difficile de retourner en arrière et surtout avec des psychotiques. (..) Mais ça te fait apprendre aussi, et on apprend de nos erreurs, finalement 3 ans d'expérience c'est rien. On commence tout juste à être dans le tas et ça passe très vite contrairement à tes collègues qui peuvent avoir beaucoup plus d'expérience.

Étudiante : Est-ce que tu sens que tes barrières ont changé par rapport au moment où tu travaillais en pédopsy et quand tu es arrivé à l'UHSA ou elles sont toujours restées les mêmes ?

**IDE 1** : C'est toujours resté les mêmes.

Étudiante : D'accord. Et du coup , est-ce que tu acceptes de passer la main à un collègue si ta situation n'est pas en adéquation avec tes valeurs? Et est-ce que tu as une limite où tu te dis "ok là c'est trop pour moi"?

**IDE 1** : Je suis en train de réfléchir.. (....) Moi je n'ai jamais passé le relai dans le sens où si je vois que la référence je ne veux pas la faire, tout de suite je ne m'en préoccupe pas et du coup elle est tout de suite reprise, on est aussi une grande équipe ce qui fait que l'on est pas forcément obligé de passer le relai, instinctivement ça se fait. Après en ce moment on a une situation qui s'est passé qui peut mettre en péril certaines valeurs et qui peut te toucher. J'ai effectivement une collègue sur qui ça va

se voir, le faciès qu'elle ne veut pas y aller, par exemple tu peux lui demander "est-ce que tu veux que j'y aille?" même si la personne ne veut pas trop se le dire, le non verbale parle beaucoup aussi donc il faut être attentif, être une équipe ça se comprend juste en se regardant. Le regard dit beaucoup de choses, la gestuelle aussi, il faut aussi être à l'écoute de ses collègues, c'est hyper important pour comprendre qu'il veut passer le relai si verbalement c'est trop compliqué de l'exprimer.

Étudiante : Après tu disais que vous étiez une assez grande équipe, est-ce que, tu m'as dit que tu avais de la nuit également, est-ce que tu t'es déjà trouver dans une situation qui était un peu "tendancieuse" pour toi, et où tu ne pouvais pas passer le relai? Quelles techniques tu as mis en place pour désamorcer une situation où tu es toute seule, après on est jamais toute seule..

**IDE 1** : (...) Si, lorsque l'on a des soins en SDRE, il s'avère que l'on est obligé d'aller les chercher en détention parce que c'est des soins qui commencent à partir de la détention vu que c'est du SDRE, donc on y va en ambulance avec la pénitencière à côté mais nous on est deux soignants dans l'ambulance (1 aide soignant et 1 infirmière et l'ambulancier qui conduit) Donc, là tu te retrouves à deux face à un patient. J'ai été un jour mis face à face avec un patient qui était très persécuté par la pénitencière. C'est ça aussi que je ne t'ai pas encore dit, c'est que il y a beaucoup de persécution envers la pénitencière ce qui fait que toi tu leur rapportes quelque chose de plus, je n'ai pas les mots mais, plus "chaleureux", tu vois ce que je veux dire, ce qu'il fait que tu les apaises, tu vas les comprendre et tu vas les prendre en soins, ce qu'il fait que généralement ils sont apaisés avec toi que ce que tu peux le voir avec la pénitencière où la parfois il y a beaucoup de persécutions. Il faut aussi savoir que c'est énorme le pourcentage de population qu'il y a en détention et qui ont besoin de soins psychiatriques, je me demande si ce n'est pas 70%, d'où les UHSA aujourd'hui. Il s'est avéré que dans cette situation, il était en énorme crise, il était assez baraqué, c'est impressionnant ça fait peur, tu te demandes comment tu vas t'en sortir, puis finalement ce qui m'est arrivé c'est que j'ai essayé de me montrer face à la pénitencière. Je me suis dit "il me connaît", j'ai cette chance là je l'ai déjà pris en soin, et finalement de capter son regard et après, juste le premier contact avec l'aide soignante dans l'ambulance avec une pointe d'humour a fait détendre l'atmosphère. Il faut savoir que parfois le verbal est hyper important, et il ne faut surtout pas faire de boulettes. Il faut savoir parler aux patients et ne pas les énerver encore plus qu'ils ne peuvent l'être. Mais ça c'est l'expérience.

Étudiante : Oui c'est ce que j'allais dire, l'expérience y joue beaucoup. Moi j'ai fini mes questions mais je ne sais pas si toi tu as des choses à dire par rapport à mon sujet, ou des choses que tu voudrais développer ?

**IDE 1** : ça ira pour moi .

Étudiante : Merci beaucoup !

## **ANNEXE V : Retranscription de l'entretien n°2**

Bonjour, je m'appelle Laurène SUHARD, je suis étudiante infirmière en troisième année au CHU de Pontchaillou de Rennes. Je vous remercie d'avoir répondu positivement à ma demande d'entretien et de m'accorder de votre temps. Cet entretien s'inscrit dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers portant sur la connaissance des antécédents criminels d'un patient et comment ces derniers peuvent modifier la prise en soin.

Je garantis qu'aucune information que vous me donnerez ne sera divulguée. Si vous me l'accordez l'entretien sera enregistré.

Étudiante : Peux- tu me développer ton parcours professionnel et les différents services où tu as travaillé ?

**IDE 2** : J'ai commencé à travailler de nuit en pédopsychiatrie au niveau de Guillaume Régnier ensuite j'ai réussi à intégrer les unités d'admissions adultes, donc là j'ai travaillé pendant un peu plus d'un an et demi en unité d'admission de nuit et de jour, d'abord sur le pool et ensuite j'ai été affecté dans une unité d'admission. Depuis 2 mois j'ai quitté le CHGR et je suis sur l'hôpital Jean Martin Charcot à Plaisir en région parisienne et toujours en unité d'admission.

Étudiante : Et du coup, ça te plait ?

**IDE 2** : Ça me plait beaucoup !

Étudiante : Je pense que dans les services que tu as fais tu as déjà rencontré des patients avec des antécédents judiciaires tels que criminels, agressions sexuelles ou autres ?

**IDE 2** : Oui !

Étudiante : Est-ce que chez toi ça engendre un stress supplémentaire dans ta prise en soin?

**IDE 2** : Non pas forcément, je ne dirai pas que (...) Je dirai qu'il y a un côté où l'on a envie de savoir, en fait ce que les patients ont fait auparavant mais justement je me posais la question si cela m'impactais et je n'ai pas l'impression que cela impacte ma prise en soin. Par exemple, on a un patient actuellement dans notre unité, c'est un patient fiché S qui a commis un attentat, il a fait son passage à l'acte et c'est un monsieur que je trouve très attachant, avec qui on peut discuter, avec qui

on peut avoir beaucoup d'échanges. Au niveau de la prise en soin, si on omet tout ce qui est pathologique, le monsieur en lui même est quelqu'un de très attachant et on pourrait justement se dire "Le monsieur a commis un attentat c'est compliqué" et en fait non, je trouve que moi ça ne m'impacte pas à ce niveau là en tout cas.

Étudiante : Et bien tant mieux ! Ma question suivante était "comment gères tu le stress lorsque tu prends en soin un patient avec des antécédents criminels?", mais du coup tu me dis que tu n'en a pas forcément plus, enfin cela ne t'impacte pas plus ?

**IDE 2** : Non ça ne m'impacte pas forcément parce que du coup il y a eu lui, j'ai déjà eu un patient qui avait en prison suite à des viols, j'ai eu pas mal de délinquants sexuels, et ce n'est pas ce qui ont fait avant qui pourrait m'impacter après voilà s'il se passe des choses dans le service, effectivement ça peut devenir un peu plus compliqué mais ce qu'ils ont fait avant on peut aussi mettre ça sur le dos de la pathologie. En général, s'ils arrivent en psychiatrie c'est qu'ils ont été jugés inaptes de leur acte. Donc il n'y a pas mal de choses autour qui (...), je ne dirai pas qui atténue ce qui a été fait, mais au niveau de leur prise en soin, je trouve que ça impacte pas mon ressenti. Après par exemple, on a aussi eu un patient, d'un point de vue extérieur ça pourrait être choquant, et nous d'un point de vue intérieur c'est quand même assez intéressant, c'est un monsieur, suite à des problèmes au travail il a voulu se suicider, mais avant tout passer à l'acte sur ses enfants et sur sa femme pour les emmener avec lui. D'un point de vue extérieur, au niveau société peut être très compliqué mais en fait le monsieur explique que parce qu'il avait peur, parce qu'il ne voulait pas les laisser, il ne voulait pas les abandonner. Et au niveau pathologie c'est très intéressant, en fait on ne le juge pas. Enfin je n'ai pas eu l'impression de le juger.

Étudiante : Du coup toi ça fait presque 3 ans que tu travailles, est-ce que tu as l'impression que l'expérience peut t'aider, qu'au début de ta pratique tu étais peut-être plus stressée et que maintenant avec les mois, tu te sens moins stressée? Ou ça a toujours été comme ça pour toi ?

**IDE 2** : Non je ne me souviens pas forcément avoir stressé, après si l'on revient au patient fiché S, le patient en lui même ne me fait pas peur, on ne pense pas qu'il pourrait passer à l'acte sur nous directement, ce qu'on pense c'est que tout ce qui est réseau radical revienne vers lui et lui disent "ils t'ont enfermés, il faudrait que tu passes à l'acte", lui ce qu'il pourrait dire c'est un truc du style "non c'est trop risqué je ne peux pas" et dans ces cas-là ils pourraient lui répondre " dans ce cas là tu mourrait en martyr", c'est là où il risque de passage à l'acte. Mais le patient en lui même je n'ai pas peur.

Étudiante : C'est intéressant quand même ! Tu connais tous les antécédents judiciaires de tes patients ou il y en a tu n'as vraiment pas connaissance ?

**IDE 2** : (..) Je pense qu'il y a certaines choses qui sont peut-être omises dans ce que l'on sait, après je pense que le principal on le sait quand même. On sait les choses qui peuvent être intéressantes dans la prise en soin même si normalement on est pas censé mêler le judiciaire et le médical mais dans les prises en soin c'est tellement intéressant et important qu'en général on est informé.

Étudiante : Ca t'es déjà arrivé de prendre en soin un patient et que par la suite tu découvres son passé judiciaire? Tu penses que c'est important pour prendre en soin une personne, ou si tu ne le savais pas ça serait la même chose ?

**IDE 2** : Bonne question ! (...) Je pense qu'il y a un côté curiosité aussi où l'on a envie de savoir ce que la personne a fait, mais je pense que tout dépend aussi de ce qu'il a fait. Si c'était un tueur en série des enfants, effectivement peut être que ça va un peu m'impacter mais après il y a quand même la distance professionnelle. Je ne sais pas..

Étudiante : Tu penses que la connaissance de ces antécédents toi ça modifie la relation soignant - soigné et de quelle manière ?

**IDE 2** : Bah justement je n'ai pas l'impression que ça la modifie. J'arrive assez à me détacher par rapport à ça. Après c'est peut-être l'idée que je me fais alors qu'en réalité je n'arrive pas à me détacher mais non.. Toujours pour en revenir au Monsieur fiché S qui m'a dit l'autre jour "Merci d'être gentil avec moi", et du coup là je me dis que j'arrive à le prendre en soin de manière à ce qu'on sait de lui n'impacte pas.

Étudiante : D'accord, et tu penses qu'un soignant, peut être que ça t'est déjà arrivé, un soignant peut s'autoriser à avoir peur par rapport à des antécédents, et est-ce qu'il peut l'exprimer pour toi ?

**IDE 2** : Oui, bien sûr ! Je pense que dès que l'on a une difficulté par rapport à un patient, que ce soit dans sa prise en soin ou le patient en lui-même, dès que l'on est en difficulté il faut pouvoir le dire, il faut que les équipes soient assez attentives à ça. Je pense que là dessus on est assez bien "formés" en tout cas dans les équipes que j'ai côtoyé où on arrive tous à discuter les uns avec les autres et à prendre le relai dès que ça devient compliqué. Après je pense que oui, parce qu'avant d'être soignant

on reste quand même humain et c'est normal que des fois on se sente touchés et impactés par certains délits ou certaines choses qui ont pu être commises avant.

Étudiante : Ca t'est déjà arrivé ?

**IDE 2** : (...) Je ne m'en souviens pas, après je pense que oui, il y a certaines choses où j'ai dû me questionner mais je ne me souviens pas que ça m'est déjà vraiment atteint.

Étudiante : Je pense à ton parcours professionnel, ça ne t'est pas arrivé non plus en la nuit, tu n'avais pas plus d'appréhension vu qu'il y a moins de monde dans l'unité ?

**IDE 2** : (...) C'est chez les enfants où j'ai eu le plus peur car j'étais seule pour deux services.. Ce n'était pas les enfants eux-mêmes même si je trouve que les enfants au niveau prise en soin sont BEAUCOUP plus compliqué que les adultes.

Étudiante : Pourrais-tu me donner ta définition ou ce que ça représente pour toi la distanciation professionnelle ? Et est-ce que toi tu l'appliques dans ta pratique professionnelle ? Et comment fais-tu ?

**IDE 2** : Pour moi la distanciation professionnelle c'est réussir à rester à la bonne distance, ne pas être trop proche du patient, ne pas trop s'impliquer, ne pas faire trop "ami - ami" avec le patient, savoir montrer quand même qu'il est patient, qu'on est professionnel et que l'on a pas à mélanger ce qui est vie perso que c'est vraiment focalisé sur le professionnel (...) Savoir garder la bonne distance mais aussi ne pas être trop détaché, ne pas répondre que par oui et par non, être froid car ça reste des humains avec leurs pathologie et leurs soucis.

Étudiante : Est-ce que c'est innée dans ta pratique ou tu t'es déjà fixé des barrière à ne pas dépasser avec un patient, ou du moins est-ce que tu y as déjà pensé "tiens avec ce patient là, ça je ne le ferai pas alors qu'avec un autre je le ferai peut être" ?

**IDE 2** : Oui parce que je pense qu'il y a certains patients avec qui on peut discuter un peu plus, certains vont nous demander des questions des fois un peu plus personnelles, et avec certains on peut s'autoriser à le dire. Il y en a d'autres avec qui il faut vraiment garder une distance parce que ça peut vite se retourner contre nous, tout ce qui peut être assez pervers. Après je ne dirai pas que c'est

innée non plus, je pense que des fois il faut aussi réfléchir, je ne me souviens pas avoir déjà été en difficulté.

Étudiante : Est-ce que tu penses que tes “barrières” elles sont différentes, par exemple avec le patient fiché S ou d’autres, tes limites sont différentes ou bien comme tu le dis juste par rapport à certaines pathologies plus perverses?

**IDE 2** : Tu as raison par rapport à ta question. Je pense que oui au niveau distance avec ce monsieur, ça s’arrêtera vraiment au niveau prise en soin, il n’y aura pas plus de questions comme on peut faire avec d’autres personnes qui arrivent pour des choses totalement différentes, qui sont là pour quelques jours, quelques semaines pour se requinquer, c’est une autre relation où là il faut entrer en contact, lier une relation de confiance et là tu discutes et les gens apprécient de discuter. Alors que là, lui c’est autre chose, justement ça peut tourner dans quelque chose d’un peu plus pervers.

Étudiante : On en parlait tout à l’heure mais est-ce que toi tu acceptes ou tu l’as peut-être déjà fait de passer la main à un collègue si tu as une situation qui n’est pas vraiment en adéquation avec tes valeurs et que pour toi ça dépasse l’entendement? Et quelles sont tes limites ?

**IDE 2** : Je pense que si (...) si le patient n’est plus adapté envers moi, si c’est des choses dites ou des choses faites par rapport au fait que l’on soit infirmier ou si ça commence à être dirigé vers ma personne, je pense que je dis stop et je préfère laisser mes collègues prendre le relai. Des fois, ça arrive des patients où c’est toujours la même personne, vachement dans le clivage, ce genre de chose où il faut mieux passer le relai.

Étudiante : Il y a des moments quand tu étais de nuit ou même d’autres si tes collègues ne sont pas disponibles tu aurais bien aimé passer le relai mais tu n’as pas pu ? Qu’est ce que toi tu as mis en place pour mettre ça de côté et faire ton travail? Tu as déjà réussi à faire ça ?

**IDE 2** : Je ne me souviens pas avoir eu besoin d’aide à un moment où je ne pouvais pas en avoir. Après là où j’ai travaillé, les collègues étaient toujours assez disponibles même si c’était la nuit on pouvait toujours appeler les collègues de l’autre service et dire “là j’ai besoin d’aide est-ce que tu peux venir?”

En général on ne se retrouvait pas seule, les équipes sont assez soudées et c’est une chance que l’on peut avoir, en tout cas je trouve qu’au niveau des équipes en psychiatrie c’est quelque chose qui est très important et qui fonctionne très bien.

Étudiante : Au niveau de la conduite à tenir avec les patients qui ont des antécédents judiciaires, vous en parlez avec les équipes ou tu sens qu'il y a des personnes qui sont beaucoup plus à l'aise et qu'ils peuvent se permettre plus de choses. Enfin, est-ce qu'il y a une différence de prise en soin globale avec ces patients-là ?

**IDE 2** : Après je pense qu'on a chacun nos affinités avec les patients. (...) Sans forcément parler de la pathologie ou de ce qu'il a fait, il y a des soignants qui vont être plus à l'aise avec un tel, d'autre avec un tel, et heureusement parce que ça permet qu'un patient ne soit pas forcément délaissé. Du coup je pense que c'est à ce niveau là que les prise en soin vont un peu différés parce qu'au niveau des discussions tu ne peux pas avoir les mêmes discussions avec tout le monde. Chacun va amener son petit grain de sel, ce qui va rendre la prise en soin unique. On agit pas tous pareil et il y a des choses que je vais peut être faire que d'autres ne feront pas parce que par exemple je ne viens pas de région parisienne donc j'ai vu des choses différentes et mes collègues sont peut-être plus à l'aise dans l'unité. Après tu as aussi tes propres valeurs et des choses que tu acceptes et d'autres que tu n'acceptes pas.

Étudiante : J'ai pas mal de réponses à mes questions, je te remercie.

**ANNEXE VI : Les tableaux d'analyse**

Dans l'exercice de votre métier, et au vu de la spécificité de vos services, avez-vous déjà eu affaire à des patients avec des antécédents judiciaires tels criminels ou autres ? agressions sexuelles ... ? Cela engendre-t-il un stress supplémentaire ?

**IDE UHSA : Alors, oui et non je vais t'expliquer déjà pourquoi. Déjà il faut savoir que l'on est une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, on est vraiment sur de la psychiatrie sans parler judiciaire. Cela veut dire que quand le patient rentre nous on a pas le dossier pénitentiaire, donc si ce n'est pas marqué dans son dossier de soin, parce que ça peut l'être ou si le patient ne nous le dit pas on a pas les antécédents judiciaires. (..) Il s'avère que l'on est souvent au courant mais c'est généralement le patient qui nous en parle ou alors c'est dans son dossier de soin parce que ça fait partie du pourquoi du comment il est hospitalisé. Mais généralement si on le sait c'est parce que le patient nous le dit, c'est souvent parce qu'il a besoin de se libérer, nous le dire. Il faut comprendre, que parfois c'est aussi un motif de mise à distance du milieu carcéral mais parfois pas du tout. On peut avoir de toute petites peines comme des grosses peines. Et bien non, ça n'influence jamais ma prise en soin.**

*IDE Psychiatrie : Non pas forcément, je ne dirai pas que (...) Je dirai qu'il y a un côté où l'on a envie de savoir, en fait ce que les patients ont fait auparavant mais justement je me posais la question si cela m'impactais et je n'ai pas l'impression que cela impacte ma prise en soin. Par exemple, on a un patient actuellement dans notre unité, c'est un patient fiché S qui a commis un attentat, il a fait son passage à l'acte et c'est un monsieur que je trouve très attachant, avec qui on peut discuter, avec qui on peut avoir beaucoup d'échanges. Au niveau de la prise en soin, si on omet tout ce qui est pathologique, le monsieur en lui même est quelqu'un de très attachant et on pourrait justement se dire "Le monsieur a commis un attentat c'est compliqué" et en fait non, je trouve que moi ça ne m'impacte pas à ce niveau là en tout cas.*

Prise en soin d'un patient avant tout	Le patient maître de ses dires	L'inconnu
• "on est sur de la psychiatrie sans parler de judiciaire"	• "si le patient ne nous le dit pas on a pas les antécédents judiciaires"	• "on a pas le dossier judiciaire" • "on peut avoir de toutes

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "son dossier de soin"</li> <li>▪ "son dossier de soin"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "c'est généralement le patient qui nous en parle"</li> <li>▪ "on le sait parce que c'est le patient qui nous le dit"</li> <li>▪ "parce qu'il a besoin de se libérer, nous le dire"</li> </ul>	<p>petites peines comme des grosses peines"</p>
<p>→ Les deux IDE s'accordent à dire qu'avant la connaissance des antécédents judiciaires il y a avant tout un patient à prendre en soin. En effet, la prise en soin psychiatrique est la priorité pour elles. Elles incluent les patients dans une démarche de soin comme n'importe quel autre patient.</p> <p>→ Pour l'IDE travaillant en UHSA, elle ne connaît pas les délits commis par les patients, cependant certains patients se livrent facilement aux équipes, elle n'a donc aucun moyen de savoir la gravité de la peine. En aucun cas les soignants cherchent à savoir le motif du délit.</p> <p>→ Pour l'IDE en psychiatrie, les antécédents judiciaires peuvent être indiqués car en corrélation avec la pathologie du patient, cependant elle n'a pas l'impression non plus que cela change quelque chose dans sa prise en soin.</p>		

Est - ce que ces antécédents peuvent modifier ta prise en soin ?

*IDE en psychiatrie : Non ça ne m'impacte pas forcément parce que du coup il y a eu lui, j'ai déjà eu un patient qui avait en prison suite à des viols, j'ai eu pas mal de délinquants sexuels, et ce n'est pas ce qui ont fait avant qui pourrait m'impacter après voilà s'il se passe des choses dans le service, effectivement ça peut devenir un peu plus compliqué mais ce qu'ils ont fait avant on peut aussi mettre ça sur le dos de la pathologie. En général, s'ils arrivent en psychiatrie c'est qu'ils ont été jugés inaptes de leur acte. Donc il n'y a pas mal de choses autour qui (...), je ne dirai pas qui atténue ce qui a été fait, mais au niveau de leur prise en soin, je trouve que ça impacte pas mon ressenti. Après par exemple, on a aussi eu un patient, d'un point de vue extérieur ça pourrait être choquant, et nous d'un point de vue intérieur c'est quand même assez intéressant, c'est un monsieur, suite à des problèmes au travail il a voulu se suicider, mais avant tout passer à l'acte sur ses enfants et sur sa femme pour les emmener avec lui. D'un point de vue extérieur, au niveau*

*société peut être très compliqué mais en fait le monsieur explique que parce qu'il avait peur, parce qu'il ne voulait pas les laisser, il ne voulait pas les abandonner. Et au niveau pathologie c'est très intéressant, en fait on ne le juge pas. Enfin je n'ai pas eu l'impression de le juger.*

La pathologie avant tout	Le professionnalisme
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "on peut aussi mettre ça sur le dos de la pathologie"</li> <li>▪ "en psychiatrie"</li> <li>▪ "jugés inapte de leur acte"</li> <li>▪ "il y a pas mal de choses autour"</li> <li>▪ "Au niveau de la pathologie"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "d'un point de vue extérieur ça pourrait être choquant"</li> <li>▪ "d'un point de vue extérieur"</li> <li>▪ "au niveau société ça pourrait être compliqué"</li> </ul>
<p>→ Comme dit précédemment, les deux professionnelles n'ont pas l'impression que ces antécédents impactent leur prise en soins.</p> <p>→ L'IDE en psychiatrie explique que malgré les délits beaucoup de choses gravitent autour du patient et notamment des pathologies et une personnalité, et c'est donc cela qui est le plus important pour elle.</p> <p>→ De plus, elle insiste sur le fait que cela est important de la part d'un soignant de comprendre ce qu'il se passe autour du patient. Cependant, elle avoue que d'un point de vue extérieur cela peut paraître surprenant.</p>	

L'expérience peut-elle aider à gérer ce potentiel stress ?

**IDE UHSA : Du coup, je suis arrivé de jour, censé être doublé. Sauf que je n'ai pas été doublé, donc de nuit. Donc oui, c'est un semblant de stress. Mais j'ai été très bien accueilli par un infirmier qui travaillait dans l'autre unité d'à côté. Ce sont deux unités exactement identiques. J'ai été hyper bien accueilli, s'est avéré que je ne me suis pas prise la tête avec les antécédents judiciaires. J'avais plus le stress de la nouvelle infirmière. Quelle responsabilité humaine, ce qui peut se passer pour moi. Mais je n'avais pas de stress au niveau de la population.**

**Ça ne va pas être une question. Alors là, encore une fois, en fait, ça ne va pas être une question de socio judiciaire, ça va plutôt être une question d'âge. Je pense que c'est dans de nombreux**

services psychiatriques. On touche une jeune population la plupart du temps ou adultes jeunes. Et effectivement, j'ai mis deux ans. Je pense à a progressé au niveau de ma position en tant que jeune diplômé, mais finalement, aujourd'hui, c'est un atout pour moi. Donc oui, effectivement, l'expérience peut amener à ce que ta prise en soins se passe mieux.

*IDE psychiatrie : Non je ne me souviens pas forcément avoir stressé, après si l'on revient au patient fiché S, le patient en lui même ne me fait pas peur, on ne pense pas qu'il pourrait passer à l'acte sur nous directement, ce qu'on pense c'est que tout ce qui est réseau radical revienne vers lui et lui disent "ils t'ont enfermés, il faudrait que tu passes à l'acte", lui ce qu'il pourrait dire c'est un truc du style "non c'est trop risqué je ne peux pas" et dans ces cas-là ils pourraient lui répondre " dans ce cas là tu mourrait en martyr", c'est là où il risque de passage à l'acte. Mais le patient en lui même je n'ai pas peur.*

La population	Être une bonne infirmière avant tout	L'équipe soignante	Peu d'a priori concernant les antécédents judiciaires.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "ça va plutôt une question d'âge"</li> <li>• "on touche une jeune population"</li> <li>• "adultes jeunes"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "un semblant de stress"</li> <li>• "j'avais plus le stress de la nouvelle infirmière"</li> <li>• "les responsabilités humaines"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "J'ai été très bien accueilli"</li> <li>• "J'ai été hyper bien accueilli"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• " Pas de stress au niveau de la population"</li> <li>• " Je ne me souviens pas avoir stressée"</li> <li>• "Je ne me suis pas prise la tête avec les antécédents judiciaires"</li> <li>• " ça ne va pas être une question de socio-judiciaire"</li> </ul>

→ Les deux infirmières n'ont pas spécialement ressenti de stress lors de leur début de carrière concernant les potentiels antécédents judiciaires de leurs patients.

→ L'IDE travaillant à l'UHSA se souvient d'avoir plutôt stressé par rapport au jeune âge de certains patients et donc de la prise en soin en tant que nouvelle diplômée. Elle explique également qu'elle se préoccupait plus du nouveau travail d'infirmière qui lui était confié plutôt que la population carcérale dont elle allait s'occuper. Cette infirmière me confie cependant qu'elle a été très bien accueillie par ses collègues, et que cela a été un point important.

Lorsque vous vous occupez d'un patient, connaissez-vous ses antécédents judiciaires? Si vous l'apprenez, est-ce important pour vous, ça ne change pas votre manière de le prendre en charge ? Pensez vous que cela est essentiel pour vous occupez de lui ?

**IDE UHSA : Et bien en fait, quand tu prends quelqu'un en soins, je vais te donner des exemples. Mais par exemple, si tu prends soin de quelqu'un, je ne sais pas en chirurgie orthopédique. Tu vas prendre grand soin et possiblement qu'il a eu des antécédents sociojudiciaire, mais tu ne vas pas creuser. En fait, il faut aussi oublier. Enfin non, il ne faut pas l'oublier, il ne faut pas oublier qu'on est aussi dans la pénitencière parce qu'il y a aussi des protocoles à respecter, comme dans la psychiatrie, et rester vigilant sur certaines choses. Mais on va prendre en soin un patient, comme je te le dis depuis le début, sans concevoir ça, ça va être pour tout le monde pareil. Du coup, on a des protocoles. Et puis aussi, avec l'expérience, tu le ressens, tu connais à peu près leur mode de fonctionnement, peut être. On peut être aussi. Je ne sais pas comment te dire ça. Le fait d'apprendre plus tard ce qu'il a fait pour être en mode "ah ouais je ne pensais pas. Je pensais qu'il avait fait plus ou pas du tout, mais ça va être des répercussions personnelles dans ma tête, mais aucunement ça va aller atteindre ma position professionnelle.**

*IDE psychiatrie : (...) Je pense qu'il y a certaines choses qui sont peut-être omises dans ce que l'on sait, après je pense que le principal on le sait quand même. On sait les choses qui peuvent être intéressantes dans la prise en soin même si normalement on est pas censé mêler le judiciaire et le médical mais dans les prises en soin c'est tellement intéressant et important qu'en général on est informé. Bonne question ! (...) Je pense qu'il y a un côté curiosité aussi où l'on a envie de savoir ce que la personne a fait, mais je pense que tout dépend aussi de ce qu'il a fait. Si c'était un tueur en série des enfants, effectivement peut être que ça va un peu m'impacter mais après il y a quand même la distance professionnelle. Je ne sais pas..*

La prise en soin globale	La vigilance	l'impact des antécédents
--------------------------	--------------	--------------------------

		judiciaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "on sait les choses qui peuvent être intéressante dans la prise en soin"</li> <li>• "Dans les prises en soin c'est tellement intéressant"</li> <li>• "Tu prends en soin quelqu'un"</li> <li>• "Tu vas prendre en soin et possiblement qu'il a eu des antécédents judiciaires mais tu ne vas pas creuser"</li> <li>• "Mais on va prendre en soin un patient"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Ne pas oublier"</li> <li>• "Il ne faut pas oublier que l'on est dans la pénitenciaire"</li> <li>• "Sans concevoir"</li> <li>• "ça va être pour tout le monde pareil"</li> <li>• "il y a quand même la distance professionnelle"</li> <li>• "Aucune ça va aller atteindre ma position professionnelle"</li> <li>• "Il y a des protocoles à respecter"</li> <li>• "Rester vigilant sur certaines choses"</li> <li>• "On a des protocoles"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Je pense qu'il y a un côté curiosité"</li> <li>• "on est pas sensé meler le judiciaire et le médical"</li> <li>• "Il y a certaines choses qui sont peut - être omises"</li> <li>• "Tout dépend de ce qu'il a fait"</li> <li>• "ça va être des répercussions personnelles dans ma tête"</li> </ul>

→ La prise en soin globale d'un patient est une notion que les deux infirmières m'ont cités. En effet, elle m'explique qu'elles prennent soin de quelqu'un car il en a besoin sans se préoccuper de son passé judiciaire. L'IDE de l'UHSA m'explique que lorsqu'un patient est hospitalisé en soins généraux ses antécédents ne sont pas connus mais que la prise en soin est identique. De plus, elles s'associent pour admettre qu'il faut néanmoins rester vigilant, et respecter une certaine distance professionnelle. L'IDE travaillant à l'UHSA m'indique qu'il y a des protocoles à respecter dans leur service.

L'impact des antécédents judiciaires peut parfois avoir des répercussions personnelles comme le cite la première infirmière. L'infirmière en psychiatrie me confie qu'elle peut être impactée selon le délit commis par le patient.

Pensez vous que les connaissances des antécédents peuvent biaiser la relation soignant - soigné ?  
Et de quelle manière ?

**IDE de l'UHSA : Elle peut. Si elle peut, effectivement, elle peut, ça dépend. Ça dépend effectivement, le passé criminel aussi. Ça dépend ce que ça peut te refléter à toi, on ce qu'on appelle le contre transfert. Ce n'est pas rien. Donc effectivement, ça ne m'est pas encore arrivé. Mais je l'ai déjà observé avec des collègues.**

*IDE de psychiatrie : Bah justement je n'ai pas l'impression que ça la modifie. J'arrive assez à me détacher par rapport à ça. Après c'est peut-être l'idée que je me fais alors qu'en réalité je n'arrive pas à me détacher mais non.. Toujours pour en revenir au Monsieur fiché S qui m'a dit l'autre jour "Merci d'être gentil avec moi", et du coup là je me dis que j'arrive à le prendre en soin de manière à ce qu'on sait de lui n'impacte pas.*

Prendre du recul	Chaque prise en soin est unique	Les valeurs des soignants	Le soin avant tout
• "J'arrive à me détacher" • "Me détacher"	• "ça dépend" • "ça dépend du passé criminel" • " Ce que l'on sait de lui n'impacte pas"	• "ça dépend de ce que ça peut refléter à toi" • "Le contre transfert"	• "le prendre en soin"

→ Pour l'infirmière de l'UHSA, cette connaissance peut biaiser cette relation en fonction des valeurs de chacun.

→ Pour l'IDE en psychiatrie, cette connaissance n'a pas l'air de modifier car elle pense réussir à prendre du recul.

Pensez vous qu'un soignant peut s'autoriser à avoir peur et l'exprimer ?

**IDE de l'UHSA : Oui (..) Bien sûr. J'ai été confrontée à la situation, je n'ai pas pu lâcher le soin, je n'étais pas seule non plus. On était à nouveau en sécurité, la situation s'était passé et ça peut créer un sentiment de peur car ça met des points d'alertes, il faut rester vigilant peu importe où tu te trouves comme service en psychiatrie. Parfois, on a tendance aussi à oublier qu'on est face à une population certes carcérale mais aussi psychiatrique donc parfois la psychose ou la psychopathologie vont aussi au-delà de leur propre conscience à eux. Après j'ai poursuivi, c'est**

**plutôt quand je suis sortie que j'ai rejoint mon ami et que j'ai tout déversé et c'était fini. J'ai un peu de temps pour marcher et c'est très utile, ça permet de ne pas rapporter le travail à la maison.**

*IDE en psychiatrie : Oui, bien sûr ! Je pense que dès que l'on a une difficulté par rapport à un patient, que ce soit dans sa prise en soin ou le patient en lui-même, dès que l'on est en difficulté il faut pouvoir le dire, il faut que les équipes soient assez attentives à ça. Je pense que là dessus on est assez bien "formés" en tout cas dans les équipes que j'ai côtoyé où on arrive tous à discuter les uns avec les autres et à prendre le relai dès que ça devient compliqué. Après je pense que oui, parce qu'avant d'être soignant on reste quand même humain et c'est normal que des fois on se sente touchés et impactés par certains délits ou certaines choses qui ont pu être commises avant.*

Oser le dire	L'importance de l'équipe	La vigilance
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "Dès que l'on a une difficulté par rapport à un patient"</li> <li>▪ " Dès que l'on est en difficulté dans la prise en soin"</li> <li>▪ "Il faut pouvoir le dire"</li> <li>▪ "Avant d'être soignant on reste quand même humain"</li> <li>▪ "C'est normal que des fois on se sente touché et impactés"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "Les équipes sont assez attentives"</li> <li>▪ "on est assez bien formés"</li> <li>▪ "on arrive à tous discuter"</li> <li>▪ " Prendre le relai dès que ça devient compliqué"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ " Points d'alertes"</li> <li>▪ " il faut rester vigilant"</li> </ul>

→ Pour l'infirmière en psychiatrie, l'équipe soignante est un filet de sécurité dans des situations qui peuvent être délicates pour nous. En effet, elle explique que l'équipe est importante s'il est nécessaire de prendre le relai. De plus, elle démontre qu' avant d'être des soignants nous sommes des humains et donc nous ne pouvons pas tout accepter.

→ L'infirmière à l'UHSA pointe également l'importance d'oser prévenir que nous sommes en difficulté. Pour éviter cela, elle explique que selon la population à laquelle nous sommes confrontés il faut rester vigilant.

Comment définissez-vous le concept de distanciation professionnelle?

**IDE de l'UHSA : Et bien c'est une juste distance thérapeutique qui fait qu'il ne faut pas oublier que (..) il ne faut pas laisser parfois prendre ses valeurs personnelles sur ses valeurs professionnelles même si celles - ci généralement se ressemblent fortement. Il y a parfois des moments où les valeurs personnelles dans ce milieu vont prendre le dessus et c'est à ce moment là justement qu'il faut, ne pas oublier que l'on est professionnels de santé, qu'on se doit de respecter les droits aussi des patients. Et ce n'est pas pour rien qu'on a eu beaucoup de cours sur la juste distance thérapeutique, elle est effectivement très importante que ce soit dans le non verbal, dans le verbal ou aussi dans la posture. Dans la posture c'est à dire que parfois les patients n'ont pas cette "juste distance réelle", ils peuvent se positionner très proche de toi et c'est important de garder toutes les distances. Moi, avec le recul maintenant je trouve que c'est vraiment une question de valeurs.**

*IDE de psychiatrie : Pour moi la distanciation professionnelle c'est réussir à rester à la bonne distance, ne pas être trop proche du patient, ne pas trop s'impliquer, ne pas faire trop "ami - ami" avec le patient, savoir montrer quand même qu'il est patient, qu'on est professionnel et que l'on a pas à mélanger ce qui est vie perso que c'est vraiment focalisé sur le professionnel (...) Savoir garder la bonne distance mais aussi ne pas être trop détaché, ne pas répondre que par oui et par non, être froid car ça reste des humains avec leurs pathologie et leurs soucis.*

La notion de distance	Les valeurs	Ce qu'il ne faut pas faire	Attitude professionnelle	La posture
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Juste distance thérapeutique"</li> <li>• "Juste distance réelle"</li> <li>• "C'est important de garder toutes les distances"</li> <li>• "C'est une question de posture"</li> <li>• "Réussir à rester</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Ses valeurs personnelles"</li> <li>• "Valeurs professionnels"</li> <li>• "Il y a des moments où les valeurs personnelles vont prendre le dessus"</li> <li>• "C'est vraiment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Ne pas être trop proche du patient"</li> <li>• "Ne pas trop s'impliquer"</li> <li>• "Ne pas être trop détaché"</li> <li>• "Ne pas répondre que par oui et par non"</li> <li>• "Ne pas être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "On est professionnel"</li> <li>• "C'est vraiment focalisé sur le professionnel"</li> <li>• "Ne pas oublier que l'on est professionnelles de santé "</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Très importante que ce soit le non verbal, le verbal ou aussi dans la posture"</li> </ul>

à la bonne distance” • ”Garder la bonne distance”	une question de valeurs”	froid car ça reste des humains”		
------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--	--

→ Pour les deux IDE, la notion de distance à proprement parler est un point d’orgue. Elles m’expliquent qu’il est important de rester à la bonne distance, qu’il y a des distances réelles à respecter, que tout cela est une question de posture. Elles soulignent également que malgré le patient, elles sont avant tout focalisées sur l’attitude professionnelle qu’elles doivent avoir.

→ Pour l’infirmière de l’UHSA, la notion de valeur est importante. Elle indique qu’il faut savoir concilier ses valeurs personnelles et professionnelles, cependant dans certaines situations l’une peut prendre le pas sur l’autre.

Elle nous explique également que cette notion de distance professionnelle peut également passer par le non verbal et la posture est le reflet de la distance que nous souhaitons mettre.

→ L’IDE de psychiatrie m’énumère un certain nombre de choses à respecter afin de maintenir cette “distanciation professionnelle” comme par exemple : “ne pas être trop froid”...

Vous êtes vous déjà fixé des barrières à ne pas dépasser avec un patient ou bien y avez vous déjà pensé ? Est-ce que ces barrières sont différentes en fonction du patient d’autant plus lorsqu’il existe des antécédents de violence ?

**IDE à l’UHSA : Ca m’est arrivé oui, une fois. Je me suis dit “bon ben là il ne faut pas!” on est continuellement aussi à se questionner à se dire, est-ce qu’on a fauté, est-ce qu’on a pas fauté.. C’est pas une grosse erreur c’est une question de posture mais effectivement ça demande parfois de passer le relai. Oui, au niveau de la relation soignant soigné c’est très difficile de retourner en arrière et surtout avec des psychotiques. (..) Mais ça te fait apprendre aussi, et on apprend de nos erreurs, finalement 3 ans d’expérience c’est rien. On commence tout juste à être dans le tas et ça passe très vite contrairement à tes collègues qui peuvent avoir beaucoup plus d’expérience.**

*IDE en psychiatrie : Oui parce que je pense qu'il y a certains patients avec qui on peut discuter un peu plus, certains vont nous demander des questions des fois un peu plus personnelles, et avec certains on peut s'autoriser à le dire. Il y en a d'autres avec qui il faut vraiment garder une distance parce que ça peut vite se retourner contre nous, tout ce qui peut être assez pervers. Après je ne dirai pas que c'est innée non plus, je pense que des fois il faut aussi réfléchir, je ne me souviens pas avoir déjà été en difficulté. Tu as raison par rapport à ta question. Je pense que oui au niveau distance avec ce monsieur, ça s'arrêtera vraiment au niveau prise en soin, il n'y aura pas plus de questions comme on peut faire avec d'autres personnes qui arrivent pour des choses totalement différentes, qui sont là pour quelques jours, quelques semaines pour se requinquer, c'est une autre relation où là il faut entrer en contact, lier une relation de confiance et là tu discutes et les gens apprécient de discuter. Alors que là, lui c'est autre chose, justement ça peut tourner dans quelque chose d'un peu plus pervers.*

La posture professionnelle	Une relation	Réfléchir	Apprentissage
<ul style="list-style-type: none"> <li>• " Il y en a d'autres avec qui il faut vraiment garder une distance"</li> <li>• "ça peut vite se retourner contre nous"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Il faut entrer en contact"</li> <li>• "Lier une relation de confiance"</li> <li>• "Tu discutes et les gens apprécient de discuter"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Avec ... ça s'arrêtera vraiment au niveau prise en soin"</li> <li>• "Des fois il faut aussi réfléchir"</li> <li>• "Au niveau de la relation soigné - soignant c'est difficile de retourner en arrière"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "ça te fait apprendre"</li> <li>• "On apprend de nos erreurs"</li> <li>• "ça demande parfois de passer le relai"</li> <li>• "Je ne dirai pas que c'est innée non plus"</li> </ul>

→ Les deux IDE s'accordent sur le fait qu'il faut bien réfléchir sur le type de relation avec les patients car il est difficile de revenir en arrière.

→ L'IDE en psychiatrie nous indique qu'il est important de garder ses distances avec certains patients afin de ne pas se mettre en difficulté par la suite de la prise en soin. Elle nous explique également qu'avec d'autres patients sans antécédents mais avec des pathologies nécessitant une hospitalisation de passage il est important de tisser une relation plus importante.

→ L'infirmière travaillant à l'UHSA nous explique qu'il peut arriver d'être en difficultés par rapport aux barrières fixées auparavant, cela est cependant porteur d'apprentissage pour elle.

Acceptez vous de passer la main à un collègue si une situation n'est pas en adéquation avec vos valeurs ? Si oui, quelle est votre limite ? Si non, quelles techniques mettez-vous en place pour prendre sur vous et faire face à votre situation ?

**IDE à l'UHSA : Je suis en train de réfléchir.. (...)** Moi je n'ai jamais passé le relai dans le sens où si je vois que la référence je ne veux pas la faire, tout de suite je ne m'en préoccupe pas et du coup elle est tout de suite reprise, on est aussi une grande équipe ce qui fait que l'on est pas forcément obligé de passer le relai, instinctivement ça se fait. Après en ce moment on a une situation qui s'est passé qui peut mettre en péril certaines valeurs et qui peut te toucher. J'ai effectivement une collègue sur qui ça va se voir, le faciès qu'elle ne veut pas y aller, par exemple tu peux lui demander "est-ce que tu veux que j'y aille?" même si la personne ne veut pas trop se le dire, le non verbale parle beaucoup aussi donc il faut être attentif, être une équipe ça se comprend juste en se regardant. Le regard dit beaucoup de choses, la gestuelle aussi, il faut aussi être à l'écoute de ses collègues, c'est hyper important pour comprendre qu'il veut passer le relai si verbalement c'est trop compliqué de l'exprimer.

(...) Si, lorsque l'on a des soins en SDRE, il s'avère que l'on est obligé d'aller les chercher en détention parce que c'est des soins qui commencent à partir de la détention vu que c'est du SDRE, donc on y va en ambulance avec la pénitencière à côté mais nous on est deux soignants dans l'ambulance (1 aide soignant et 1 infirmière et l'ambulancier qui conduit) Donc, là tu te retrouves à deux face à un patient. J'ai été un jour mis face à face avec un patient qui était très persécuté par la pénitencière. C'est ça aussi que je ne t'ai pas encore dit, c'est que il y a beaucoup de persécution envers la pénitencière ce qui fait que toi tu leur rapportes quelque chose de plus, je n'ai pas les mots mais, plus "chaleureux", tu vois ce que je veux dire, ce qu'il fait que tu les apaises, tu vas les comprendre et tu vas les prendre en soins, ce qu'il fait que généralement ils sont apaisés avec toi que ce que tu peux le voir avec la pénitencière où la parfois il y a beaucoup de persécutions. Il faut aussi savoir que c'est énorme le pourcentage de population qu'il y a en détention et qui ont besoin de soins psychiatriques, je me demande si ce n'est pas 70%, d'où les UHSA aujourd'hui. Il s'est avéré que dans cette situation, il était en énorme crise, il était assez baraqué, c'est impressionnant ça fait peur, tu te demandes comment tu vas t'en sortir, puis finalement ce qui m'est arrivé c'est que j'ai essayé de me montrer face à la pénitencière. Je me suis dit "il me connaît", j'ai cette chance là je l'ai déjà pris en soin, et finalement de capter son regard et après, juste le premier contact avec l'aide soignante dans l'ambulance avec une pointe d'humour a fait

détendre l'atmosphère. Il faut savoir que parfois le verbal est hyper important, et il ne faut surtout pas faire de boulettes. Il faut savoir parler aux patients et ne pas les énerver encore plus qu'ils ne peuvent l'être. Mais ça c'est l'expérience.

*IDE en psychiatrie : Je pense que si (...) si le patient n'est plus adapté envers moi, si c'est des choses dites ou des choses faites par rapport au fait que l'on soit infirmier ou si ça commence à être dirigé vers ma personne, je pense que je dis stop et je préfère laisser mes collègues prendre le relai. Des fois, ça arrive des patients où c'est toujours la même personne, vachement dans le clivage, ce genre de chose où il faut mieux passer le relai. Je ne me souviens pas avoir eu besoin d'aide à un moment où je ne pouvais pas en avoir. Après là où j'ai travaillé, les collègues étaient toujours assez disponibles même si c'était la nuit on pouvait toujours appeler les collègues de l'autre service et dire "là j'ai besoin d'aide est-ce que tu peux venir?"*

*En général on ne se retrouvait pas seule, les équipes sont assez soudées et c'est une chance que l'on peut avoir, en tout cas je trouve qu'au niveau des équipes en psychiatrie c'est quelque chose qui est très important et qui fonctionne très bien.*

Les raisons de passer le relai	La force des équipes	Nos valeurs personnelles	Le non verbal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Si le patient n'est plus adapté envers moi"</li> <li>• "Si c'est des choses faites par rapport au fait que l'on soit infirmier"</li> <li>• "Si ça commence à être dirigée vers ma personne"</li> <li>• "dans le clivage"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Laisser mes collègues prendre le relai"</li> <li>• "Il faut mieux passer le relai"</li> <li>• "Les collègues étaient toujours assez disponibles"</li> <li>• "Appeler les collègues de l'autre service"</li> <li>• "Les équipes sont assez soudées"</li> <li>• "On est aussi une grande équipe"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Après tu as aussi tes propres valeurs"</li> <li>• "Des choses que tu acceptes et d'autres que tu n'acceptes pas"</li> <li>• "Ca peut mettre en péril certaines valeurs"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Le faciès qu'elle ne veut pas y aller"</li> <li>• "Le non verbal parle beaucoup"</li> <li>• "Il faut être attentif"</li> <li>• "Le regard dit beaucoup"</li> <li>• "La gestuelle aussi"</li> </ul>

	<p>• "instinctivement ça se fait"</p> <p>• "</p>		
<p>→ L'IDE en psychiatrie accepte de passer la main à l'équipe soignante si le patient n'est plus adapté envers elle.</p> <p>→ Les deux infirmières s'accordent à dire également que les collègues sont relativement "disponibles" et "soudés".</p>			

## 10. Abstract

SUHARD Laurène
<b>Knowledge of criminal background : a difficulty for a registered nurse?</b>

A patient's criminal record can be frightening, and can sometimes unsettle us in our role as caregivers. During my placement in the psychiatric unit, I was confronted with patients who had committed sexual assaults and I felt in difficulty. The purpose of this research is to understand "How knowing a patient's criminal history can influence the nurse's care?"

First of all, I defined the emotions that we may face but also how we may distance ourselves from a particular situation. Afterwards, I conducted two interviews with nurses in order to compare the authors' elements and the professionals' ones.

This is how I understood the importance of putting pathology at the center of the care, and not the criminal history as I was able to do during my placement. The fact of handing over to the team also came up several times to deal with difficult situations. Beyond our professional values, our personal values can also be jeopardized during the care of a patient who may have committed the unthinkable for us.

#### **La connaissance des antécédents judiciaires : une difficulté pour l'IDE ?**

Les antécédents judiciaires d'un patient peuvent faire peur, et peuvent parfois nous déstabiliser dans notre posture de soignant. Lors de stages en psychiatrie j'ai pu être confrontée à des patients ayant commis des agressions sexuelles et je me suis sentie en difficulté. Ce travail de recherche a pour but de comprendre "En quoi la connaissance des antécédents judiciaires d'un patient peut influencer l'infirmière sur la prise en soin ?"

Tout d'abord, j'ai défini les émotions auxquelles nous pouvons faire face mais également comment nous pouvons nous distancer face à une situation particulière. Par la suite, j'ai réalisé deux entretiens avec des infirmières dans le but de confronter les éléments des auteurs et ceux des professionnelles.

C'est ainsi que j'ai compris l'importance de mettre la pathologie au centre de la prise en soin, et non les antécédents judiciaires comme j'ai pu le faire en stage. Le fait de passer le relais à l'équipe est également ressorti plusieurs fois pour faire face à des situations difficiles.

Au-delà de nos valeurs professionnelles, nos valeurs personnelles peuvent également être mise en péril lors de la prise en soin d'un patient ayant pu commettre l'impensable pour nous.

Keyword : criminal records / emotions / professional posture / values / caregiver relationship

Mots clés : antécédents judiciaires / émotions / posture professionnelle / valeurs / relation soignant soigné

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : Pôle de Formation des Professionnels de Santé.  
CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES – 2018 - 2021